

O lugar fundamental do parecerista no processo de editoração

Giselle Falbo*

Dedicamos a primeira publicação do ano de 2020 a todos os pesquisadores e profissionais que, em um esforço conjunto, contribuem para que a Fractal continue desenvolvendo um trabalho de qualidade, investindo na pesquisa em Psicologia e na sua difusão. Como revista on-line, a Fractal, junto a outros periódicos que persistem apesar das adversidades, oferece acesso gratuito e irrestrito a seus conteúdos, contribuindo para dar visibilidade ao que de melhor se produz nesta área de pesquisa e em suas interfaces. Como campo de estudo e práxis, a Psicologia é múltipla, e o conjunto de trabalhos que compõe nossas publicações reflete tal pluralidade. Como decorrência do esforço de muitos que nos antecederam nesta gestão editorial, a Fractal é hoje uma revista respeitada no meio e bem qualificada pelos órgãos que avaliam os periódicos científicos acadêmicos. E, como resultado, temos a alegria de receber mensalmente inúmeros artigos para publicação. Se por um lado esta grande demanda nos entusiasma e estimula, por outro, cria uma série de dificuldades com as quais estamos tentando lidar, criando estratégias e novos modos de poder sustentar sua confecção mantendo o alto padrão editorial. Para acolher em nossa revista a diversidade de nosso campo, uma atribuição central – embora pouco mencionada – é precisamente a dos pareceristas. E, por esta razão, gostaríamos de lhes render homenagem, explicitando sua presença e importância para o corpo da revista.

Como se sabe, no trabalho de editoração qualificado, é de suma importância o auxílio daqueles que avaliarão os textos, de modo a garantir a qualidade dos artigos publicados. O trabalho do parecerista, no entanto, é invisível por ser anônimo. Muitos dos que nos endereçam seus artigos provavelmente não percebem bem qual o lugar deles nesta engrenagem. Sua presença não assegura apenas uma escolha isenta e imparcial de textos que primam pela qualidade; sua função também compreende um esforço de leitura crítica e de elaboração de texto que, quando realizado com acuidade e generosidade, contribui enormemente não apenas criticamente, mas sobretudo para o adensamento e revisão das ideias ali expostas. Para a construção de nosso periódico, portanto, o lugar do parecerista é fundamental. De seu esforço e de sua doação depende o bom andamento da editoração da revista e, por este motivo, reiteramos nosso agradecimento especial a todos os que, com parceria e generosidade se debruçaram sobre esta árdua, complexa e importante tarefa. E esperamos poder contar com o auxílio precioso de cada vez mais pesquisadores que se disponibilizem não apenas a publicar artigos, mas que abram seus saberes e capacidade crítica para a leitura de textos outros, contribuindo, deste modo, na condição de pareceristas ad hoc.

Deste trabalho realizado coletivamente, temos a alegria de apresentar os textos que compõem nosso novo volume, que abre com o artigo *Transferência entre a crença e a certeza: contribuições ao diagnóstico*, de Bruna Pinto Martins Brito. A autora, com base nas obras de Freud e Lacan, busca esclarecer as posições de crença e certeza em psicanálise, considerando que a relação do sujeito com o saber pode servir como importante índice clínico para a realização do diagnóstico diferencial.

O desejo do psicanalista como operador ético da psicanálise, de Julio Eduardo de Castro, toma os estudos de Lacan para investigar a relação entre o campo da ética e a operacionalização da psicanálise por meio do seu agente/suporte transferencial: o psicanalista, considerando seu ato, discurso e saber.

Desenvolvimento da atenção mediada e sua relação com práticas pedagógicas, de Lucimar Delman Lains e Maria Silvia Pinto de Moura Librandi Rocha, apresenta os resultados de uma pesquisa histórico-cultural desenvolvida com uma turma de crianças de cinco a seis anos e sua professora, em uma escola de educação infantil no município de Campinas/SP.

Experiências vividas pelo cônjuge cuidador da esposa em tratamento psiquiátrico, de Eraldo Carlos Batista, investiga as experiências vividas pelo homem cuidador familiar da esposa em tratamento psiquiátrico. Utilizando-se da abordagem qualitativa do tipo descritivo-exploratório, a pesquisa realizou entrevistas semiestruturadas com seis cônjuges cuidadores do sexo masculino da região da Zona da Mata do Estado de Rondônia.

CAPS, ateliês e oficinas: artes no mundo, mundos na arte, de Flávia de Macedo Cavallini, propõe-se a analisar de que maneira o encontro da arte com a clínica, por meio de oficinas, propostas durante a reforma psiquiátrica, tem potencial para modificar atitudes manicomialmente presentes na saúde mental no Brasil. A produção artística coletiva ganha aqui uma dimensão ética e política, assim como o cuidado de si recebe um contorno estético que ultrapassa previsibilidades morais e punitivas.

Psicopatologia na contemporaneidade: análise comparativa entre o DSM-IV e o DSM-V, de Alexandre Simões Ribeiro, Gesianni Amaral Gonçalves, Elizabeth Fátima Teodoro, Suelen Aparecida Batista e Pedro Henrique Estevão Ferreira, objetivou efetuar uma análise comparativa entre as classes e as categorias diagnósticas dos quadros clínicos referentes às perturbações de ansiedade, às alterações do humor e às perturbações relativas à infância e adolescência vigentes no DSM-IV e no DSM-V.

*Psicóloga. Doutora em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Atualmente leciona no curso de Psicologia e no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense. Editora de *Fractal: Revista de Psicologia*. E-mail: falbogiselle@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/2809221953442199>, <https://orcid.org/0000-0003-4995-3630>



A psicologia na maternidade hospitalar: um relato de experiência, de Lorryne Leandro Galdino de Queiroz, Ana Paula Bilac Azevedo, Evandro de Quadros Cherer e Daniela Scheinkman Chatelard, apresenta um relato de experiência que objetiva refletir sobre a atuação da Psicologia no âmbito hospitalar, especificamente na maternidade, através da apresentação de casos atendidos na maternidade e UTINeo do Hospital Universitário de Brasília.

A cartografia como estratégia metodológica à produção de dispositivos de intervenção na Psicologia Social, de Murilo Cavagnoli e Katia Maheirie, propõe investigar questões acerca da pesquisa-intervenção cartográfica, visando contribuir para a construção de dispositivos de intervenção no trabalho da Psicologia Social. A cartografia é tomada aqui como metodologia que engendra processos dialógicos, potencializando uma ética dos encontros e envolvendo pesquisadores e pesquisados na negociação de sentidos e ações que apreendam a complexidade do cotidiano.

Atuação do psicólogo em saúde do trabalhador na perspectiva psicossociológica, de Helyssa Luana Lopes, Paula Ramos Oliveira Andrade, Valéria Moraes da Silveira Sousa e Maria Teresa Pires Costa, questiona como a ciência psicológica tem se posicionado a respeito das repercussões do trabalho sobre a mente humana e propõe identificar em que medida a atuação do psicólogo em saúde do trabalhador tem contemplado os pressupostos da abordagem psicossociológica.

Fracasso escolar: naturalização ou construção histórico-cultural?, de Silvia Nara Siqueira Pinheiro, Maria Laura de Oliveira Couto, Hudson Cristiano Wander de Carvalho e Henrique Siqueira Pinheiro, traçou o perfil social, educacional, emocional e neurológico de crianças atendidas a partir de um projeto de extensão desenvolvido em um ambulatório de neurodesenvolvimento. O objetivo foi investigar a naturalização do fracasso escolar e a tendência de se atribuir a este um caráter biológico, passível portanto de ser medicalizado.

Vivências de mulheres sobre o parto, de Carolina Lemes Valadão e Renata Fabiana Pegoraro, buscou compreender a vivência do parto segundo os relatos de oito mulheres, de 23 a 32 anos, que tiveram pelo menos um filho pela rede pública de saúde. O estudo reporta aspectos urgentes a serem revistos na assistência ao parto, como forma de corresponder ao que é definido como prioridade pela Política Nacional de Humanização.

Finalizamos a presente edição com o artigo *Corpo de Afetos: entre o apego emocional e o movimento dançado*, de Cecília de Lima Teixeira e Gilead Marchezi Tavares. O estudo parte do pressuposto de que o afeto é experienciado pelo bailarino em um nível energético básico, para compreender a percepção sensório-somática do afeto como força de movimento vivenciada na prática da dança. O afeto é compreendido como vínculo emocional entre indivíduos estudado por um determinado campo da psicologia do desenvolvimento.

Esperamos que a leitura em conjunto dos artigos apresentados possa contribuir para a ampliação do conhecimento das diferentes vertentes de pesquisa no campo da psicologia.

Boa leitura a todos!

Transferência entre a crença e a certeza: contribuições ao diagnóstico*

Bruna Pinto Martins Brito  **

Universidade Federal Fluminense, Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil

Resumo

Freud insistia no papel do analista como aquele capaz de “pôr em movimento” um trabalho que aposta no inconsciente. Muito se discute sobre este papel da transferência, mas pretendemos abordá-la como uma ferramenta útil ao diagnóstico diferencial, a partir do binômio crença/certeza. Sob a compreensão de que o diagnóstico em psicanálise se refere a mecanismos próprios a cada estrutura, nossa proposta é demonstrar este valor de ferramenta na clínica da neurose e da psicose, a partir do binômio crença/certeza. Logo, este artigo se propõe a realizar uma investigação que visa esclarecer as posições de crença e certeza, desveladas sob transferência, como aportes ao diagnóstico diferencial. Desse modo, iremos percorrer as obras de Freud e de Lacan, auxiliados por seus comentadores e por autores contemporâneos que se dedicam ao tema. Nossa investigação permite-nos considerar que a relação do sujeito com o saber pode nos servir como importante índice clínico para a realização do diagnóstico diferencial. Em uma época marcada pela “descrença no saber inconsciente”, cabe ao analista investigá-la em busca da distinção entre uma vacilação da crença, própria à neurose, e uma impossibilidade de crença, própria à psicose.

Palavras-chave: transferência; psicanálise; diagnóstico diferencial; crença; certeza.

Transference between belief and certainty: contributions to the diagnosis

Abstract

Freud had insisted in the role of psychoanalyst which one is capable for make one work in progress that bet on unconscious. Many discussions are about this role of transference, but we want to approach like one useful tool to differential diagnosis, from belief/certainty binomial. From the understanding that the diagnosis in psychoanalysis refers to mechanisms specific to each structure, our proposal is to demonstrate this tool value in the clinic of neurosis and psychosis, from the belief/certainty binomial. Therefore, this article proposes to carry out an investigation that aims to clarify the positions of belief and certainty, unveiled under transference, as contributions to the differential diagnosis. In this way, we will go through the works of Freud and Lacan, aided by their commentators and contemporary authors dedicated to the theme. Our research allows us to consider that the subject's relationship to knowledge can serve as an important clinical index to carry out the differential diagnosis. In an era marked by “unbelief in unconscious knowledge”, it is up to the analyst investigates it in search of the distinction between a belief of hesitation, own neurosis, or a belief impossibility own psychosis.

Keywords: transference; psychoanalysis; differential diagnosis; belief; certainty.

A transferência entre a crença e a certeza: aportes para o diagnóstico em psicanálise¹

Desde os primórdios da psicanálise, Freud insiste no papel do analista como aquele capaz de “pôr em movimento” um trabalho que aposta no inconsciente. Muito se discute sobre transferência e seu papel como motor do tratamento, mas nosso interesse neste trabalho é abordá-la como uma ferramenta útil ao diagnóstico diferencial. Para tal, Manso (2012, p. 32) nos auxilia a compreender a especificidade do diagnóstico em psicanálise, tal como foi proposto por Lacan:

Ao estabelecer uma ordem relativa ao excesso de patologias propostas pela psiquiatria em sua época, [...], Lacan propõe a existência de três grandes ramos, que partem de um tronco comum (a linguagem, o Outro) originando ramos ou formas específicas de reagir ao real do trauma da entrada na linguagem: através do recalque, na neurose; através do desmentido, na perversão; através da forclusão, na psicose.

A partir da compreensão de que o diagnóstico em psicanálise se refere a mecanismos próprios a cada estrutura, nossa proposta é demonstrar este valor de ferramenta na clínica da neurose e da psicose, a partir do binômio crença/certeza. É a partir do cenário atual que nos interrogamos sobre a relação do sujeito com o saber pela via da crença ou da certeza. Cenário que emerge na cena analítica pela via da transferência. Logo, este artigo se propõe a realizar uma investigação que visa esclarecer as posições de crença e certeza, desveladas sob transferência, como aportes ao diagnóstico diferencial. Desse modo, iremos percorrer as obras de Freud e de Lacan, auxiliados por seus comentadores e autores contemporâneos que se dedicam ao tema.

É preciso delimitar que estamos em uma época marcada pela busca desenfreada por um saber pronto, disponível em prateleiras, em busca de uma padronização de

* Fonte de financiamento: CNPq (sob a modalidade de bolsa de doutoramento e de doutoramento sanduíche, no período de março de 2008 a fevereiro de 2012).

** Endereço para correspondência: Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências da Sociedade e Desenvolvimento Regional, Departamento de Psicologia. Rua José do Patrocínio, 71, Centro, Campos dos Goytacazes, RJ. CEP: 28010-385. E-mail: brunapmbrito@gmail.com

Os dados completos da autora encontram-se ao final do artigo.

¹ Nossa pesquisa sobre o tema tem início durante o doutorado, cuja tese se intitula *Transferência: desafios da prática*, defendida em 2012 no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, com o apoio do CNPq (BRITO, 2012). A partir de março de 2014, iniciamos uma nova pesquisa sobre o mesmo tema, intitulada “A especificidade da transferência em um tratamento possível da psicose”, realizada no âmbito do departamento de Psicologia (CPS) da Universidade Federal Fluminense em Campos dos Goytacazes, com participação discente. Desse modo, dados recolhidos após 2012 referem-se à nossa pesquisa atual, os quais complementam a pesquisa realizada durante o curso de doutorado.



diagnósticos psiquiátricos (BRITO, 2018). Trata-se de um saber inserido na lógica consumista. Este saber “pronto” se difere do saber em jogo na psicanálise: o primeiro tem caráter universal e determinado, enquanto o segundo tem caráter singular e em processo de construção. Qual lugar para crer neste saber que não se sabe, saber inconsciente frente a este cenário? Estaríamos em uma época de “descrentes” no inconsciente. Lançando mão de leituras sobre o tema, verificamos que a descrença de alguns sujeitos se confunde com a impossibilidade de crença, dando lugar a uma certeza. Ou seja, é preciso um ‘olhar sob transferência’ capaz de fazer a distinção fundamental ao diagnóstico diferencial neurose/psicose a partir do binômio crença/certeza. Para a psicanálise, não se trata de traduzir todos os descrentes no saber inconsciente como produtos de uma lógica contemporânea, e sim de fazer valer o papel da transferência no diagnóstico diferencial.

Iniciamos nossa investigação a partir da especificidade da crença pela via da transferência, tal qual concebida pela psicanálise, lançando mão das considerações de Freud e Lacan, em particular. A importância da crença no saber inconsciente está na base da experiência analítica. Freud nos aponta que a confiança e a crença são fundamentais para o enlace transferencial. Supondo-se que estamos em uma época marcada pelo “abalo” na crença no saber do inconsciente, somos convocados a investigar a transferência e o saber a partir de seus enlaces com a crença e a descrença. Desse modo, é preciso esclarecer que consideramos a crença e a descrença a partir da concepção proposta pela psicanálise em seus enlaces com a transferência e o diagnóstico diferencial (BRITO, 2012).

Confiança: o primeiro nome da transferência

A confiança é o primeiro nome dado por Freud à relação entre o analista e o paciente, ao considerar como indispensável “conquistar a confiança do paciente” (FREUD, 1891/1986a, p. 138). Confiar, ter confiança em alguém, segundo o dicionário Houaiss (2008, p. 179), pressupõe estreita relação com a ideia de crença, como se pode verificar na seguinte definição: “Crença na proibição moral, na sinceridade afetiva, nas qualidades profissionais etc., de outrem, que torna incompatível imaginar um deslize, uma traição, uma demonstração de incompetência de sua parte; crédito, fé”. Partiremos dessa definição para seguirmos os passos de Freud no período em que revela a importância da confiança num tratamento.

A crença permite o estabelecimento de uma relação de confiança em um tratamento – assim, é também fundamental no estabelecimento da transferência, que pressupõe a confiança no analista. Quando, em um primeiro momento, a transferência se resume à “confiança no médico”, Freud afirma o papel indispensável desta confiança, que considera desde sempre necessária (FREUD, 1891/1986a, p.138). Em um dos casos pré-psicanalíticos (FREUD, 1893-1895/1986b), relata a visita a uma paciente com um quadro de incapacidade de amamentar seu filho associado a problemas gástricos, como vômito. Para sua surpresa,

Freud foi recebido não como aquele que iria salvá-la de seu sofrimento, mas com “má vontade”. Diante desta reação da moça, lamenta não poder contar com sua confiança.

A transferência enquanto relação de confiança é a marca daquilo que Freud nomeou de transferência positiva, que permite o andamento do tratamento. Esta é, então, da ordem da crença. Porém, quando há uma vacilação dessa crença, entra em cena a modalidade negativa da transferência; aparece certa incredulidade naquilo que se refere ao tratamento e ao analista. Essa incredulidade se diferencia da descrença própria à psicose, pois aparece transitariamente. Veremos adiante que a descrença, própria à psicose, não é transitória e deve ser considerada como indício da presença de uma certeza no lugar da crença.

Durante o tratamento, esta incredulidade transitória pode, com o manejo da transferência, engajar novamente a crença. Como nos ensina Guérin (2006, p. 556, tradução e grifos nossos), a incredulidade, que aqui o autor denomina de descrença na neurose, deve ser considerada como um estado transitório que tem a função de remanejar as crenças e renovar o laço social:

A descrença nada mais é do que um estado logicamente transitório como tal, pois é evidente que o sujeito não pode dispensar para sempre, sob pena de enlouquecer, a crença no Outro com maiúscula, lugar e endereçamento da fala. Apesar disso, esse instante de descrença, que, em sua função, contribui para o remanejamento das crenças e a renovação do laço social do sujeito [...].

Assim, temos aqui uma primeira pista que pode nos auxiliar no tratamento dos sujeitos contemporâneos. Pela via da transferência, é possível realizar um tratamento nesta incredulidade provisória do sujeito neurótico, abrindo espaço para a instalação de uma crença em um saber que é próprio ao inconsciente. Sem a instauração desta crença, inviabiliza-se que o sujeito se engaje em um trabalho analítico.

O lugar da crença como base para a transferência torna-se mais evidente com a teoria do sujeito suposto saber, proposta por Lacan, pois a suposição de um saber é conferida pela crença no analista, no tratamento analítico e, principalmente, no saber inconsciente. Mas nosso intuito é demonstrar que a crença tem ainda outro papel, além de servir de baliza sob a qual a confiança e a suposição de saber se estabelecem. Ela é um importante índice, sob transferência, a respeito do diagnóstico diferencial entre neurose e psicose. Para tal, inicialmente nos debruçaremos mais detalhadamente sobre a relação entre crença e transferência.

Da confiança à crença na transferência

A crença, para a psicanálise, apresenta particularidades que a distanciam da definição do dicionário, atrelando-a ao diagnóstico diferencial. No dicionário, encontramos a seguinte definição no verbete “crença”: “Estado ou processo mental de quem acredita em pessoa ou coisa” (HOUAISS, 2008, p. 200). Se buscarmos a definição do verbo “crer”, deparamo-nos com a relação entre crença e confiança: “Tomar por verdadeiro, ter por certo, ter confiança em (alguém ou algo); acreditar”

(HOUAISS, 2008, p. 200). No âmbito da psicanálise, consideramos a crença a partir de seu enlaçamento com a dúvida, como nos confirma Leguil (1999, p. 22): “A clínica impõe outros emparelhamentos além dos do dicionário: ela revela que a crença corresponde à dúvida que a sustenta”. Assim, se seguirmos o verbete “dúvida” como consta no dicionário, veremos que o conceito estaria no lado oposto ao da crença. Para ilustrar essa oposição entre os significados de dúvida e crença tal como proposto pelo dicionário, destaquemos a seguinte definição: “Falta de crença; ceticismo” (HOUAISS, 2008, p. 265).

Ao retomarmos o que Lacan discorre sobre a crença, encontramos aportes para supor que a psicanálise concebe a noção como correlativa à ideia de dúvida. Em “Formulações sobre a causalidade psíquica”, o autor faz importantes considerações sobre o tema, auxiliando-nos a compreender o modo próprio de concebermos a crença. Nesse texto, Lacan afirma que, apesar de a crença poder eventualmente incorrer em enganos, ela não é um erro, um déficit do sujeito (LACAN, 1946/1998a, p. 166). Ou seja, entre o que é e o que se acredita que seja, há o “bom senso”, que desvela o engano; em suas palavras, “o sujeito se acredita em suma aquilo que ele é, um felizardo, mas o bom senso lhe deseja, *in petto*, o empecilho que há de revelar-lhe que ele não o é tanto quanto ele acredita” (LACAN, 1946/1998a, p. 172).

Esse engano – “ele não o é tanto quanto ele acredita” – se aproxima daquilo que Freud postula como uma ilusão em “O futuro de uma ilusão”. É ao discorrer acerca das crenças religiosas que Freud acaba por se debruçar sobre a crença, como na passagem a seguir:

Quando digo que todas essas [crenças religiosas] são ilusões, tenho que decifrar o significado do termo. Uma ilusão não é o mesmo que um erro, tampouco é necessariamente um erro. A opinião de Aristóteles de que o parasita se cria na sociedade, que o povo ignorante ainda hoje, era um erro [...] seria um desatino chamar estes erros de ilusões. De outra forma foi uma ilusão de Colombo a de haver descoberto um novo caminho marítimo para as Índias, é bastante evidente a participação do seu desejo neste erro [...] assim como a crença – somente destruída pela psicanálise – de que ela careceria de sexualidade. O traço marcante da ilusão é que sempre deriva de desejos humanos (FREUD, 1927/1986h, p. 30-31, tradução e grifos nossos)

Freud nos fornece, então, exemplos históricos para marcar a diferença entre erro e ilusão, ou melhor, afirma que esses erros, como o de Colombo e a nova via marítima para as Índias, não são erros, e sim ilusões. São consideradas ilusões porque o desejo estava implicado na convicção dessa nova via marítima. E o autor acrescenta que as ilusões têm relação com a crença: “Chamamos ilusão a uma crença quando em sua motivação se esforça para o cumprimento de um desejo” (FREUD, 1927/1986h, p. 31, tradução nossa). A partir da passagem acima, podemos supor que a ilusão freudiana aproxima-se daquilo que nomeamos como dúvida, presente na crença.

É sob esse “engano”, como diz Lacan, ou “ilusão”, como propõe Freud, que a transferência pode se estabelecer, pois é o que permite a crença no analista.

Além disso, essa ilusão denuncia a fixação libidinal do sujeito a certos objetos de sua fantasia. Lacan (1953/1998b, p. 309), ao retomar esse lugar da ilusão em um tratamento, é bem explícito:

De fato, a ilusão que nos impele a buscar a realidade do sujeito para-além do muro da linguagem é a mesma pela qual o sujeito crê que sua verdade já está dada em nós, que a conhecemos de antemão, e é igualmente por isso que ele fica boquiaberto ante nossa intervenção objetivante.

É a ilusão, ou seja, a crença nela embutida, que leva o sujeito a supor que o analista sabe, como confirmam as palavras de Lacan, ao afirmar que o sujeito supõe que o analista “conhece a verdade de antemão” e fica “boquiaberto ante nossa intervenção objetivante”. Vimos que a base da crença, necessária para o estabelecimento da transferência, se dá a partir de uma ilusão em termos freudianos. Encontramos em Freud (1897/1986d, p. 297, tradução nossa) uma das primeiras definições da crença em sua obra:

Crer (duvidar) é um fenômeno que pertence por completo ao sistema do Eu (Cc) e não tem contrapartida alguma no Icc [inconsciente]. Na neurose, a crença é deslocada, negada ao recalcado, quando este se conquista uma reprodução, e, como se fosse um castigo, é traduzida ao defensor.

Nessa passagem, Freud revela que a crença tem relação com o eu, sendo um processo exclusivamente consciente. Ao estudar a paranoia, Freud estabelece uma origem libidinal para a “crença paranoica”. Para ele, é a retirada da libido dos objetos que leva a este estado. Caplan-Arpin (2006, p. 33) nos lembra que esse desinvestimento libidinal nos objetos deve ser considerado como o equivalente à ausência de laço social na psicose, cuja importância se encontra no fato de revelar a estrutura do sujeito. A partir desta contribuição freudiana e da releitura de Caplan-Arpin, podemos destacar uma primeira distinção entre a crença neurótica, que se embasa no desejo, e a “crença paranoica” (que nomearemos, no presente artigo, de certeza), que está atrelada à precariedade do laço social e à retirada da libido dos objetos.

Seguindo a leitura freudiana, temos a indicação de que a crença está associada ao desejo. Em um texto de 1914, no qual se dedica ao fenômeno de *fausse reconnaissance* (*déjà raconté*), Freud (1914/1986f) nos fornece novos elementos sobre a crença. Esse fenômeno se refere à convicção do paciente de já ter relatado algo que, na verdade, nunca foi contado antes. Essa convicção existente em sua memória, segundo Freud (1914/1986f, p. 207), não é de ordem objetiva. Podemos dizer que se trata de uma convicção próxima à crença. O *fausse reconnaissance* (*déjà raconté*) está, por sua vez, a serviço da resistência. É o que afirma Freud (1914/1986f, p. 207, tradução nossa):

Mas na grande maioria dos casos é o paciente quem está equivocado, e é possível se mover para o que o interessa. A explicação comum para este fato frequente parece ser que ele já tinha o objetivo de fazer essa comunicação, que por efeito de uma ou mais vezes fez uma externalização preparatória, mas foi dissuadido, pela resistência, para executar seu propósito, e então confunde a intenção com a execução.

Se a crença está ligada a esse falso reconhecimento (*fausse reconnaissance*, ‘*dejà raconté*’), pode-se concluir que se relaciona, também, à realização de um desejo (“se mover para o que o interessa”). A crença permite reconhecer se uma representação está de acordo com a satisfação do desejo. O desejo em jogo na crença imputa um valor naquilo em que se crê. Desse modo, o valor é um “caráter ineliminável do fenômeno da crença”. Associa-la (a crença) a um valor implica a ausência de fundamentos para que opere (MILLER, 2005a, p. 217-218). Assim, uma representação que não se insere na lógica de satisfação do desejo pode ser “corrigida”, revelando que a crença se encontra “ao serviço do horror de saber” (CAPLAN-ARPIN, 2006, p. 41), que entendemos aqui como saber inconsciente.

Assim, a crença na lógica de um tratamento se dá pela via da transferência; a crença leva o sujeito a supor certo saber no analista. Com a proposição lacaniana do sujeito suposto saber, podemos supor um estreitamento entre crença e transferência. Conceber a transferência como sujeito suposto saber é algo que Lacan deduz de sua prática. Com sua dedicação ao tema da transferência, destaca a importância de certo “erro subjetivo” que embasa a transferência. Trata-se, na verdade, da ilusão que garante a crença no analista e permite o estabelecimento da transferência, como podemos inferir a partir da seguinte passagem:

Sem dúvida ele [o sujeito] não tem, por sua vez, que responder por esse erro subjetivo, que, declarado ou não em seu discurso, é imanente ao fato dele haver entrado em análise e concluído seu pacto de princípios. E seria ainda menos possível negligenciar a subjetividade desse momento na medida em que encontramos nele a razão do que podemos chamar de efeitos constituintes da transferência, por eles se distinguem por um índice de realidade dos efeitos constituídos que a sucedem (LACAN, 1953/1998b, p. 309, grifo nosso).

Logo, temos aí a afirmação de que é impossível negligenciar essa crença implicada nesse “erro subjetivo”, nas palavras de Lacan, uma vez que este erro é a razão mesma pela qual é possível o estabelecimento da transferência. Por isso, em 1966, ele acrescenta uma nota de rodapé ao referido texto, afirmando que na passagem em causa está “o suporte da transferência, nomeadamente, sujeito suposto saber” (LACAN, 1953/1998b, p. 309).

Desse modo, há indicativos para supor a crença enquanto necessária, sobretudo, ao estabelecimento do sujeito suposto saber. É no que Lacan insiste no *Seminário XV*, a respeito de um ato de fé no sujeito suposto saber. Neste seminário, o autor afirma que a tarefa do analisante implica depositar “fé no sujeito suposto saber” (LACAN, 1967-1968). Isso ocorre porque, como Brodsky (2004) nos esclarece, o ato de fé ao qual Lacan se refere constitui um ato que engendra a crença de que algo estava ali. No caso do sujeito suposto saber, refere-se à crença de que o saber está ali. Brodsky observa que, “em primeiro lugar, o sujeito suposto saber é a crença de que o saber estava ali, em potência. Em segundo lugar, a suposição de que, se há saber, há um sujeito que conhece esse saber” (BRODSKY 2004, p. 32).

A crença de que há um sujeito que conhece esse saber corresponde, para Lacan, a uma crença que deve estar ao lado do sujeito e também do analista. Segundo o autor, esta engendra então a transferência, que ele define como “um fenômeno em que estão incluídos, juntos, o sujeito e o psicanalista” (LACAN, 1964/2008a, p. 225).

Apesar de o sujeito e o analista estarem “incluídos, juntos” na crença de um suposto saber, há uma disparidade nas posições a serem ocupadas por cada um deles na relação transferencial. A estrutura da situação analítica encontra-se marcada pela dissimetria, pois “um entrega o material, enquanto o outro tem por função estrutural interpretar esse material, escutá-lo, recebê-lo e, em certas ocasiões, interpretá-lo” (MILLER, 1987/2002, p. 73). Para que tal situação dissimétrica se estabeleça, é necessária somente a crença, como nos lembra Klotz (2008, p. 24) ao definir as duas posições distintas de tal relação, o analisante e o analista:

O analisante se define como aquele que acredita no sujeito suposto saber identificado com o analista, enquanto o analista somente é analista por saber-se distinto dele, sem que para isso precise desmenti-lo, [posto que] não está presente na situação como sujeito (tradução nossa).

Sendo assim, o sujeito chega para um tratamento supondo que irá encontrar um saber pronto. O que o sujeito não sabe é “a via possível da invenção de saber” (DEPELSENAIRE, 1993, p. 52). Essa via possível é a transferência, em “um lugar de causa” (MILLER, 2007, p. 5), por meio da qual se tem acesso ao saber inconsciente em um tratamento:

É pela transferência que tornamos presente, mobilizamos e lemos o inconsciente. Quando Lacan articula a transferência a partir do sujeito suposto saber, ele a liga estreitamente ao inconsciente, nós o observamos quando o vemos escrever, em “Televisão”: ‘a relação com o sujeito suposto saber é uma manifestação sintomática do inconsciente’.² Conforme essa ótica, podemos dizer que o inconsciente freudiano é o inconsciente transferencial e supõe a ligação entre S1 e S2 (MILLER, 2007, p. 5).

É preciso acrescentar, ainda, que a crença está relacionada ao complexo de castração e à função do pai como interventor – a castração é consequência da operação dessa função do pai, que, por sua vez, é vista a partir do complexo de Édipo. O Complexo de Édipo é esboçado, pela primeira vez, no “Manuscrito N”, em que Freud (1897/1986d, p. 296) afirma que se verifica, nos meninos, um desejo de morte voltado ao pai; nas meninas, esse desejo se volta contra a mãe. Se a crença só é possível sob o apoio da função do pai, podemos supor que, nos casos em que essa função falha, a crença não pode se instalar. É o que ocorre na psicose, em que Lacan revela que se trata da forclusão do Nome do Pai, a saber, a não inscrição do significante primordial que permite operar a função paterna, como ensina Lacan (1957-1958/1998c, p. 582):

É num acidente desse registro [simbólico] e do que nele se realiza, a saber, a forclusão do Nome-do-Pai no lugar do Outro, e no fracasso da metáfora paterna, que apontamos a

²Lacan (1973/2003, p. 541).

falha que confere à psicose sua condição essencial, com a estrutura que a separa da neurose.

Assim, se a função paterna é condição para a crença no sujeito, consideramos a crença um indicativo clínico sobre a estrutura. Desse modo, se a crença neurótica engendra a suposição de saber, a mesma é contraindicada na psicose, pois a ausência de crença nesta estrutura psíquica torna impossível sustentar esta suposição. Mas como fica a questão da transferência no tratamento desses sujeitos, ou seja, como pensar a dimensão de saber da transferência na psicose?

No lugar da crença, a descrença (*Unglauben*)

Apesar de sabermos que a transferência permite o estabelecimento da crença na clínica da neurose, todavia, para alguns sujeitos, não é possível passar da descrença à crença. No caso dos psicóticos, aquilo que pode se apresentar como uma descrença trata-se da sua relação com a certeza. Para distinção crença/ certeza, Lacan nos ensina que “só se pode crer naquilo do qual não se está seguro. Aqueles que estão seguros, bem, justamente, não crêem nisso. Eles não crêem no Outro/eles estão seguros da coisa. Aqueles são os psicóticos” (LACAN, 1964-1965/2006, p. 359). Logo, a certeza da psicose implica a ausência de crença. Ainda a esse respeito, Béraud (2018, p. 25) nos esclarece que a certeza está relacionada com o registro do real³ e com um “vazio enigmático”:⁴

O psicótico tem a certeza de estar concernido. É visado por uma significação cujo sentido lhe resta enigmático. Essa certeza que vem no real é uma significação que só reenvia a si mesma. O grau de certeza é proporcional ao vazio enigmático que se apresenta em princípio no lugar da significação mesma.

É preciso, portanto, considerar aquilo que impede, na clínica da psicose, o estabelecimento da transferência como suposição de saber. Para Borie (2007, p. 27), isso se justifica por se tratar, na psicose, “de certeza em vez de suposição, [...], e [de estar] ‘à deriva sem fim’ em vez da produção de um saber isolável”. Assim, diante da contraindicação da transferência como sujeito suposto saber, é preciso investigar se há outro enlaçamento possível do saber com a transferência no tratamento da psicose.

A prática com psicóticos nos convoca a considerar que, por vezes, a descrença é a única via possível diante da impossibilidade da crença. Isso implica a impotência de instauração do sujeito suposto saber que se embasa na crença no saber inconsciente e na crença do analista como suposto saber.

³O real se refere a um dos registros propostos por Lacan, juntamente com o simbólico e o imaginário. Maleval (2000, p. 35) nos auxilia a compreender esses registros da seguinte maneira: “O imaginário encontra sua origem na função psíquica das imagens descobertas na ocasião das pesquisas consagradas ao espelho. O simbólico é o portador da ordem da linguagem no qual Levi-Strauss mostrou o rigor dos determinismos inconscientes. Quanto ao real, [...] ele se refere a substância bruta, prévia, estruturada pelo simbólico que o atrapalha em seus fios” (tradução nossa).

⁴Entendemos que este “vazio enigmático”, ao qual a autora se refere, como efeito da forclusão do Nome do Pai, mecanismo próprio à psicose, que mencionamos neste texto. Pois, diante da impossibilidade de inscrição do Nome do Pai, temos a não instauração de uma lei simbólica que possa organizar o campo simbólico do sujeito. Assim, o sujeito psicótico pode experimentar este fenômeno do vazio de significações. Mais à frente abordaremos o “vazio central da estrutura” que poderá auxiliar o leitor a compreender o vazio em jogo na psicose.

Frente à impossibilidade da instauração do sujeito suposto saber na clínica da psicose, é preciso uma “prudência clínica”, ensina-nos Solano (2009, p. 27). Trata-se de uma recomendação precisa, fornecida pela autora, ao se referir a um “convite”, feito por Lacan, a que os analistas mantenham “certa prudência clínica”, ou seja, “a não querer forçar o sujeito a se aproximar de um lugar no qual ele pode contar com o apelo ao significante” (SOLANO, 2009, p. 27, tradução nossa). A autora retoma a teoria da psicose, proposta por Lacan, e destaca a importância de tal prudência, que encontra sua definição na passagem a seguir:

Por isso, a importância de uma clínica diferencial, de uma clínica que leve em conta o detalhe, de modo que nós saibamos que, quando alguns sujeitos começam a falar, podem chegar à beira de um abismo subjetivo. Trata-se, precisamente, de afastá-los disso (SOLANO, 2009, p. 27, tradução nossa)

Essa prudência clínica ganha especial relevância em nossa discussão acerca da descrença. Assim, devemos fazer valer a clínica diferencial para verificar e distinguir a descrença enquanto certeza psicótica e a vacilação da crença neurótica em nossa época. Dar atenção aos detalhes é a indicação de Solano. Deste modo, podemos verificar elementos que nos permitam supor se é um caso de uma vacilação da crença, no qual uma dúvida em determinada crença pode conduzir a uma nova crença. Nesses casos, estamos no campo da neurose, que usa essa vacilação da crença para fazer valer o seu “não querer saber”. Cabe ao analista apostar na crença no sujeito suposto saber que permite engendrar a crença no inconsciente.

Por outro lado, os detalhes podem nos fornecer dados que nos levem a um diagnóstico de psicose. Na clínica da psicose, não é possível essa crença no inconsciente, visto que a relação com o saber se estabelece a partir da certeza. É somente no estudo detalhado de cada caso que se pode estabelecer o que se refere a uma vacilação da crença – que remete à neurose – e distingui-la da descrença, que pertence ao campo da psicose.

Para fazer valer essas indicações do que a descrença pode revelar sobre o diagnóstico diferencial entre neurose e psicose, precisamos percorrer a concepção de descrença, tal como proposta pela psicanálise. Em primeiro lugar, assim como a crença, a descrença tem uma definição que não é a mesma do dicionário. Para a psicanálise, crença e descrença não são termos contrários – a descrença é a atitude de não crer. A descrença e a crença são indicativos clínicos em um tratamento. Isolar a descrença enquanto um fenômeno corresponde a investigá-la a partir de suas manifestações.

Se a crença é, segundo Lacan, a articulação entre sujeito dividido e sujeito suposto saber, a descrença se define como o estado em que não há tal articulação. Nesses termos, a descrença é “a posição onde falta um dos termos desse binômio [sujeito dividido/sujeito suposto saber]: o sujeito dividido. A descrença, então, se revela como uma posição subjetiva sem sujeito” (CAPLAN-ARPIN, 2006, p. 17).

No entanto, a descrença é considerada como indicativo clínico na prática desde Freud. *Unglauben* (descrença) é um termo cunhado por ele, usado para se referir à paranoia. Num primeiro momento, Freud afirma que, nestes casos, verifica-se uma negação da crença. Para ele, a desconfiança é o “sintoma primário” da paranoia; e o “elemento que comanda a paranóia [é] “o mecanismo projetivo com a desautorização da crença” (FREUD, 1896/1986c, p. 267). Apesar de marcar a desconfiança como algo próprio à psicose, Freud nos deixa um legado de contribuições sobre a desconfiança que se exprime como certeza psicótica, com destaque para os respectivos textos *La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis* (1924/1986g), ao se referir, respectivamente, às construções da fantasia e às produções delirantes como recursos frente à perda da realidade em cada estrutura, assim como seu estudo sobre a obra de Paul Schreber, “*Sobre un caso de paranoia (Dementia Paranoides) descrito autobiograficamente*” (1910/1986e). Como nos recorda Zanchettin (2018, p. 123), “Freud eleva a produção do psicótico ao estatuto de palavra, recomendando escutar, olhar, ler aquilo que o sujeito disponibiliza a se conhecer”; segundo a autora, o fato de tal produção do sujeito psicótico ganhar “estatuto de palavra” corresponde a “legitimá-lo enquanto autor” (tradução nossa).

Além dessas contribuições freudianas sobre a descrença na psicose, vale lembrar que a descrença (*Unglauben*) ganha, ao longo do ensino de Lacan, duas definições distintas. A primeira (*Unglauben*) encontra-se no *Seminário VII*: “Mais profundo, mais dinamicamente significativo para nós, é o fenômeno da descrença, que não é a supressão da crença – é um modo próprio da relação do homem com seu mundo e, na verdade, aquele no qual ele subsiste” (LACAN, 1959-1960/1991, p. 163). Esse mundo, ao qual Lacan se refere, é a realidade psíquica, e, na psicose, não é afetado pela crença, e sim pela descrença (*Unglauben*). Segundo Lacan, na descrença está em jogo “uma posição do discurso que se concebe muito precisamente em relação à Coisa [*Das Ding*] – a coisa aí é rejeitada no sentido próprio da *Verwerfung* (foraclusão)” (LACAN, 1959-1960/1991, p. 164).

Caplan-Arpin (2006, p. 114) nos auxilia a compreender essa afirmação com a seguinte definição de *Das Ding*: “Ela está representada em todas as formas por um vazio, na medida em que não pode ser representada por outra coisa” (tradução nossa). *Das Ding* seria então “o lugar do vazio central à estrutura” (CAPLAN-ARPIN, 2006, p. 114), enquanto a *Verwerfung* (foraclusão) pode ser entendida, a partir do *Seminário III*, como um mecanismo próprio à psicose. Na foraclusão, diante da impossibilidade de saída pela simbolização, aquilo que não é simbolizado aparece no real (LACAN, 1955-1956/2008b, p. 100). Em consequência, a relação do psicótico com a realidade não é mediada pelo simbólico, como na neurose. Nesta, há um “vazamento” de parte da realidade, mas o sujeito “não se sente capaz de afrontar”; na psicose, “é a realidade que é facilmente dotada de uma lacuna que o delírio virá facilmente preencher” (CAPLAN-ARPIN, 2006, p. 126).

Diante da impossibilidade de simbolização que ocorre no mecanismo da *Verwerfung* (foraclusão), o estatuto do Outro também é afetado por essa falha no simbólico.

Nos casos em que há a descrença, o “vazio central da estrutura” pode manifestar-se sob a forma de “despersonalização, de desorientação espaço-temporal, de errância”, enumera Caplan-Arpin (2006). Podemos considerar que a presença de tais manifestações orienta o analista a identificar a descrença (*Unglauben*), distinguindo-a de um abalo da crença no saber inconsciente que serve a um “não querer saber”, própria à neurose.

É no *Seminário XI* que encontramos a segunda definição de descrença (*Unglauben*) em Lacan. Vale lembrar que essa consideração sobre a descrença encontra-se no capítulo dedicado ao sujeito suposto saber. Logo, é ao se deparar com a crença em jogo na suposição de saber que o autor vai se questionar sobre a descrença. É nesse momento que Lacan esclarece que a descrença está atrelada à “ausência do sujeito barrado” (CAPLAN-ARPIN, 2006, p. 124). Ao estudarmos esse seminário, encontramos a seguinte afirmação: “[O *Unglauben*] não é o não *crer nisso*, mas a ausência de um dos termos da crença, do termo em que se designa a divisão do sujeito” (LACAN, 1964/2008a, p. 231, grifo nosso). Lacan (1964-1965/2006, p. 231) afirma, ainda, que resta apenas a descrença para a psicose; a inexistência de intervalo na cadeia significante, diz ele, “proíbe a abertura dialética que se manifesta no fenômeno da crença”.

Verificamos, assim, que a definição de descrença, proposta no *Seminário XI*, continua atrelada a uma posição que revela a estrutura do sujeito. Ao examinarmos as duas definições dadas por Lacan, notamos que a descrença é determinada por uma não negação da crença. Tal afirmação se embasa em sua leitura da obra freudiana, e o leva a afirmar: “O *Unglauben* não é a negação da fenomenologia do *Glauben*, da crença” (LACAN, 1964-1965/2006, p. 163).

Assim como Lacan, verificamos que Freud se depara com a descrença (*Unglauben*) ao investigar a relação peculiar do paranoico com a realidade psíquica. Isso se verifica no texto em que Freud comenta um livro autobiográfico, escrito por um psicótico, Daniel Paul Schreber (1903/1995), cujo título é *Memórias de um doente dos nervos*. Freud encontra essa descrença nos insultos de Schreber, que se dirigiam principalmente ao primeiro médico, o Dr. Flechsig, quando houve a primeira internação de Schreber, anos antes de ele se dedicar às suas *Memórias*. Com a irrupção do delírio persecutório, a gratidão ao Dr. Flechsig pelo seu restabelecimento é suprimida, e o médico se transforma em seu “verdadeiro inimigo” (FREUD, 1910/1986e, p. 37/40). Nas palavras de Freud 1910/1986e, p. 15): “Acrescentemos que insultava diversas pessoas pelas quais ele acreditava ser perseguido e prejudicado, sobretudo seu antigo médico, Flechsig, a quem chamava de ‘almicida’ (assassino de almas)” (tradução nossa).

Diante da impossibilidade de instaurar o sujeito suposto saber, o que pode o analista na clínica da psicose? Miller, em um seminário dedicado ao estudo dos semblantes, nos autoriza a supor que este se configura como uma saída possível para a face de saber da transferência na psicose. No seminário “A Natureza dos semblantes”, Miller (2005b) concebe o “semblante de saber” como uma condição para a análise além da transferência. Para compreender, é preciso supor que o semblante é um conceito forjado por Lacan (1971/2009), em seu seminário “De um discurso que não fosse semblante”, para marcar aquilo que vela, dá um contorno ao real, como esclarecem Maia e Caldas (2011, p. 114): “O semblante apresenta algo exatamente onde não há qualquer coisa, onde há apenas ausência”. A partir desta conceituação de semblante, Miller (2005b, p. 87) propõe que o semblante de saber é uma ferramenta fundamental em nossa época, marcada pela busca de semblantes diversos para tamponar o vazio, para a existência da “espécie chamada psicanalista”. Segundo o autor, para que haja análise, não basta haver transferência: é preciso um semblante de saber, “presente no coração da experiência analítica”. Trata-se de um semblante de saber inconsciente, visto que o neurótico crê que seu analista “sabe”, e dá crédito às suas intervenções.

Na psicose, acreditamos que o semblante de saber é possível, mas um semblante de saber que não é referido ao inconsciente, devido à descrença, que inviabiliza a instauração do inconsciente como um saber suposto. Na prática clínica, trata-se de um saber que auxilie o sujeito a aliviar o seu sofrimento. Porém, vale lembrar que se trata de um saber a partir da certeza. Por isso, este saber está desvinculado de um deciframento como ocorre no Outro, em jogo no sujeito suposto saber. Se, ao dar a palavra ao psicótico, o analista aposta num saber decifrável, corre-se o risco de um apelo a um “complemento de saber (sob a forma delirante)”, uma modalidade de saber com o objetivo de “responder repentinamente ao enigma vislumbrado de sua existência” (BORIE, 2007, p. 27). Ao contrário, trata-se de legitimar o lugar da palavra do sujeito psicótico, como nos ensina Freud, tal qual mencionamos anteriormente neste trabalho, mas advertido da certeza de saber como uma especificidade desta clínica.

Considerações finais

Nossa investigação permite-nos considerar que a relação do sujeito com o saber pode nos servir como um importante índice clínico para a realização do diagnóstico diferencial. Em uma época marcada pela “descrença no saber inconsciente”, cabe ao analista investigá-la em busca da distinção entre uma vacilação da crença, própria à neurose, e uma impossibilidade de crença, própria à psicose.

Tal distinção é possível com a compreensão da concepção de crença para a psicanálise, que não se resume à definição prevista no dicionário. Com a leitura dos textos freudianos, podemos considerar que a crença é proveniente do eu e se encontra a serviço do desejo – a própria ligação com a fantasia nos indica esta estreita relação. Afinal, o sujeito crê naquilo que ele deseja e naquilo que imputa valor a partir do seu desejo, ou seja, os objetos de sua fantasia.

Por outro lado, deparamo-nos com outra modalidade de relação com o saber que denuncia a estrutura psicótica: a certeza. Diante desta certeza de saber, o analista ocupa um lugar de semblante de saber/de sentido que possibilita que o psicótico possa endereçar sua certeza a alguém que se disponibiliza a acolher o que lhe é dito. Com essa proposição de semblante de saber/de sentido, temos uma indicação do tratamento do saber sob transferência na clínica da psicose, marcada pela descrença. Sabemos que essa diretiva só é válida sob a condição da construção de uma hipótese diagnóstica, possível a partir de certos elementos clínicos que auxiliam o analista. Como verificamos até aqui, a crença ou a descrença, em sua relação com o saber, podem servir como um desses elementos que, sob transferência, denunciam algo da estrutura do sujeito. Realizar um diagnóstico diferencial, no entanto, é algo que exige perícia do analista, especialmente nesta época atual, marcada por um abalo na crença no saber inconsciente.

É nesse contexto que se revela a importância de instauração de um semblante de saber, isto é, de um semblante de sentido na psicose. Torna-se relevante que o analista, a partir da transferência, coloque-se no lugar de semblante de saber/de sentido, como um tratamento possível desse real que invade o psicótico. Em casos de neurose, é de aposta em um saber inconsciente, distinto do saber universalizante de nossa época. Trata-se de um convite a um saber suposto que engendra a crença em jogo na transferência. Assim, a partir da relação com o saber, é possível verificar algumas questões sobre o diagnóstico sob transferência.

Informações sobre a autora:

Bruna Pinto Martins Brito

 <https://orcid.org/0000-0002-8409-5742>

 <http://lattes.cnpq.br/8455738306153695>

Professora Adjunta do curso de Psicologia de Campos dos Goytazes da Universidade Federal Fluminense. Editora Executiva da Revista Estudos Contemporâneos da Subjetividade (ECOS). Pesquisadora do Grupo de Pesquisa interinstitucional Discursividade, Poder e Contemporaneidade (UFF/CNPq), atuando na linha de pesquisa “A publicização do conhecimento”. Pesquisadora do NEPESC/UFF E do Laboratório Psicopatologia e Saúde Mental. Doutora em Psicologia (Programa de Pós-graduação em Psicologia / UFRJ/Bolsa CNPq). Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia/UFRJ(Bolsa Capes). Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2004). Participou como pesquisadora do Grupo de de pesquisa Clínica Psicanalítica/CLINP (UFRJ/CNPq) até 03/2013. Foi Coordenadora técnica da revista Arquivos Brasileiros de Psicologia no período de 2007 a 2011. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Tratamento e Prevenção Psicológica, atuando principalmente nos seguintes temas: Psicanálise, Novas formas de intervenção, Tratamento analítico, Saúde Mental.

Como citar este artigo:

ABNT

BRITO, Bruna Pinto Martins. Transferência entre a crença e a certeza: contribuições ao diagnóstico. *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói, v. 32, n. 1, p. 3-11, jan./abr. 2020. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5603>

APA

BRITO, B. P. M.. (2020, Janeiro/Abril). Transferência entre a crença e a certeza: contribuições ao diagnóstico. *Fractal: Revista de Psicologia*, 32(1), 3-11. doi: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5603>

Referências

BÉRAUD, Anne. De la certitude au Pas-tout. *Papers 7.7.7* [online], n. 4, p. 25-26, 2018. Disponível em: <https://congressoamp2018.com/wp-content/uploads/2018/01/PAPERS-7.7.7.N%C2%B04-Portugu%C3%AAs.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

BORIE, Jacques. Mise en question du sujet supposé savoir dans les pratiques avec les psychotiques. *Lettre Mensuelle*, Paris, n. 260, p. 26-29, juillet/août. 2007.

BRITO, Bruna Pinto Martins. *Transferência: desafios da prática*. 2012. Tese (Doutorado)–Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

BRITO, Bruna Pinto Martins. Diagnóstico diferencial: a aposta na singularidade em tempos de ‘medicalização do sofrimento’. In: QUINTELLA, Rogério; ALMEIDA, Leonardo; NASCIMENTO, Crisóstomo (Org.). *Subjetividade, clínica e política*. Niterói: Eduff, 2018. p. 191-208.

BRODSKY, Graciela. *Short Story: os princípios do ato analítico*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.

CAPLAN-ARPIN, Maria Dalila. *Figures de l'Invroyance*. Paris: Atelier National de Reproduction des Thèses, 2006.

DEPELSENAIRE, Yves. Du savoir supposé sujet. *Quarto: Revue de L'Ecole de La Cause Freudienne em Belgique*, Bruxelles, n. 51, p. 50-53, juin 1993.

FREUD Sigmund. Hipnose (1891). In: STRACHEY, J. (Org.). *Obras completas*. 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu, 1986a. v. 1, p. 133-146.

FREUD Sigmund. Estudios sobre la histeria (1893-1895). In: STRACHEY, J. (Org.). *Obras completas*. 2 ed. Buenos Aires: Amorrortu, 1986b. v. 2, p. 45-194.

FREUD Sigmund. Manuscrito K. Las neurosis de defensa (Un cuento de Navidad) (1896). In: STRACHEY, J. (Org.). *Obras completas*. 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu, 1986c. v. 1, p. 260-269.

FREUD Sigmund. Manuscrito N [Anotaciones III] (1897). In: STRACHEY, J. (Org.). *Obras completas*. 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu, 1986d. v. 1, p. 296-298.

FREUD Sigmund. Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber) (1910). In: STRACHEY, J. (Org.). *Obras completas*. 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu, 1986e. v. 12, p.1- 76.

FREUD Sigmund. Acerca del *fausse reconnaissance* ('dejà raconté') en el curso del trabajo psicoanalítico (1914). In: STRACHEY, J. (Org.). *Obras completas*. 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu, 1986f. v. 13, p. 203-212.

FREUD Sigmund. La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis (1924). In: STRACHEY, J. (Org.). *Obras completas*. 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu, 1986g. v. 19, p. 189-198.

FREUD Sigmund. El porvenir de una ilusión (1927). In: STRACHEY, J. (Org.). *Obras completas*. 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu, 1986h. v. 21, p. 1-56.

GUÉRIN, Nicolas. La notion d'incroyance en psychanalyse: origine, réhabilitation et perspective. *L'évolution psychiatrique*, France, n. 71, p. 545-557, 2006.

HOUAISS, Antônio. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2008.

KLOTZ, Jean-Pierre. Un fracas clinique. *Quarto: Revue de L'Ecole de La Cause Freudienne em Belgique*, Bruxelles , n. 92, p. 24-26, avril 2008.

LACAN, Jacques. *O ato psicanalítico – Seminário [1967-1968]*. Porto Alegre: Escola de Estudos Psicanalíticos, 1968.

LACAN, Jacques. *O Seminário: a ética da psicanálise (1959-1960)*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1991. livro 7.

LACAN, Jacques. Formulações sobre a causalidade psíquica (1946). In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998a. p. 152-196.

LACAN, Jacques. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise (1953). In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998b. p. 238-324.

LACAN, Jacques. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose (1957-1958). In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998c. p. 537-590.

LACAN, Jacques. “Televisão” (1973). In: _____. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2003. p. 550-556.

LACAN, Jacques. *O Seminário: problemas cruciais para a psicanálise (1964-1965)*. Recife: Centro de estudos freudianos do Recife, 2006. livro 12. Mimeografado.

LACAN, Jacques. *O Seminário: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964)*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2008a. livro 11.

LACAN, Jacques. *O Seminário: as psicoses (1955-1956)*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2008b. livro 3.

LACAN, Jacques. *O seminário: de um discurso que não fosse semblante (1971)*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2009. livro 18.

LEGUIL, François. A certeza em psicanálise. *Dora: psicanálise e cultura*, São Paulo, ano 2, n. 2, p. 19-34, 1999.

MAIA, Maria Angela Mársico; CALDAS, Heloisa. O amor como semblante. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 63, n. 3, p. 107-116, 2011. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672011000400009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 7 nov. 2018.

MALEVAL, Jean-Claude. *La forclusion du nom-du père: La concept et sa clinique*. Paris: Seuil, 2000.

MANSO, Rita. Por que estrutura e psicanálise? In: ELIA, Luciano; MANSO, Rita (Org.). *Estrutura e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2012. p. 23-34.

MILLER, Jacques-Alain. *Percurso de Lacan: uma introdução (1987)*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2002.

MILLER, Jacques-Alain. *El Otro que no existe y sus comités de ética*. Buenos Aires: Paidós, 2005a.

MILLER, Jacques-Alain. *De la naturaleza de los semblantes*. Buenos Aires: Paidós, 2005b.

MILLER, Jacques-Alain. Autour du sujet supposé savoir. *Lettre Mensuelle*, Paris, n. 260, p. 3-6, juillet/août 2007.

SCHREBER, Daniel Paul. *Memórias de um doente dos nervos* (1903). Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

SOLANO, Esthella. Les incroyables ordinaires. In: Association de La Cause Freudienne Champagne-Artois-Picardie-Ardenne (Org.). *Les documents de Scripta: Cycle de Conférences de Reims 2008-2009*. 2009. p. 25-38.

ZANCHETTIN, Joceline. La intuición clínica de Sigmund Freud en el campo de la psicosis. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 116-125, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-656420170103>.

O desejo do psicanalista como operador ético da psicanálise

Júlio Eduardo de Castro  ★

Universidade Federal de São João Del-Rei, São João Del Rei, MG, Brasil

Resumo

Neste artigo, resultado de estudos realizados no doutorado e pós-doutorado, é investigada, no ensino de Lacan, a participação e importância do psicanalista (e de seu desejo) como o agente (suporte do objeto a) que opera a ética da psicanálise. Com o objetivo de aprofundar as relações dessa ética (suas premissas e princípios) ao proceder do psicanalista – sua escuta e atos –, merece destaque a expressão usada por Lacan: o desejo do psicanalista. Esta expressão nos mostrou haver uma consistência elementar entre o campo da ética e a operacionalização da psicanálise por meio de seu agente/suporte transferencial, o psicanalista, durante a condução do tratamento, naquilo que o próprio Lacan formulou, em seu ensino, como essencial à formação do psicanalista: a psicanálise em intensão. Lateralmente, são abordadas expressões correlatas, e nem por isso sem importância, no campo da ética da psicanálise: o ato do psicanalista, o discurso do psicanalista e o saber do psicanalista.

Palavras-chave: ética da psicanálise; transmissão da psicanálise; desejo do psicanalista.

The psychoanalyst's desire as ethical operator of the psychoanalysis

Abstract

In this article, the result of studies carried out during PhD and postdoctoral researches, it is investigated, in the Lacan's teaching, the psychoanalyst's participation and importance (and of your desire) as the agent (supports of the object the) that operates the ethics of the psychoanalysis. With the objective of deepening the relationships of that ethics (its premises and principles) when proceeding of the psychoanalyst - its listens and acts - we highlighted the expression used by Lacan: the psychoanalyst's desire. This expression revealed an elementary consistency between the field of the ethics and the operation of the psychoanalysis through its agent/transference support, the psychoanalyst, during the conduction of the treatment, in what Lacan himself formulated during his teaching as essential to formation of the psychoanalyst: psychoanalysis in intensity. Laterally, correlated and important expressions are discussed in the field of psychoanalysis ethics: the psychoanalyst's act, the psychoanalyst's discourse and the psychoanalyst's knowledge.

Keywords: ethics of the psychoanalysis; transmission of the psychoanalysis; psychoanalyst's desire.

Introdução: antecedentes e metodologia

Este artigo é um dos resultados dos estudos teóricos realizados para minha tese de doutorado, com o objetivo de pesquisar, no ensino de Lacan, algumas referências marcantes para o campo da ética psicanalítica. Foi possível constatar que, para tornar presente esta ética, o psicanalista opera com o seu desejo, o seu ato, o seu discurso e o seu saber. De modo que, se a ética é da psicanálise, fazê-la presente nas situações é função do psicanalista. Ele é então aquele que operacionaliza, por meio de seu desejo, a ética da psicanálise nas mais variadas situações (clínica e institucional) e manifestações subjetivas (individual e coletiva). Além disso, verificamos que Lacan, muitas vezes, ao se referir ao campo da ética da psicanálise, não raro faz uso de alguma destas quatro expressões: o desejo do psicanalista, o ato do psicanalista, o discurso do psicanalista e o saber do psicanalista. Por isso decidimos examinar algumas das referências bibliográficas a esses quatro termos ou expressões a partir do ensino nos legado por Lacan em seus seminários e escritos, não somente com a intenção de destacar a conexão desses “operadores” da psicanálise com o campo da ética, mas principalmente de fazer aí um primeiro mapeamento dessas mesmas referências, com a intenção de levantar questões e hipóteses que estimulem pesquisas futuras sobre tal temática. Isso porque a abordagem da ética da psica-

nálise, principalmente quando examinada por meio dos aqui chamados “operadores”, nos mostrou ser um veio promissor de pesquisa.

Ao pesquisarmos o ensino lacaniano da psicanálise (CASTRO, 2006), encontramos essas quatro expressões como referências inequívocas à ética da psicanálise. Lacan não se cansou de mencioná-las em vários momentos de seu ensino, e sempre as subordinando ao psicanalista. Por mais que, ao mencioná-las, ele use o qualificativo de posse como contração da preposição “de” com o artigo “o” – desejo, ato, discurso e saber “do” psicanalista –, não é bem disso que se trata, pois, como veremos, se há posse de algo por parte do psicanalista, ela se apresenta antes de tudo como despojamento subjetivo que abre a perspectiva a uma escuta limpa de preconceitos e, por isso mesmo, de ideais e de expectativas. De modo que a perspectiva ética da psicanálise – seja no campo do ensino, seja no campo de origem (a clínica das neuroses) – foi uma preocupação incessante de Lacan, principalmente por sua ligação com a formação do psicanalista. Esta formação deveria tê-lo destituído de algo de suas identificações e certezas subjetivas, bem como de alguns dos ideais do eu e do Outro. Essa destituição pode ser entendida como o que abriria a sua escuta e afiaria os seus atos durante a direção do tratamento/cura.

O ponto de partida ou antecedentes do estudo teórico aqui realizado foi, então, o campo do ensino da psicanálise, que nos levou a concluir que

*Endereço para correspondência: Universidade Federal de São João Del-Rei, Departamento das Psicologias, Centro Científico, Praça Dom Helvécio, 74 - sala 2.21 - Dom Bosco. Cep: 36300-000 - São João Del Rei, MG - Brasil. E-mail: julioecastro@mgconecta.com.br

Os dados completos dos autores encontram-se ao final do artigo.



[...] quando os operadores éticos da psicanálise participam ou mesmo determinam o seu ensino, este nunca será uma frente de resistência onde o eu possa alojar-se. Contrariamente, quando o ensino da psicanálise resiste às influências do ato, do saber e do desejo do psicanalista, ele se transforma em porta-voz do sintoma daquele que tenta ensinar e/ou da instituição onde essa tentativa é feita, contando, para tal, com aquilo que, no discurso universitário, favorece a des-subjetivação do saber e a não-implicação do sujeito do inconsciente. Já o ensino orientado pelos operadores éticos da psicanálise é uma via aberta às surpresas – que têm no objeto *a* a causa – e às contingências que, como tais, trazem a oportunidade de escrita/literalização do real. No ensino em que vigora o poder do saber, altamente conveniente ao eu, a tendência é cair na mesmice, na burocracia e no tédio, visto serem prerrogativas do eu a ordem, a obstinação e a parcimônia. Servir-se do contingente e conduzir-se mobilizado pelo objeto *a* são, por outro lado, a marca do discurso psicanalítico, justamente por fazer da falta, já desvelada, motivo de entusiasmo para com a causa-do-desejo (CASTRO, 2006, p. 153).

Entretanto, logo após tal conclusão, tínhamos a sensação de que ainda havia algo a mais a ser pesquisado... Notadamente, era algo para-além do problema de pesquisa do qual nos ocupávamos naquele tempo: o ensino da psicanálise. Pesquisando-o, deparamo-nos com um campo de problemas éticos que, inexoravelmente, determina todo e qualquer ensino da psicanálise. Se pode haver transmissão da psicanálise sem que necessariamente haja ou tenha havido ensino, a recíproca, contudo, não é verdadeira. Um ensino da psicanálise desvinculado da ética do desejo não merece o qualificativo de psicanalítico. Pode no máximo ser instruções sobre a doutrina, entretanto, esvaziada de seu espírito. A necessidade de consonância do ensino da psicanálise com a ética que a distingue foi, portanto, um dos pontos de chegada de minha tese de doutoramento. Nela, quando passamos a considerar mais detidamente as impossibilidades inerentes ao ensino da psicanálise, desembocamos no veio ético do psicanalista (o des-ser) – erigido já desde a psicanálise em intensão, ou seja, a análise do próprio analista – e que o impulsiona a agir segundo a política da falta-a-ser, princípio regulador do desejo que, mesmo em situação de ensino, nunca deveria ser por ele esquecido ou mesmo negligenciado.

As quatro expressões acima citadas surgiam sempre que Lacan fazia referência direta ou indireta ao campo da ética da psicanálise – e a seu agente: o psicanalista como semblante do objeto *a*. Isso nos levou a formular essas quatro expressões, extraídas do ensino de Lacan, como “os operadores éticos do psicanalista”.¹ Chamá-las e agrupá-las assim, sob um único e mesmo designador, foi, entretanto, um achado que não fez cessar a ânsia de pesquisar, no ensino de Lacan, os momentos de seus apaprecimentos e, ainda, o contexto em que surgiram. Para

¹ Adotamos o conceito de “operador” segundo o seu emprego em análise matemática – ou seja, como símbolo de uma operação que se efetua sobre uma variável ou sobre uma função – no caso, a presença real do psicanalista como suporte de *a* – e não segundo o seu uso em cibernética, onde é usualmente empregado para se referir às comunicações e ao sistema de controle das máquinas, uso em que o termo operador se reduz ao registro do Simbólico. Por isso, nossa concepção de “operador” (ainda mais quando acompanhado do complemento “ético do psicanalista”) é – justo por pressupor como necessária ao discurso analítico a função de semblante do objeto *a* ($a \rightarrow S$) – muito mais ampla que a acepção cibernética.

tal, foi necessário rastrear os usos e os empregos feitos por Lacan dessas quatro expressões. Nesse rastreamento, foi importante ter considerado o momento e o contexto em que Lacan as utilizou, para aí ter verificado que o que estava em jogo era a dimensão ética, dimensão essa em que se encontram os princípios fundamentais de tudo aquilo que se designa “transmissão em/da psicanálise”.

No conjunto, entendemos essas quatro expressões como referências lacanianas ao modo como o psicanalista exerce/opera a ética da psicanálise ao fazer existir o inconsciente em situação clínica, ou seja, as entendemos como facetas de um mesmo efeito: a produção de um psicanalista. O ato, o discurso e o saber do psicanalista são, a nosso ver, juntamente com o desejo do psicanalista, efeitos de uma psicanálise, e como tais determinam a posição ética do psicanalista, quer em situação de tratamento ou em qualquer outra: de ensino, de pesquisa, de extensão universitária ou institucional. Sendo efeitos de uma psicanálise levada até seu último termo, tornam-se, por isso mesmo, os operadores éticos do psicanalista feitos presentes nessas mesmas situações. Este foi o postulado da pesquisa da qual este artigo é um dos resultados.

Posteriormente, no pós-doutorado, o nosso problema de pesquisa foi formulado da seguinte maneira: Em que momentos, como e por que as expressões “desejo do psicanalista”, “saber do psicanalista”, “discurso do psicanalista” e “ato do psicanalista” surgem e se firmam como coordenadas éticas no ensino de Lacan?

Nossa hipótese foi a de que nenhuma dessas expressões – justamente por seu conteúdo comum não se reduzir ao registro do Simbólico e nem por ele ser plenamente recoberto – mereceu o qualificativo de conceito. Por isso, elas são aqui tratadas como operadores, ou seja, como coordenadas teóricas e éticas a guiarem o psicanalista na direção do tratamento. Daí o objetivo geral de explicitar – a partir de uma leitura orientada dessas expressões extraídas do ensino de Lacan – a presença inerente e necessária de uma vertente ética própria à psicanálise.

Com a direção teórico-metodológica já estabelecida – e com o postulado acima fundado como marco zero, nos guiamos pelo seguinte problema de pesquisa: pela alta densidade semântica presente nesses termos ou expressões, ou seja, por Lacan concentrar nesses nomes a operacionalização da ética do psicanalista na clínica e na cultura – e pela importância que a ética da psicanálise tem, como pano de fundo ou não, nas pesquisas feitas no campo psicanalítico –, será plausível extrair consequências ético-teóricas dessas referências lacanianas? Qual o valor dessas quatro expressões ou termos para o campo ético da psicanálise?

A passagem atenta por essas referências nos forneceu ainda subsídios para entendê-las como coordenadas éticas a serem levadas em conta, além do campo clínico, mesmo nas pesquisas acadêmicas futuras em psicanálise. Se a pesquisa em psicanálise não se sustenta desvinculadamente da vertente ética, a composição dessas coordenadas ético-teóricas pretende contribuir, ainda, para a orientação de futuros pesquisadores, principalmente no

contexto da pesquisa universitária. Isso devido à ubiquidade do desejo do psicanalista no campo psicanalítico, inclusive no contexto da pesquisa universitária. Essa ubiquidade aponta para a necessidade de que as pesquisas universitárias sobre psicanálise não estejam em dissonância com os princípios éticos elementares decorrentes do estabelecimento da doutrina psicanalítica freudo-laciana. De modo que toda pesquisa que pretenda se qualificar como psicanalítica deveria levar em conta tanto os pressupostos teóricos (conceitos fundamentais da psicanálise) como os princípios éticos neles entrelaçados.

A seguir, apresentaremos e comentaremos, resumidamente, algumas das principais referências lacanianas ao desejo do psicanalista. Esta expressão é aqui destacada, em detrimento das três demais, por razões de espaço editorial, e cumpre a função de apreciar, como necessário, o veio ético inerente à conduta do psicanalista durante a direção do tratamento.

O desejo do psicanalista

Esta expressão tem sua primeira aparição, no ensino de Lacan, em *O Seminário 6: O desejo e sua interpretação* (LACAN, 1959-1960/1990?a) – mais especificamente na lição de 01/07/1959. E tal referência surge em uma situação de ensino em que Lacan põe frente a frente o desejo (como desejo do Outro) e o desejo do psicanalista.

O problema da análise é justamente o desejo que o sujeito tem por reencontrar, que é este desejo do Outro, nosso desejo, este desejo que está presente somente no que o sujeito supõe que o demandamos, este desejo se encontra numa situação paradoxal... Como pode esta situação ser sustentada. Ela não pode ser seguramente sustentada senão por meio da manutenção de um artifício que faz parte de toda a regra analítica [...]. O essencial da análise dessa situação em que nos encontramos, ser aquele (o analista) que se oferece como suporte para todas as demandas e que não responde a nenhuma (LACAN, 1959-1960/1990?a, lição 27 de 01/07/1959).

Na sequência deste mesmo Seminário, Lacan relembra aos presentes a essência vazia do desejo – fator este que jamais deveria ser desconsiderado pelos psicanalistas. Presentificar o vazio é, portanto, uma função inerente e necessária ao desejo do psicanalista. Podemos formulá-la com o seguinte lema: “Nada desejar para o sujeito/psicanalisante, deixando-o assim a desejar”. Lacan aponta, então, para algo aquém do desejo do Outro, para a vacuidade constitutiva do desejo enquanto a verdadeira mola ética que sustenta a regra fundamental da psicanálise e que, por decorrência, move o processo psicanalítico.

Curiosamente, a citação acima – além de vir acompanhada da articulação do desejo como “falta-a-ser”, característica marcante da política do psicanalista (LACAN, 1958/1998a) – é seguida pela dedicação de várias linhas ao “corte” como modo de o psicanalista, em posição de objeto, intervir apontando o vazio (e sua falta constitutiva), e assim manter aberta a perspectiva do desejo.

É que nós não devemos fazer uma parte essencial, nisto que é imanente a toda a situação mesma enquanto nosso desejo deva limitar-se a este vazio, a este lugar que deixamos ao desejo, para que se situe ali o corte? No corte que é sem

dúvida o modo mais eficaz de intervenção e de interpretação analítica. E é uma das coisas sobre as quais deveríamos insistir mais, neste corte que fazemos mecânico, que fazemos limitado a um tempo pré-fabricado. É um dos métodos mais eficazes de nossa intervenção, é também um dos que deveremos usar mais. Mas neste corte há algo, esta mesma coisa que temos aprendido a reconhecer sob a forma de objeto fálico latente em toda relação de demanda, como significante do desejo (LACAN, 1959-1960/1990?a, lição 27 de 01/07/1959).

A importância dada ao desejo, como fundado na falta, e ao corte, como modo de apontá-la na relação com o desejo do Outro, são então termos que compõem o ponto/eixo denominado por Lacan de “o desejo do psicanalista”, ponto esse em torno do qual Lacan já estabelece algumas coordenadas éticas da psicanálise. E este desejo do psicanalista Lacan (1959-1960b/1988), no *Seminário 7: A ética da psicanálise*, o localiza para-além do desejo do Outro, justamente por ser ele acompanhado do qualificativo “advertido”. Para Lacan, portanto, o desejo do psicanalista é, diferentemente do desejo do Outro, tido como advertido. Ele atribui, assim, uma posição de objeto, porém diferenciada, ao lugar do psicanalista.

Contudo, o que dizer do emprego desse adjetivo (advertido) como característico do desejo do psicanalista? Certamente esse caráter advertido do desejo do psicanalista é o resultado do que restou da destituição subjetiva promovida pelo que foi sua própria análise. Podemos ainda pensá-lo como “advertido”, porque já atravessado pelos enganos e desenganos do psicanalista relativos à transferência e a seu pivô, o sujeito-suposto-saber.

A formação do psicanalista exige que ele saiba, no processo em que conduz seu paciente, em torno do quê o movimento gira. Ele deve saber, a ele deve ser transmitido, e numa experiência, aquilo de que ele retorna. Esse ponto-eixo é o que eu designo – de um modo que, penso, lhes parece já suficientemente motivado, mas que, espero, à medida do nosso progresso, lhes parecerá cada vez mais claro, cada vez mais necessário – é o que designo pelo nome de *desejo do psicanalista* (LACAN, 1964/1979, p. 218-219, grifos nossos).

O desejo do psicanalista é, inicialmente no ensino de Lacan, portanto, situado como um ponto-pivô, ponto-eixo em torno do qual deve girar a ética da psicanálise.

Já no *Seminário 12: Problemas cruciais para a psicanálise* (LACAN, 1964-1965/1990?c), o autor, referindo-se à “identificação”, faz um longo percurso para contrapor-la [a identificação] ao desejo do psicanalista. E o contexto do qual se serve para realizar tal contraposição é o tratamento psicanalítico. Lacan, nessa época, estava envolvido em denunciar os desvios da prática psicanalítica, principalmente os desvios que se sustentavam na premissa de que o psicanalista deveria ser um suporte identificatório para os seus psicanalisandos. Oferecer-se como Ideal ao Eu do psicanalisando era, então, o lema de uma prática que ficou conhecida como “Psicologia do Eu” – prática essa que sustentava o que deveria ser o final de todo e qualquer tratamento psicanalítico: a identificação do psicanalisando ao psicanalista. E foi, portanto, para contrapor-se a esta concepção do que seria o final

de análise que Lacan cunhou o “desejo do psicanalista”. Rer ler a pulsão freudiana como um conceito fundamental da psicanálise, desvinculando-o de vez de qualquer leitura biologizante (LACAN, 1964/1998c), fez parte da estratégia lacaniana na denúncia desses desvios – já que a Psicologia do Eu propunha a existência de um tipo de amor, chamado de genital, pressuposto no conceito de pulsão genital. Levar o sujeito em análise ao amor genital – servindo-se para tal da identificação do “eu forte do psicanalista” – era, portanto, uma concepção de cura que exigia a retomada dos princípios éticos freudianos que deveriam nortear a ação do psicanalista: daí a importância da criação do desejo do psicanalista. Desejo este que faria, portanto, oposição a todo e qualquer tratamento ancorado na identificação com o psicanalista.

Afirmando que “[...] o desejo vem do Outro, e o gozo está do lado da Coisa”, Lacan (1964/1998c, p. 867-868) se pergunta qual seria a finalidade da análise e o papel aí do desejo do psicanalista:

Então, qual é a finalidade da análise, para além da terapêutica? Impossível não distingui-la desta quando se trata de produzir um analista. Pois, como dissemos sem entrar na mola da transferência, é o desejo do analista que, em última instância, opera na psicanálise.

No *Seminário 7: A ética da psicanálise* (LACAN, 1959-1960/1988, p. 360), o desejo do psicanalista é formulado como para-além da demanda de felicidade, e até mesmo de qualquer promessa:

O que pode ser um tal desejo, propriamente falando, o desejo do analista? Desde já podemos no entanto dizer o que ele não pode ser. Ele não pode desejar o impossível. Vou lhes dar um exemplo disso na definição, a mais firme, que um autor conseguiu confiar antes de desaparecer, de uma função que lhe parece essencial na relação dual com o analista, relação que existe uma vez que respondemos à demanda de felicidade, mas que não esgota a análise. Essa função, que é aquela dita da distância, é definida nestes termos – a hiância que separa a maneira pela qual o sujeito expressa seus *drives* instintuais da maneira pela qual poderia expressá-los se o processo de arrumar e de ajeitar suas expectativas não intervesse.

Lacan encerra esse Seminário sobre a premissa ética da psicanálise: “Agiste em conformidade com teu desejo?” – e, para tal, a recorrência ao conceito de pulsão (e de sua satisfação) foi indispensável, bem como a afirmação de que a psicanálise não deve trabalhar a favor do “serviço dos bens”² e de sua “racionalização moralizante”.

A ética da psicanálise não é uma especulação que incide sobre a ordenação, a arrumação do que chamo de serviço dos bens. Ela implica, propriamente falando, a dimensão que se expressa no que se chama de experiência trágica da vida. É na dimensão trágica que as ações se inscrevem, e que somos solicitados a nos orientar em relação aos valores (LACAN, 1959-1960/1988, p. 375-376).

A dimensão trágica da experiência psicanalítica é, portanto, outro elemento que serve de contraponto ao serviço dos bens e à finalidade terapêutica da psicanálise. E seria justamente por meio do desejo do psicanalista – em sua proximidade à “experiência trágica da vida” – que haveria uma chance de uma ética sustentada no desejo (do Outro e para além dele), e não em qualquer promessa de felicidade, de cura ou de bem-estar.

Entretanto, é no *Seminário 8: A transferência* (LACAN, 1960-1961/1992a) que encontramos inúmeras referências ao desejo do psicanalista. E todas elas são formuladas para manifestar a aversão de Lacan à referência diádica (ou interpessoal) na abordagem da transferência. Ele já havia nos lembrado que o psicanalista deve pagar algo para cumprir sua função: com palavras, na interpretação, e com sua pessoa, já que “pela transferência ele é literalmente despossuído dela” (LACAN, 1959-1960/1988, p. 349). Ao focalizar a atopia de Sócrates no mundo grego – o fato de ser Sócrates tão insituável e inclassificável quanto deveria ser o psicanalista –, Lacan examina a complexidade da transferência, localizando-a para além do psicanalisando. Recorre, então, uma vez mais, ao desejo do psicanalista.

Não basta falar agora de *katarsis*, purificação, se posso dizer, do grosso do inconsciente no analista. Tudo isso fica muito vago. É preciso fazer justiça aos analistas que, há muito tempo, não se contentam com isso. Não para criticá-los, mas para compreender com que obstáculo estamos lidando, é preciso perceber que não estamos nem no começo daquilo que, no entanto, se poderia articular tão facilmente, sob forma de questão, com referência ao que deve ser obtido em alguém para que ele possa ser um analista. Dizem: é preciso que ele saiba agora um pouquinho mais da dialética de seu inconsciente. Mas o que sabe ele disso exatamente, afinal? E, principalmente, até onde o que ele sabe disso precisou ir, com relação aos próprios efeitos do saber? E formulo para vocês, simplesmente, esta questão: o que deve restar de suas fantasias? Sabem que sou capaz de ir mais longe e de dizer *sua* fantasia, se é que existe uma fantasia fundamental. Se a castração é aquilo que se deve aceitar no último termo da análise, qual deve ser, então, o papel da cicatriz da castração no *eros* do analista? (LACAN, 1960-1961/1992a, p. 108-109, grifos do autor).

A esta questão Lacan (1960-1961/1992a, p. 109) responde contestando as referências à relação médico-paciente ou a qualquer outra díade como modo de abordagem do desejo do psicanalista:

Trata-se, portanto, para nós, de tentar articular e situar o que deve ser, o que é fundamentalmente o desejo do analista – e isso, segundo balizas que podem, a partir de uma topologia já esboçada, ser designadas como coordenadas do desejo, pois não podemos encontrar nossas balizas idôneas referindo-nos às articulações da situação para o terapeuta ou para o observador, e em nenhuma das noções de situação tais como nos são expostas numa fenomenologia que se elabora à nossa volta. Pois o desejo do analista não é tal que possa se bastar por uma referência diádica. Não é a relação com o paciente que pode, por uma série de eliminações e excursões, nos dar a sua chave. Trata-se de algo mais intrapessoal. Isso também não quer dizer que o analista deva ser um

²O “serviço dos bens” mencionado por Lacan refere-se aos bens privados, aos bens de família, aos bens da casa, aos bens do ofício, aos bens da profissão e aos bens da Cidade.

Sócrates, nem um puro, nem um santo. Sem dúvida, esses exploradores que são Sócrates, ou os puros, ou os santos, podem nos dar algumas indicações relativas ao campo que está em questão. Isso não é dizer bastante – pensando bem, é a este campo que referimos toda a nossa ciência, entendendo experimental. Mas é justamente devido ao fato de que é por meio deles que a exploração é feita que possamos talvez definir, e em termos de latitude e de longitude, as coordenadas que o analista deve ser capaz de atingir para, simplesmente, ocupar o lugar que é o seu, o qual se define como aquele que ele deve oferecer vago ao desejo do paciente para que se realize como desejo do Outro.

E é justamente o desejo como desejo do Outro que se desdobra na transferência, na forma de amor, durante o percurso analítico: o sujeito passa da posição de *éroménos* (sujeito amado) à posição de *érastês* (objeto amante), a chamada “*metáfora do amor*”, segundo Lacan – que não vê nessa passagem nenhuma contraindicação, já que faz parte, desde o começo das análises, do chamado amor de transferência. A contraindicação para a psicanálise, Lacan (1960-1961/1992a, p. 195) a localiza, pelo contrário, do lado do psicanalista, nitidamente quando este lança seu próprio *agalma* sobre o analisando:

[...] basta supor que o analista, mesmo à sua revelia, coloque por um instante seu próprio objeto parcial, seu *agalma*, no paciente com quem está lidando. Aí, com efeito, se pode falar de uma contra-indicação, mas como vêem, nada menos que localizável – ao menos enquanto a situação do desejo do analista não é explicitada.

Com efeito, Lacan aí reafirma – usando a palavra *agalma* para se referir à face brilhante do objeto *a* – a importância de o psicanalista não projetar sobre o analisando tal objeto, causa de seu próprio desejo. Isto seria conduzir a análise segundo os ideais do Outro [I(A)] – o que estimularia, por efeito, a identificação do analisando com o psicanalista. Uma vez mais surge aqui a preocupação de Lacan com as análises dirigidas pelo serviço dos bens e com a identificação (cultural e subjetiva) aí promovida.

As relações estreitas da identificação com a angústia são examinadas por Lacan (1962-1963/2005) no *Seminário 10: A angústia*. Nele, a angústia é tida como efeito da presença do objeto *a* no campo do Outro. E presença que abala, faz tremer as identificações do sujeito aos ideais do Outro/eu. Posteriormente, em seu ensino, Lacan retomará a angústia como efeito da presença da falta (*a*) no discurso e, mais ainda, da falta no/do Outro [S(\mathbb{A})]. A via identificatória como meio para ser feito o final de análise é, portanto, tida por Lacan como um dos mais sérios desvios no campo ético da psicanálise. O desejo do psicanalista, “desejo sempre presumido, jamais definido, e que pode, por isso mesmo e a todo instante, acontecer nesse lugar do Outro, de onde surge para o analisante a angústia” (LACAN: 1960-1961/1990?b, lição 18 de 02/03/1961). Deduz-se daí que, na direção do tratamento, a identificação é uma via cômoda, na verdade uma defesa contra a angústia, à qual o psicanalista deveria se opor. E, mais ainda, que a angústia tem, com o desejo do psicanalista, uma grande proximidade topológica, proximidade essa marcada pela “presença do objeto *a* no campo do Outro”.

Ceder à identificação com o eu forte do psicanalista como meio de finalização do tratamento seria, então, para Lacan, no Seminário dedicado à angústia (LACAN, 1962-1963/2005, p. 142-143), deixar o objeto *a* absolutamente intacto. Seria domar a transferência através da identificação, sem, contudo, promover a sua destituição, ou seja, a destituição/desengano do sujeito-suposto-saber. Todavia, o posicionamento de Lacan diante dessa teoria sobre o final de análise sustentado na identificação com o psicanalista nos diz que, pelo contrário, a análise deveria, antes de tudo, fazer tremer os semblantes identificatórios – e jamais reforçá-los.

O que faz de uma psicanálise uma aventura singular é a busca de *ágalma* no campo do Outro. Interroguei-os diversas vezes sobre o que convém que seja o desejo do analista, a fim de que seja possível o trabalho ali onde tentamos levar as coisas além do limite da angústia. Certamente convém que o analista seja aquele que, minimamente, não importa por qual vertente, por qual borda, tenha feito seu desejo entrar suficientemente nesse *a* irreduzível para oferecer à questão do conceito da angústia uma garantia real (LACAN, 1962-1963/2005 p. 366).

E é com essas palavras – amparadas na localização da angústia entre o desejo e o gozo – que Lacan encerra o referido Seminário.

Já o *Seminário 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (LACAN, 1964/1979, p. 149) é marcado por várias formulações sobre o desejo do psicanalista “como lugar de junção do campo da demanda, onde se presentificam as sínopes do inconsciente, com a realidade sexual”.

O que há de ser do desejo do analista para que ele opere de maneira correta? Pode esta questão ser deixada fora dos limites de nosso campo, como o é de fato nas ciências – as ciências modernas do tipo mais garantido – em que ninguém se interroga sobre o que é, por exemplo, do desejo do físico? O desejo do analista, em cada caso, não pode de modo algum ser deixado fora de nossa questão, pela razão de que o problema da formação do analista o coloca. E a análise didática não pode servir para outra coisa senão para levá-lo a esse ponto que designo em minha álgebra como o desejo do analista (LACAN, 1964/1979, p. 17).

Além de afirmar aí que o desejo do psicanalista surge como uma incidência essencial e única do desejo no campo da ciência moderna, neste mesmo Seminário Lacan se pergunta onde fica o ponto de disjunção e de conjunção, de união e de fronteira entre a psicanálise e a ciência, que só pode ser ocupado pelo desejo do psicanalista. E, para responder a essa pergunta, ele recorre uma vez mais ao conceito de pulsão, mais especificamente ao que ele próprio nomeou como “desmontagem da pulsão” (LACAN, 1964/1979, p. 153-164) a partir de Freud. Sua aposta é que o conceito freudiano de pulsão abriu a perspectiva para que fosse formulado o desejo, mais especificamente, o do psicanalista.

O desejo do analista não é um desejo puro. É um desejo de obter a diferença absoluta, aquela que intervém quando, confrontado com o significante primordial, o sujeito vem,

pela primeira vez, à posição de se assujeitar a ele. Só aí pode surgir a significação de um amor sem limite, porque fora dos limites da lei, somente onde ele pode viver (LACAN, 1964/1979, p. 260).

É com essas palavras que Lacan encerra o Seminário dedicado aos quatro conceitos fundamentais da psicanálise: apontando para a produção do significante primordial – a ser chamado posteriormente de significante-mestre (S1) – e para o objeto *a* como fundamento do “amor sem limite”, ou seja, como objeto em junção com campo do Outro e em disjunção com o campo do gozo.

Observamos que neste mesmo Seminário Lacan ainda nos diz insistentemente da importância do desejo e da transferência (como demanda de amor dirigida ao psicanalista) naquilo que concerne à função essencial do desejo do psicanalista.

Enquanto o analista é suposto saber, ele é suposto saber também partir ao encontro do desejo inconsciente. É por isso que eu digo que o desejo é o eixo, o pivô, o cabo, o martelo, graças ao qual se aplica o elemento força, a inércia, que há por trás do que se formula primeiro, no discurso do paciente, como demanda, isto é, a transferência. O eixo, o ponto comum desse duplo machado, é o desejo do analista, que eu designo aqui como a função essencial. E não me digam que, esse desejo, eu não o nomeio, pois é precisamente um ponto que só é articulável pela relação do desejo ao desejo. Essa relação é interna. O desejo do homem é o desejo do Outro (LACAN, 1964/1979, p. 222-223).

Portanto, tanto quanto o desejo do psicanalista, é justamente no intervalo entre os significantes, no intervalo entre S1 e S2, que Lacan localiza do objeto *a* como falta/hiância que se liga ao desejo do Outro. Daí o fundamento da fórmula que fará do psicanalista “semblante do objeto *a*”.

Transferência e engano são, portanto, os termos articulados por Lacan ao se referir uma vez mais, neste mesmo Seminário, ao desejo do psicanalista e à sua importância capital na direção do tratamento. Lacan, na verdade, retoma aqui o paradoxo da transferência, já presente desde Freud: como meio (amistosidade em colaborar com a execução da regra fundamental) e como obstáculo (resistência). Porém, Lacan (1964/1979, p. 239-240) destaca aí, nesse mesmo paradoxo, a inexorável presença do engano e da tapeação no amor de transferência:

Convém então apontar aqui o seguinte – que é sempre eluído, que Freud articula, e que não é desculpa, mas razão da transferência – que nada poderia ser atingido *in absentia*, *in effigie*. Isto quer dizer que a transferência não é, por sua natureza, a sombra de algo que tenha sido vivido antigamente. Muito ao contrário, o sujeito enquanto assujeitado ao desejo do analista deseja enganá-lo dessa sujeição, fazendo-se amar por ele, propondo por si mesmo essa falsidade essencial que é o amor. O efeito de transferência é esse efeito de tapeação no que ele se repete presentemente aqui e agora.

Ele só é repetição do que se passou assim-assim, por ter a mesma forma. Não é sombra das antigas tapeações do amor. É isolamento, no atual, de seu funcionamento puro de tapeação.

É por isso que, por trás do amor dito de transferência, podemos dizer que o que há é afirmação do laço do desejo do

analista com o desejo do paciente. É o que Freud traduziu numa espécie de rápido escamoteamento, um chamariz, dizendo – “depois de tudo, é apenas o desejo do paciente” – coisa para serenar os confrades. É desejo do paciente, sim, mas no seu encontro com o desejo do analista. Esse desejo do analista, não direi de modo algum que não o nomeei ainda, pois como nomear um desejo? Um desejo, o cercamos. Muitas coisas na história nos dão aqui traço e pista.

Convém aqui nos lembrarmos do artigo “O engano do sujeito suposto saber” (LACAN, 1967/2003). Este artigo é, na verdade, uma continuação do raciocínio presente na seção intitulada ‘Da interpretação à transferência’, presente no Seminário 11 (LACAN, 1964/1979). Nele, há a teorização no entorno do objeto *a* e de sua participação no desejo e no ato do psicanalista. Sua argumentação, na verdade, já preparava o campo para a formalização da teoria dos discursos e de seus matemas (LACAN, 1969-1970/1992b), mais especificamente do discurso do psicanalista ($a/S_2 \rightarrow S_1$). Todavia o que aqui nos interessou foi a defesa acerca da posição do psicanalista como lugar consonante a sua prática e, por isso mesmo, lugar marcado pela falta inerente ao desejo (*a*) e ao sujeito (S). Referindo-se ao lugar do Deus-Pai, por ele designado como Nome-do-Pai, Lacan (1967/2003, p. 338) nos diz por que tal lugar não basta para abordar a posição do psicanalista:

De fato, é nesta relação hiante que fica suspensa a posição do psicanalista. Ele não é apenas solicitado a construir a teoria do engano essencial ao sujeito da teoria – aquele que chamamos de sujeito suposto saber. Uma teoria que inclua uma falta, a ser encontrada em todos os níveis, inscrevendo-se aqui como indeterminação, ali como certeza, e a formar o nó do ininterpretável, é nela que me empenho, decerto não sem experimentar sua atopia sem precedentes.

Sobre o fato de o psicanalista não poder jamais reduzir-se à representação e aos poderes daí decorrentes, em função de uma tradição “idealista” e “psicologizante”, Lacan (1967/2003, p. 339) afirma:

Ora, é justamente na prática, antes de mais nada, que o psicanalista tem que se igualar à estrutura que o determina, não em sua forma mental, infelizmente! – é exatamente aí que está o impasse -, mas em sua posição de sujeito tal como inscrita no real: tal inscrição é o que define propriamente o ato. Na estrutura do engano do sujeito suposto saber, o psicanalista, no entanto, tem que encontrar a certeza de seu ato e a hiância que constitui sua lei.

A “posição de sujeito inscrita no ato” foi matemizada nos Seminários 15 (LACAN, 1967-1968/1992?) e 17 (LACAN, 1969-1970/1992b): $a \rightarrow S$. Ela supõe que, durante o ato psicanalítico, o sujeito é agido pelo objeto, por isso o ato se faz sem pensar, ou seja, ele antecipa uma conclusão, cujo processo não foi, todavia, supervisionado e controlado pelo eu. Subordinar o sujeito ao ato foi, portanto, um artifício lacaniano para ir além do pai freudiano, para além do valor do pai e da castração na cultura.

Voltando ao Seminário 11 (LACAN, 1964/1979, p. 258-259), outra referência digna de nota aponta, uma vez mais, para a antinomia desejo-interpretação, desejo-idealização:

Para lhes dar fórmulas-referência, direi – se a transferência é o que, da pulsão, desvia a demanda, o desejo do analista é aquilo que a traz ali de volta. E, por essa via, ele isola o *a*, o põe à maior distância do I que ele, o analista, é chamado pelo sujeito a encarnar. É dessa idealização que o analista tem que tomar (se safar) para ser o suporte do *a* separador, na medida em que seu desejo lhe permite, numa hipótese às avessas, encarnar, ele, o hipnotizado.

O esquema que lhe deixo como guia da experiência, como também da leitura, lhes indica que a transferência se exerce no sentido de reconduzir a demanda à identificação. É na medida em que o desejo do analista, que resta um *x*, tende para um sentido exatamente contrário à identificação, que a travessia do plano da identificação é possível, pelo intermédio da separação do sujeito na experiência. A experiência do sujeito é assim reconduzida ao plano onde se pode apresentar, da realidade do inconsciente, a pulsão.

Reencontrar a lógica pulsional no final de análise, mais especificamente a demanda de satisfação inerente à pulsão, é então a decorrência lógica da separação sujeito-objeto promovida pelo processo psicanalítico. Nesse processo, a extração do objeto *a* do campo do Outro é necessária para que o psicanalista não ceda à demanda de se oferecer como suporte identificatório ao psicanalisante. Pelo contrário, é pelo fato de o psicanalista declinar desse lugar do ideal $I(A)$ que o psicanalisante é forçado a ter de se haver com o seu ser-de-objeto – ser este que, partindo da fonte, circula o objeto e a ela retorna, nos moldes do circuito da pulsão.

Aqui observamos que, se as principais referências de Lacan ao desejo do psicanalista são ainda incipientes nos Seminários 6 e 7, nos Seminários seguintes, até o Seminário 12, elas são abundantes, sendo que seu ápice é atingido, sem dúvida, no Seminário 11. Neste último, tais referências perpassam a abordagem de todos os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (inconsciente, pulsão, repetição e transferência).

As relações do desejo com a identificação são examinadas por Lacan principalmente no Seminário 9, dedicado à identificação. Lacan aí considerou as coordenadas já estabelecidas por Freud, ou seja, que entre esses dois conceitos há uma área de interseção e, antes de tudo, a tendência à subordinação radical da identificação ao desejo do Outro e a seus ideais ($I(A)$). E esta tendência, ancorada no nome próprio ao qual o sujeito se identifica, caminha na direção contrária à destituição subjetiva decorrente do processo analítico. De modo que, se por um lado o sujeito tem ancorada a sua formação nas identificações com os ideais do Outro, por outro a destituição subjetiva implica a queda de algumas identificações secundárias (S_2) e o sério abalo ou tremor das identificações primárias (S_1), dentre elas a identificação com o nome e com o corpo próprios. Com Freud, Lacan ainda aprendeu que a identificação, enquanto sustentada nos registros Imaginário e Simbólico, só ocorre em função de uma perda de gozo ocorrida a partir do Real. A extração do objeto *a* do campo do Outro abriu para Lacan não somente a perspectiva ao desejo, como também, por decorrência, à identificação.

Por isso Lacan (1964-1965/1990?c), também no Seminário 12, nos diz que o desejo do psicanalista precisa ser diferenciado topologicamente do fenômeno da identificação. E essa diferenciação não é sem importância, pois nos traria a marca de duas concepções distintas do final de análise: o final de análise sustentado na identificação com o eu forte do psicanalista, e o final de análise sustentado na destituição da transferência ou, em outros termos, na queda ou desengano do sujeito suposto saber. No primeiro caso, há a manutenção intacta da neurose de transferência, o que levou Lacan a dizer que “a neurose de transferência é a neurose do psicanalista. Se refugia na transferência na medida em que não se está no ponto quanto ao desejo do psicanalista” (LACAN, 1964-1965/1990?c, lição 8 de 03/02/1965). O risco de o psicanalista compactuar com a neurose de transferência culminaria, inevitavelmente, no que se chama classicamente de análise interminável ou sem fim. Por isso, a neurose de transferência

[...] é imbatível justamente porque, não havendo solução para ela, a astúcia do condutor do jogo – se o analista merece seu nome – não pode ser mais que isto: de fazer culminar dela, de depreender dessa defesa, uma forma sempre mais pura. É este o desejo do analista na operação: levar o sujeito a seu fantasma fundamental, e isso não é ensinar-lhe nada, é aprender com ele como fazê-lo. O objeto *a* e sua relação com um caso determinado, e aí a divisão do sujeito – isso é o paciente que sabe fazer ali. E nós estamos no lugar do resultado, na medida em que o favorecemos. O analisado é o lugar em que isso se verifica de um modo radical, porque aqui se mostra a superposição estrita que designa o desejo do Outro, não porque ao paciente lhe seja ditado o desejo do analista, mas porque o analista se fez o desejo do paciente. Qual deve ser o desejo do analista, para sustentar-se por sua vez neste ponto de suprema cumplicidade, cumplicidade aberta à surpresa? (LACAN, 1964-1965/1990?c, lição de 19/05/1965).

E ele prossegue ao responder que

O oposto desta espera onde se constitui o jogo em si, o jogo como tal, é o inesperado. O inesperado não é o risco. Um se prepara ao inesperado. O inesperado mesmo – se me permitem por um instante voltar sobre este esboço da estruturação para-euleriana que lhes dei como necessário a certos conceitos, o oito invertido, esta banda de Möebius, que deve atravessar a pulsão oculta. Que é o inesperado senão o que se revela como espera já esperada, mas só quando chega? O inesperado atravessa o campo do esperado ao redor desse jogo da espera – e é fazendo frente à angústia ao redor do campo da espera, como Freud, nos textos fundamentais sobre esse tema já havia formulado (LACAN, 1964-1965/1990?c, lição de 19/05/1965).

Daí concluirmos que o inesperado já esperado, porém ainda não vivido pelo sujeito, é, no contexto da vida, a morte, e, no contexto da cura, o ato de finalização do tratamento psicanalítico. Quando chega ao final de análise, o sujeito, principalmente ao não se refugiar na identificação com o psicanalista, além de ter de se haver com o incurável de seu sintoma, tem de se haver com os enganos que ali o levaram, dentre eles o engano do sujeito suposto sa-

ber. Aí, graças ao ser-de-objeto (*a*), abre-se a perspectiva ao des-ser do psicanalista, verdadeiro núcleo do desejo do psicanalista ao redor do qual gira a ética da psicanálise.

Portanto, no Seminário 12 duas posições opostas já estão demarcadas por Lacan quanto ao final de análise: 1- a do refúgio na transferência pela via da identificação com o psicanalista, em que o sujeito suposto saber é mantido intacto e, exatamente por isso, a transferência e o tratamento permanecem sem fim; 2- a da destituição da transferência e do desengano do sujeito suposto saber como efeitos inevitáveis da redução do psicanalista à função de objeto *a*.

No Seminário dedicado ao ato do psicanalista, há a afirmação categórica de que, no final da análise, o sujeito suposto saber, função esta evocada no início do processo analítico, fica reduzido ao “[...] ‘não estar/ser aí’ que é o que é característico do próprio inconsciente, e que esta descoberta faz parte da mesma operação verdade” (LACAN, 1967-1968/1992?, p. 90-91). A redução do psicanalista à condição de resto ou resíduo da operação analítica (*a*) traria à tona a transformação do “sujeito suposto saber” em “significante que falta ao Outro” [S(*A*)]. Por meio do desejo do psicanalista, como um leme a conduzir a cura, o Outro é desvanecido e, de seu campo, é arrancado o objeto *a*. O “não estar/ser aí” do psicanalista – uma vez que este já esteja desapossado da condição agalmática e, por isso mesmo, seja como tal tomado como lixeira – mostrou a Lacan que, tanto quanto o objeto *a*, o ser do psicanalista é ser sem essência. Entretanto, este ser sem essência (*a*) é o mesmo que, no lugar de causa, pôs em movimento o processo analítico (*a*→\$), e que agora, enquanto resto projetado/lançado sobre o psicanalista, aponta para a sua finalização.

E é com este argumento, nesse mesmo Seminário, que Lacan aproxima o “desejo do psicanalista” do “ato do psicanalista”. Além de o ato do psicanalista produzir um psicanalista – e mais ainda pelo fato de o sujeito suposto saber não ser um sujeito que esteja no ato, inclusive o de finalização³ –, Lacan usa a expressão “sujeito do ato”⁴ para se referir à passagem de psicanalisante à psicanalista. Segundo ele, o objeto *a*, “Objeto sem essência que são, ou não, reevocados no ato a partir dessa espécie de sujeito que, como veremos, é o sujeito do ato; diria, uma vez que, como sujeito suposto saber, é um sujeito que não está no ato, ao final da experiência analítica” (LACAN, 1967-1968/1992?, p. 91).

Portanto, o desejo do psicanalista, expressão que, como vimos, já era usada por Lacan anteriormente, passa, com o estatuto do ato, à condição de coordenada marcante do final de análise. De modo que a passagem de psicanalisante à psicanalista, inerente ao ato do psicanalista, herdou as formulações anteriores destinadas ao desejo do psicanalista. O ato do psicanalista se mostrou aqui uma versão ampliada do desejo do psicanalista.

O desejo do psicanalista é, portanto, o que opera na psicanálise para além da terapêutica, para além da transferência e para muito além da identificação, compondo desse modo a formação do psicanalista, principalmente na vertente intensiva.

Concluimos aqui que tal formação passa necessariamente pelo engano do sujeito suposto saber, verdadeiro pivô da transferência, e que, todavia, culmina no desejo do psicanalista. Da transferência ao desejo do psicanalista é então o percurso por meio do qual Lacan pensa o final de análise, com a conseqüente produção de um psicanalista. E a advertência lacaniana de que o psicanalisante deve se haver, no final, com a falta de essência que caracteriza o objeto *a*, e, por conseqüência, o seu ato (*a*→\$), deve aqui ser destacada.

Propondo-se a manter a visão sempre aberta à questão do desejo do psicanalista, Lacan (1960/1998b, p. 839) se pergunta – e aos leitores/psicanalistas:

[...] como deve o analista preservar para o outro a dimensão imaginária de sua não-dominação, de sua imperfeição necessária, eis o que é tão importante estabelecer quanto o fornecimento, nele voluntário, de sua inciência quanto a cada sujeito que vai procurá-lo em análise, de sua ignorância sempre renovada de que alguns deles constituam um caso.

Portanto, a não-dominação, a imperfeição necessária e a inciência do psicanalista são algumas características de seu desejo que nos estimulam a jamais perder a perspectiva da falta inerente ao sujeito, ao desejo e ao Outro. É essa a posição que Lacan adota abertamente no que diz respeito à condução das análises, ou seja, à ética da psicanálise e a seu operador elementar aqui destacado, o desejo do psicanalista. E esta condução é nitidamente marcada pela posição que o psicanalista a si mesmo coloca: destituído como sujeito e, por isso mesmo, aberto para ser tomado como objeto causa do desejo.

O “desejo do psicanalista”, portanto, revelou-se, no ensino de Lacan, como uma designação pertinente ao que se transmite em psicanálise. Principalmente porque o psicanalista é, por meio de seus atos (do início ao fim de uma psicanálise), aquele que, na situação analítica e calcado na política da falta-a-ser, aponta para o psicanalisante a *ex-sistência* do objeto *a*, e, desse modo, a impropriedade de qualquer saber totalizante e suficiente acerca de si mesmo. Colocar-se como semblante do objeto *a* – inicialmente suportando ser tomado como sujeito suposto saber e, ao final, ser tomado como dejetado/resto do processo – é, portanto, a sua função, principalmente ao agir como operador da “ética do desejo” ou “ética do bem-dizer” a partir do sintoma e da transferência.

Daí concluímos que toda a perspectiva ética do ensino de Lacan buscou, no objeto *a*, um modo de atribuir um lugar e, assim, consistência lógica ao registro do real. E o desejo do psicanalista também nos deu mostras de ser uma expressão pertinente ao registro do real, por meio da formulação do objeto *a*. A ausência de essência desse objeto e sua operacionalização no desejo do psicanalista demonstraram-nos, ainda, existir uma coerência entre o desejo do psicanalista e sua política, a política da falta-a-ser.

³Lembremos aqui a máxima presente neste Seminário, qual seja, que sujeito e ato se excluem.

⁴Talvez fosse mais cabível a expressão “sujeito ao ato” do que “sujeito do ato”, já que há entre eles uma relação de exclusão: ou o sujeito ou o ato.

Portanto, a transmissão em/da psicanálise é concomitante à direção dada ao tratamento, ou seja, o psicanalista a promove em função do modo como se engaja na direção da cura. E se o estilo, no sentido lato, é uma marca singular de inscrição real de um sujeito no campo da cultura, nos perguntamos: como ele se faz presente na situação analítica? Seguramente, o desejo do psicanalista – ou seja, o que foi a sua experiência de destituição subjetiva coadunada com os princípios e conceitos da psicanálise – imiscui-se no tratamento ao fazer existir aí, singularmente, o inconsciente.

Com a formulação do objeto *a* como o eixo em torno do qual giraria o desejo do psicanalista, Lacan tentou, ainda, neutralizar o risco de a formação do psicanalista se ver reduzida à dimensão do sentido, ou seja, tornar-se mero jogo de palavras sem efeitos sobre o sujeito, tornando assim o psicanalisante prisioneiro do gozo do sentido.

O desejo do psicanalista em seu núcleo elementar, o objeto *a* – como desejo inédito inventado por Freud – nos mostrou, ainda, seu paradoxo elementar: sua posição de *metáxi*: entre verdade e saber, entre a *a-língua* (singularidade absoluta) e a Língua (como código social), entre a inconsistência do Outro, demonstrada pelo atravessamento da fantasia fundamental, e a consistência lógica do objeto *a*; entre os recursos-padrão (estilísticos) disponibilizados pelo Outro e pelo que lhe falta [S(*A*)].

De modo que a expressão “desejo do psicanalista” se mostrou digna de nota e mesmo de notação, justo por assinalar e apontar para a dimensão ética da psicanálise, ou seja, para as vias de transmissão a partir da prática do psicanalista, principalmente ao chamá-lo à responsabilidade como o seu operador ético essencial.

Informações sobre o autor

Julio Eduardo de Castro

 <https://orcid.org/0000-0001-7570-1037>

 <http://lattes.cnpq.br/8841836629795769>

É psicanalista e professor titular aposentado da Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ). Possui graduação em Psicologia pela Universidade Católica de Minas Gerais, mestrado em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, doutorado em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e pós-doutorado em Psicologia pela PUC-Minas (2012).

Como citar este artigo:

ABNT

CASTRO, Júlio Eduardo de. O desejo do psicanalista como operador ético da psicanálise. *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói, v. 32, n. 1, p. 12-20, jan./abr. 2020. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5628>

APA

Castro, J. E. (2020, Janeiro/Abril). O desejo do psicanalista como operador ético da psicanálise. *Fractal: Revista de Psicologia*, 32(1), 12-20. doi: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5628>

Referências

- CASTRO, Julio Eduardo de. *Consequências éticas da teoria lacaniana dos discursos no ensino da psicanálise*. 2006. Tese (Doutorado)-Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- LACAN, J. *O Seminário: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964). Rio de Janeiro: J. Zahar, 1979. livro 11.
- LACAN, Jacques. *O Seminário: a ética da psicanálise* (1959-1960). Rio de Janeiro: J. Zahar, 1988. livro 7.
- LACAN, Jacques. *O Seminário: o desejo e sua interpretação* (1959-1960). Buenos Aires: Escola de Psicanálise de Buenos Aires, [1990?a]. livro 6. Edição Eletrônica em CD-ROM dos Seminários e Escritos de Jacques Lacan. Não paginado.
- LACAN, Jacques. *O Seminário: a identificação* (1960-1961). Buenos Aires: Escola de Psicanálise de Buenos Aires, [1990?b]. livro 9. Edição Eletrônica em CD-ROM dos Seminários e Escritos de Jacques Lacan. Não paginado.
- LACAN, Jacques. *O Seminário: problemas cruciais para a psicanálise*. (1964-1965). Buenos Aires: Escola de Psicanálise de Buenos Aires, livro 12. Edição Eletrônica em CD-ROM dos Seminários e Escritos de Jacques Lacan [1990?c]. Não paginado.
- LACAN, Jacques. *O Seminário: a transferência* (1960-1961). Rio de Janeiro: J. Zahar, 1992a. livro 8.
- LACAN, Jacques. *O Seminário: o avesso da psicanálise* (1969-1970). Rio de Janeiro: J. Zahar, 1992b. livro 17.
- LACAN, Jacques. *O Seminário: o ato psicanalítico* (1967-1968). [S.l.: s.n., 1992?]. livro 15.
- LACAN, Jacques. A direção do tratamento e os princípios de seu poder (1958). In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998a. p. 591-652.
- LACAN, J. Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano (1960). In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998b. p. 807-842.
- LACAN, Jacques. Do “Trieb” de Freud e do desejo do psicanalista (1964). In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998c. p. 865-868.
- LACAN, Jacques. O engano do sujeito suposto saber (1967). In: _____. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2003. p. 329-340.
- LACAN, J. *O Seminário: a angústia* (1962-1963). Rio de Janeiro: J. Zahar, 2005. livro 10.

Desenvolvimento da atenção mediada e sua relação com práticas pedagógicas

Lucimar Delman Lains,  * Maria Silvia Pinto de Moura Librandi da Rocha 

Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, Brasil

Resumo

Trata-se de apresentação de resultados de pesquisa fundamentada na abordagem histórico-cultural, desenvolvida com uma turma de crianças de cinco a seis anos, em uma escola de educação infantil no município de Campinas/SP, e sua respectiva professora. O objetivo foi investigar as possibilidades de desenvolvimento da atenção mediada em crianças através de práticas pedagógicas. O material empírico foi produzido por meio de encontros preparatórios com a professora para a realização de atividades, observação participante durante as atividades desenvolvidas (sete semanas) e entrevistas com a professora, no início, meio e final do período de permanência em campo. O material empírico foi analisado qualitativamente, utilizando-se elementos da abordagem microgenética. Os resultados da pesquisa demonstram que o aprimoramento da mediação e das práticas pedagógicas na educação infantil poderá oferecer maiores contribuições para o desenvolvimento infantil, bem como novas perspectivas para o estudo da atenção mediada ou superior, segundo nomenclatura de L. S. Vigotski.

Palavras-chave: atenção mediada; práticas pedagógicas; teoria histórico-cultural.

The mediated attention development and the relationship with educational practices

Abstract

It is the presentation of search results based on the cultural- Historical approach, developed with children of five to six years in a school of Early Childhood Education in Campinas/ SP and their respective teacher. The objective was to investigate the possibilities of mediated attention development in children through pedagogical practices. The empirical material was produced by preparatory meetings with the teacher to carry out activities, participant observation during the activities (seven weeks) and interviews with the teacher at the beginning, middle and end of the field in length of stay. The empirical material was analyzed qualitatively, using elements of microgenetic approach. The survey results show that the improvement of mediation and pedagogical practices in early childhood education may offer greater contributions to child development as well as new perspectives for the study of mediated or greater attention, according to nomenclature of L. S. Vygotsky.

Keywords: mediated attention; pedagogical practices; cultural-historical theory.

Introdução

A atenção, condição básica para a aprendizagem e realização de atividades cotidianas e escolares, tem estado entre os principais motivos de queixa dos professores, da qual têm derivado muitos encaminhamentos de crianças para especialistas (psicopedagogos, psicólogos e médicos), com a expectativa de que estes profissionais possam resolver as dificuldades. Nesta dinâmica, muitos alunos têm sido submetidos a constantes rotulações, diagnósticos e medicalização, por certos comportamentos considerados como inadequados e/ou insuficientes para o bom desempenho escolar. A falta ou a dificuldade de manter a atenção em atividades pedagógicas tem sido relacionada cada vez mais frequentemente ao que se nomeia como “transtorno do déficit de atenção e hiperatividade” – TDAH, que, segundo Barkley (2002, p. 23), é “um transtorno de desenvolvimento do autocontrole que consiste em problemas com os períodos de atenção, com o controle do impulso e com o nível de atividade”.

Artigos publicados e pesquisas realizadas em escolas brasileiras demonstram que há uma tendência entre os professores de atribuírem sucessos e fracassos da

capacidade atencional e da aprendizagem às crianças, como resultantes de características individuais, descon siderando as influências do meio, das interações, das práticas pedagógicas e dos contextos sociais nos quais estão inseridas (dentre vários artigos, destacamos EIDT; TULESKI; FRANCO, 2014; LEITE; TULESKI, 2011; EIDT; TULESKI, 2010; TULESKI; EIDT, 2007; EIDT; FERRACIOLI, 2007; BONDEZAN, 2006). Autoras de trabalhos críticos inaugurais de oposição a este modelo de responsabilização dos alunos quanto a dificuldades na escolarização, Moysés e Collares (1997, p. 63) há décadas evidenciam que “a instituição escolar é, na fala destes atores [professores, gestores, especialistas], praticamente isenta de responsabilidades. A escola, o sistema escolar são sistematicamente relegados a plano mais que secundário quando falam sobre o que consideram causas do fracasso escolar”.

Eidt e Tuleski (2010) e Leite e Tuleski (2011), em suas pesquisas, redimensionam a compreensão sobre o TDAH a partir da teoria histórico-cultural, com reflexões acerca do processo ensino-aprendizagem e o desenvolvimento das funções psicológicas superiores (a imaginação, a linguagem, o pensamento, a sensação, a percepção, a memória e a atenção voluntárias). Apontando para a importância de uma nova compreensão sobre os problemas da atenção e dos comportamentos avalia-

*Endereço para correspondência: Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini. Parque Rural Fazenda Santa Cândida - Campinas, SP - Brasil. CEP: 13087-571. E-mails: lucimarlains@gmail.com, silrocha@uol.com.br

Os dados completos das autoras encontram-se ao final do artigo.



dos como hiperativos, permitem-nos vislumbrar as potencialidades do planejamento de práticas capazes de promover seu desenvolvimento.

Vygotski (1996) afirma que as funções psicológicas superiores formam-se nas interações e por meio delas, as quais se estabelecem entre sujeitos e entre estes e a realidade objetiva; então, é preciso adentrar as interações para, nelas, poder vislumbrar as possibilidades que se abrem à educação escolar e atuar sobre elas. Nessa concepção de desenvolvimento das funções psicológicas superiores deve-se levar em conta, de um lado, o impacto das relações sociais e da cultura na atualidade e, de outro lado, a influência da educação escolar nesse desenvolvimento (BONDEZAN, 2006).

O desenvolvimento da atenção é considerado pela teoria histórico-cultural um processo duplamente mediado: por instrumentos e signos e pela qualidade das mediações que circunscrevem o cotidiano das crianças. Este modelo teórico nos incita e nos ajuda, portanto, a argumentar que a escola e seus professores devem assumir papel ativo e nuclear na formação e desenvolvimento das funções psicológicas superiores nas novas gerações, visando à reprodução e ressignificação das qualidades humanas, histórica e culturalmente criadas. A atenção é considerada um dos aspectos mais importantes da atividade consciente do homem (LURIA, 1979), crucial para a organização de seu comportamento e de suas capacidades psicológicas. As informações e estímulos que recebemos do meio exterior a todo o momento precisam ser selecionados; precisamos reter os mais importantes e descartar os demais. Porém, esta capacidade não se constitui espontaneamente, como mera decorrência do amadurecimento orgânico e/ou da experiência empírica cotidiana de cada sujeito; ao contrário, é fruto de um longo processo de desenvolvimento social, histórico e cultural (VYGOTSKI, 1996).

A atenção, no início da vida de cada sujeito, é um processo marcadamente orgânico, “de crescimento, maturação e desenvolvimento dos aparatos nervosos e das funções da criança” (VYGOTSKI, 1996, p. 148). Essa gradativa maturação não se interrompe ao longo da infância e da vida adulta, mas é transformada e deslocada para segundo plano, pois o processo atencional, gradualmente, passa a ser dirigido por fatores sociais e culturais, que impõem novas tarefas para as quais a criança necessitará de regulação efetiva de seu comportamento e atenção. Assim, num longo processo de desenvolvimento, novas condutas vão sendo apropriadas, sempre mediadas pelos elementos da cultura e pelas pessoas com as quais cada sujeito convive.

Luria (1979, p. 1) define a atenção como

[...] a seleção da informação necessária, o asseguramento dos programas seletivos de ação e a manutenção de um controle permanente sobre eles [...]. O caráter seletivo da atividade consciente, que é função da atenção, manifesta-se igualmente na nossa percepção, nos processos motores e no pensamento.

Nenhuma atividade poderia ser realizada caso não existisse a seletividade promovida pela atenção, uma vez que a quantidade de informações que chegam ao

homem do meio exterior é demasiadamente grande e desorganizada; a atenção regula, controla e organiza a atividade do homem.

Dois grupos de fatores determinam a atenção humana: o primeiro é constituído pela “estrutura dos estímulos externos”, das informações que externamente chegam ao homem. No início do desenvolvimento estes estímulos exteriormente perceptíveis determinam o sentido, o objeto e a estabilidade da atenção. Fatores como a intensidade (grandeza, coloração, etc.) e a novidade (algo incomum ou novo que surja entre estímulos bem conhecidos e a ausência ou cessação do estímulo), controlam a atenção. A organização estrutural também afeta a capacidade atencional: um grande número de estímulos dispersos não pode ser percebido com êxito, mas se estiverem organizados em determinadas estruturas podem ser percebidos adequadamente.

O segundo grupo que determina a atenção do homem se refere à “atividade do próprio sujeito”, que envolve a influência exercida pelas suas necessidades de ordem biológica, cultural e/ou social, sentimentos, expectativas, motivos, suas experiências anteriores, a relevância da tarefa desempenhada, interesses e objetivos sobre o processo de sua atividade. Como esclarece Luria (1979, p. 5-6)

[...] a “organização estrutural da atividade humana” é de importância essencial para a compreensão dos fatores que dirigem a atenção do homem. É sabido que a atividade do homem é condicionada por necessidades ou motivos visando um “objetivo” determinado. [O autor conclui que] a atenção do homem é determinada por sua atividade, reflete seu processo e lhe serve de mecanismo de controle.

Na teoria histórico-cultural distinguem-se dois tipos básicos de atenção: a “involuntária”, também denominada natural, inata, imediata ou inferior, e a “voluntária”, também denominada arbitrária, mediada, cultural ou superior. Esses dois tipos de atenção não se separam por completo durante todo o percurso de desenvolvimento do homem; ao contrário, caminham articulados na construção de formas mais estáveis de comportamento, ação e regulação da conduta, conforme os aportes dessa teoria. Essa distinção entre atenção involuntária e atenção voluntária reserva a maior complexidade sobre o entendimento do desenvolvimento da atenção, sintetizada na seguinte questão: como o indivíduo se liberta do padrão responsivo estímulo-resposta e conquista a liberdade de escolher intencionalmente aquilo sobre o que prestar atenção?

Vygotski (1996) salienta que o desenvolvimento da atenção da criança, desde os primeiros dias de sua vida, se encontra em um meio complexo formado por estímulos de duplo gênero: os objetos e os eventos ambientais que atraem sua atenção em virtude de suas propriedades intrínsecas e a palavra do “outro”. Primeiro os estímulos e as pessoas de seu entorno dirigem o seu comportamento atencional, mas à medida que vai dominando a linguagem – domínio aprendido nas relações sociais – começa a dominar a capacidade de dirigir sua atenção em relação aos outros e depois em relação às suas próprias funções psicológicas.

Vygotski (1996) argumenta, assim, que a atenção voluntária é um processo mediado; para analisar a capacidade de atenção de cada sujeito é necessário considerar a qualidade das mediações, dos signos e instrumentos culturais aos quais ele teve acesso e de que vai se apropriando no percurso de seu desenvolvimento; argumenta também que esse processo subordina-se às leis gerais do desenvolvimento cultural e à constituição de formas superiores de conduta. De acordo com Vygotski (1996) devemos encarar o estudo da atenção como o de um produto de desenvolvimento cultural da criança, considerando-a como um modo de adaptação à vida social.

É necessário, entretanto, ressaltar que nos estudos pioneiros dos autores da teoria histórico-cultural, referentes ao desenvolvimento da atenção, sobretudo nos realizados por Luria (1979), examinam-se, mais detidamente, as mediações do outro pela linguagem no início da constituição da atenção mediada e em situação experimental. Argumentamos que a participação em experiências e vivências sistematizadas e intencionalmente organizadas pelo professor na educação infantil abre múltiplas oportunidades para o desenvolvimento da atenção e não se encontra explorada nos trabalhos dos autores fundadores da teoria histórico-cultural. Tampouco se pode dizer que a bibliografia nacional contemporânea sobre a atenção, quando referenciada nessa perspectiva teórica, seja robusta. Ao contrário, o conjunto de pesquisas com esses recortes ainda é modesto, e parece ser consensual entre os autores que os resultados já produzidos são ainda iniciais, preliminares, e requerem aprofundamento, novas análises e sínteses.

Os estudos que se desenvolvem no cruzamento entre teoria histórico-cultural, constituição/desenvolvimento da atenção mediada e práticas pedagógicas¹ têm em comum as seguintes concepções:

1. o ensino (em especial o escolar) deve ser fonte de desenvolvimento e não um processo independente e/ou decorrente deste;
2. é possível desenvolver a atenção através de práticas pedagógicas;
3. o desenvolvimento da atenção voluntária em contexto escolar é mais profícuo quando ocorre por demanda de atividades significativas, por meio de tarefas de ensino planejadas e executadas pelo professor;
4. os docentes, embora sejam unânimes em considerar que para estudar é essencial manter uma atenção prolongada e focada, raramente ensinam seus alunos sobre como/o que devem fazer para conseguir desenvolver a referida capacidade atencional;
5. as pesquisas podem/devem contribuir para a consecução de transformações na realidade escolar pela via da instrumentalização teórica da atuação docente.

Alinhamo-nos com essas concepções, e elas subjazem ao principal objetivo de nossa pesquisa: investigar as possibilidades de desenvolvimento da atenção mediada em crianças em um contexto de educação infantil e sua relação com as práticas pedagógicas, fundamentando-nos na teoria histórico-cultural.

Método

No desenvolvimento da pesquisa de campo, trabalhamos com uma turma composta por vinte e quatro crianças de cinco a seis anos e sua respectiva professora, em uma escola de educação infantil, localizada em um bairro da periferia do município de Campinas/SP. Para a escolha da escola, três fatores foram relevantes: há oito anos a segunda autora do artigo supervisionava grupos de alunos de graduação em Psicologia que realizavam estágio nesta unidade; portanto, havia um conhecimento prévio entre escola e pesquisadora. Embora a definição da turma tenha decorrido da faixa etária que nos interessava, a adesão da professora à proposta foi plena; e, apesar de não ter havido uma demanda específica da escola e/ou da professora quanto a problemas atencionais dos alunos, quando apresentado o projeto de pesquisa para a equipe técnico-pedagógica, foi unânime a manifestação sobre a importância de estudos sobre a atenção e de práticas pedagógicas favoráveis a seu desenvolvimento.

A pesquisa incluiu intervenção no cotidiano dessa turma, com o propósito de provocar e analisar transformações nos modos pelos quais as crianças prestavam atenção em certos aspectos do contexto e em seu próprio funcionamento psíquico. Inicialmente elegemos sete atividades que nos pareceram profícuas para o desenvolvimento da atenção e as compartilhamos com a professora, em dois encontros de preparação para que fossem incluídas em suas práticas pedagógicas; posteriormente, a professora as colocou em funcionamento com as crianças de sua turma, e realizamos observações dessas práticas nos momentos de interação entre crianças e professora, de modo a compreender a dinâmica e as relações estabelecidas entre elas. Estas atividades foram realizadas em dez encontros, ao longo de sete semanas, na maior parte das vezes com o grupo completo, de vinte e quatro alunos. Realizamos também três entrevistas com a professora, buscando conhecer suas concepções sobre a atenção e a importância do trabalho docente para desenvolvê-las. No presente texto recortamos da pesquisa episódios de atividades realizadas pela professora com a sua turma.

As análises do material empírico produzido foram feitas a partir das transcrições integrais das vídeo-filmagens e anotações de campo da pesquisadora, buscando-se examinar as possibilidades de transformações no curso dos eventos, nas ações em ocorrência e nas relações interpessoais entre os participantes. Para tal, utilizamos elementos da abordagem microgenética; trata-se de uma forma de produção e de análise de material empírico bastante associada ao uso da vídeo-gravação, envolvendo estratégias de filmagem e atividades de transcrição o mais detalhadas possível. Em sua vinculação com a teoria histórico-cultural, tem sido utilizada frequentemente

¹ Neste campo, recomenda-se a leitura dos seguintes trabalhos: Rosa (2011), Lucena (2016), Rabatini (2016) e Ferracioli (2018).

na investigação sobre a constituição de sujeitos em contextos educativos, privilegiando o plano das interações e dedicando especial atenção a minúcias que denotem (trans)formações dos/nos processos que se investiga, ainda que não necessariamente consolidadas. Conforme Góes (2000), nesse tipo de método o termo “micro” refere-se a minúcias indiciais, e o termo “genética” indica o interesse em focalizar o movimento, a história dos processos analisados.

É necessário ressaltar que as atividades desenvolvidas com as crianças nessa pesquisa, embora não se tratem, a rigor, de brincadeiras de faz-de-conta, no seu sentido mais estrito, associaram características lúdicas, utilização de elementos simbólicos e o desenvolvimento da capacidade imaginativa, dando ênfase à centralidade das ações da professora junto às crianças, através das quais se buscou promover experiências diversificadas. Dentre as várias atividades do livro da professora e pesquisadora norte-americana Susan Kaiser-Greenland (2010), intitulado *The mindful child: how to help your kid manage stress and become happier, kinder, and more compassionate*,² ainda sem tradução para o português, escolhemos algumas que avaliamos estarem de acordo com a idade das crianças participantes dessa pesquisa, e que não apresentariam dificuldade de entendimento para sua execução. Para a composição do conjunto de atividades, analisamos também as distinções entre elas, em termos de sua estrutura e nível de complexidade, buscando compor um conjunto diversificado, que mobilizasse o emprego da atenção em condições de realização e a objetos/conteúdos diferentes: atenção ao corpo, atenção a um objeto, atenção a um estímulo auditivo, etc. Além de nosso objetivo geral, tínhamos como hipótese que as atividades que envolvessem mais explicitamente elementos simbólicos teriam potência maior para capturar a atenção das crianças. Esta hipótese não se confirmou, como abordaremos nos resultados. Apresentamos, a seguir, breve descrição das instruções para cada brincadeira.

1. Atenção no caminhar:

As crianças se movem pela sala do modo mais suave que conseguirem, como se estivessem andando em cascas de ovos ou num chão delicado de vidro. Elas são orientadas a prestar atenção em cada movimento que fizerem: sentir o músculo da coxa levantar a perna e movê-la para a próxima posição, sentir o pé saindo do chão e voltando a tocar o chão, sentir as mãos e braços no espaço, etc.

2. Som no espaço:

Todos sentam em roda. Toca-se um instrumento que produza um som duradouro (exemplo: gongo ou sino). As crianças devem ouvir atentamente o som conforme ele aumenta, diminui e aos poucos desaparece. Quando não mais conseguirem ouvir o som, as crianças devem levantar a mão.

²A criança atenta: como ajudar sua criança/seu filho a gerenciar o estresse e tornar-se mais feliz, mais amável e mais compassivo (tradução da pesquisadora). Este livro foi ponto de partida para a construção do conjunto de atividades realizadas com as crianças principalmente pelo fato de já ser conhecido e já ter sido colocado em prática pela primeira autora do presente texto, em outras circunstâncias anteriores à pesquisa.

3. Brincadeira do espelho:

Uma pessoa do grupo faz gestos e/ou movimentos lentos com o corpo, e os demais devem fazer os mesmos movimentos simultaneamente, como se fossem espelhos.

4. Experimentando uma fruta/alimento:

As crianças devem focalizar sua atenção numa fruta ou outro alimento, observando-o cuidadosamente como se estivessem vendo-o pela primeira vez. Elas são orientadas a pegar a fruta/alimento e sentir sua textura entre os dedos, perceber suas cores, sentir o seu cheiro e o seu sabor, suas características.

5. Brincando com os pensamentos:

As crianças são orientadas a pensar em um objeto (variações da brincadeira: podem pensar em pessoas, locais e situações). Enquanto criam as imagens mentais, elas são orientadas a crer que essas imagens são pensamentos passando por suas mentes. A qualquer momento elas podem mudar as cores e as formas, podem tornar o objeto engraçado, podem pensar em algo completamente diferente.

6. Buraco do rato:

As crianças são orientadas a fecharem os olhos e perguntarem a si mesmas: “Qual será meu próximo pensamento?” Elas devem ser como um gato observando o buraco do rato. “Que pensamento sairá do buraco do rato?”

7. Relaxamento:

As crianças são orientadas a se deitarem de forma confortável, com os olhos fechados. O ambiente deve estar tranquilo, pode ser usada uma música suave. Cada criança recebe um bichinho de pelúcia ou uma boneca, que deve colocar em cima da barriga, para que observe, enquanto respira, os movimentos abdominais. O foco de atenção deve estar na respiração e nos movimentos dos bichinhos de pelúcia/bonecas que sobem e descem sobre o abdômen enquanto respiram.

Pesquisadora e professora combinaram dias e horários para o desenvolvimento das atividades com as crianças, elegendo terças e sextas-feiras no período da manhã, portanto duas vezes por semana. Nesses dias, todas as brincadeiras eram realizadas uma após a outra, em sequência variável, estabelecida pela professora, com duração aproximada de trinta a quarenta minutos em cada sessão.

Resultados

As análises do material empírico foram feitas a partir da imersão nas transcrições, realizada por sucessivas leituras; este trabalho foi permitindo identificar regularidades nas formas de condução das atividades por parte da professora, bem como distinções nos modos pelos quais as crianças aderiram a elas: em todos os dez episódios de uma mesma atividade percebemos uma variação significativa de tempo, e essa variação passou a ser nosso ponto de apoio para o trabalho analítico, buscando identificar razões para que elas ocorressem. Logo a seguir, nos quadros 1 e 2, apresentamos a duração de cada episódio e a duração média de duas atividades, no conjunto de sua realização.

Quadro 1: Duração de cada episódio da brincadeira “Atenção no caminhar”

ATIVIDADES	DATA	DURAÇÃO
ATENÇÃO NO CAMINHAR	07/11/2014	3 min 21 seg
	11/11/2014	3 min 23 seg
	14/11/2014	2 min 15 seg
	18/11/2014	2 min 05 seg
	25/11/2014	2 min 24 seg
	28/11/2014	2 min 00 seg
	02/12/2014	2 min 20 seg
	05/12/2014	3 min 48 seg
	09/12/2014	3 min 43 seg
	16/12/2014	3 min 08 seg
		Média= 2 min 70 seg

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Quadro 2: Duração de cada episódio da brincadeira “Experimentando uma fruta/alimento”

ATIVIDADES	DATA	DURAÇÃO
EXPERIMENTANDO UMA FRUTA/ALIMENTO	07/11/2014	6 min 30 seg
	11/11/2014	5 min 23 seg
	14/11/2014	6 min 25 seg
	18/11/2014	12 min 30 seg
	25/11/2014	9 min 19 seg
	28/11/2014	6 min 15 seg
	02/12/2014	5 min 60 seg
	05/12/2014	8 min 00 seg
	09/12/2014	10 min 25 seg
	16/12/2014	6 min 15 seg

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Um primeiro aspecto para o qual queremos chamar a atenção é a grande diferença de duração entre as duas atividades focalizadas. Como dissemos, a ordem em que cada brincadeira era realizada era definida pela professora, assim como a sua duração. Pelo acompanhamento do trabalho, podemos dizer que a professora encerrava as brincadeiras e propunha outra, ou encerrava a sessão quando percebia o início de dispersão e/ou de desinteresse das crianças. Sendo assim, podemos entender que, ao contrário do que supúnhamos que iria acontecer – a hipótese de que as atividades que envolvessem mais explicitamente elementos simbólicos (como é o caso de “Atenção no caminhar”) teriam potência maior para capturar a atenção das crianças, – foi uma atividade calcada em ato totalmente rotineiro – experimentar um alimento e/ou fruta – a que em média mais tempo envolveu as crianças.³

Essa hipótese se apoiava em características estruturais das atividades. Na denominada “Atenção ao caminhar” temos uma proximidade maior com a modalidade de brincadeira indicada na teoria histórico-cultural como a

³A atividade “Relaxamento” teve duração média muito próxima (Média= 7min-44seg.).

atividade principal deste período em que os participantes se encontram: o faz-de-conta. Supúnhamos, por isso, que ao serem convocadas a representarem com o corpo ações que simulassem estarem caminhando sobre superfícies fictícias, as crianças teriam maior motivação para prosseguirem na atividade. A professora variou bastante a indicação das superfícies, sendo o conjunto composto por: brasa quente, espinho, caco de vidro, sabão, casca do ovo, flutuando no espaço, água com sabão, fogo, prego, corda bamba, gelatina, água (com piranha), monte de prego, colchão inflável cheio de sabão, arame, brasa vermelha, cobra, barata, brasa viva, brasa de fogão, corda bamba. As crianças aderiram à proposta, mudavam suas formas de caminhar em sintonia com as mudanças de “solo”, pareciam se divertir bastante com a brincadeira. Porém, seu envolvimento em termos de duração, em média, foi menor do que a metade da duração, também média, do envolvimento na atividade “Experimentando uma fruta/alimento”.

Nas análises do conjunto de episódios identificamos que estratégias como a utilização de estímulos-meio externos não necessariamente simbólicos (tais como alimentos, bichinhos de pelúcia, bolinhas de tênis, bonecas, etc.), a maior clareza da linguagem verbal da professora, mas sobretudo a oportunidade eventualmente dada pela professora para que as crianças coelaborassem as instruções e compartilhassem experiências, fizeram diferença positiva

no sentido de adesão e envolvimento nas atividades e desenvolvimento da capacidade de prestarem atenção. A seguir, apresentamos excertos que exemplificam esses movimentos de alternância entre instruções da professora e contribuições das crianças.

Episódio 1 - Atenção no caminhar

Pf: *Sentir o coração. Sentir a batida do seu coração. Põe a mão no peito [todas põem a mão no peito e continuam a andar pela sala]. Pra sentir tem que ser bem devagar. Não! Tem que pôr a mão no coração, L.*

N: *Aqui é o pulmão, aqui que é o coração!* [N. fala e mostra a localização do coração no próprio corpo para o amigo, que parece não saber onde fica o coração].

M: *Não é!* [outra criança discorda de N.]

N: *Pulmão. O dia que você for no médico... Quando você for no médico...*

P: *Aqui é o pulmão?* [pergunta R.]

Episódio 2 - Atenção no caminhar

Pf: *Vocês podem ver quem está andando devagar é quem está realmente sentindo a batida do coração [pausa]. Agora pode tirar a mão do peito, vamos fazer de conta que estamos pisando...*

As crianças vão dando sugestões em voz alta.

N: *Na gelatina.*

P: *No sabão.*

Crianças mudam o modo de caminhar, com movimentos que simulam estarem escorregando.

Pf: *No arame.*

Crianças: *Aiiii!...*

P: *Arame dói, machuca.*

S: *Arame tem ponta afiada!*

P: *É ferro.*

Pf: *É um ferro que se você pisar “espinha”. Agora cada um pode ir andando no seu lugar, bem devagarzinho [as crianças vão andando e sentando na roda de novo].*

Episódio 3 - Experimentando uma fruta/alimento

Pf: *Olhando. Eu vou perguntar... T., fala uma coisa que você está vendo nesse alimento. [T. não quer falar, a professora se dirige a outra criança] J., olha para ela, o que você está vendo? O que você pode falar?*

J: *Tem uma linha.*

Pf: *K., olha que eu vou perguntar. Presta atenção. Olha. T.! Olha e fala uma coisa que tem nesse amendoim.*

T: *Tem um monte de pintinhas.*

Pf: *D., o que você tem pra falar?*

D: *Tem um buraco no meio.*

Episódio 4 - Experimentando uma fruta/alimento

Pf: *Tem outras coisas que parecem com essa fruta? Tem outras coisas que tem o formato dessa fruta...*

S: *Rabanete.*

W: *Bexiga.*

Pf: *Olha bem para essa fruta, a cor dela...*

D: *Essa bexiga é de comer..*

W: *Lógico.*

Episódio 5 - Buraco do rato

A professora passa a perguntar para algumas crianças o que elas pensaram. Chama a K. para sentar perto dela. Pede para P. voltar para o lugar. Reorganiza a roda e diz que vai perguntar para quem estiver bem quietinho.

D: *O ratinho aprontou um monte de flores e as abelhas vieram...*

E: *Tinha um carro e ele montou no carro e saiu... Foi viajar!*

W: *[Inaudível]*

D: *O que ela falou? [a criança não ouviu o que a colega disse].*

W: *Ele encontrou um jacaré.*

A: *Ele encontrou os amigos dele e ele achou um dragão.*

P: *Ele entrou dentro da magia e virou um príncipe.*

B: *Ele encontrou insetos.*

D: *Virou o Superman.*

Algumas crianças não quiseram falar.

Pf: *Não imaginou nada? [pergunta a professora quando a criança não quer falar].*

C: *Ele encontrou uma ratinha!*

G: *Ele foi pegar comida.*

A professora começa a reorganizar a roda, algumas crianças querem falar, mas ela finaliza a atividade.

Episódio 6 - Som no espaço

D: *Tia, vira do outro lado? [pedindo para a professora tocar do outro lado do sino].*

Pf: *Desse lado, ele faz também!*

A professora toca o sino.

D: *Legal!*

Pf: *Vamos ouvir o barulho.*

Pf: *Deste lado, deste aqui não dá [mostrando que se bater dentro do sino ele não emite som. As crianças pedem para bater por fora].*

F: *Do lado de fora... [se referindo ao sino]*

A professora então toca o sino longamente, e uma das crianças diz que parece que a parede vai desmoronar.

Pf: *Parece que a parede vai desmoronar...? [a professora acha graça na fala da criança]*

S: *Cair em cima da gente!*

Em contrapartida, nos episódios de menor duração prevalecem esforços por parte da professora e da monitora⁴ para que as crianças seguissem as instruções dadas, sem introduzir nelas suas contribuições. Exemplos deste tipo de mediação são apresentados a seguir.

Episódio 7 - Atenção no caminhar

Pf: *Nesse momento do “Atenção no caminhar” quando eu falar pra vocês: “Atenção”!, não pode falar! Como que você vai ter atenção no barulho do seu joelho, no barulho do seu passo se você tá falando com o amigo, mexendo com o amigo, olhando pro amigo? Você tem que pensar em você! Em pé, e só as coordenadas eu que vou dar; não é para ficar falando, dando sugestões.*

[...]

Pf: *Tudo no pensamento!*

[...]

⁴Em alguns episódios a monitora da turma também esteve presente, participando das atividades.

Monitora: *O pensamento não fala! A., o pensamento não fala!*

Episódio 8 - Experimentando uma fruta/alimento

Pf: Olhando para a fruta, pensando na fruta! Pensar é falar?

Crs: *Não!*...

Quando as contribuições são aceitas pela professora e partilhadas com a turma, as crianças surpreendem, pois formulam uma diversidade de respostas que enriquece a atividade, demonstrando, claramente, que estavam prestando atenção às instruções verbais/comandos da professora. Na/pela linguagem torna-se possível a realização da atividade, instituem-se relações entre os participantes da roda, faz-se com que experienciem e partilhem a imaginação. As crianças conseguem perceber e descrever minúcias sobre os alimentos experimentados, são capazes de comparar suas características, participam ativamente da atividade, que parece ser muito significativa para eles, considerando-se que o tempo de duração se prolonga e o envolvimento se mantém até o momento em que a professora a finaliza. Uma atividade tão banal como comer um amendoim é experimentada de um outro modo, prazerosamente, com as possibilidades de explorar o alimento em atos organizados pela linguagem da professora (“olha para ele, o que você está vendo?”; “o que você pode falar?”; “crianças, e a cor e o formato?”) e das crianças (“tem um monte de pintinhas”; “é coquinho pequeno...”; “tem um buraco no meio”; “tem sal”; “tem uma linha”; “no final é docinho”). A duração de 12 minutos e 30 segundos na atividade de comer três ou quatro amendoins pode ser tomada como um contraponto à asserção comumente encontrada nos manuais de Psicologia de que as crianças pré-escolares não sustentam ainda por muito tempo sua atenção; verificamos que isto tende a se modificar se a atividade tiver sentido e for desafiadora para elas: para que a atenção se mantenha, é de extrema relevância o sentido que a atividade tem para a criança, e este sentido, na pesquisa desenvolvida, foi sendo construído especialmente pelas possibilidades de participação. As instruções verbais da professora fazem com que as crianças prestem atenção em algo que normalmente acontece automaticamente na vida cotidiana, propiciando novos níveis de consciência sobre si e sobre o mundo.

Em outras situações, porém, a professora não permite a contribuição das crianças, centraliza as instruções verbais e exerce papel bastante controlador, demarcando seu lugar de autoridade. Sabemos que nessa faixa etária ficar totalmente em silêncio requer um grande esforço para a criança e vai na contramão das possibilidades de envolvimento nas atividades e de realização de suas ações e pensamentos, pois ela organiza-os e planeja-os emitindo comandos verbais para si mesma (função prioritária da fala egocêntrica, segundo Vigotski), enquanto executa uma tarefa, atividade ou brincadeira.

Em algumas circunstâncias, a professora poderia ter razão, já que a linguagem também pode atrapalhar, quando as crianças começam a falar de outras coisas, que podem desfocar da atividade que estão realizando, con-

tribuindo para a dispersão; não é qualquer forma de linguagem que é sempre bem-vinda; mas, nas transcrições, surgem muitas contribuições que poderiam ter sido bastante pertinentes à atividade e à manutenção da atenção em seu desenrolar e que não foram aproveitadas pela professora, principalmente quando pede para as crianças não falarem, para somente pensarem! Ou seja, suas intervenções e esforços para que as crianças não falassem não são “seletivos” (buscar impedir a dispersão ou permitir e estimular o uso da linguagem para aprimorar a regulação do comportamento próprio e do outro) e aí está o problema.

Queremos, por fim, destacar que ao longo das análises dos episódios um tipo de intervenção das crianças foi se mostrando muito interessante no campo da discussão sobre a constituição e desenvolvimento da atenção mediada: em algumas situações as crianças, de certo modo, invertem a dinâmica em que a professora dá os comandos e, ao invés de apenas segui-los, solicitam que a professora os apresente, por vezes procurando corrigi-la, como podemos ler nos trechos abaixo:

Episódio 9 - Experimentando uma fruta/alimento (confeito MM)

Pf: *Agora nós vamos colocar na boca, não é pra mastigar, é pra sentir o sabor. Não põe mais a mão na boca.*

D: *Ô tia, cheirar!*

Pf: *Eu já cheirei* [outras crianças responderam que já cheiraram também].

Episódio 10 - Experimentando uma fruta/alimento (uva)

Pf: *Agora você tira o carocinho [era o cabinho] e agora vamos comer de pedacinho pra sentir o sabor? Sem mastigar! Pega um pedaço e...* [ela morde a uva, tira um pedacinho, mostrando para as crianças].

A.: *E o cheiro?* [a criança se referiu às atividades anteriores em que, antes de comer, cheiravam primeiro]

Episódio 11 - Experimentando uma fruta/alimento (uva)

Pf: *Agora você pode experimentar, sem mastigar, só põe na boca assim, ó...* [algumas crianças repetem os gestos da professora].

S: *Só com a língua, né, tia?*

Episódio 11 - Experimentando uma fruta/alimento (morango)

Pf: *Tira um pedacinho.*

R: *Não, tia, é na língua...* [se referindo à forma de experimentar que já tinham feito anteriormente com a professora, que começava somente sentindo o alimento na língua, sem mastigar.]

Episódio 9 - Experimentando uma fruta/alimento (morango)

LF: [olha, cheira o morango e diz]: *É bom!*

N: *Tia, a gente vai comer que horas?*

Pf: Mais um pedacinho, ele tem semente?

As crianças estão bem alegres e participantes na atividade.

T: Tem! E muita!

Episódio 12 - Atenção no caminhar

N: Tia, onde a gente está pisando?

Temos, em vários momentos dos episódios, exemplos significativos de linguagem externalizada, para o “outro”, numa função especial, quando alguns alunos pedem que a professora comande a atenção e as ações deles. Isto sinaliza que as crianças internalizaram as instruções verbais da professora, o sentido das orientações das instruções verbais na atividade, e solicitavam para a professora a organização da atenção do grupo. No decorrer das atividades, as enunciações em que pedem para tocar o sino de outra forma e solicitam a instrução para cheirar a fruta funcionam como uma chave para a descoberta do poder da linguagem no funcionamento psicológico; porque elas estão internalizando isso, e esse é o diferencial que elas podem usar em outras situações de suas relações com o alimento, com outras brincadeiras e com a vida. É a palavra, é a linguagem que a criança internaliza e a instrução verbal dada que passam a ser uma instrução que ela vai, gradualmente, sendo capaz de usar para regular o seu comportamento. É isso que pode se generalizar para outras situações que tenham graus de proximidade e similaridade com a situação da qual tal processo se originou. Sentir o cheiro de uma fruta, de um pedaço de chocolate, de um amendoim, explorá-los primeiramente com a língua, conter seu impulso e desejo de comê-los imediatamente, servem para modificar a relação das crianças com qualquer alimento; quando a professora nos diz na entrevista final que algumas crianças estão reproduzindo estas orientações em casa, que estão ensinando seus pais a mudarem sua relação com os alimentos, através da instrução verbal que elas receberam da professora, fica evidente o poder da linguagem em exemplos concretos daquilo que teoricamente apresentamos.

No esforço de dominar e orientar a atenção da criança, ocorre um intenso trabalho interno por parte dela, e há que se considerar, no percurso de seu desenvolvimento, a qualidade das mediações, dos signos e dos instrumentos culturais a que teve/tem acesso.

Considerações finais

Nesta pesquisa desenvolvemos, em colaboração com a professora, algumas estratégias e práticas pedagógicas que entendemos serem produtivas para o desenvolvimento da atenção mediada das crianças; analisamos, tomando inicialmente como referência o tempo de duração das atividades, como em diferentes edições de uma mesma brincadeira a atenção das crianças pode ser sustentada de maneiras distintas. Na busca das razões pelas quais isso acontece, evidenciamos que, embora a proposta geral de cada tipo de atividade fosse a mesma, o modo como elas foram conduzidas em cada edição variou, em especial no que diz respeito às condições de participação das crianças, outorgada ou não pela professora.

Não existe garantia – nem foi essa nossa pretensão – de que as atividades assim como foram realizadas ao longo dos dez encontros funcionem depois como uma receita prescritiva para o trabalho da professora ou em qualquer outro contexto educacional; mas é possível ressaltar características dessas atividades, que podemos empreender para trabalhar a capacidade atencional das crianças; isto não desqualifica as atividades propostas na pesquisa; pelo contrário, demonstra que as práticas pedagógicas potencialmente produtivas para o desenvolvimento da atenção devem considerar a linguagem como o instrumento privilegiado de interação entre o grupo; que a mediação da professora é condição imprescindível para dirigir e orientar a atenção das crianças; que as instruções verbais da professora têm o poder de envolver e manter as crianças participantes; que o tempo de duração das atividades deve ser dosado; que a riqueza de contribuições trazidas pelas crianças favorece o diálogo, a troca de experiências no grupo e seu envolvimento naquilo que faz; que as crianças possam trabalhar sensações e movimentos corporais, possam experimentar, tocar, sentir, explorar e manipular os objetos que constituem o mundo que as rodeia de modos diferenciados; e, por fim, que os barulhos, a movimentação, o riso e o alvoroço, tão característicos das crianças de cinco e seis anos, sejam permitidos, respeitados e incorporados nas interações que as crianças estabelecem entre si e com as demais pessoas que as cercam.

Pensamos que podemos contribuir para superar dois equívocos para o melhor entendimento do processo de desenvolvimento da atenção, com nossos resultados. Em primeiro lugar, a importância de não se considerar a atenção como capacidade inata/natural, relacionada com o âmbito orgânico, e nem que as dificuldades e distúrbios de aprendizagem podem ser resolvidos com a medicalização dos sintomas. Em segundo lugar, considerar que, para o aprimoramento do funcionamento da atenção das crianças, a mediação pedagógica não tem efeitos generalizados sobre seu desenvolvimento (destacando que a atenção não é uma capacidade genérica, que independe de aspectos específicos, como o tipo de atividade, tipo de instrução, uso de recursos mediacionais). Ou seja, finalizamos sublinhando que a melhora da atenção em certas atividades não necessariamente redundam em melhoras como capacidade geral, aplicável a quaisquer atividades. Concluímos, ainda, que devemos trabalhar intensamente o papel da linguagem verbal externalizada – ao invés de coibi-la, ensinar modos de utilizá-la que permitam graus sucessivos de seu poder de autorregulação.

O trabalho de inclusão e de organização das práticas pedagógicas que selecionamos e desenvolvemos com as crianças nos permite avançar no que sabemos sobre o processo de constituição e desenvolvimento da atenção; permite-nos compreender as condições mais ou menos favoráveis para esse funcionamento e aprimoramento. Há muito ainda a se investigar sobre esse processo. Vigotski, Luria e Leontiev, tendo realizado importantes esforços nesta direção, deixaram em aberto algumas questões; almejamos que nosso trabalho seja uma contribuição, mesmo que modesta, na busca de avanços dos conhecimentos sobre o tema.

Informações sobre as autoras:

Lucimar Delman Lains

 <https://orcid.org/0000-0002-4799-1863> <http://lattes.cnpq.br/7579263087604576>

Graduada em Pedagogia (1986). Possui especialização em Educação e Psicopedagogia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas-PUCCAMP (2006) e especialização em EAD/Educação à Distância pelo Instituto de Ensino Superior COC (2009). Mestranda no Programa Stricto Sensu de Educação da Pontifícia Universidade Católica de Campinas-PPGE/PUCCAMP (2014-2016).

Maria Silvia Pinto de Moura Librandi da Rocha

 <https://orcid.org/0000-0002-6001-1292> <http://lattes.cnpq.br/5277455644761315>

Docente do Programa de Pós-Graduação em Educação da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. É líder do Grupo de Pesquisa Formação e Trabalho Docente, em que são desenvolvidos trabalhos na Linha de Pesquisa “Formação de Professores e Práticas Pedagógicas”. Realiza pesquisas na área de Psicologia e Educação, principalmente nos seguintes temas, fundamentados na perspectiva da Psicologia Histórico-cultural: desenvolvimento psicológico infantil, funções psicológicas superiores, atividade lúdica, alfabetização e letramento, relacionando-os com práticas pedagógicas e formação de professores da Educação Infantil e do Ensino Fundamental (anos iniciais). É assessora científica da FAPESP desde 2007. Possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (1981), graduação em Licenciatura em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (1980), aprimoramento em Psicopedagogia pela USP/Ribeirão Preto (1983), mestrado em Educação pela Universidade Estadual de Campinas (1994) e doutorado em Educação pela Universidade Estadual de Campinas (2005). Em 2015 realizou pós-doutoramento na Universidade de Barcelona, sob orientação do Prof. Dr. Eduardo Marti.

Contribuições das autoras:

Ambas as autoras colaboraram ao longo do processo, desde a elaboração até a revisão final do manuscrito. As autoras aprovaram o manuscrito final para publicação.

Como citar este artigo:**ABNT**

LAINS, Lucimar Delman; ROCHA, Maria Silvia Pinto de Moura Librandi da. Desenvolvimento da atenção mediada e sua relação com práticas pedagógicas. *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói, v. 32, n. 1, p. 21-30, jan./abr. 2020. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5634>

APA

Lains, L. D., & Rocha, M. S. P. M. L. (2020, Janeiro/Abril). Desenvolvimento da atenção mediada e sua relação com práticas pedagógicas. *Fractal: Revista de Psicologia*, 32(1), 21-30. doi: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5634>

Referências

BARKLEY, Russel. *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): guia completo para pais, professores e profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BONDEZAN, Andreia Nakamura. *Desenvolvimento da percepção e da atenção: a relevância das relações sócio-educacionais*. 2006. Dissertação (Mestrado)–Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2006. Disponível em: www.ppe.uem.br/dissertacoes/2006-Andreia_Bondezan.pdf. Acesso em: 6 abr. 2014.

EIDT, Nadia; FERRACIOLI, Marcelo. O ensino escolar e o desenvolvimento da atenção e da vontade. In: ARCE, Alessandra; MARTINS, Lígia Márcia (Org.). *Quem tem medo de ensinar na educação infantil?* Em defesa do ato de ensinar. Campinas: Alínea, 2007. p. 93-123.

EIDT, Nadia; TULESKI, Silvana. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e psicologia histórico-cultural. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v. 40, n. 139, p. 121-146, jan./abr. 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742010000100007>

EIDT, Nadia; TULESKI, Silvana; FRANCO, Adriana. Atenção não nasce pronta: o desenvolvimento da atenção voluntária como alternativa à medicalização. *Nuances: estudos sobre Educação*, Presidente Prudente, v. 25, n. 1, p. 78-96, jan./abr. 2014. <http://dx.doi.org/10.14572/nuances.v25i1.2759>

FERRACIOLI, Marcelo Ubiali. *Desenvolvimento da atenção voluntária em crianças dos anos iniciais do ensino fundamental: determinantes pedagógicos para a educação escolar*. 2018. Tese (Doutorado)–Programa de Pós-graduação em Educação Escolar, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Araraquara, 2018. Disponível em: http://www.fclar.unesp.br/agenda-pos/educacao_escolar/4733.pdf. Acesso em: 10 jan. 2020.

GÓES, Maria Cecília Rafael de. A abordagem microgenética na matriz histórico-cultural: uma perspectiva para o estudo da constituição da subjetividade. *Cadernos Cedes*, v. 20, n. 50, p. 9-25, 2000. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-32622000000100002>

KAISER-GREENLAND, Susan. *The mindful child: how to help your kid manage stress and become happier, kinder, and more compassionate*. New York: Free Press, 2010.

LEITE, Hilusca; TULESKI, Silvana. Psicologia histórico-cultural e desenvolvimento da atenção voluntária: novo entendimento para o TDAH. *Psicologia Escolar Educacional*, Maringá, v. 15, n. 1, p. 111-119, jan./jun. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572011000100012>

LUCENA, Jéssica Elise Echs. *O desenvolvimento da atenção voluntária na educação infantil: contribuições da Psicologia Histórico-Cultural para processos educativos e práticas pedagógicas*. 2016. Dissertação (Mestrado)–Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2016. Disponível em: <http://repositorio.uem.br:8080/jspui/handle/1/5679?mode=full>. Acesso em: 10 jan. 2020.

LURIA, Alexander. *Curso de Psicologia Geral*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979. v. 3.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Inteligência abstraída, crianças silenciadas: as avaliações de inteligência. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 63-89, 1997. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65641997000100005>

RABATINI, Vanessa Gertrudes. *O desenvolvimento da atenção na educação do pré-escolar: uma análise a partir da psicologia histórico-cultural e da pedagogia histórico-crítica*. 2016. Tese (Doutorado)–Programa de Pós-graduação em Educação Escolar, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Araraquara, 2016. Disponível em: http://www.fclar.unesp.br/agenda-pos/educacao_escolar/3808.pdf. Acesso em: 10 jan. 2020.

ROSA, Solange Aparecida da. Dificuldades de atenção e hiperatividade na perspectiva histórico-cultural. *Psicologia Escolar e Educacional*, Maringá, v. 15, n. 1, p. 143-150, jan./jun. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572011000100015>

TULESKI, Silvana Calvo; EIDT, Nadia Mara. Repensando os distúrbios de aprendizagem a partir da psicologia histórico-cultural. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 12, n. 3, p. 531-540, set./dez. 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722007000300010>

VYGOTSKI, Lev. *Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores*. Madrid: Visor, 1996. Obras escogidas, v. 3.

Experiências vividas pelo cônjuge cuidador da esposa em tratamento psiquiátrico

Eraldo Carlos Batista  ★

Faculdade Católica de Rondônia, Porto Velho, RO, Brasil
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS

Resumo

O objetivo deste estudo foi compreender as experiências vividas pelo homem cuidador familiar da esposa em tratamento psiquiátrico. Como método utilizou-se uma abordagem qualitativa do tipo descritivo-exploratório de orientação fenomenológica. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com seis cônjuges cuidadores do sexo masculino da região da Zona da Mata do Estado de Rondônia. Nos discursos dos participantes, puderam-se perceber as dificuldades encontradas no seu cotidiano, como: a preocupação em suprir as necessidades básicas da família; a coordenação das atividades domésticas diárias; a administração da medicação à esposa em sofrimento; o acompanhamento aos serviços de saúde; e a convivência com os comportamentos problemáticos e episódios de crise da esposa. Foi possível, ainda, observar que o papel de cuidador tem gerado sobrecarga física e emocional no cônjuge, levando-o a um estado de sentimento de culpa pelo agravamento da doença da esposa e, conseqüentemente, ao seu adoecimento mental.

Palavras-chave: cuidador familiar; sofrimento psíquico; saúde mental.

Experiences undergone by the spouse caregiving the wife in psychiatric treatment

Abstract

The objective of this study was to comprehend the experiences undergone by the husband that is caregiving his wife in psychiatric treatment. As method, we used a qualitative approach of descriptive and exploratory type of phenomenological orientation. It was performed semi structured interviews with six male spouses/ caregivers from the Zona da Mata region in the State of Rondônia. In the participants' statements, one can notice the difficulties found in everyday life, such as: the guarantee of the family's basic needs; coordination of house chores; administration of the wife's medication; the monitoring of health services; living with problematic behaviors and episodes of crisis. It was also possible to observe that the role of the caregiver has generated physical and emotional burdens on the spouse, taking him into a state of guilty due to the worsening of the wife's sickening and, consequently, to his own mental distress.

Keywords: family caregiver; psychological distress; mental health.

Introdução

A relação conjugal está pautada na confiança, na responsabilidade, no dever e nas obrigações cotidianas e no cuidado com o outro. Dessa forma, percebe-se que os aspectos conjugais são importantes para a qualidade das relações familiares. Contudo, a relação fica desestabilizada quando a família enfrenta o adoecimento de um dos cônjuges, levando o outro a desempenhar o papel de cuidador principal.

O cuidado de um familiar em tratamento psiquiátrico provoca mudanças em todos os campos da vida do cuidador. As dificuldades ocasionadas pela função exclusiva de cuidado afetam diretamente a sua qualidade de vida (GOMES; SILVA; BATISTA, 2018). Quando o cuidador principal é o esposo ou esposa, acrescentam-se a essas mudanças as implicações na vida profissional e na saúde física e mental dos cônjuges (NORGREN et al., 2004).

O surgimento de uma doença mental no cônjuge agrava drasticamente o quadro de insegurança e desconforto no parceiro, o que representa, em geral, um forte abalo. Para a maioria das pessoas que se encontra nessa situação, a enfermidade do cônjuge significa uma grande ruptura na

trajetória existencial. A vivência de catástrofe desestrutura as formas de lidar com as situações do cotidiano (MELMAN, 2001). Em um casal, o reconhecimento da doença do outro, ou de estar doente, fundamenta-se na interpretação e na interdiscursividade que ambos dão às suas próprias angústias (LISBOA; FÉRES-CARNEIRO, 2008).

Uma vez que o cônjuge assume o papel de cuidador, ele necessita fazer diversos reajustes e assumir compromissos que o impedem de atingir o seu pleno potencial no trabalho, nas relações sociais e no lazer. Ou seja, sobre ele recai, predominantemente, o peso de prestar cuidados não só ao cônjuge enfermo, mas a todo o grupo familiar. Intermedeia, ainda, a ligação entre o cônjuge doente e o médico (MACIEL et al., 2009). Todos esses fatores acabam, na maioria das vezes, comprometendo a relação conjugal, gerando conseqüências negativas não só para a relação, mas também para a saúde mental do cônjuge cuidador.

Rosa (2011, p. 264) afirma que “[...] o transtorno mental vai afetar sobremaneira o grupo familiar à medida que atinge aqueles sujeitos que ocupam um papel estruturante na organização familiar, ou seja, um dos cônjuges.” Nesse caso, quando se trata do adoecimento de um dos cônjuges, o impacto que o sofrimento psíquico provoca no parceiro tem conseqüências variadas conforme o gênero que ocupa na relação.

* Endereço para correspondência: Faculdade Católica de Rondônia, Departamento de Psicologia, Rua Gonçalves Dias, 290, Centro – Porto Velho, RO – Brasil. CEP: 76940000. E-mail: eraldo.cb@hotmail.com
Os dados completos do autor encontram-se ao final do artigo.



Quando o marido é acometido pelo transtorno mental, há uma tendência ao comprometimento da renda familiar, o que provoca um deslocamento do papel da mulher, cujas atribuições na divisão do trabalho ficam comprometidas, considerando-se que ela também precisa gerar renda, o que até então era função do marido. Além disso, a condição moral do homem na família tende a ficar vulnerabilizada, pois, historicamente, a enfermidade está relacionada à fragilidade, característica culturalmente associada à mulher (ROSA, 2011).

No entanto, a esposa se encontra em sofrimento psíquico afeta muito mais a família. Quando o homem assume o papel de dedicar considerável parcela do seu tempo para cuidar dela, ele passa a sofrer privações econômicas e sociais, pelo comprometimento de sua força produtiva, além dos encargos que sobre ele recaem, que vão desde as dificuldades econômicas às reações emocionais e ao estresse em face de um comportamento perturbado (MACIEL et al., 2009).

Também se percebem diferenças na forma de assistência ao familiar doente de acordo com a posição que o cuidador ocupa na família. Quando a cuidadora é do gênero feminino, ela se vê obrigada a participar dos dispositivos de tratamento (participação de grupos, atendimentos e tudo o que for sugerido como estratégia de assistência) do seu ente adoecido. Já o cuidador do gênero masculino se mantém distante, tanto do dispositivo de tratamento quanto da prestação de assistência ao familiar em casa. Em algumas situações, quando o cônjuge do sexo masculino assume o encargo de cuidador, “é comparado a um pai, como se estivesse extrapolando o seu papel” (ROSA, 2011, p. 268).

Essa diferença de gênero na forma de cada cônjuge exercer o papel de cuidador também se explica pelo viés da construção social do cuidado, atribuído de forma genuína à figura feminina. No que se refere ao cuidador de pessoa com transtorno mental, a literatura tem apontado que a maioria dos membros desse grupo é formada por mulheres (LACCHINI, 2011; SANT’ANA et al., 2011; DIAS, 2011; CARDOSO; GALERA; VIEIRA, 2012; SILVA; DIMENSTEIN; LEITE, 2013; BATISTA et al., 2013; DOURADO et al., 2018).

Essa questão demonstra a relação que a produção histórica do cuidado mantém com a divisão social do trabalho presente na sociedade moderna, a partir do século XVIII, quando a divisão de gênero do trabalho estabeleceu lugares sociais conforme o sexo, forjando-se, assim, uma hierarquia entre as pessoas, a partir do gênero, em que a função da mulher na esfera do trabalho foi associada ao âmbito privado doméstico, e ela passa, então, a ser responsável pelas funções domésticas, de educadora e de prestadora de cuidados para o homem e seus filhos (SEVERO et al., 2007; ROSA, 2011).

Um estudo realizado por Silva, Dimenstein e Leite (2013) com 11 cuidadores familiares, moradores da zona rural das cidades de Cajazeiras, Bom Jesus e Joca Claudino, do Alto Sertão do Estado da Paraíba, mostrou que as mulheres, além de agricultoras, acumulam as funções

de cuidadoras dos familiares em tratamento psiquiátrico e dos afazeres domésticos. Para Rosa (2011), embora os parentes consanguíneos colaborem para a efetivação do cuidado, nem todos contribuem proporcionalmente. Enquanto as mulheres oferecem um cuidado mais afetivo, os homens geralmente se encarregam da garantia do alimento ou da compra de outros mantimentos para a casa, assumindo a condição de provedor da unidade doméstica (ROSA, 2011; SILVA; DIMENSTEIN; LEITE, 2013).

Entretanto, o número de homens que desempenha papel de cuidador vem crescendo, embora pouca atenção tenha sido dada a eles nos estudos (BATISTA et al., 2013). No campo da saúde mental, estudos que abordam a questão do homem como cuidador familiar principal têm sido pouco evidenciados; os números são ainda menos expressivos quando o cuidador é o cônjuge.

Quando se trata de sofrimento psíquico grave da esposa, em muitos casos é o marido que assume o papel de cuidador. Os cônjuges são os principais atores a assumirem o cuidado, mesmo que movidos por uma “obrigação matrimonial”, pelo projeto de vida comum assumido em razão do casamento e pelo compromisso de estar junto na saúde e na doença (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004).

Ao exercer essa nova função, o esposo amplia os papéis assumidos na família, uma vez que ele passa a desempenhar uma série de funções dentro de casa. Observa-se que há uma carência de estudos empíricos e sistemáticos acerca dos fatores associados ao grau de adoecimento mental dos cuidadores familiares, avaliados separadamente nos grupos de homens e mulheres cuidadores. Assim sendo, o presente estudo busca avançar, no sentido de trazer visões mais abrangentes do cuidador familiar no campo da saúde mental, a partir da perspectiva masculina, que na literatura tem permanecido como figura marginal no âmbito do cuidado.

Considerando o exposto, este artigo teve por objetivo compreender as experiências vividas pelo esposo cuidador familiar da parceira que se encontra em tratamento psiquiátrico.

Método

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, qualitativo, de caráter fenomenológico (MOREIRA, 2004). Foram realizadas entrevistas, no período de setembro a novembro de 2014, com seis cônjuges do sexo masculino cuidadores das esposas em tratamento psiquiátrico atendidas em um CAPS da Zona da Mata do Estado de Rondônia. Considerou-se como principal cuidador a pessoa que provê ao paciente os principais cuidados primários, como alimentação, vestuário, higiene, administração de remédios e finanças.

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário, que visou coletar a caracterização desses cuidadores, e entrevistas semiestruturadas, segundo proposto por Minayo (2010), que foram gravadas e transcritas na íntegra em “diário de campo” para serem analisadas, no qual foram anotadas todas as informações e impressões obtidas, com a finalidade de complementar os dados das entrevistas.

A idade dos cuidadores variou entre 50 e 71 anos. A duração da prestação de cuidados observada, em anos, teve um intervalo de dois a 24 anos, e o tempo de relacionamento conjugal, entre oito e 47 anos. Todos que concordaram em participar leram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

As entrevistas foram agendadas previamente no CAPS e realizadas nas residências desses cuidadores, por se considerar que nesse local eles se sentiriam mais à vontade para falar sobre suas vivências. As entrevistas transcritas foram identificadas pela letra C (cuidador) e por números.

Como forma de compreender e interpretar as vivências do cuidador nesta pesquisa, o aprofundamento foi orientado pela proposta de análise fenomenológica elaborada por Sanders (1982). Primeiramente, foram realizadas as entrevistas com o cuidador e, após o encerramento de cada entrevista, foi ouvida a gravação, com atenção para cada relato do familiar, lembrando a expressividade deste e realizando anotações no caderno de campo, com o objetivo de tornar mais clara a interpretação (FLICK, 2009). Ao término da coleta das informações obtidas com os participantes, fez-se a transcrição literal de todas as entrevistas para a descrição do fenômeno tal como revelado; em continuidade, foram identificados os temas ou invariantes que emergiram das falas dos cuidadores.

Eleitos os temas, o processo de encontro com as falas levou ao recorte de trechos que pudessem elucidar elementos necessários para a compreensão e interpretação do fenômeno. Após a posse de um repertório individual de significações, procurou-se perceber os pontos comuns entre os relatos e alinhá-los para que permitissem a construção dos núcleos de sentido, a partir da dimensão representativa do fenômeno. Para a discussão dos dados, foi utilizado o referencial teórico relacionado ao estudo.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Universidade Federal de Rondônia (UNIR), sob o parecer de nº 650.879.

Resultados e discussão

Considerando as informações obtidas a partir das entrevistas correlacionadas aos objetivos da pesquisa, foram identificadas as temáticas emergentes, que contribuíram para a compreensão das experiências vividas pelo cuidador familiar cuja esposa se encontra em sofrimento mental grave, objetivo principal desta pesquisa. Nessa perspectiva, as categorias analisadas neste estudo abordaram os seguintes temas: dificuldades enfrentadas no cuidado cotidiano; sobrecarga familiar e adoecimento do cuidador; e sentimento de culpa pelo adoecimento da esposa.

Dificuldades enfrentadas no exercício do cuidado

O impacto inicial da doença, provavelmente, é o que causa maior desorganização, exigindo maior sensibilidade do cônjuge cuidador para que possa compreender a dimensão existencial do momento, a fim de cuidar da esposa em sofrimento de modo eficiente. As entrevistas revelaram que a maioria dos cuidadores, ao relatarem as suas atitudes perante os primeiros sintomas da doença, afirmou não perceber que se tratava de um transtorno mental grave.

Difícil [silêncio]. Não é fácil, não [silêncio]. A gente fica meio nervoso. Dá um remédio pra ela e vai controlando. Tem vez [pausa], como agora mesmo, ela tá enjoada de novo, tem dia que ela está “terrível” [em crise] [...] Tem época que é de “veneta” [imprevisível]. Hoje mesmo ela chorou muito [...] um estresse mínimo já começa esse chororô (C1, informação verbal).

Ao se deparar com o sofrimento vivido por parte dos cuidadores, amplia-se a compreensão e percebe-se que essa questão parece estar fazendo parte de uma espécie de representação e imaginário social desse ser que precisa ser desmistificada. Por essa razão, ao repensar seu lugar e função enquanto indivíduo do gênero masculino na sociedade, o homem tem a oportunidade de refletir sobre suas necessidades individuais. Consequentemente, este homem, além da função de cuidador principal da esposa, passa a se dedicar, como afirmam Arruda e Lima (2013), não somente à subsistência da casa, como também ao desejo de participar, mais diretamente, da construção de um ambiente de bem-estar em sua família.

No início pra você lidar com alguns sintomas que aparenta nessa doença, eu falo que é doença porque é doença, você não sabe o que fazer, se você vai conversar, se você vai fazer alguma outra coisa, se vai virar as costas e sair de perto pra não estar brigando. É difícil, ainda estou me adaptando [...] (C2, informação verbal).

O desconhecimento dos sintomas por parte do cuidador e o fato de este se encontrar em um estado de desespero, sem saber qual atitude tomar para lidar com o sofrimento da esposa, são duas das dificuldades apontadas pelos depoimentos. Revelam mais do que informações, configurando-se, essencialmente, relatos de vivências de afeto, emoção, dor e, sobretudo, tristeza, um fenômeno que se estabelece no âmbito da relação sofrimento-cuidado e que termina por gerar emoções muito fortes, conforme relatos dos depoentes por ocasião das entrevistas.

Apesar de que eu acho que a doença dela não é uma doença grave, é uma doença no início, mas tem as dificuldades, tem hora que não sei o que fazer. Vou fazer o quê pra ela agora, vou conversar o quê com ela, vou fazer o quê pra tirar ela desse nervosismo, dessa ansiedade, dessa angústia, e aí que você se perde, e aí, poxa vida... [olhos lacrimejados] (C2, informação verbal).

Nesse contexto, o choro desse cuidador pode significar o sentimento de impotência em lidar com a doença da esposa, na medida em que expressa tristeza pela falta de desempenho no cuidado do outro, revelando medo e insegurança por precisar cuidar da parceira e sentir-se despreparado para isso.

A força para continuar enfrentando as dificuldades, para alguns dos participantes, vem da crença de que a doença é uma missão que eles devem assumir.

[...] hoje tá melhor, mas no começo foi bem difícil. [...] hoje ela tá quase normal, tirando os dias em que ela acorda meia [...] tem vez que ela acorda meio variando das coisas [em crise] [...] (C5, informações verbais).

Tem dia que ela tá boa. Tem dia que não quer nada com nada. Tem que passar a entender e deixar passar o tempo.

Tem que ser do jeito dela, não quer, não quer [...] Aí, quando está em crise, não quer nada com nada, aí tem que suportar e esperar ela melhorar (C6, informações verbais).

No entanto, é interessante notar nesses relatos que, mesmo quando existe por parte do esposo o reconhecimento do cuidado como seu papel, poucos fizeram referência sobre como poderiam ajudar as esposas nesses momentos. Isso se justifica pela referência ao fato de terem que suportar tais situações.

Outro fator importante a ser ressaltado é o convívio do cuidador com a agressividade da parceira. Além das preocupações referentes à saúde da esposa em sofrimento psíquico, alguns cuidadores convivem com comportamentos agressivos e violentos da parceira, o que representa um sofrimento para eles, como mostra o depoimento seguinte:

[...] teve uma época que ela “surtou” o juízo [entrou em crise]; fui dar um remédio pra ela, ela não queria tomar. Ela estava com uma lamparina na mão, me atirou a lamparina, me queimou tudo. O sinal está aqui, olha [na volta superior do corpo, barriga e braços]. O meu corpo queimou tudo, ela é muito agressiva (C1, informação verbal).

Para Rosa (2011, p. 282), a relação da família com o enfermo psicótico tende a ser mais dramática, pois os sintomas são mais intensos e ameaçadores à segurança do grupo. Acrescenta, ainda, que, quanto mais medo o cuidador tem da pessoa enferma, mais se restringe sua área de circulação. Normalmente, nessas circunstâncias o cuidador isola-a no ambiente doméstico ou recorre à internação integral.

Sobrecarga e adoecimento do cuidador

Sob esse tema, agruparam-se relatos que explicitavam as dificuldades dos cônjuges cuidadores diante da sobrecarga que enfrentavam no cotidiano. Diferentes fatores estiveram associados à sobrecarga física e psicológica, como: a esposa não desempenhar atividades mínimas em casa, a presença de comorbidade e o número de comportamentos problemáticos da enferma. Aparecem, ainda, como fatores associados à sobrecarga: o cuidador não possuir renda; relatar doença resultante do papel de cuidador; o paciente ter doença física; o cuidador abdicar da sua vida social e profissional.

Melman (2001) afirma que o familiar cuidador tem uma sobrecarga ainda maior do que os outros membros da família, pois, além das responsabilidades naturalmente assumidas, também é vítima de exclusão, de preconceito, de sentimentos de dor e de sofrimento, de forma que associa os sintomas da enfermidade a algo ruim. Há, ainda, o fato de que o surto psicótico de um paciente rompe e desorganiza a vida da família, representando o colapso dos esforços e o atestado de incapacidade de cuidar adequadamente do outro.

Muitos dos cuidadores destacaram a relação de cuidar como uma experiência de sofrimento e desgaste em múltiplas dimensões, implicando perdas físicas, emocionais e

nas interações sociais. O que se pode perceber é que o provimento de cuidado como atividade de sobrecarga afeta o cuidador tanto em suas condições físicas quanto mentais.

Exemplos dessas construções são dados na fala a seguir:

[...] antes [do adoecimento da esposa] eu tinha que trabalhar, pra manter a casa, depois eu me aposentei. Agora a tarefa ficou do mesmo jeito, porque eu que tenho que fazer tudo: lavar roupa, fazer comida, dar banho, tenho que fazer de tudo, buscar remédio, ir comprar comida, ir atrás de tudo (C1, informação verbal).

Notou-se que, quando há maior disponibilidade do cônjuge para o cuidado na família, este é voltado para a assiduidade ao tratamento medicamentoso em domicílio, para os cuidados com a higiene, para evitar acidentes provocados por objetos perigosos e para a atenção em contexto de crise. Tal fato constitui uma permanente fonte geradora de sofrimento para o cuidador, uma vez que culturalmente essas atividades domésticas não fazem parte do universo masculino.

Nesse sentido, ter que atuar como um agente potencializador na administração das atividades domésticas cotidianas representa para esses homens uma intensa sobrecarga subjetiva, que causa sofrimento psíquico (ROSA, 2011). Para alguns dos entrevistados, eles estão fazendo o que era “obrigação” da mulher, como fica evidenciado na fala a seguir:

Olha, digamos que quando ataca [a esposa entra em crise], eu tenho que fazer tudo: almoço, limpar casa, lavar roupas... E isso é tudo obrigação que ela fazia; agora eu tenho que fazer, porque se colocar uma pessoa de fora pra fazer tem que explicar tudo os motivo, aí fica mais difícil de fazer isso, explicar pra pessoa o que está se passando com ela. Seria mais constrangedor pra ela do que se a gente pegar e fazer (C6, informação verbal).

Outro fator que chamou a atenção foi a presença de sobrecarga psicológica percebida pelos cuidadores em consequência da permanência em casa perante a esposa em sofrimento psíquico, fato que parece ser preponderante para o adoecimento do marido.

Eu tenho que cuidar disso aqui [a esposa] [...] me deu uma dor nas “cadeiras” [expressão popular]. Até me emociono em falar disso, que foi muito ruim [silêncio]. Não, tudo bem [...] Só estou querendo me desabafar, né, certo, é bom eu me desabafar (C4, informação verbal).

Para Campos e Soares (2005), não seria inoportuno afirmar que muitos cuidadores se tornam usuários diretos de serviços de saúde mental diante da sobrecarga emocional vivenciada.

Em vários momentos das entrevistas apareceu, na fala dos cuidadores, a questão do trabalho profissional como uma importante referência para a “construção” do que significa “ser homem”; ter trabalho e emprego que lhes garantam o sustento da família parece ser ainda uma das principais bases de sustentação da “subjetividade” e da “condição masculinas” (BORIS, 2011).

Os depoimentos a seguir (dos entrevistados C3 e C6) revelam a importância do trabalho e da vida social na construção do gênero masculino:

A gente se sente... Eu não posso sair pra canto nenhum, porque além de tudo eu não tenho dinheiro pra ir numa festa, igual amanhã mesmo, tem festa, jogo de futebol, [torneio], a turma [os amigos] vai, e eu sou obrigado a ficar em casa. Falei com o outro cara que mexe também [técnico de futebol amador]: “Você toma conta do time lá, porque a mulher tá assim e assim, e eu estou sem condições de chegar lá e passar o dia inteiro.” Porque é assim de manhã até de tarde e noite [a esposa encontrava-se em crise]. Também não tenho dinheiro, não tenho nada. Já pensou um homem viver assim? Então, a gente fica assim, com a cabeça meio perturbada. Mas depois esquece, vai seguindo pra frente (C3, informação verbal).

Observa-se que esses cuidadores vivenciam uma situação de frequente instabilidade em relação a seus empregos e, conseqüentemente, isso afeta suas vidas financeiras. Muitos dos entrevistados sobrevivem apenas com o salário da aposentadoria da esposa, o que eventualmente os leva a depender do benefício auxílio-doença da parceira, e tal situação parece incomodá-los muito, pois a dependência faz com que esses homens se sintam inferiores aos outros e, até mesmo, à própria esposa. Desse modo, percebe-se que o lugar social no qual esses cuidadores estão inseridos está ligado ao sofrimento psíquico, às suas péssimas condições econômicas e à inexistência do mundo do trabalho. Uma (ou a única) forma de se afastarem desse lugar de sofrimento e se verem novamente como indivíduos produtivos seria ocorrer a recuperação da saúde da esposa. “Se ela ‘ficasse boa’ a minha vida seria outra” (C3, informação verbal). Para esse cuidador, a esperança de que sua esposa melhore se apoia na ideia de que ela possa vir a se tornar mais independente, voltar às suas atividades diárias, para ele retornar ao seu trabalho.

Estudos realizados por Batista et al. (2013) com cuidadores de pacientes psiquiátricos corroboram esses achados. No referido estudo, os resultados revelaram que os cuidadores do sexo masculino relataram sentir maior peso financeiro quando comparados aos relatos das mulheres cuidadoras. Por isso, além da carga direta em lidar com a pessoa que se encontra em sofrimento psíquico, é preciso levar em conta as oportunidades perdidas por eles. “Olha, eu tinha um escritório de contabilidade e fui obrigado a parar, né, porque não tinha como administrar as duas coisas, cuidar do escritório e cuidar dela” (C6, informação verbal).

Maciel et al. (2009) afirmam que as famílias que têm um membro em sofrimento mental grave fazem diversos reajustes e assumem compromissos que impedem outros familiares de atingir o seu pleno potencial no trabalho, nas relações sociais e no lazer. “O que gosto mesmo é só futebol [...] mas não vou mais [silêncio]; não vou em boteco, em lugar nenhum. Na verdade faz muito tempo que não vou nem na igreja” (C4, informação verbal).

Para a maioria dos cuidadores, o afastamento das atividades de lazer é o que traz maior prejuízo às suas vidas. Para muitos, a falta da liberdade de ir e vir, em alguns momentos, desencadeia uma condição de adoecimento,

de sentimentos negativos com relação ao cuidado. As falas dos cuidadores a seguir descrevem esses sentimentos de insatisfação com o seu papel.

Eu morava no sítio [silêncio] [...] agora “tocar” de viver assim, sem poder sair, eu gostava de pescar; tudo isso acabou. [...] agora não posso fazer nada disso [silêncio], a gente se distraía, quando chegava o domingo ia pescar, era meu divertimento [silêncio]. Minha festa era pescar, passar o dia à beira do rio. Agora nada disso eu posso fazer [...] (C1, informação verbal).

Nesses cenários, observou-se que o envolvimento e a dedicação exigidos dos cuidadores para prestar cuidado às esposas fizeram com que eles negligenciassem atividades que lhes traziam satisfação, como passeios, diversões e esportes. Há, assim, alteração nas relações sociais do esposo.

Durante os encontros com os cuidadores, foi possível observar que, ao relatarem sobre as atividades prazerosas das quais tiveram que abdicar em prol do cuidado com a esposa, apresentavam, em alguns momentos, olhares perdidos no tempo, como se buscassem alguma coisa que se foi. De acordo com Melman (2001, p. 80), “[...] é comum observar os familiares se distanciando das atividades sociais, deixando de comparecer a festas e eventos culturais, restringindo visitas à casa de amigos próximos e parentes.”

É importante ressaltar que o exercício do cuidado produz nesses homens, além da sobrecarga física, um conseqüente sofrimento psíquico, percebido na dificuldade em operar planos, em definir o sentido da vida e no sentimento de impotência e vazio, o que os torna incapacitados para interagir na sociedade e, em casos extremos, os leva à perda de sua condição de cidadãos.

Conviver com a instabilidade do comportamento da esposa, com o sentimento de insegurança, repercute em raiva e estresse. Observa-se, a seguir, na verbalização do entrevistado, a presença desses sentimentos que envolvem o seu cotidiano: “[...] tem hora que o estresse é demais, parece ficar até meio [pausa] faz raiva. Já tem hora a pressão da gente sobe, a raiva é demais.” (C1, informação verbal).

Os comportamentos e os sintomas da esposa levam à sobrecarga, pois resultam em desorganização da rotina familiar e em tarefas extras de cuidado para os cuidadores, acarretando fatores que geram um estresse crônico e com os quais os familiares precisam aprender a lidar, principalmente porque dispõem de pouco suporte social (CAMPOS; SOARES, 2005), conforme trecho citado no parágrafo anterior, que representa a maior parte dos relatos dos participantes.

A angústia causada pelas dificuldades em lidar com os comportamentos também é expressa pelos cuidadores. Tudo indica que eles não são afetados apenas pelas atividades extras que precisam assumir, em razão dos comportamentos disfuncionais das esposas, mas também pelo estresse psicológico que essa sobrecarga acarreta.

Tem vez, quando ela está em crise, a pressão da gente sobe, dá aquela ansiedade e a gente não pode fazer nada. O melhor jeito é deixar a pessoa [a esposa] falar e cuidar pra não deixar ela se machucar. São coisas até difíceis de explicar,

porque a gente vai vivendo assim e vai levando [...] (C6, informação verbal).

Para Melman (2001), do ponto de vista emocional, o estresse, a instabilidade, a insegurança e os conflitos frequentes nas relações fazem parte do cotidiano dessas pessoas.

Às vezes eu durmo, outras vezes começa a dar uma perturbação na minha cabeça aí já perco sono. Vou dormir de madrugada mais ou menos, durmo uma horinha de madrugada e já é hora de se levantar. Eu fico pensando em muita coisa, fico virando de um lado para o outro, pensando nos problemas dentro de casa [...] (C3, informação verbal).

[...] tem vez que passo a noite acordado cuidando dela [...] (C6) (informação verbal).

Nesses relatos, vê-se que a percepção da sobrecarga familiar aponta para o fato de os cuidadores perceberem os fatores psicológicos e emocionais decorrentes das alterações na rotina familiar, causadas pelos comportamentos da esposa. Entre essas alterações está a perda do sono, em decorrência da preocupação com o cuidado dispensado à parceira. Para Rosa (2011, p. 287), “[...] exatamente à noite é que a carga de preocupação do cuidador é maior, em virtude do risco de relaxar a intensidade da vigilância. Mas a necessidade de vigilância é permanente, o que exige um cuidador disponível temporalmente.” Essa compreensão pode estar associada ao fato de o cuidador não saber lidar com a situação. Nesse caso, a preocupação passa a ser também com as suas atribuições como chefe de família, pois agora não dispõe de tempo suficiente para exercê-las: “Tem hora que a gente até precisa tomar remédio; eu mesmo estou precisando [...] precisava fazer um tratamento” (C1, informação verbal).

[...] você passa a se preocupar muito com a pessoa, me preocupo com ela e esqueço de mim; é aquela velha coisa: vou me preocupar com você e esquecer de mim. Mas pra mim está tudo bem; se eu comer ou não comer, se eu não fazer mais nada, então acho assim, acaba afetando. Você já não dorme direito, você não se alimenta direito, eu só trabalho na minha função, não faço mais esportes, não faço mais nada. Eu vi que começou a prejudicar meu corpo também, passar mal, certa falta de vontade de fazer as coisas, acaba até afetando, assim, no seu trabalho, você vai lá trabalhar (C2, informação verbal).

Fica evidente que o homem, ao assumir o papel de cuidador de sua esposa, mediante o monitoramento das medicações, realização de cuidados e acompanhamento do tratamento, também precisa ser cuidado: “[...] é difícil; a pessoa que cuida fica quase tão doente quanto o doente [...]” (C3, informação verbal). Acrescente-se a fala de outro entrevistado, conforme o trecho a seguir:

Agora está mais fácil, porque hoje em dia tem telefone e tudo, mas no começo era mais difícil; tinha o dinheiro, mas não tinha como buscar as coisas, porque não tinha como levar ela. Tinha que ficar cuidando e tinha que esperar vir alguém pra poder ajudar a gente. Às vezes me sinto exausto, sabe? Tem hora que a gente fica mais doente que o doente ainda; tem que pedir muito a Deus pra dar uma força, engolir tudo e ficar quieto, deixar pra lá (C6, informação verbal).

Para esses cuidadores, o sofrimento psíquico da esposa impõe várias restrições em sua vida, gerando sobrecarga física e emocional e, conseqüentemente, seu adoecimento mental.

Sentimento de culpa pelo adoecimento da esposa

Outra questão levantada foi o sentimento de culpa do cuidador pelo agravamento da doença da esposa. Para alguns dos entrevistados, a falta de compreensão dos primeiros sintomas e a negligência no início da doença foi considerada como fatores influenciadores na progressão do sofrimento da esposa. Sobre a questão da culpa, o cuidador C2 expõe:

[...] eu me sinto um pouco culpado, porque quando ela me falou pela primeira vez sobre algumas coisas que estava sentindo eu não dei importância. Até no momento achei que fosse uma coisa normal, passageira, e não era. Tanto que ela me falou algumas vezes que ia a uma psicóloga, marcou algumas consultas e foi, e eu não dei a devida atenção pra perguntar o que estava acontecendo. [...] e por eu não ter dado a devida atenção também ela acabou desistindo dessa parte. A culpa é minha, eu sei que tenho uma grande parcela, por isso que eu me propus ajudar ela agora (informação verbal).

Como a família é vista como espaço obrigatório dos afetos e sentimentos, sendo responsabilizada quase que integralmente pelo bem-estar e saúde dos seus integrantes (MACIEL et al., 2009), o adoecimento mental da esposa recai como responsabilidade do homem, abalando sua autoestima. Tal relato parece denunciar falhas no seu papel como marido e chefe da família, levando a um sentimento de que não conduziu com sucesso a sua missão de protetor.

Outro fator que chamou atenção foi relativo às condições socioeconômicas dos cuidadores. Apenas dois possuem renda superior a dois salários mínimos. Além disso, o nível de escolaridade também é baixo, a maioria é analfabeta e semianalfabeta, e a maior parte não está engajada em ocupações fora do lar. O que se percebe é que, para esses cuidadores, tal situação vulnerabiliza suas condições de autoridade moral na família, uma vez que sua identidade não está socialmente vinculada ao espaço doméstico, e se encontrar nessa situação configura perda do poder de “homem da casa”, conforme depoimento a seguir: “Já pensou viver assim? Eu sou o homem daqui, eu sou o responsável por todos aqui. Que homem eu sou? Isso é horrível pra mim (C3, informação verbal).

Para Rosa (2011), as privações econômicas, que em geral antecedem as enfermidades nessas famílias, estão associadas cotidianamente ao analfabetismo, ao desemprego, à submoradia e ao estigma da pobreza. Nesse sentido, a provável dificuldade socioeconômica pode comprometer mais ainda a percepção desses cuidadores com relação à esposa doente, como um ser que sofre e que precisa ser confortado (OLIVEIRA; LUNARDI; SILVA, 2005).

Dito de outra forma, o cuidado com a esposa em sofrimento psíquico pode influenciar de forma negativa as condições emocionais do cuidador quando as exigências materiais são escassas ou inexistentes, uma realidade das famílias com poucos recursos financeiros. No aspec-

to laboral, a falta de dinheiro e de sucesso profissional do homem cuja ocupação é o cuidado com a esposa em sofrimento mental ocasiona a possibilidade de seu sofrimento, marcada pela ausência de valor da sua eficiência (ZANELLO, 2014).

Em uma perspectiva geral, os achados deste estudo mostram que a contemporaneidade tem proporcionado mudanças socioculturais nas rotinas de homens e mulheres que afetam o modo de vida e o desempenho de papéis sociais dos indivíduos, como apontam Arruda e Lima (2013), entre eles a atividade de cuidador. E nessa conjuntura a função de cuidador parece iniciar um período de transição nos valores familiares, já que a mulher era a única responsável pelo cuidado de um membro enfermo. Nessa nova concepção, ainda que lentamente, o universo masculino tem se aproximado do universo feminino, rompendo com a construção social da divisão sexual do trabalho, a qual era firmada de acordo com a posição que cada indivíduo ocupava no grupo conforme o sexo, estabelecendo um novo lugar para o homem, relacionado ao papel de cuidador.

Além disso, os desafios enfrentados pelos cônjuges não diferem daqueles apontados pelas mulheres cuidadoras, como mostram outras pesquisas (DOURADO et al., 2018; SANT'ANA et al., 2011). Tal constatação pode ser evidenciada a partir das ideias trazidas pelos cuidadores, que convergiam perante as dificuldades vividas, na falta de conhecimento diante do sofrimento psíquico da esposa. Embora cada um desses homens tenha uma história de vida construída pelas suas particularidades, todos demonstraram as dificuldades enfrentadas no cotidiano, evidenciadas pela constituição adicional da sobrecarga financeira, física e/ou emocional.

A sobrecarga física seria oriunda do aumento dos novos encargos e afazeres domésticos e cuidados com a esposa. Já a sobrecarga psicológica seria vivida em razão do aumento das emoções, como julgamentos, censuras e incompreensões, além das alterações nas atividades de lazer e nas relações sociais da família. Todos esses fatores mostram o cuidado como um lugar de potencial adoecimento para esses homens, lugar esse que, historicamente, foi naturalizado às mulheres.

Por outro lado, ao contrário da mulher, quando o homem é o cuidador principal da esposa, existe uma tendência de vir a abandoná-la (ROSA, 2011). Neste estudo foi possível constatar que vários cuidadores tiveram o desejo de internar a esposa. Tal desejo pode ser entendido como possível alívio da sobrecarga, gerada pelo novo papel de cuidador e pelo convívio conturbado na relação conjugal com a esposa em sofrimento psíquico. Além disso, a minoria dos entrevistados demonstrou acreditar na melhora da esposa; os demais tinham desesperança quanto à perspectiva de tratamento e à obtenção de bons resultados com o tratamento. O cuidador vê o cuidado com a esposa como uma obrigação inerente ao contrato matrimonial; alguns cuidadores justificaram o seu papel porque “já estão de idade” ou “não tem quem cuida dela” (informações verbais).

Seja de forma explícita, seja nas entrelinhas, foi possível reconhecer, nos discursos dos participantes deste estudo, a necessidade de apoio e de investimentos por parte dos serviços públicos no atendimento ao cuidador familiar. O cuidador tem em si o seu mais importante e único instrumento de trabalho. O cuidado a essa população, por meio da atenção à sua saúde, promove o bom andamento e a qualidade no desempenho do seu papel como cuidador.

A discussão dessas questões se torna bastante relevante se for levado em consideração que a política de saúde mental traz em seu bojo a criação de programas que têm por finalidade a exclusividade do atendimento à família de pessoas que se encontram em sofrimento psíquico. Assim, o que se busca apontar é a necessidade de ações que promovam a discussão acerca do assunto, articuladas entre profissionais, usuários e comunidade, a fim de se vislumbrar a inserção de tais questionamentos na pauta permanente das discussões no campo da atenção à saúde do cuidador familiar.

Entende-se que os profissionais de saúde, além de fazerem parte da rede social dos cuidadores, ao atuarem de forma coordenada com os demais componentes dessa rede, têm a possibilidade de colaborar para a diminuição da sobrecarga do cuidador familiar e, conseqüentemente, do seu adoecimento. Nessa direção, entende-se que a identificação do cuidador e da posição que este ocupa no grupo familiar, considerando sexo, idade e grau de parentesco, é fundamental para a criação de estratégias de cuidado, não só do familiar em tratamento, mas sobretudo do próprio cuidador.

Considerações finais

Durante todo o percurso deste estudo, buscou-se compreender e discutir o papel do cuidador familiar do sexo masculino a partir das suas experiências vividas perante as demandas oriundas do cuidado com a esposa que se encontrava em sofrimento psíquico grave.

O acesso à história de vida de cada participante se deu em encontros, permeados de emoção, de sentimento de empatia e de tristeza. Muitas vezes foi preciso “escutar o silêncio” do entrevistado. Silêncio carregado de emoção e de tristeza no olhar que revelou a desesperança e o desânimo do desejo de lutar. Ou seja, os contornos não definidos, a incerteza, a instabilidade do estado emocional da esposa, a rotina cotidiana de modo irregular conferem ao cuidador descontinuidade na idealização de recuperação da saúde da parceira, uma vez que ele se vê impossibilitado de fazer planos futuros.

Muitas entrevistas foram interrompidas pelo choro e, até mesmo, pela raiva. Raiva não da esposa doente, mas do momento em que se encontrava esse cuidador. Pode-se pensar que tal situação também deve ser entendida como uma consequência relativa ao desamparo provocado pela política na área de saúde mental, pela estigmatização da doença e pelo preconceito ainda existente contra aquele que se encontra em plena vulnerabilidade da saúde mental.

O sentimento de raiva como expressão do estado emocional dos cuidadores revelou-se, em outros momentos, por sentimentos como a irritação, ou até mesmo a fúria, diante da sensação de impotência e da interpretação da vida como vazia de sentido. Os relatos dos cuidadores mostraram que a compreensão acerca do cuidado com a esposa em sofrimento mental precisou ser desenvolvida ao longo do tempo. Eles reconheceram que, no início, o sofrimento das companheiras gerou insegurança, incerteza, medo, dúvida e preocupação.

Assim, as informações coletadas revelaram as dificuldades encontradas na convivência cotidiana do âmbito familiar; apontaram várias dificuldades referentes ao cuidado com a esposa em sofrimento psíquico, principalmente a relacionada ao fato de ter que, praticamente, abdicar de sua vida para exercer o papel de cuidador.

No que se refere à percepção do papel de cuidador na relação conjugal, os sentidos produzidos pelos entrevistados foram diversos e demonstraram concepções variadas de cuidar que resultam da reeleição de estratégias de enfrentamento da doença e de busca de recursos bastante diversificados. Alguns compreendem que seu papel como cuidador da esposa é uma missão a ser cumprida. Para estes, embora essa função anule parcialmente seus sonhos, sua vida social e profissional, gerando uma sobrecarga e podendo levá-los, até mesmo, a um estado de adoecimento, o cuidar representa uma obrigação que foi firmada no ato matrimonial, levando-os a desenvolver uma relação baseada na paciência, no amor, no respeito, na confiança, no conhecimento e, sobretudo, na esperança.

Para outros, o ato de cuidar da esposa é representado por uma experiência negativa, que mobiliza sofrimento, frustração, sobrecarga, desesperança, adoecimento e constitui, para a maioria dos cuidadores entrevistados, uma experiência pouco enriquecedora, levando-os a apresentar sintomas físicos e emocionais de desgaste ao assumirem o cuidar do outro. Para esse último grupo, fica evidente o desejo de internação da esposa como forma de alívio.

Ficou evidenciado, ainda, que o estigma sobre a doença mental é fator que interfere no desempenho dos cuidadores, sendo estes também alvo do preconceito social, ficando relegados ao isolamento da família. Fatores geradores de sobrecargas psicológicas, como abdicar da vida social e do trabalho, entre outros, incidem sobre os cuidadores, criando condições propícias para o seu adoecimento.

Dessa maneira, este trabalho pode favorecer outras reflexões acerca dos sentidos que foram construídos, em direção às propostas de atenção aos cuidadores, e contribuir para fornecer ao leitor percepções acerca dos sentidos que são produzidos pelos cônjuges cuidadores, no campo da saúde mental, podendo servir de ferramenta para as construções teóricas e práticas que abordam esse tema.

Ao finalizar este trabalho, sugere-se que haja desenvolvimento de estratégias de atendimento aos cuidadores, com a finalidade de instrumentalizá-los para lidar de forma mais adequada com seus familiares. Sugere-se,

ainda, a criação de espaços que promovam a troca de experiências e habilidades com relação ao papel de cuidador que cada um desenvolveu ao longo do tempo.

E, por último, e não menos importante, entende-se que este estudo pode possibilitar reflexões sobre o papel do homem e da mulher como forma homogênea no cuidado, desejando-se que as orientações dos profissionais da saúde mental sirvam de referência diante das vivências cotidianas com a parceira em sofrimento mental, pois dessa forma será possível reduzir suas angústias com relação ao cuidar e ao sofrimento do outro.

Informações sobre o autor:

Eraldo Carlos Batista

 <http://orcid.org/0000-0002-7118-5888>

 <http://lattes.cnpq.br/9520124935598363>

Possui Graduação em Psicologia (Faculdade de Rolim de Moura - FAROL, 2013), Especialização em Metodologia e Didática do Ensino Superior (Faculdade de Rolim de Moura - FAROL, 2013) e Saúde Mental (Universidade Católica Dom Bosco - UCDB, Campo Grande - MS), Mestrado em Psicologia (Universidade Federal de Rondônia - UNIR), Doutorado em Psicologia Social (Pontifícia Universidade Católica - PUCRS/Faculdade Católica de Rondônia - FCR). Tem interesse em Psicologia Social e Saúde Mental.

Como citar este artigo:

ABNT

BATISTA, Eraldo Carlos. Experiências vividas pelo cônjuge cuidador da esposa em tratamento psiquiátrico. *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói, v. 32, n. 1, p. 31-39, jan./abr. 2020. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5646>

APA

Batista, E. C. (2020, Janeiro/Abril). Experiências vividas pelo cônjuge cuidador da esposa em tratamento psiquiátrico. *Fractal: Revista de Psicologia*, 32(1), 31-39. doi: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5646>

Referências

ARRUDA, Sérgio Luiz Saboya; LIMA, Manuela Caroline Ferreira. O novo lugar do pai como cuidador da criança. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, v. 4, n. 2, p. 201-216, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eip/v4n2/a06.pdf>. Acesso em: 19 set. 2019.

BATISTA, Cynthia Mara Felício et al. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: influência do gênero do cuidador. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 21, n. 4, p. 359-369, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-462X2013000400002>.

BORIS, Georges Daniel Janja Bloc. *Falas de homens: a construção da subjetividade masculina*. 2. ed. São Paulo: Annablume, 2011

CAMPOS, Pedro Humberto Faria; SOARES, Carlene Borges. Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 219-237, dez. 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682005000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 set. 2015.

- CARDOSO, Lucilene; GALERA, Sueli Aparecida Frari; VIEIRA, Mariana Verderoce. O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes egressos de internação psiquiátrica. *Acta Paul. Enferm.*, v. 25, n. 4, p. 517-523, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/en_06.pdf. Acesso em: 12 out. 2013.
- CATTANI, Roceli Brum; GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 6, n. 2, p. 254-271, 2004. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/Orig11_idoso.pdf. Acesso em: 22 jan. 2016.
- DIAS, Elenise Aparecida. *Sobrecarga vivenciada por familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos e sua relação com a depressão*. 2011. 168 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2011.
- DOURADO, Denise Martins et al.; Ansiedade e depressão em cuidador familiar de pessoa com transtorno mental. *ECOS- Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, v. 8, n. 1, p. 153-167, 2018. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.ufr.br/ecos/article/view/2377>. Acesso em: 17 set. 2019.
- FLICK, Uwe. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- GOMES, Maria Lovâni Pereira; SILVA, José Carlos Barboza da; BATISTA, Eraldo Carlos. Escutando quem cuida: quando o cuidado afeta a saúde do cuidador em saúde mental. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 10, n. 1, p. 3-7, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v10n1/v10n1a01.pdf>. Acesso em: 17 set. 2019.
- LACCHINI, Annie Jeanninne Bisso. *A família que cuida do indivíduo em sofrimento psíquico: um estudo fenomenológico*. 2011. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de Santa Maria, Santa Maria, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/7340>. Acesso em: 21 set. 2015.
- LISBOA, Aline Vilhena; FÉRES-CARNEIRO Terezinha ...Até que a doença nos separe? A conjugalidade e o adoecer somático. *Psico*, v. 39, n. 1, p. 83-90, jan./mar. 2008. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5161445>. Acesso em: 29 abr. 2016.
- MACIEL, Silvana Carneiro et al. Reforma psiquiátrica e inclusão social: um estudo com familiares de doentes mentais. *Psicologia: ciência e profissão*, Brasília, v. 29, n. 3, p. 436-447, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932009000300002>
- MELMAN, Jonas. *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais saúde e de seus familiares*. São Paulo: Escrituras, 2001.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MOREIRA, Daniel Augusto. *O Método fenomenológico na pesquisa*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.
- NORGREN, Maria de Betânia Paes et al. Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 9, n. 3, p. 575-584, 2004. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2004000300020>
- OLIVEIRA, Adriane Maria Netto de; LUNARDI, Valéria Lerch; SILVA, Mara Regina Santos da. Repensando o modo de cuidar do ser portador de doença mental e sua família a partir de Heidegger. *Cogitare Enferm*, v. 10, n. 1, p. 9-15, 2005. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/4661/3617>. Acesso em: 27 abr. 2015.
- ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. *Transtorno mental e o cuidado na família*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- SANDERS, Patricia B. Phenomenology: a new way of viewing organizational research. *Academy of Management Review*, v. 7, n. 3, p. 353-360, 1982. <https://doi.org/10.5465/amr.1982.4285315>
- SANT'ANA, Marília Mazzuco et al. O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental. *Texto & contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 50-58, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000100006>
- SEVERO, Ana Kalliny de Souza et al. A experiência de familiares no cuidado em saúde mental. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 59, n. 2, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arp/v59n2/v59n2a05.pdf>. Acesso em: 6 out. 2015.
- SILVA, Victor Hugo Farias da; DIMENSTEIN, Magda; LEITE, Jäder Ferreira. O cuidado em saúde mental em zonas rurais. *Mental*, v. 10, n. 19, p. 267-285, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42028699008>. Acesso em: 21 jan. 2016.
- ZANELLO, Valeska. A saúde mental sob o viés do gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. In: ZANELLO, Valeska; ANDRADE, Ana Paula Muller de (Org.). *Saúde mental e gênero: diálogo, práticas e interdisciplinaridade*. Curitiba: Appris, 2014. p. 41-58.

CAPS, ateliês e oficinas: artes no mundo, mundos na arte

Flávia de Macedo Cavallini  ★

Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil

Resumo

O artigo propõe-se a analisar de que maneira o encontro da arte com a clínica, sob o viés das oficinas, propostas durante a reforma psiquiátrica, pode constituir-se numa potência, em possibilidades de encontro, na medida em que se afasta de atitudes manicomialistas que ainda fazem parte do percurso da saúde mental no Brasil. Pretende evidenciar, por conseguinte, a lógica da clínica ampliada e da redução de danos como bases da atenção psicossocial, tomando como partida o relato da própria experiência institucional enquanto artista plástica de um centro de atenção psicossocial para cuidados relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Visibiliza, para este fim, o processo de criação audiovisual colaborativo construído e vivenciado pelos participantes das oficinas de artes, que é atravessado por questões relacionadas à saúde, doença, uso de drogas, redução de danos e liberdade; a produção artística coletiva é conduzida de maneira a ganhar uma dimensão ética e política, assim como o cuidado de si recebe um contorno estético que ultrapassa previsibilidades morais e punitivas.

Palavras-chaves: arte; oficinas; álcool e outras drogas.

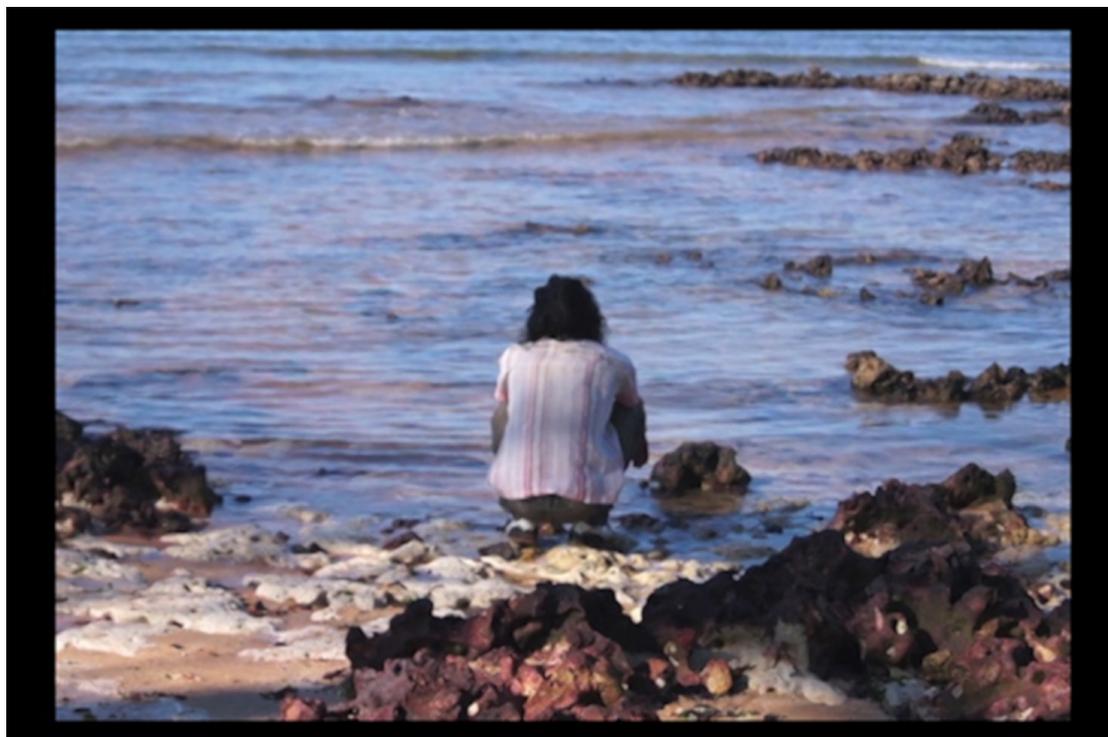
CAPS, ateliers and workshops: arts in the world, worlds in art

Abstract

The article aims to analyze how the meeting of art and the clinic, under the bias of workshops, proposals for the reform of psychiatry, can constitute a power in possibilities of meeting, as it moves away from asylum attitudes that are still part of the mental health course in Brazil. It aims to highlight, therefore, the logic of expanded clinical and harm reduction as the basis of psychosocial care, taking as starting the account of own institutional experience as artist of a psychosocial care center for care related to alcohol and other drugs. For this purpose, it makes visible the process of the collaborative audiovisual creation, built and experienced by the participants of the art workshops, which is traversed by issues relate to health, illness, drug use, harm reduction and freedom; collective artistic production is conducted in such a way as to gain an ethical and political dimension, just a self-care receives an esthetical contour that goes beyond moral and punitive predictability.

Keywords: art; ateliers; alcohol and other drugs

Produção coletiva de vídeo - cena final de O Sonho de Zé.



Fonte: registro do autor, Espírito Santo (2014).

*Endereço para correspondência: Universidade Federal do Espírito Santo. Av. Fernando Ferrari, 514 - Goiabeiras, Vitória – ES. CEP: 29075-910. E-mail: flaviademacedo@gmail.com

Os dados completos da autora encontram-se ao final do artigo.



— Durante a aprendizagem sobre a erva do diabo, compreendi que ela não servia para mim, e não continuei mais no seu caminho.

— O que o levou a se decidir assim, Dom Juan?

— A erva do diabo quase me matava cada vez que eu tentava usá-la. Uma vez foi tão ruim que eu pensei que estava liquidado. No entanto, eu podia ter evitado todo esse sofrimento.

— Como? Há um meio especial de se evitar o sofrimento?

— Sim, há um meio.

— É uma fórmula, um processo, ou o quê?

— É um modo de agarrar as coisas. Por exemplo, quando eu estava aprendendo a respeito da erva do diabo, era por demais ansioso. Agarrava as coisas assim como as crianças agarram bala. A erva do diabo é apenas um entre um milhão de caminhos. Tudo é um entre um milhão de caminhos (CASTAÑEDA, 1976, p. 114).

Imaginemos uma situação fictícia, porém não menos real e corriqueira: um cidadão carinhosamente apelidado pelos amigos de Zé do Gole¹ chega a um Centro de Atenção Psicossocial para cuidados relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas — CAPS ad,² num certo município do Espírito Santo; “sou dependente químico”, “sou um adicto”, “sou um drogado, preciso ser internado”. Gravada na carne, linha dura, felizmente finita. Zé do Gole repete este bordão, segura-se a esta linha inúmeras vezes, dia após dia, até que algo acontece — ele vê outros caminhos, desenrola outros novelos. “É preciso”, ele diz, “que dancemos de outra maneira, com cores, texturas, formas, manchas, cheiros... um pouco fortes, duros também no início, depois tudo vai ficando mais suave, mais e mais suave...” e quando esse pequeno grande momento de liberdade acontece, tão fugaz quanto o movimento do bailarino, enche-nos de alegria. Ai ele se foi... mas possivelmente outros virão.

A dificuldade de nosso protagonista é ter que caminhar ao lado da exacerbação da lógica da abstinência de uso de substâncias psicoativas,³ tendência que anda na contramão das conquistas da reforma psiquiátrica e da estratégia de redução de danos.⁴ Tal concepção de enfrentamento à dependência

química vem favorecendo a produção de uma certa subjetividade, apropriando-se de aspectos cotidianos da vida das pessoas. Paulo Amarante (2014, p. 17) nos alerta que, apesar de terem sido criados, com a reforma psiquiátrica no Brasil, vários dispositivos de saúde mental, como CAPS, residências terapêuticas, projetos culturais e de economia solidária, é preciso que avancemos no sentido de também diminuir um discurso médico e farmacêutico sobre a existência:

Boa parte da chamada crise mundial de aumento da depressão é produzida pela Psiquiatria, que não está se preparando para evitar, mas para produzir depressão. Os relatórios contribuem para que as pessoas se identifiquem como depressivas. Os intelectuais orgânicos da indústria farmacêutica têm muito claro que é possível aumentar o número de diagnósticos de depressão ensinando a ser depressivo. “Você chora muito? Tem ideias de morrer?” Isso produz identificação e as pessoas não dizem que estão tristes e sim que estão depressivas. [Michel] Foucault ensinou que a pesquisa diagnóstica produz diagnóstico. É a produção social da doença.

Tentemos, então, junto com Zé do Gole, percorrer entornos poéticos, neste cotidiano entrelaçado de afetos, cores, cheiros, imagens e ruídos que tecem nossas redes. “A alegria [...], como o desejo, é uma estética da existência, do efêmero” (LINS, 2013, p. 265). Percursos que ao mesmo tempo nos desestabilizam e causam-nos vertigens; que nos ultrapassam mas que também nos acolhem. Qual o lugar do artista nestes acontecimentos? Félix Guattari (2012, p. 17) propõe que possamos ir ao encontro de uma “nova matéria de expressão”, oferecendo possibilidades diversificadas de recomposição de uma corporeidade existencial, de saída das repetições incessantes, num sentido de ressingularização de subjetividades cristalizadas. Desta forma, a arte pode ser um caminho possível; assim como o autor, não nos referimos apenas à arte institucionalizada, que adentra os museus, galerias de arte e outros estabelecimentos sociais, culturais e mercadológicos, apesar de, muitas vezes, fazermos destes espaços institucionais lugares de encontros estéticos; a arte a que nos referimos aponta para o próprio processo de criação e sua implicação ética e política:

O novo paradigma estético tem implicações ético-políticas porque, quem fala em criação, fala em responsabilidade da instância criadora em relação à coisa criada, em inflexão de estado de coisas, em bifurcação para além de esquemas pré-estabelecidos e aqui, mais uma vez, em consideração do destino da alteridade em suas modalidades extremas (GUATTARI, 2012, p. 123).

Artes no mundo

Uma das potências dos CAPS consiste, então, no cuidado transdisciplinar, presente, muitas vezes, em espaços chamados oficinas terapêuticas, que foram regulamentadas pela Portaria nº189 em 1991. Segundo esta Portaria, as oficinas são atividades grupais e possuem função de socialização, expressão e inserção social (BRASIL, 1991). A princípio não possuem distinção de profissionais, podendo ser coordenadas por um ou mais, mantendo a finalidade de “maior integração social e familiar, a realização de atividades produtivas e o exercício coletivo da cidadania” (BRASIL, 2004a, p. 20).

¹Zé do Gole é um nome fictício, criado pelos próprios usuários das oficinas de artes do CAPS ad.

²Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) surgiram no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil, a partir da década de 80, como substitutivos aos aparatos manicomial. Devem ser locais acolhedores e flexíveis, não burocratizados, com equipe interdisciplinar (médicos, psicólogos, farmacêuticos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos administrativos e de enfermagem, auxiliares de serviços gerais, artistas, músicos, educadores, entre outros), de base territorial, focados nas estratégias de Redução de Danos e da Clínica Ampliada.

³Em 2011 o Ministério da Saúde implantou o programa “Crack é possível vencer”, tendo como principal pressuposto a ideia de que vivemos uma epidemia de crack. Sob esse entendimento, o recurso financeiro que poderia ser utilizado para implantação de novos centros de atenção psicossociais, ou fortalecimento da rede pública de saúde, passou a ser repartido com comunidades terapêuticas e clínicas particulares, com a intenção de deter a suposta epidemia no Brasil. “Para a execução do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas poderão ser firmados convênios, contratos de repasse, termos de cooperação, ajustes ou instrumentos congêneres com órgãos e entidades da administração pública federal, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com consórcios públicos ou com entidades privadas” (Art. 7º-A do Decreto Lei nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011).

⁴Enquanto a Portaria nº 1.028/GM, de 1º de julho de 2005, determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas, a Portaria nº 1.059/GM, de 4 de julho de 2005, destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas – CAPS ad.

As oficinas, diferentemente do que ocorria nos manicômios, não são práticas impostas àqueles que possuem transtornos mentais. São propostas de acordo com o projeto terapêutico formulado pela equipe terapêutica e é o usuário quem decide se as oficinas lhe interessam ou não. Há diversas modalidades de oficinas terapêuticas: oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda e oficinas de alfabetização. As oficinas expressivas são espaços em que os usuários trabalham com a expressão plástica, como a pintura, por exemplo; a expressão corporal, como a dança; a expressão verbal, com poesias, contos etc.; a expressão musical; a fotografia; e o teatro. As oficinas geradoras de renda são para o sustento ou para complementação da renda daqueles que possuem intenso sofrimento psíquico, através da aprendizagem de alguma atividade específica. Podem ser de culinária, marcenaria, artesanato em geral, fabricação de velas, vendas etc. Assim, essas oficinas são importantes formas de promoção de autonomia e de reinserção social do sujeito. As oficinas de alfabetização são para aqueles que não tiveram acesso à educação formal ou não continuaram os estudos aprenderem a escrita e a leitura e, dessa forma, (re)construam sua cidadania (BRASIL, 2004a).

Importante salientar que os dispositivos implantados por Osório César e Nise da Silveira, assim como seus seguidores, anos atrás — os ateliês livres de artes, diferentes das oficinas manicomial — passaram a fazer parte da lógica psicossocial, inserida dessa maneira no funcionamento dos CAPS.

Voltemos ao Espírito Santo: quando iniciamos nosso trabalho no CAPS ad, percebíamos que as pessoas que lá chegavam não tinham a intenção inicial de produzir ou ao menos de conhecer arte. Isso de início dificultou a construção de um ateliê livre. Durante o ano de implantação do CAPS, não havia material nem carro para passeios, nem mesmo espaço adequado para a prática de algumas atividades. Mas havia um certo consenso entre os profissionais dos outros serviços de saúde mental que visitávamos, com o intuito de capacitação, em relação ao que os chamados “oficineiros” deveriam ou não fazer: não dar aulas, não conduzir demais as atividades, mas ao mesmo tempo prender a atenção dos usuários, ser interessantes.

Havia o receio, na época da implantação do serviço, de que o artista plástico direcionasse as oficinas para o ensino de técnicas artísticas em vez de facilitar a livre expressão de seus usuários. Por outro lado, a oficina ouvia, para sua surpresa, o desejo das pessoas que frequentavam as oficinas “não diretivas”:

— Tudo bem, a conversa tá boa, mas quando você vai nos ensinar alguma coisa? Você não é a artiiista plásstica? — falava, num claro tom de deboche misturado ao forte hálito etílico, dona Odete,⁵ uma das usuárias do serviço. Passaram então a chamar a oficina de professora, rótulo que subsiste até hoje, talvez para reforçar um desejo de aprendizado:

— Poxa, professora, quando será nossa aula?

— Mas como assim, vocês querem aula? Eu não sou professora...

— Pra nós você é professora, pois vai nos ensinar alguma coisa.

— O que vocês pensaram?

— Você é quem sabe...

É preciso, então, que cada vez menos estejamos presos a modelos e mais voltados a exemplos, a aberturas, a fluxos de afetos e sensações.

Quando se deseja, por meio da arte ou do trabalho, produzir territórios existenciais (inserir ou reinserir socialmente os ‘usuários’, torná-los cidadãos...) cresce [sic] que está se falando (ao meu ver dever-se-ia falar) não de adaptação à ordem estabelecida, mas de fazer com que trabalho e arte se reconectem com o primado da criação, ou com o desejo ou com o plano de produção da vida. Pois que o plano de produção desejante é também o plano de engendramento do mundo humano (RAUTER, 2000, p. 271).

A oficinaira em questão decidiu aceitar o personagem que lhe foi oferecido e atuar com o pouco material disponível para as oficinas, que era, na época, basicamente cola e papel. Oficinas de poesias, colagens, fanzines, fotonovelas, exibição de filmes, além de visitas a museus e galerias de arte surgiram neste ínterim. Aos poucos os usuários das oficinas de arte passaram a assumir mais o direcionamento das atividades que lhes interessavam; paralelamente o serviço foi conseguindo maior quantidade de materiais, como tintas, telas, pincéis, peças para mosaico, ferramentas para gravura, e a oficina foi ganhando ares de ateliê. Os usuários também se sentiram mais livres para improvisar e criar com materiais ligados ao seu próprio cotidiano; foi desta maneira que surgiu a primeira experiência audiovisual nas oficinas de arte.

O Sonho de Zé: morte e vida severina num duelo de dominó

Entre 2013 e 2014 iniciou-se, então, uma experiência coletiva de produção audiovisual de forma improvisada, com a câmera da oficinaira e a iniciativa das pessoas envolvidas no regime intensivo do CAPS ad. O protagonismo dos usuários do estabelecimento na feitura e na condução da história, desde o desejo inicial de se “fazer um filme” até a edição compartilhada das cenas, possibilitou não apenas a expressão de pensamentos e sentimentos sobre a problemática do uso abusivo de substâncias psicoativas e sua condução pelas instâncias jurídicas e de saúde, mas também a vivência de possibilidades presentes na vida e que ganharam força no contato com a arte.

Produzir arte hoje é operar com vetores de um campo ampliado. Um campo que se abre ao entrecruzamento das diversas áreas do conhecimento, num panorama transdisciplinar, sem prejuízo de sua autonomia e especificidade enquanto prática da visualidade. A cultura como paisagem não natural configura o território onde se move o artista: sua ação transforma-se numa intervenção precisa ao mobilizar instabilidades do campo cultural (regiões da cultura que permitem problematizações, conflitos, paradoxos), por meio de uma inteligência plástica que torna visível uma rede de relações entre múltiplos pontos de oposições, onde o trabalho de arte é um dispositivo de processamento simultâneo e ininterrupto, e nunca uma representação destas relações (BASBAUM, 2013, p. 27).

⁵ O nome “Odete” é fictício.

O fio condutor da narrativa do nosso vídeo foi a angústia do personagem Zé do Gole diante do uso exacerbado de álcool. Zé dorme e sonha; em seu sonho aparecem seus dilemas, seus anseios e seus temores. O julgamento social, o afastamento da poesia na vida, a fantasia da traição conjugal e a figura de seu falecido pai, como uma assombração, anunciando (ou desejando?) sua morte. Quase todas as cenas foram feitas em preto e branco, excetuando-se a cena final, por terem sido pensadas a partir de uma fotonovela em alto contraste que produzimos anos antes.

Num dado momento a questão da internação compulsória aparece, intempestivamente, na teatralidade do grupo, fato curioso, já que este assunto não fazia parte da fotonovela que servia como roteiro inicial. Nenhum dos participantes da oficina vivenciou esta experiência; porém, a ideia de um juiz que submete alguém a um tratamento de saúde como uma punição, e não como uma possibilidade libertadora, era algo que já vinha assombrando a imaginação de usuários do CAPS como um fantasma.

É possível tratar o mundo como sintoma, nele buscar os signos de doença, os signos de vida, de cura ou de saúde. E uma reação violenta é, talvez, a grande saúde que chega. Nietzsche considerava o filósofo como o médico da civilização. Henry Miller foi um diagnosticador prodigioso. O artista, em geral, deve tratar o mundo como um sintoma, e construir sua obra não como um terapeuta, mas, em todo caso, como um clínico. Não se fica fora dos sintomas, mas se faz com eles uma obra, que ora contribui para sua precipitação, ora para a sua transformação (DELEUZE, 2008, p. 181).

O processo que norteou a produção do nosso filme tem relação com uma prática contemporânea colaborativa que se faz a partir de uma autoria dispersa, num processo de contaminação que desafia a condução linear de uma narrativa. Há, conseqüentemente, uma dilatação espaço-temporal em que a intensificação e abertura de novos processos e meios são buscados em detrimento de regras e limites convencionados pelos sistemas de arte (WASEIM, 2008). Não se trata, no entanto, de práticas terapêuticas que transformam a arte numa ferramenta para a domesticação subjetiva, mas um processo que propicia criação de algo que faça emergir o intempestivo nas relações entre os participantes. O grupo aos poucos foi abandonando a ideia inicial de “correção” do comportamento de Zé (presente na fotonovela) e ampliando o diálogo acerca das questões políticas, institucionais e estéticas que compunham a existência do personagem.

Arte como um jogo, potências que se afirmam

Após assistir às filmagens que já haviam feito, a cineira lembrou-se de um filme chamado *O sétimo selo*,⁶ em que o personagem Antonious, um cavaleiro do século XIV, faz um acordo com a Morte, desafiando-a para um duelo de xadrez. Relata ao grupo que a lembrança foi motivada pela conversa de Zé do Gole e o fantasma do pai, que lhe diz: “Zéééé...ô Zéééé...sou eu, seu pai...” — ao que Zé do Gole responde: — “Pai? Eu já sou avançado de idade, eu não respeito mais o senhor, o senhor tá morto!” — E recebe a notícia, assustado: “Eu sei... eu vim te bus-

⁶O SÉTIMO SELO. Direção: Ingmar Bergman, 1957, DVD (96 min), NTSC, p&b.

car...”. Como no filme de Bergman, o diálogo improvisado entre Zé do Gole e o seu pai-assombração aponta uma angústia e um temor diante do fim da vida. Angústia esta que comparece cotidianamente nos serviços de saúde e que, muitas vezes, se concretiza em derradeira realidade.

Assim que o grupo tem acesso à cena referida do filme de Bergman, alguém logo propõe: “E se Zé do Gole jogasse dominó com aquele que o assombra e o chama para a morte, como o cavaleiro que joga xadrez? Nossa realidade é a do dominó, que jogamos sempre depois do almoço”. O protagonista, segundo uma outra pessoa do grupo, “deveria jogar de verdade a partida”, de modo que no mínimo dois finais pudessem ser destinados ao personagem: um em que ele ganha a vida e outro em que perde para a morte. A criação da cena neste momento assume o caráter do próprio jogo, num contexto cotidiano. Zé do Gole enfrenta a morte em igualdade de condições, não mais num processo de vitimização, exclusão e culpa. Há, aqui, um desvio da moral da abstinência sugerida no início da trama para a proposta ética que se constrói a partir de agora.

Ética e moral não fariam de opostos, de contradições ou de polaridades e nem de idênticos, homogêneos e similares. Ao contrário, trata-se de vetores que expressariam em nossas vidas uma dimensão do visível — do já dado, do que se cristalizou — e uma dimensão invisível — das virtualidades, dos fluxos intempestivos que rompem o instituído. A ética não seria uma reprodução mas uma criação, não seria uma aplicação de regras preestabelecidas mas o uso de regras facultativas, um processo de pensamento e não a efetuação de soluções preconcebidas (MACHADO, 1999, p. 211).

A questão do jogo acabou se tornando central para uma virada na narrativa, no sentido de uma abertura: não se entregar à morte transformou-se numa maneira de estabelecer com ela uma negociação, de certa forma lúdica e ampla, em que o jogador em questão é quem faz o convite para o jogo, não aceita passivamente as regras de conduta, mas negocia, recria, ultrapassa as previsibilidades. Zé do Gole sai vencedor do seu embate, mas ressalva: “A morte está sempre à espreita, ela perdeu a batalha mas não perdeu a guerra. O Zé do Gole vai viver mais, mas um dia vai morrer, como todos nós. Faz parte da vida”. Morrer é uma condição de todo ser humano, porém cuidar de si mesmo nos planos ético, estético e político traz para si e para o outro formas de promoção de uma liberdade, num viver potente (FOUCAULT, 2006). Não apenas adiar a morte, mas promover a vida em suas diferentes formas de expressão; não apenas suportar a vida, mas criá-la de diferentes maneiras, num fazer artístico.

Essa mesma potência, como afirmação da vida, aproxima-se do que Nietzsche nos diz a respeito de vida como obra de arte: ultrapassa regras morais e instituições sociais, mas que se molda, ética e esteticamente, de forma paulatina e transitória, “pois sempre de novo se abandona e é preciso abandonar” (NIETZSCHE, 2012, p. 259). O filósofo, então, sugere o que se deve aprender com os artistas:

De que meios dispomos para tornar as coisas mais belas, atraentes, desejáveis para nós, quando elas não o são? — e eu acho que em si elas nunca o são! Aí temos algo a apre-

der com os médicos, quando eles, por exemplo, diluem o que é amargo ou acrescentam açúcar e vinho à mistura; ainda mais dos artistas, porém, que permanentemente se dedicam a tais invenções e artifícios. Afastarmo-nos das coisas até que não mais vejamos muita coisa delas e nosso olhar tenha de lhes juntar muita coisa para vê-la ainda — ou ver as coisas de soslaio e como que em recorte — ou dispô-las de forma tal que elas encubram parcialmente umas às outras e permitam somente vislumbres em perspectivas — ou contemplá-las por um vidro colorido ou à luz do poente — ou dotá-las de pele e superfície que não seja transparente: tudo isso devemos aprender com os artistas, e no restante ser mais sábios do que eles. Pois neles esta sutil capacidade termina, normalmente, onde termina a arte e começa a vida; nós, no entanto, queremos ser os poetas-autores de nossas vidas, principiando pelas coisas mínimas e cotidianas (NIETZSCHE, 2012, p. 179).

Mundos na arte

Surgiram muitas definições para arte e para a beleza durante a feitura do nosso pequeno filme: “a beleza é aquilo que te faz sentir bem”; “beleza é aquilo que agrada e comunica de alguma forma”; “se esse objeto feio for feito por um artista, aí é belo”; “a dedicação do artista torna a obra bela”; “a feitura da obra traz um valor, um prestígio, uma memória, um exemplo, um incentivo”; “uma bela arte depende de um aperfeiçoamento”, até: “a arte não segue um padrão; depende da intenção do artista”, “devemos extrair beleza daquilo que nos rodeia” e “o erro faz parte do artista e da arte” (a beleza do erro! A arte da vida cotidiana!).

Artesãos descobriram a pintura abstrata, senhores aposentados apaixonaram-se por artistas contemporâneos, jovens descobriram o gosto pelo figurativismo e técnicas de estamparia em camisetas, alguns se interessaram por vídeos, teatro e performance, outros ainda passaram a valorizar suas próprias vivências estéticas, como catadores de materiais recicláveis, bordadeiras, cabeleireiros, manicures, ressignificando-as e ao mesmo tempo discutindo questões sociais de valorização e desvalorização de alguns discursos disciplinares.

Tempo, espaço, normalidade, anormalidade, sobriedade, música, drogas, embriaguez, sexualidade, alegria, doença, vida e morte atravessaram e ainda atravessam nossas vivências não apenas durante as oficinas, mas principalmente nas visitas a galerias, museus e outros espaços públicos ligados à arte, ao artesanato, nos espaços de luta política, manifestações em praças públicas, inserção de usuários e profissionais em conselhos e movimentos ligados à pessoa com deficiência, conselho local de saúde, conselho de cultura, entre outros. Mundos que nasceram no encontro com a arte, que por sua vez tornou-se múltipla em seus inúmeros colóquios com o mundo.

Informações sobre a autora:

Flávia de Macedo Cavallini

 <https://orcid.org/0000-0003-2394-6870>

 <http://lattes.cnpq.br/8999985817021848>

Artista plástica, com graduação em Artes Plásticas e Psicologia (UFES), mestra em Psicologia Institucional pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Atua de forma interdisciplinar no campo da arte moderna e contemporânea assim como na área de psicologia. Participa de diversas exposições, dentro e fora do país. Principais linguagens utilizadas: pintura, desenho, artes gráficas e fotografia.

Como citar este artigo:

ABNT

CAVALLINI, Flávia de Macedo. CAPS, ateliês e oficinas: artes no mundo, mundos na arte. *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói, v. 32, n. 1, p. 40-45, jan./abr. 2020. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5671>

APA

Cavallini, F. M.. (2020, Janeiro/Abril). CAPS, ateliês e oficinas: artes no mundo, mundos na arte. *Fractal: Revista de Psicologia*, 32(1), 40-45. doi: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5671>

Referências

- AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, Paulo. Queremos diminuir a apropriação que a medicina faz da vida cotidiana. *RADIS - Fiocruz*, Rio de Janeiro, n. 146, p. 14-17, nov./2014. Disponível em: https://radis.ensp.fiocruz.br/phocadownload/revista/Radis146_web.pdf. Acesso em: 12 out. 2018.
- BASBAUM, Ricardo. *Manual do artista-etc*. Rio de Janeiro: Azougue, 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *Portaria nº 189, de 19 de novembro de 1991*. Aprova a inclusão de grupos e procedimentos da tabela do SIH-SUS, na área de saúde mental (Hospitais Psiquiátricos). Brasília: MS, 1991.
- BRASIL. *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. Brasília, MS: 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Brasília, MS: 2002
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, MS: 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Alcool e outras Drogas*. 2. ed. Brasília, MS: 2004b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2. ed. Brasília, MS: 2008.

BRASIL. *Decreto-Lei nº 7.637, de 11 de dezembro de 2011*. Altera o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7637.htm. Acesso em: 20 fev. 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012*. Altera a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html. Acesso em: 20 fev. 2015.

CASTAÑEDA Carlos. *A Erva do Diabo*, 2. ed. São Paulo: Edibolso, 1976.

DELEUZE, Gilles. *A ilha deserta*. São Paulo: Iluminuras, 2008.

FOUCAULT, Michel. *A Hermenêutica do sujeito*. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GUATTARI, Félix. *Caosmose: um novo paradigma estético*. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2012.

LINS, Daniel. *O último copo: álcool, literatura, poesia*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira: 2013.

MACHADO, Leila Domingues. Ética. In: BARROS, Maria Elizabeth Barros (Org). *Psicologia: questões contemporâneas*. Vitória: Edufes, 1999. p. 211-229.

NIETZSCHE, Friedrich. *A gaia ciência*. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

O SÉTIMO SELO. Direção de Ingmar Bergman, 1957, DVD (96 min), NTSC, p&b.

RAUTER, Cristina. Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaio: Subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 267-277.

WASEIM, Marcelo Simon. *Processos colaborativos, contaminações e jogos de alteridade em arte pública: experiências na criação de uma rádio comunitária*. 2008. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Artes Visuais - Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, 2008.

Psicopatologia na contemporaneidade: análise comparativa entre o DSM-IV e o DSM-V*

Alexandre Simões Ribeiro,^{ID¹} ** Gesianni Amaral Gonçalves,^{ID¹} Elizabeth Fátima Teodoro,^{ID^{II}}
Suelen Aparecida Batista,^{ID¹} Pedro Henrique Estevão Ferreira^{ID¹}

¹ Universidade do Estado de Minas Gerais, Divinópolis, MG, Brasil

^{II} Universidade Federal de São João del-Rei, Minas Gerais, MG, Brasil

Resumo

O DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) é um sistema diagnóstico e estatístico de classificação dos transtornos mentais, segundo o modelo categorial, destinado à prática clínica e à pesquisa em psiquiatria elaborado pela APA (American Psychiatric Association). Esse manual é constantemente revisado e reeditado no intuito de atualizar suas classificações psicodiagnósticas. Nesse sentido, o presente artigo objetivou efetuar uma análise comparativa entre as classes e as categorias diagnósticas dos quadros clínicos referentes às perturbações de ansiedade, às alterações do humor e às perturbações relativas à infância e adolescência vigentes no DSM-IV e no DSM-V, de modo a mapear quais entidades clínicas foram incluídas, excluídas ou fundidas, formando novas classes e categorias diagnósticas na versão mais atualizada do manual. A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica e documental de caráter qualitativo, por meio de um estudo descritivo e de uma análise de dados de cunho comparativo. Os resultados referentes à comparação das classes e categorias diagnósticas apontam significativos acréscimos nos três eixos analisados que abrem as portas para se debater as consequências da patologização e medicalização de condições próprias do humano, como a TPM, a tristeza, os comportamentos enérgicos das crianças e os rebeldes dos adolescentes.

Palavras-chave: DSM; medicalização; psicodiagnóstico; psicopatologia; sofrimento psíquico.

Psychopathology in contemporary society: comparative analysis of the DSM-IV and DSM-V

Abstract

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) is a diagnostic and statistical system for classifying mental disorders according to the categorical model for clinical practice and research in psychiatry prepared by the APA (American Psychiatric Association). This manual is constantly revised and reissued to update its psychodiagnostic classifications. In this sense, the present article aimed to make a comparative analysis between the classes and the diagnostic categories of the clinical frameworks related to anxiety disorders, mood alterations and childhood and adolescent disorders in the DSM-IV and DSM-V, to map which clinical entities were included, excluded or merged, forming new diagnostic classes and categories in the most updated version of the manual. The methodology used was qualitative bibliographic and documentary research through a descriptive study and a comparative data analysis. The results regarding the comparison of diagnostic classes and categories point to significant increases in the three axes analyzed that open the doors to debate the consequences of the pathologization and medicalization of human conditions such as PMS, sadness, energetic behavior of children and rebels of teenagers.

Keywords: DSM; medicalization; psychodiagnosis; psychopathology; psychic suffering.

Introdução

Nas últimas décadas, torna-se cada vez mais evidente o conjunto de deslocamentos e transformações pelos quais vem passando a saúde pública brasileira, especialmente o campo da saúde mental (MENDES, 2004; BEZERRA JÚNIOR, 2011). Essas transformações inevitavelmente conduzem os profissionais aí atuantes (psicólogos, psicanalistas, psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre outros) a constantemente repensarem os princípios e os limites de suas intervenções. Trata-se, pois, de uma constante revisita à clínica, às suas possibilidades bem como desafios.

Dentre as transformações contemporâneas que se dão no campo da saúde mental, é válido ressaltar dois acontecimentos de amplas consequências. O primeiro se refere ao crescente fenômeno usualmente chamado de medicalização da sociedade (AGUIAR, 2004); o segundo, e é precisamente sobre este acontecimento que esta pesquisa se deteve, à tendência, sem precedentes, de se classificar o sofrimento psíquico (KYRILLOS NETO; CALAZANS, 2012), fazendo calar o que do sujeito insiste em denunciar seu estado e posicionamento psíquicos.

Esses fenômenos se entrecruzam, estabelecendo diversas e fecundas relações de retroalimentação perigosas entre si. Isso porque se a indústria psicofarmacológica avança na medida em que novas categorias diagnósticas são propostas e difundidas no tecido social, por outro lado, muitas dessas categorias tendem a ser demarcadas e percebidas por precisamente existir um fármaco, uma gama de princípios ativos que lhe são aplicáveis. Assim, para Kamers (2013, p. 157) “é a produção dos medica-

* Programa Interno de Incentivo à Pesquisa e à Extensão (Proinpe) da UEMG - Unidade Acadêmica Divinópolis, 2015-2016. Grupo de pesquisa PESC: Plataforma de Estudo e Pesquisa sobre Subjetividade e Contemporaneidade.

** Endereço para correspondência: Universidade do Estado de Minas Gerais, Unidade acadêmica de Divinópolis. Av. Paraná, 3001 (Campus Universitário) - Belvedere II. Divinópolis, MG - Brasil. CEP: 35500-970. E-mails: alexandresimoes@terra.com.br, gesianni@terra.com.br, elektraliz@yahoo.com.br, suelen.sistema@gmail.com, pedroestevaopsi@gmail.com

Os dados completos dos autores encontram-se ao final do artigo.



mentos que determina a fabricação de diagnósticos”. Raciocínio este que encontra uma interessante síntese nas palavras de Jerusalinsky e Frenndrik (2011, p. 6):

A ligeireza (e imprecisão) com que as pessoas são transformadas em anormais é diretamente proporcional à velocidade com que a psicofarmacologia e a psiquiatria contemporânea expandiram seu mercado. Não deixa de ser surpreendente que o que foi apresentado como avanço na capacidade de curar tenha levado a ampliar em uma progressão geométrica a quantidade de doentes mentais.

A forte tendência de se classificar o sofrimento psíquico dentro de uma lógica nitidamente taxonômica e com pretensões à exaustão não é inteiramente nova (BERRIOS, 2008). Os empenhos de categorização dos pacientes por meio dos sintomas invariantes, a tendência a se agrupar afecções semelhantes em um mesmo nicho para daí realizar o estabelecimento de tipos e subtipos de quadros clínicos, bem como o diagnóstico diferencial, são estratégias que se confundem com o próprio nascimento e desenvolvimento da psiquiatria, desde o século XVIII (BERCHERIE, 1989; ÁLVAREZ; ESTEBAN; SAVAGNAT, 2004).

Desde este momento fundante, diversas escolas de psiquiatria (tais como as escolas francesa, alemã e anglo-saxônica) se empenharam por categorizar o sofrimento psíquico por meio de inúmeros critérios (especificidade etiológica, desenvolvimento dos sintomas, etc.). Assim, muitas teorias de classificação foram desenvolvidas, cada qual buscando se estabelecer como a mais correta e completa no campo nosográfico. Sobre esse contexto, Oliveira (apud AMARANTE, 1996, p. 59) expõe que “os 200 anos de psiquiatria que então transcorrem se restringem, a rigor e em síntese, a 200 anos de intermináveis discussões nosográficas, nas quais sistemas classificatórios se contrapõem a outros sistemas classificatórios”.

Entretanto, vale ressaltar que a classificação em si não se coloca como um mal no campo científico, uma vez que se apresenta como extremamente necessária a fim de se estudar e conhecer mais profundamente os objetos de pesquisa. No campo clínico, essa lógica não se diferencia, posto que a classificação diagnóstica possibilita ao profissional mapear os sintomas para traçar as possíveis formas de intervenção. Nesse sentido, o diagnóstico assume status de uma importante ferramenta (DALGALLARRONDO, 2008).

Todavia, assim que o DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) foi estabelecido, sob os cuidados da APA (*American Psychiatric Association*), estas classificações ganharam proporções e consequências inéditas ao deixar de serem ferramentas de auxílio clínico para se tornarem uma forma de intervenção hegemônica. Notemos que esses atributos não se restringiram às searas técnicas da psiquiatria e do discurso psicopatológico, visto que, em suas dinâmicas, modificaram diversos aspectos do campo da saúde mental e, por extensão, influenciaram o olhar da sociedade em relação ao sofrimento psíquico e os destinos que lhe são dados.

Nesse sentido, questões atuais como o uso de nomenclaturas diagnósticas feito pela população tal como rótulos estanques do mal-estar e do sofrimento psíquico, assim como o excesso do uso de psicofármacos com o intuito de se extirpar tal sofrimento, interferem no processo de construção das subjetividades, como nos salienta Caponi (2012, p. 119), situação que aponta para o desenvolvimento de uma biopolítica do sofrimento psíquico que:

[...] aparece com um modo de exercer o governo sobre os outros que se vale de critérios pretensamente científicos e validados de classificação e que privilegia um modo de intervenção: a terapêutica farmacológica. Esse dispositivo exclui as narrativas dos sujeitos e suas histórias de vida ou as subordina a explicações biológicas referidas a alterações ou déficit nos neurotransmissores.

Nesses termos, indicadores como os apontados por Silva e Iguti (2013), que atribuem aos ansiolíticos o status de substância controlada mais consumida pela população brasileira no período de 2007 a 2010, assim como o aumento de 44,8% no consumo de antidepressivos entre 2005 e 2009, evidenciam que os diagnósticos de transtornos relacionados à ansiedade e à depressão têm sido utilizados com frequência, a ponto inclusive de serem considerados um problema de saúde pública no país, como afirma Lannes (2018). Além disso, em 2013 o clonazepam (fartamente utilizado no tratamento de transtornos da ansiedade e do humor) aparecia em nono lugar entre todos os medicamentos mais vendidos do país (BRASIL, 2013).

Ainda no âmbito dos indicadores, é importante mencionar a venda de metilfenidato, medicamento canonicamente prescrito para o TDA/H (Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade), que entre 2004 e 2008 apresentou um aumento de 930%, em consonância com Resende (2014). Na companhia dessa autora, podemos notar também que essa prevalência das prescrições e do uso de psicotrópicos no Brasil se deve à parceria direta entre a clínica psiquiátrica que perpassa as diversas edições do DSM e a indústria farmacológica. Para Couto e Castro (2015, p. 145), “o TDA/H tomou ares de epidemia, sendo classificado como um dos transtornos neurológicos do comportamento que mais atinge crianças em todo o mundo”. No Brasil, os dados do Boletim de Farmacoepidemiologia do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), divulgado pela ANVISA (BRASIL, 2012), aponta um aumento de 74,8% das vendas do cloridrato de metilfenidato nos anos de 2009 e 2011, prescrito para crianças e adolescentes de 6 a 16 anos.

Lannes (2018) também ressalta o aumento de diagnósticos de ansiedade e depressão em crianças e adolescentes e como tratamentos inadequados para essa faixa etária podem resultar inclusive em suicídio por parte dos mesmos. Com efeito, a autora acredita que, “embora a depressão na infância seja algo consideravelmente novo, já foi capaz de se tornar um problema de saúde pública em pouco tempo” (p. 46). Não sem razão, têm se tornado cada vez mais importantes as pesquisas sobre a patologização e medicalização infantil, como afirma Luengo (2010).

Diante desses pressupostos, o estudo do DSM, do mesmo modo que a compreensão das mudanças propostas pela última versão desse manual, torna-se essencial para o conhecimento da classificação das psicopatologias que vêm sendo adotadas na contemporaneidade pelos profissionais da saúde mental e aceitas, de modo irrestrito, pela população. Nesse sentido, questiona-se: quais foram as modificações referentes aos critérios diagnósticos e categorias clínicas das perturbações de ansiedade, humor e às relativas à infância e adolescência ocorridas na passagem do DSM-IV para o DSM-V?

Buscando responder a essa questão, a investigação objetivou efetuar uma análise comparativa entre as classes e as categorias diagnósticas dos quadros clínicos referentes às perturbações de ansiedade, às alterações do humor e às perturbações relativas à infância e adolescência vigentes no DSM-IV e no DSM-V, de modo a mapear quais entidades clínicas foram incluídas, excluídas ou fundidas, formando novas classes e categorias diagnósticas na versão mais atualizada do manual (lançada em 18 de maio de 2013). Conforme Magalhães (2001, p. 35), “a psicofarmacologia [assim como a classificação] é simultaneamente um fato da clínica, da ciência, da epistemologia, da ideologia, da mídia, da economia, da metafísica e da ética”. Portanto, investigá-la é uma tentativa de revelar que tipo de subjetividade a sociedade contemporânea vem forjando, como aponta Moretto (2015).

A lógica taxonômica do DSM: classificando o sofrimento psíquico

O DSM foi traduzido para a língua portuguesa como Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Esse compêndio psicopatológico é regularmente organizado, revisto e editado pela APA, tendo como principal função servir de “instrumento que auxilia as pesquisas clínicas e teóricas no campo da saúde mental” (CATANI, 2014, p. 23). Assim, por meio de um breve resgate histórico dessas construções, verifica-se que, em sua primeira edição, publicada em 1952, o DSM se baseava em uma compreensão psicossocial da doença mental, na qual o uso de terminologias como “mecanismos de defesa”, “neurose” e “conflito neurótico” evidenciavam uma leitura psicanalítica dos fenômenos psicopatológicos. Nesse primeiro momento, o manual era composto de 106 categorias de doenças mentais (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011).

A segunda versão foi publicada em 1968 e continha 182 categorias diagnósticas. Sua construção surgiu em meio a Guerra do Vietnã e, devido a uma clara necessidade empírica oriunda da época, nota-se uma grande influência da teoria comportamental em detrimento da concepção biopsicossocial dos transtornos mentais utilizada até então. Ainda assim, o modo psicanalítico de compreensão permaneceu vigente na disposição do profissional da saúde mental de escutar o sujeito em sofrimento, posto que ainda era a principal forma de traçar qualquer diagnóstico (RESENDE, 2014). Martinhago e Caponi (2019) chamam a atenção para o fato de que, no final da década de 1970, identificaram-se divergências psicodiagnósticas entre os psiquiatras estadunidenses e

os europeus. Essa percepção levou à elaboração de uma nova versão do manual que buscava a padronização e universalização dos diagnósticos psiquiátricos.

Nesse fio histórico, em 1980 o DSM-III foi publicado. Nessa versão, porém, as noções da psicanálise cederam espaço ao novo paradigma da ciência, pautado em critérios da medicina baseada em evidências (DUNKER, 2014). Esse fato foi considerado uma revolução científica, de modo que a terceira versão do manual “foi o marco da mudança de paradigma da psiquiatria, que até o momento era regida predominantemente pela psicanálise” (MARTINHAGO; CAPONI, 2019, p. 2). Com efeito, o número de categorias diagnósticas saltou para 265. Além da extinção da classe de psicopatologias denominada de neurose, visando “não suscitar questões etiológicas e, assim, a expressão doença mental passa a ser substituída por transtorno mental” (RESENDE, 2014, p. 20).

Por volta de 1987, essa terceira edição foi revisada e ampliada, de modo que o número de categorias diagnósticas se ampliou para 292, consagrando a nomenclatura “transtorno”, doravante alastrada. Diante desse contexto, torna-se claro que a escuta do sujeito passou a ser considerada desnecessária, uma vez que o saber que ele tem de si próprio já não influenciava o diagnóstico (RESENDE, 2014).

Conforme Martinhago e Caponi (2019), em 1994 foi lançado o DSM-IV, contando com 297 categorias, o qual, por sua vez, foi revisado em 2000, mas sem grandes acréscimos. Esses psicodiagnósticos foram organizados em cinco eixos distribuídos em 886 páginas. Na concepção dos autores acima citados, a principal mudança dessa versão “foi a inclusão de um critério de significância clínica para praticamente metade das categorias que tinham sintomas e causavam sofrimento clinicamente importante ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional, entre outras áreas” (p. 3). Nesse momento, apagou-se todo vestígio de etiologia e instaurou-se decididamente o modelo nosográfico de diagnóstico. Desse modo, “o manual passa a ser visto como um método infalível que, após o preenchimento de um ‘*checklist*’, fornece automaticamente um diagnóstico psiquiátrico” (RESENDE, 2014, p. 24).

A última versão do DSM, como já salientamos, foi publicada em 2013. Para Resende (2014, p. 24), a aposta agora é no “diagnóstico dimensional, que englobaria o sujeito por completo”. Martinhago e Caponi (2019, p. 3) descrevem essa quinta edição do manual do seguinte modo:

[...] fundamentada no modelo categorial organizado em três sessões, totalizando 947 páginas. A seção I apresenta as orientações para o uso clínico e forense. A seção II descreve os critérios e códigos diagnósticos dos transtornos. E, por último, na seção III estão os instrumentos para as avaliações dos sintomas, os critérios sobre a formulação cultural dos transtornos, o modelo alternativo para os transtornos de personalidade e uma descrição das condições clínicas para estudos posteriores.

Verifica-se, pois, que a tarefa classificatória se tornou o escopo central da psicopatologia praticada a partir do DSM-V, que, na contemporaneidade, figura como o representante do discurso biologizante, no qual se subs-

tituem “[...] as grandes categorias (neurose, psicose, esquizofrenia) por descrições especificadas de fenômenos objetivos, trazendo um empobrecimento à lógica diagnóstica, pois se privilegia a descrição dos sintomas ao invés da patologia” (KYRILLOS NETO et al., 2011, p. 47). Quanto a isso, cumpre observar que a lógica da qual a psicanálise parte para analisar o sofrimento se apresenta como uma proposição irredutível ao proposto pela dinâmica manualista do DSM, posto que intenta não desconsiderar os aspectos que emergem particulares, e mesmo singulares, do sintoma do sujeito, reconhecendo com isso os limites da lógica da classificação, no ponto em que, ao operar com a consecução de uma lógica do real do sofrimento, a psicanálise passa a evidenciar os limites de escrita da própria ciência (SILVA, 2019), que progride em seu afã de tudo classificar. Desse modo, principalmente no DSM-V, os distúrbios “falam” pelo paciente, ou seja, o saber do manual diagnóstico se sobrepõe a toda tentativa do paciente de se posicionar como sujeito. Nesse sentido, há um viés de desresponsabilização do mesmo diante da patologia, que passa a ter causa totalmente biológica, elevando ao zênite o Organicismo, tal qual preconizado por Griesinger no século XIX (SIMÕES, 2019).

Mário Goldenberg (2012, apud RESENDE, 2014, p. 10) afirma que a nova versão do DSM tem efeitos nefastos na cultura contemporânea, uma vez que se apresenta como uma imposição para patologizar e medicalizar a comunidade por meio de uma reformulação classificatória que amplia o discurso da ciência sobre as doenças mentais, dando-lhe força maior para distinguir o normal do patológico: “Ou seja, tenta, sob um disfarce de termos científicos, uma classificação do inclassificável: o padecimento”.

As alterações do DSM, transcorridas ao longo da segunda metade do século XX, findam sempre, na ampliação das categorias diagnósticas presentes neste manual. Por ser um compêndio construído, a princípio, de forma atórica, ele estaria acima de todas as distintas perspectivas teóricas existentes entre os mais diferentes profissionais atuantes na saúde mental. Porém, a diferença de concepção acerca do sofrimento psíquico existente no repertório teórico de áreas como a psicanálise, que parte da premissa do inconsciente (e, portanto, de um intangível atrelado ao humano), e a psiquiatria contemporânea, que enxerga no sofrimento uma doença fundada em um desequilíbrio dos neurotransmissores, torna tais perspectivas epistemológicas usualmente inconciliáveis, ainda que isto não impeça, necessariamente, a possibilidade de comunicação entre estes distintos saberes (ALBERTI; FIGUEIREDO, 2006). Sobre essas diferenças epistemológicas Resende (2014, p. 13) esclarece que

A psiquiatria do DSM e a psicanálise partem do sintoma. Entretanto, esse ponto é, hoje em dia, o único de convergência entre as práticas. A psiquiatria busca a eliminação do sintoma, uma normalização psicossocial do sujeito, a adaptação deste à sociedade e a sua moral civilizatória por considerar o sintoma como um desvio, uma perturbação na ordem pública, em suma, um índice de um transtorno. Para a psicanálise, o sintoma apresenta dois aspectos: disfunção e sofrimento. No entanto, só há recomendação de análise

quando há sofrimento. A psicanálise não se pauta na eliminação de sintoma e sim na transmutação de sintoma. Quando um sintoma é eliminado sem entender sua função para o sujeito, outro toma seu lugar, seja em maior ou menor sintonia com o desejo do sujeito. Nesse sentido, a psicanálise não direciona o tratamento exclusivamente para a cura tida como eliminação de todos os sintomas, já que o chamado sujeito é, para a teoria psicanalítica, apenas aquele que está em sintonia com seu sintoma.

De antemão, nota-se que, com o advento do DSM-V e a consolidação da nomeação em série e em larga escala do sofrimento psíquico, a saúde mental assume um novo contorno no cenário atual, uma vez que se instala, de modo significativo, um processo de patologização da existência que culmina com a chamada medicalização da vida, na qual qualquer desvio da ordem estipulada socialmente se torna passível de medicação (RESENDE, 2014). Por essa perspectiva, “o conceito de transtorno ignora toda a história da psicopatologia e rompe de vez com as escolas de pensamento, principalmente com a psicanálise, em uma tentativa de ignorar o sujeito” (RESENDE, p. 12-13). Pois, como assevera Dunker (2012, p. 35), a novidade da psicanálise reside justamente em considerar e incluir “o diagnóstico pré-constituído, dado pelo próprio paciente”. Isso porque, muitas vezes, o processo clínico passa pela desconstrução psicodiagnóstica advinda dos âmbitos: educacional, familiar, trabalhista, médico, estético, dentre outros, no sentido de deslegitimar “o discurso social da necessidade de uma supressão do *pathos*, ou seja, daquilo que, em psicanálise, traceja os caminhos possíveis de um tratamento” (TEODORO, 2019, p. 139).

Metodologia

A presente pesquisa contempla os métodos de pesquisa bibliográfica e documental. Bibliográfica, no ponto em que recorre a referenciais teóricos já publicados em livros, artigos e teses de modo a conferir um amplo acesso a análises já desenvolvidas do assunto trabalhado (LAKATOS; MARCONI, 2001). Documental direta, por se basear em dois documentos oficiais e, consequentemente, de fontes primárias (DSM-IV e V), elaborados pela APA, materiais cujo tratamento analítico recebido não esgota outras perspectivas investigativas (GIL, 2008) como as encontradas neste estudo.

Os procedimentos, quanto aos objetivos, foram delineados pela pesquisa descritiva, uma vez que ela se preocupa com a descrição das características de um determinado grupo, como as categorias psicodiagnósticas, possibilitando ainda o estabelecimento de relações entre suas variáveis (GIL, 2008). Quanto à metodologia empregada na abordagem do problema, a pesquisa se assinala como qualitativa, por não apresentar dados quantificáveis, mas envolver diretamente uma perspectiva interpretativa (LAKATOS; MARCONI, 2001). Por fim, utilizou-se o método comparativo, que “procede pela investigação de indivíduos, classes, fenômenos ou fatos, com vistas a ressaltar as diferenças e similaridades entre eles” (GIL, 2008, p. 16).

Foram selecionados três eixos a serem analisados: I) Perturbações de Ansiedade; II) Alterações do humor (cíclicas, tais como Transtorno Afetivo Bipolar, e não-cíclicas, tais como Depressões); e III) Perturbações relativas à infância e à adolescência (transtornos que buscam categorizar as dificuldades de aprendizagem, indisciplinas, alterações do desenvolvimento, etc.). O recorte desses eixos se deve à percepção dos altos índices na taxa da medicalização e, conseqüentemente, dos psicodiagnósticos no âmbito de psicopatologias que envolvem, principalmente, a ansiedade e o humor, assim como o fenômeno cada vez mais crescente da medicalização infantil. Essas percepções, invariavelmente, apontam para um problema de saúde pública generalizado, que tem em seu núcleo o excesso de psicodiagnósticos.

Para análise e interpretação dos dados foram construídos extensos quadros comparativos sobre as referidas classes diagnósticas (Transtorno de Ansiedade, Transtorno de Humor e Transtornos relativos à infância e à adolescência) e suas categorias no DSM-IV e V. Em seguida, foram identificadas as semelhanças e diferenças entre elas, salientando acréscimos, deslocamentos e exclusões.

Resultados e Discussão

Análise comparativa das classes diagnósticas

Após a análise comparativa entre o DSM-IV e o DSM-V das classes diagnósticas das Alterações de Ansiedade, Alterações de Humor e Alterações relativas à infância e adolescência, foram verificadas algumas modificações importantes, como se verifica na Tabela 1.

Tabela 1 - Análise comparativa entre o DSM-IV e o DSM-V quanto às classes diagnósticas:

Perturbações de Ansiedade e Transtornos Relacionados	originou	- Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtornos Relacionados. - Transtorno Relacionado a Trauma e Estressores;
Perturbações do Humor	transformou-se	- Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados; - Transtorno Depressivo.
Perturbações que aparecem habitualmente na primeira e na segunda infâncias ou na adolescência	transformou-se	- Transtornos do Neurodesenvolvimento.

Salienta-se que a classe diagnóstica nomeada de Perturbações de Ansiedade do DSM-IV permaneceu no DSM-V, além de originar mais duas novas classes, são elas: Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtornos Relacionados e Transtorno Relacionado a Trauma e a Estressores. Por outro lado, a classe diagnóstica denominada Perturbações do Humor, no DSM-IV, foi excluída do DSM-V, porém transformou-se também em duas novas classes diagnósticas do DSM-V: Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados e Transtorno Depressivo. Por fim, a classe diagnóstica Perturbações que aparecem habitualmente na primeira e na segunda infâncias ou na adolescência também foi excluída do DSM-IV, transformando-se, no DSM-V, em: Transtornos do Neurodesenvolvimento.

Essas modificações referentes às classes diagnósticas evidenciam uma ampliação diagnóstica significativa, tanto no que concerne às perturbações da ansiedade quanto do humor, posto que ambas originam duas novas classes. Assim, não se torna incomum dados como os apresentados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), nos quais a prevalência mundial do transtorno de ansiedade (TA) é de 3,6%. No Brasil, mostra-se ainda mais alarmante, posto que o TA aparece em 9,3% da população (são mais de 18,6 milhões de brasileiros), possuindo o maior número de casos de ansiedade entre todos os países do mundo, como aponta Fernandes et al. (2018). Com a depressão, a situação não se mostra muito diferente, uma vez que o Relatório global lançado pela OMS aponta que o número de casos de depressão aumentou 18% entre 2005 e 2015: são 322 milhões de pessoas em todo o mundo, a maioria mulheres. No Brasil, a depressão atinge 5,8% da população, são 11,5 milhões de pessoas (NAÇÕES UNIDAS, 2017, *online*).

Todos esses dados nos levam a questionar: em que medida o aumento dos casos está relacionado aos deslocamentos registrados no DSM-V? Martinhago e Caponi (2019, p. 11/15) refletem sobre essa questão ressaltando “as conveniências que os DSMs geram para potências como as indústrias farmacêuticas, conjuntamente com as seguradoras de saúde e a classe médica”, uma vez que “facilita a burocracia dos seguros de saúde, amplia o mercado para profissionais da saúde, aumenta significativamente o número de diagnósticos de transtornos mentais e, conseqüentemente, o consumo de medicamentos,

entre muitos outros aspectos”. Nesse conseqüente, não se torna difícil compreender o porquê de estes manuais se transformarem em hegemônicos na contemporaneidade.

Análise comparativa das categorias diagnósticas

Quadro 1* - Análise comparativa entre o DSM-IV e o DSM-V quanto às categorias que foram acrescidas, excluídas ou deslocadas

Classe diagnóstica	Categorias	
	DSM-IV	DSM-V
Transtornos de Ansiedade	Perturbação do pânico sem agorafobia; Perturbação do pânico com agorafobia; Agorafobia sem história de perturbação do pânico; Fobia específica; Fobia social; Perturbação obsessivo-compulsivo (deslocada para uma classe diagnóstica denominada Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Transtornos relacionados); Perturbação de estresse pós-traumático (deslocada para uma nova classe diagnóstica denominada Transtornos relacionados a traumas e a estressores); Perturbação de estresse agudo (deslocada para uma nova classe diagnóstica denominada Transtornos relacionados a traumas e a estressores); Perturbação de Ansiedade Generalizada (TAG); Perturbação de Ansiedade devido à condição médica; Perturbação de Ansiedade induzida por substância.	Transtorno de Ansiedade de separação (acrescida); Mutismo seletivo (acrescida); Fobia específica; Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social); Transtorno de Pânico; Agorafobia; Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG); Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamento; Transtorno de Ansiedade Devido a Outra Condição Médica; Outro Transtorno de Ansiedade Especificado (acrescida); Transtorno de Ansiedade Não Especificado (acrescida).
Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtornos Relacionados	Não existia enquanto Classe diagnóstica, configurava-se como categoria clínica do Transtorno de Ansiedade.	Transtorno Obsessivo-compulsivo; Transtorno Dismórfico Corporal (acrescida); Transtorno de Acumulação (acrescida); Tricotilomania (Transtorno de Arrancar o Cabelo) (acrescida); Transtorno de Escoriação (<i>Skin-picking</i>) (acrescida); Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado Induzido por Substância/Medicamento (acrescida); Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado Devido a Outra Condição Médica (acrescida); Outro Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado Especificado (acrescida); Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado Não Especificado (acrescida).
Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores	Não existia enquanto Classe diagnóstica, configurava-se como categoria clínica do Transtorno de Ansiedade.	Transtorno de Apego Reativo (acrescida); Transtorno de Interação Social Desinibida (acrescida); Transtorno de Estresse Pós-traumático; Transtorno de Estresse Agudo; Transtornos de Adaptação (acrescida); Outro Transtorno Relacionado a Trauma e a Estressores Especificado (acrescida); Transtorno Relacionado a Trauma e a Estressores Não Especificado (acrescida).
Transtornos do Humor	Episódio Depressivo Maior (deslocada para critério diagnóstico da categoria dos Transtornos Bipolares); Episódio Maníaco (deslocada para critério diagnóstico da categoria dos Transtornos Bipolares); Episódio Misto (deslocada para critério diagnóstico da categoria dos Transtornos Bipolares); Episódio hipomaniaco (deslocada para critério diagnóstico da categoria dos Transtornos Bipolares); Perturbação Depressiva Major (deslocada para uma nova classe diagnóstica denominada Transtornos Depressivos); Distímia (deslocada para uma nova classe diagnóstica denominada Transtornos Depressivos); Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação (deslocada para uma nova classe diagnóstica denominada Transtornos Depressivos); Perturbação Bipolar I (deslocada para uma classe diagnóstica denominada: Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados); Perturbação Bipolar II (deslocada para uma classe diagnóstica denominada: Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados); Perturbação Ciclotímico (deslocada para uma classe diagnóstica denominada: Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados); Perturbação do Humor devido a outra condição física (excluída do DSM-V); Perturbação do Humor Induzida por Substâncias (excluída do DSM-V); Perturbação do Humor Sem Outra Especificação (excluída do DSM-V).	Classe diagnóstica excluída , passando a configurar duas novas classes diagnósticas: Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados; Transtornos Depressivos.
Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados	Não existia enquanto Classe diagnóstica, configurava-se como categoria clínica do Transtorno de Humor.	Transtorno Bipolar Tipo I; Transtorno Bipolar Tipo II; Transtorno Ciclotímico; Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Induzido por Substância/Medicamento (acrescida); Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Devido a Outra Condição Médica (acrescida); Outro Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Especificado (acrescida); Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Não Especificado (acrescida).

* Todas as modificações se encontram destacadas para melhor visualização.

Continuação

Classe diagnóstica	Categorias	
	DSM-IV	DSM-V
Transtornos Depressivos	Não existia enquanto Classe diagnóstica, configurava-se como categoria clínica do Transtorno de Humor.	Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor; Transtorno Depressivo Maior; Transtorno Depressivo Persistente (Distímia); Transtorno Disfórico Pré-menstrual (acrescida); Transtorno Depressivo Induzido por Substância/ Medicamento (acrescida); Transtorno Depressivo Devido a Outra Condição Médica (acrescida); Outro Transtorno Depressivo Especificado (acrescida); Transtorno Depressivo Não Especificado (acrescida).
Transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou adolescência	Deficiência Mental (excluída do DSM-V; Perturbações da Aprendizagem (deslocada para Transtorno Específico da Aprendizagem); Perturbações das aptidões motoras (deslocada para Transtornos Motores); Perturbações da comunicação; Perturbações globais do desenvolvimento (excluída do DSM-V); Perturbações Disruptivas do Comportamento e de Déficit de Atenção (desmembrada); Perturbações da alimentação e do comportamento alimentar da primeira infância ou do início da segunda infância (excluída do DSM-V); Perturbação de Tique (deslocada para a subcategoria dos Transtornos Motores); Perturbações da Eliminação (excluída do DSM-V); Outras perturbações da primeira e segunda infâncias (excluída do DSM-V).	Classe diagnóstica excluída , passando a configurar a classe dos Transtornos do Neurodesenvolvimento
Transtornos do Neurodesenvolvimento	Não existia enquanto Classe diagnóstica.	Deficiências Intelectuais (acrescida); Transtornos da Comunicação; Transtorno do Espectro Autista (deslocada das Perturbações globais do desenvolvimento do DSM-IV); Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (deslocada das Perturbações Disruptivas do Comportamento e de Déficit de Atenção do DSM-IV); Transtorno Específico da Aprendizagem (deslocada das Perturbações da Aprendizagem); Transtornos Motores (deslocada das Perturbações das aptidões motoras do DSM-IV); Outros Transtornos do Neurodesenvolvimento (acrescida).

O Quadro 1 se refere à comparação das categorias diagnósticas do DSM-IV e do DSM-V. Analisou-se inicialmente a classe de psicopatologias referentes às Alterações de Ansiedade, que no DSM-IV era composta por 11 categorias de transtornos e que no DSM-V, apesar de ter sido mantida, sofreu algumas alterações. Dentre elas, destaca-se que as duas categorias, não existentes anteriormente, foram acrescidas: Outro Transtorno de Ansiedade Especificado e o Transtorno de Ansiedade Não Especificado. Já o Transtorno de Ansiedade de Separação e o Mutismo Seletivo foram deslocados da extinta classe diagnóstica denominada Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou na Adolescência, passando a compor os Transtornos de Ansiedade. Nesse sentido, constatou-se que a classe diagnóstica Transtornos de Ansiedade permanece no DSM-V com 11 categorias, das quais duas são novas.

Sobre a categoria Perturbação Obsessivo-compulsiva, que no DSM-IV compunha um quadro diagnóstico da classe do Transtorno de Ansiedade, no DSM-V assume status de uma nova classe, denominada Transtornos Obsessivo-Compulsivos e outros Transtornos Relacionados. Nessa nova classe, verifica-se o acréscimo de oito novas categorias de transtornos, dentre os quais se destacam: Transtorno Dismórfico Corporal; Transtorno de Acumulação; Tricotilomania (Transtorno de Arrancar o Cabelo) e Transtorno de Escoriação (*Skin-picking*). Desta forma, essa classe conta com nove categorias, configurando oito novas categorias em relação ao DSM-IV.

Ainda pertencentes à classe de Transtornos de Ansiedade do DSM-IV, a Perturbação de Estresse Pós-traumático e a Perturbação de Estresse Agudo também se configuram como uma nova classe diagnóstica no DSM-V – Transtornos Relacionados a Traumas e a Es-

tressores. Tal classe foi acrescida de cinco categorias, destacando-se: Transtorno de Apego Reativo; Transtorno de Interação Social Desinibida e Transtornos de Adaptação. Assim, essa nova classe diagnóstica totaliza a descrição de sete categorias de transtornos. Esses dados permitem constatar que o que era, inicialmente, uma classe diagnóstica desdobrou-se, no DSM-IV, em três classes distintas na nova versão do manual, totalizando 27 categorias, das quais quinze são novas.

A segunda análise apresentada no Quadro 1 se refere às Alterações do Humor, que no DSM-IV aparece sob a égide de Perturbações do Humor. Essa classe deixa de existir no DSM-V, de modo que as treze categorias de transtornos que a compunham foram deslocadas (10 delas para novas classes), enquanto outras três foram excluídas da nova versão do manual. Além disso, três categorias referentes aos transtornos bipolares presentes no DSM-IV, no quadro de Transtornos de Humor, foram deslocados, no DSM-V, para uma classe específica, denominada Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados. Junto a esses deslocamentos, verifica-se o acréscimo de quatro novas categorias. Nessa nova classe, soma-se, então, o total de sete transtornos no DSM-V.

A legitimação do transtorno bipolar enquanto uma classe diagnóstica e o “afrouxamento dos limites do diagnóstico geraram uma expansão colossal do mercado farmacêutico e lançaram um convite generalizado a que os consumidores se vissem como bipolares” (LEADER, 2015, p. 12). Não sem razão, na concepção do autor, as taxas da doença subiram de menos de 4% da população para quase 25% dos norte-americanos. Esse aumento faz indagar em que medida a bipolaridade é uma construção mercadológica, como faz crer o autor supracitado, uma vez que essa oscilação frenética de humores parece muito

bem combinar com os ritmos estranhos e convulsivos da vida na sociedade contemporânea, caracterizada por uma fluidez que evanesce no instante do momento, mas que exige marca constante das imagens performáticas.

Também proveniente dos Transtornos do Humor do DSM-IV, o Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor, Transtorno Depressivo Maior e Transtorno Depressivo Persistente (Distímia) foram deslocados para uma nova classe do DSM-V, denominada de Transtornos Depressivos. A essa classe foram acrescentadas cinco categorias, totalizando oito categorias de transtornos. Dessas, chama a atenção o Transtorno Disfórico Pré-menstrual, que comumente é conhecido como TPM (tensão pré-menstrual) e que causou considerável polêmica, uma vez que muitos estudiosos e profissionais da saúde mental acreditavam que transformar um sintoma comum do ser mulher em categoria diagnóstica significava nomear como psicopatologia essa condição do corpo feminino. Nomeação essa que aponta para o que Vieira (2003) descreve como a medicalização do corpo feminino.

É fato que essa medicalização do ser mulher não é recente na história da humanidade; na Grécia antiga já se buscava tratamento para os deslocamentos do feminino que chamavam de histeria, posteriormente, houve o controle da reprodução por meio de anticoncepcionais e, atualmente, a elevação da TPM a uma categoria diagnóstica e, conseqüentemente, medicalização de um acontecimento que se repete ao longo da vida com maior ou menor intensidade. São situações que geram questionamentos: qual o propósito de se medicalizar o corpo feminino? A quem serve tal medicalização?

Retomando a análise dos Transtornos do Humor, foram identificados, em um quadro geral, que o que era representado no DSM-IV por uma classe diagnóstica – Transtornos do Humor – e suas treze categorias –, transformou-se, no DSM-V, em duas classes diagnósticas com quinze categorias descritas, das quais nove são novas.

A terceira e última análise oriunda do Quadro 1 aborda as alterações relacionadas à infância e à adolescência. A classe diagnóstica, presente no DSM-IV, denominada de Transtornos Geralmente Diagnosticados Pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência, foi excluída do DSM-V. Assim, as categorias de transtornos que a preenchiam passaram por exclusões, deslocamentos e alterações para serem abarcadas na nova edição do manual. A primeira alteração concerne ao nome da classe diagnóstica que passa a ser considerada sob a nomenclatura de Transtornos do Neurodesenvolvimento. Além disso, uma mudança bastante marcante foi a exclusão da Deficiência Mental do DSM-V, que passa a não ser considerada como um transtorno.

Por sua vez, a categoria de Perturbações Globais do Desenvolvimento, pertencente à classe diagnóstica de Transtornos Geralmente Diagnosticados Pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência do DSM-IV, que incluía o Autismo, o Transtorno Desintegrativo da Infância e as Síndromes de Asperger e Rett, foi condensada para uma única categoria diagnóstica no DSM-V: Transtornos do Espectro Autista.

No que se refere à categoria de Perturbações Disruptivas do Comportamento e de Déficit de Atenção, presente no DSM-IV, ela passa a ser nomeada no DSM-V como Transtornos de Déficit de Atenção/Hiperatividade – TDAH. Além disso, no novo DSM a categoria de Perturbações da Alimentação e do Comportamento Alimentar da Primeira Infância ou do Início da Segunda Infância foi excluída, assim como a de Perturbações da Eliminação e Outras Perturbações da Primeira e Segunda Infâncias.

As categorias de Perturbações das Aptidões Motoras e Perturbações de Tique presentes no DSM-IV, na classe de Transtornos Geralmente Diagnosticados Pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência, foram deslocadas para uma nova categoria diagnóstica no DSM-V, denominada Transtornos Motores. Ressaltam-se ainda duas novas categorias que foram acrescentadas, no DSM-V, à classe de Transtornos do Neurodesenvolvimento: Deficiências Intelectuais e Outros Transtornos do Neurodesenvolvimento. Assim, fica constatado que as alterações relativas à infância e à adolescência apresentaram, no DSM-IV, sete deslocamentos de categorias e treze exclusões, passando a ser apresentadas, no DSM-V, sob o nome de Transtornos do Neurodesenvolvimento.

Ressalta-se ainda, como pondera Frances (2015), a importância de se manter a atenção para os sinais claros de um possível modismo de “transtorno bipolar infantil”, visto que nas últimas duas décadas verificou-se um aumento considerável de psicodiagnósticos de crianças e adolescentes. Com efeito, esta tendência pode ocasionar um mau uso (muitas vezes em massa) de psicofármacos, sobretudo dos estabilizadores do humor, capazes, a longo prazo, de promover maiores adversidades à saúde, tais como diabetes, obesidade, cardiopatia, além de prejuízos psíquicos e sociais.

Tecendo algumas considerações

Constata-se que os avanços e detalhamentos das descrições psicodiagnósticas do DSM-V e o aumento de classes e categorias diagnósticas parecem influenciar a expansão das indústrias farmacêuticas (ou seu inverso?), que se tornaram as novas detentoras do poder controlador do sofrimento psíquico da população, do mal-estar da sociedade e da veiculação midiática, que contribui reforçando a promessa da anulação de faculdades propriamente humanas, como o sofrimento.

Dessa forma, o espaço da subjetividade torna-se uma mera tradução de suportes técnicos do cotidiano, que, na atualidade, são expressos pela excessiva classificação diagnóstica, ou seja, nomeação em série do sofrimento psíquico, pelo uso abusivo de psicofármacos e por uma grande necessidade de neutralizar aquilo que faz falar no sujeito (TEODORO, 2019). Cabe aqui tracejar as conseqüências dessas rotas psicodiagnósticas que, embrenhadas na terapêutica psicofarmacológica, legitimam o apagamento do sujeito. A ausência do que faz falar no sujeito – *pathos* – tampona a dimensão das incertezas, dos enigmas, do não todo que constitui o humano. O que fica é um vazio preenchido que, muitas vezes, não permite ao sujeito desejar.

Nesses termos, ao produzir a subjetividade que lhe é própria, a contemporaneidade arrasta consigo o padecimento psíquico na forma de excessos e transbordamentos no lugar do que deveria permanecer vazio. O que ora enseja são questionamentos de um não compreender que nas tramas do sofrimento psíquico abrem as portas para se debater as consequências da patologização e medicalização de condições próprias do humano, como a TPM, a tristeza, os comportamentos enérgicos das crianças e os rebeldes dos adolescentes.

Portanto, acredita-se, em consonância com Dunker e Kyrillos Neto (2011, p. 14), que “a psiquiatria ao se afastar da psicopatologia, reconhecendo nela um território demasiadamente ambíguo do sofrimento, do mal-estar e da significação, com sua polifonia de vozes e narrativas, aproxima-se perigosamente de uma prática mecânica de medicalização de massas”. De modo que “sua aspiração à universalidade decai em ‘totalidade operacional’, bem como sua capacidade para intervir na singularidade da clínica degrada-se em ‘generalidade particular’” (DUNKER; KYRILLOS NETO, p. 14, grifos do autor).

Em outros termos, estamos, cada vez mais, diante da face contemporânea da psicopatologia, perpassados por aquilo que o filósofo Jacques Derrida perspicazmente nos alertou quando, ao abordar o termo *pharmakon* nas tradições filosóficas e literárias da Grécia Clássica, mostrou-nos que aquela palavra designava “ao mesmo tempo remédio e veneno” (DERRIDA, 1997, p. 14), abrindo espaço (pensemos nas pílulas, nos diagnósticos, nas siglas diagnósticas e suas transmutações) para uma “virtude de fascinação, a potência de feitiço que pode ser – alternada ou simultaneamente – benéfica e maléfica”.

Informações sobre os autores:

Alexandre Simões Ribeiro

 <https://orcid.org/0000-0002-1056-2053>

 <http://lattes.cnpq.br/2909288020998125>

Psicanalista, graduado em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (1993), com Mestrado (finalizado em 1997) e Doutorado (concluído em 2002), ambos na linha de pesquisa dedicada à Filosofia e Teoria Psicanalítica (UFMG). Dedicou suas pesquisas, a partir de Freud e Lacan, à Psicanálise na Contemporaneidade e ao campo da Saúde Mental Coletiva. Atua como professor universitário desde 1993. Desde 2000, é professor da Fundação Educacional de Divinópolis (FUNEDI), absorvida (estadualizada), a partir do final de 2014 pela Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG). Já atuou e atua em diversas outras Instituições de Ensino Superior (graduação e pós-graduação). Na docência, atua no nível da Graduação (Curso de Psicologia, nas cadeiras relativas à Psicanálise, à Psicopatologia e à Saúde Mental/Saúde Coletiva) e na Pós-Graduação (especialização e também foi docente e coordenador de 2 programas de Mestrado: Mestrado em Educação, Cultura e Organizações Sociais, de 2005 a 2010, e Mestrado Profissional em Desenvolvimento Regional, de 2011 a 2017). No primeiro programa de Mestrado citado atuou mais diretamente na Linha de Pesquisa em Saúde Coletiva. Tem experiência em ensino, pesquisa e extensão nas áreas de Psicopatologia e Saúde Mental, com ênfase em Psicanálise. É coordenador do grupo de pesquisa PESC: Plataforma de Estudo e Pesquisa sobre Subjetividade e Contemporaneidade, em atividade desde 2008 (cadastrado no CNPq). Ao final de 2008, lançou o livro ‘O litoral d’aporia: uma introdução à psicanálise lacaniana’, pela editora Garamond. Ao início de 2009, participou

da organização do livro ‘Educação, Cultura e Organizações Sociais: ensaios interdisciplinares’ (pela Editora Crisálida). Em 2019, organizou o livro ‘Psicanálise e Psicopatologia: olhares contemporâneos’ (Editora Blucher). Além destes livros, participa como autor de capítulos em diversos outros livros. É também autor de diversos artigos. Desde 2005 a 2018, foi responsável por funções de gestão acadêmica no âmbito da FUNEDI e no âmbito da UEMG (como Coordenador de Pós-graduação e Coordenador do Curso de Psicologia). Atuou como coordenador do Mestrado em Educação, Cultura e Organizações Sociais e, posteriormente, no Mestrado em Desenvolvimento Regional da FUNEDI/UEMG (conceito 3, recomendado pela CAPES). Entre 2017 e 2018 atuou como Coordenador do Núcleo de Extensão da FACED, onde também atuou como docente do Curso de Psicologia. É o idealizador e produtor do Canal Alexandre Simões Psicanalista (www.youtube.com/c/AlexandreSimoesPsicanalista), dedicado à transmissão de temas e questões relativos à Psicanálise. Desde 1993, atua como psicanalista em consultório particular, realizando atendimento de pacientes e ministrando cursos e palestras na área. É sócio-proprietário da ‘Clínica de Psicanálise e Saúde Mental LTDA’.

Gesianni Amaral Gonçalves

 <https://orcid.org/0000-0001-5905-3973>

 <http://lattes.cnpq.br/5464259294427621>

Doutora na área de concentração de Estudos Psicanalíticos, na linha de pesquisa Conceitos Fundamentais em Psicanálise e Investigações no Campo Clínico e Cultura pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), possui mestrado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, especialização em Arte - Educação pela Universidade Estadual de Minas Gerais, atualização em teoria Semiótica pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, atualização em Normalização Bibliográfica pela Universidade Federal de Minas Gerais, graduação em Psicologia pela Universidade Estadual de Minas Gerais. Docente da Universidade do Estado de Minas Gerais/UEMG (Unidade Divinópolis), atuando no curso de Graduação em Psicologia no qual leciona disciplinas como: Psicologia Hospitalar, Psicologia e Atenção em Saúde, História da Saúde, Psicossomática, Psicoterapia Breve, Atendimento Psicológico Emergencial entre outras. Pesquisadora, orientadora de Trabalho de Conclusão de Curso e supervisora de estágio curricular em Psicologia na área da saúde. Líder do grupo de pesquisa ‘Plataforma de Estudo e Pesquisa da Subjetividade na Contemporaneidade-PESC’ CNPQ-UEMG. Coordenadora do curso de Pós-graduação Lato Sensu especialização em Psicanálise e Saúde Mental (desde 2016), docente nos cursos de especialização em Psicanálise e Saúde Mental e especialização em Psicologia do Trânsito. Membro da Comissão Científica de Avaliação de Projetos de Pesquisa e Extensão da UEMG (desde 2015). Atuou como docente na FACED/Divinópolis e na UNA/Divinópolis no curso de Psicologia, compondo o Núcleo Docente Estruturante, atuou como docente na Faculdade Pitágoras/Divinópolis e na PUC Minas/Arcos. Possui experiência em ensino, pesquisa e extensão nas áreas de Psicologia e Saúde Mental, atuando especialmente nos seguintes temas: psicologia da saúde, psicologia clínica e psicologia hospitalar. Atuante nos Grupos de Pesquisa: Subjetividade e Transdisciplinaridade (PUC Minas) e Plataforma de Estudo e Pesquisa da Subjetividade e Contemporaneidade-PESC (UEMG). Campo de pesquisa atual: psicopatologia, sintomas, corporeidade e psicologia da saúde. Experiência profissional em Psicologia Clínica com atendimento individual de adultos, crianças, adolescentes, atendimento familiar e de casal na Clínica de Psicanálise e Saúde Mental, onde realiza também o acolhimento e atendimento psicológico de discentes da UFSJ/Divinópolis (via convênio). Áreas de atuação: psicanálise, psicologia clínica, psicologia da saúde, psicologia hospitalar.

Elizabeth Fátima Teodoro

 <https://orcid.org/0000-0003-0977-7265>

 <http://lattes.cnpq.br/5201570313366152>

Psicóloga graduada pela Universidade do Estado de Minas Gerais - UEMG / Divinópolis. Enfermeira graduada pelo Centro Universitário de Formiga - Unifor/MG. Pós-graduada em Gestão em Saúde Mental pela Universidade Cândido Mendes. Mestranda em Psicologia, na linha de pesquisa Fundamentos teóricos e filosóficos da Psicologia, pela Universidade Federal de São João del-Rei - UFSJ.

Suelen Aparecida Batista

 <https://orcid.org/0000-0003-4016-4686>

 <http://lattes.cnpq.br/8677466378771379>

Graduada em Sistemas de Informação pela Fundação Educacional de Oliveira (2006). Pós graduada em Administração de Redes Linux pela Universidade Federal de Lavras - UFLA (2013). Experiência com Sistemas de Informação, nas áreas operacional, técnica, educacional e de gestão. Atuação como técnica em informática e como assessora de informática na Prefeitura Municipal de Oliveira/MG. Atuação como técnica de implantação, treinamentos, parametrização de sistemas, pela empresa Governança Brasil SA. Atuação como professora em cursos técnicos de informática pelo IFMG e no curso de Sistemas de Informação na Fundação Educacional de Oliveira - FEOL. Atuação como supervisora das turmas de curso técnico em Informática pelo PRONATEC - IFMG/Bambuí - UR: Oliveira/MG - 2013 a 2015. Aluna matriculada no 5º período do curso de graduação em Psicologia pela UEMG - Unidade Divinópolis/MG. Atualmente professora no curso de Sistemas de Informação pela Fundação Educacional de Oliveira / MG.

Pedro Henrique Estevão Ferreira

 <https://orcid.org/0000-0001-6121-2005>

 <http://lattes.cnpq.br/1689583779274233>

Possui graduação em Psicologia pela Universidade do Estado de Minas Gerais - UEMG, Unidade Divinópolis (2018). Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia Escolar e Psicologia Clínica.

Contribuições dos autores:

Todos os autores colaboraram ao longo do processo, desde a elaboração até a revisão final do manuscrito. Os autores aprovaram o manuscrito final para publicação.

Como citar este artigo:

ABNT

RIBEIRO, Alexandre Simões et al. Psicopatologia na contemporaneidade: análise comparativa entre o DSM-IV e o DSM-V. *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói, v. 32, n. 1, p. 46-56, jan./abr. 2020. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5674>

APA

Ribeiro, A. S., Gonçalves, G. A., Teodoro, E. F., Batista, S. A., & Ferreira, P. H. E. (2020, Janeiro/Abril). Psicopatologia na contemporaneidade: análise comparativa entre o DSM-IV e o DSM-V. *Fractal: Revista de Psicologia*, 32(1), 46-56. doi: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5674>

Referências

AGUIAR, Adriano Amaral. *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

ALBERTI, Sônia; FIGUEIREDO, Ana Cristina. (Org.). *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

ÁLVAREZ, José Maria; ESTEBAN, Ramón; SAVAGNAT, François. *Fundamentos de psicopatologia psicanalítica*. Madri: Síntesis, 2004.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. O paradigma psiquiátrico. In: _____. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p. 37-64

BERCHERIE, Paul. *Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1989.

BERRIOS, German E. Classificações em psiquiatria: uma história conceitual. *Rev. Psiq. Clín.*, v. 35, n. 3, p. 113-127, 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832008000300005>

BEZERRA JÚNIOR, Benilton. É preciso repensar o horizonte da reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 12, p. 4590-4602, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300007>

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário. *Boletim de Farmacoepidemiologia do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC)*, v. 2, n. 2, jul./dez. 2012. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigeo_2.pdf. Acesso em: 27 nov. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Núcleo de Assessoramento Econômico em Regulação (NUREM)/Gerência de Avaliação Econômica de Novas Tecnologias (GERAE). *Boletim Saúde & Economia: Transtornos de Ansiedade*, ano V, n. 10, p. 1-5, 2013. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33884/412285/Boletim+Sa53%C3%BAde++Economia+n%C2%BA+10/a45e002d-df42-4345-a3a2-67bf2451870c>. Acesso em: 27 nov. 2019.

CAPONI, Sandra. Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. *Revista internacional interdisciplinar INTERthesis*, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 101-122, jul./dez. 2012. <https://doi.org/10.5007/1807-1384.2012v9n2p101>

CATANI, Júlia. *Uma leitura dos transtornos somatoformes e da histeria segundo a CID, o DSM e a obra freudiana: uma identificação do sofrimento psíquico no campo científico*. 210 p. 2014. Dissertação (mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-24032015-155213/publico/catani_me.pdf. Acesso em: 28 nov. 2019.

COUTO, Daniela Paula do; CASTRO, Júlio Eduardo de. Da higiene mental à higiene química: contribuições para um contraponto entre a criança tomada como objeto pelo higienismo e como sujeito de sua verdade pela psicanálise. *Cad. psicanal.*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 32, p. 135-157, jun. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952015000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 dez. 2019.

DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2 ed. Porto alegre: ARTMED, 2008.

DERRIDA, Jacques. *A farmácia de Platão*. São Paulo: Iluminuras, 1997.

- DSM-IV-TR. *Manual de diagnóstico e estatística de perturbações mentais*. 4 ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- DSM-V. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- DUNKER, Cristian Ingo Lenz. Crítica da razão diagnóstica: psicanálise, psicopatologia, DSM. In: KYRILLOS NETO, Fuad; CALAZANS, Roberto (Org.). *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs*. Barbacena: EdUEMG, 2012. p. 33-74
- DUNKER, Cristian Ingo Lenz. Questões entre a psicanálise e o DSM. *J. Psicanal.*, São Paulo, v. 47, n. 87, dez., p. 79-107, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352014000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 jun. 2019.
- DUNKER, Cristian Ingo Lenz; KYRILLOS NETO, Fuad. A psicopatologia no limiar entre psicanálise e a psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM. *Vínculo*, v. 8, n. 2, p. 1-15, 2011. Disponível em: Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902011000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 ago. 2018.
- FERNANDES, Márcia Astrês et al. Prevalência dos transtornos de ansiedade como causa de afastamento de trabalhadores. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 71, supl. 5, p. 2213-2220, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0953>
- FRANCES, Allen. Transtornos bipolares. In: _____. *Fundamentos do diagnóstico psiquiátrico: respondendo às mudanças do Dsm-5*. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 49-60.
- GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- JERUSALINSKY, Alfredo; FENDRIK, Sílvia. Introdução. In: _____. (Org.). *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. São Paulo: Via Lettera, 2011. p. 5-10.
- KAMERS, Michele. A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. *Estilos clínicos*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 153-165, jan./abr. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282013000100010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 nov. 2019.
- KYRILLOS NETO, Fuad et al. DSM e psicanálise: uma discussão diagnóstica. *Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 44-55, dez. 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 jan. 2019.
- KYRILLOS NETO, Fuad; CALAZANS, Roberto (Org.). *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs*. Barbacena: EdUEMG, 2012.
- LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. *Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- LANNES, Amanda Soares. Uso de antidepressivos na infância e adolescência. 120 p. 2018. Monografia (graduação em farmácia) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2018. Disponível em: <http://www.ufjf.br/farmacia/files/2015/04/TCC-Amanda-Soares-Lannes.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2019.
- LEADER, Darian. *Simplesmente bipolar*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2015.
- LUENGO, Fabiola Colombani. A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância [online]. São Paulo: UNESP/Cultura Acadêmica, 2010. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/sw26r/pdf/luengo-9788579830877-04.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2019.
- MAGALHÃES, Maria Cristina Rios (Org.). *Psicofarmacologia e Psicanálise*. São Paulo: Escuta, 2001.
- MARTINHAGO, Fernanda; CAPONI, Sandra. Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 1-19, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290213>
- MENDES, Eugênio Vilaça. O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda. *Revista Mineira de Saúde Pública*, ano 3, n. 4, p. 4-26, jan.-jun., 2004. Disponível em: www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/07/revista04.pdf. Acesso em: 4 set. 2018.
- MORETTO, Maria Livia. O sofrimento na nossa cultura do sucesso. TV Boitempo. *Youtube*. 25 jun. 2015. 2h40min. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=nTVuwSGx40c>. Acesso em: 8 ago. 2015.
- NAÇÕES UNIDAS. OMS registra aumento de casos de depressão em todo o mundo... [online]. 2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-registra-aumento-de-casos-de-depressao-em-todo-o-mundo-no-brasil-sao-115-milhoes-de-pessoas/>. Acesso em: 28 nov. 2019.
- RESENDE, Marina Silva de. *Transtornos mentais ou psicopatologia da vida cotidiana: a questão diagnóstica na atualidade*. 122 p. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de São João Del Rei, São João Del Rei, MG, 2014.
- ROUDINESCO, Elizabeth. *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: J. Zahar, 2000.
- SILVA, Mardem Leandro. *A conjectura lógica de Jacques Lacan [manuscrito]: a lógica como ciência do real*. 403 p. 2019. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/31074>. Acesso em: 10 jan. 2020.
- SILVA, Tatiana Oliveira da; IGUTI, Aparecida Mari. Medicamentos psicotrópicos dispensados em unidade básica de saúde em grande município do Estado de São Paulo. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v. 1, n. 1, ed. esp., p. 1726-1737, mar. 2013. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/216>. Acesso em: 13 ago. 2018.
- SIMÕES, Alexandre. Organicismo, DSM e contemporaneidade: continuidades e novidades. In: SIMÕES, Alexandre; GONÇALVES, Gesianinni (Org.). *Psicanálise e psicopatologia: olhares contemporâneos*. São Paulo: Blucher, 2019. p. 21-33.
- TEODORO, Elizabeth Fátima. DSM-5: um marca(dor) da morçada do *pathos* no contemporâneo. In: SIMÕES, Alexandre; GONÇALVES, Gesianinni (Org.). *Psicanálise e psicopatologia: olhares contemporâneos*. São Paulo: Blucher, 2019. p. 135-143.
- VIEIRA, Elisabeth Meloni. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

A psicologia na maternidade hospitalar: um relato de experiência

Lorrayne Leandro Galdino de Queiroz, ¹★ Ana Paula Bilac Azevedo, ¹
Evandro de Quadros Cherer, ^{II} Daniela Scheinkman Chatelard, ¹

¹ Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil

^{II} Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, Brasília, DF, Brasil

Resumo

Na atualidade, a demanda por profissionais da psicologia no ambiente hospitalar torna-se crescente. Assim, surge a necessidade de ampliar o conhecimento desse profissional sobre o referido contexto, no intuito de orientar sua conduta, além de contribuir para a concretização do seu espaço de atuação. Considerando esses aspectos e a relevância de pôr em questão o trabalho da psicologia nos serviços de saúde, o presente estudo apresenta um relato de experiência que objetiva refletir sobre a atuação da psicologia no âmbito hospitalar, especificamente na maternidade, através da apresentação de casos atendidos na maternidade e UTINeo do Hospital Universitário de Brasília. Os atendimentos foram conduzidos de modo a contemplar especificamente os aspectos relacionados à maternidade, ao tornar-se mãe, bem como à aderência do tratamento e ao período de hospitalização. Observaram-se diversos aspectos que o psicólogo enfrenta no ambiente hospitalar, como fatores relacionados às limitações do espaço físico e impasses referentes à atuação do psicólogo na equipe multidisciplinar.

Palavras-chave: maternidade; gestação; psicologia da saúde.

Psychology at hospital maternity: an experience report

Abstract

Currently the demand for psychology professionals in a hospital environment is increasing. Thus the need to stimulate these professional's knowledge on that particular context to guide their conduct and to contribute them to achieve a respectable area of professional action. Considering these aspects and the importance of questioning psychology's works in healthcare the present study is an experience report that aims to reflect on psychology's role in a hospital environment, specifically in maternity services, by the analysis of patients from the University of Brasília's Hospital's maternity sector and neonatal ICU. The sessions were conducted in such a way to specifically contemplate aspects related to maternity, to becoming a mother, as well as to treatment's adherence and the time of hospitalization. Different aspects of what the psychologist faces on hospital's environment were observed, like factors related to space limitation and impasses related to psychologues roles in multidisciplinary teams.

Keywords: maternity; pregnancy; health psychology.

Na contemporaneidade, a psicologia não se restringe aos atendimentos em consultórios particulares. Ao contrário, expande sua área de atuação, abrangendo diversos espaços, destacando-se os variados contextos no âmbito da saúde. Nesse cenário, as instituições de saúde têm valorizado a inserção da psicologia no âmbito hospitalar, sendo esta uma área que aborda questões referentes aos aspectos psicológicos implicados no estado de saúde/doença do paciente e de seus familiares. Esse crescimento resulta da necessidade de se conhecer intervenções direcionadas aos processos de saúde/doença e sobre as variáveis que influenciam o atual estado do paciente, além de intervir e orientar indivíduos que fazem parte do suporte social (SCHMIDT; GABARRA; GONÇALVES, 2011). Atendimentos realizados em centros de saúde, hospitais e clínicas têm o dever de abranger os três pilares existentes no hospital, a saber, pacientes-familiares-profissionais de saúde. O psicólogo não é responsável apenas pelos pacientes, ele também realiza intervenções com a família no intuito de amenizar o sofrimento vivido e garantir comunicação efetiva entre paciente-família e equipe, além de propor possíveis modificações nas condutas realizadas

por outros profissionais, atentando igualmente para as questões relativas à saúde desses trabalhadores (MIYAZAKI; et al., 2011).

Com relação ao trabalho que a psicologia exerce nos serviços de saúde, nota-se um progresso na conquista do seu espaço, principalmente na rede pública. Cabe ressaltar que a inclusão do psicólogo nas equipes multidisciplinares é imprescindível, por auxiliar na compreensão do paciente a respeito do seu quadro clínico, motivar a autonomia do sujeito adoecido para que possa participar das decisões relativas ao seu processo de adoecimento e proporcionar o acolhimento aos familiares em casos de óbito (DOMINGUES, et al. 2013). No entanto, ainda são muitas as dificuldades encontradas pelos profissionais da psicologia neste contexto. Existem limitações referentes tanto ao espaço físico quanto, por vezes, à falta de compreensão por parte dos demais profissionais sobre o fazer do psicólogo, sendo esses alguns aspectos que tornam o trabalho da psicologia da saúde algo complexo e em construção.

De todo modo, ressalta-se a importância da atuação do psicólogo, cujo intuito é intervir em indivíduos ou grupos que vivenciam diferentes doenças em ambientes não favoráveis à manutenção da saúde, valorizando uma dimensão psicossocial (ALMEIDA; MALAGRIS, 2011). Com isso, as variáveis psicológicas devem ser evidentes para entender o processo da doença e seus comportamentos associados. Esses elementos possuem a finalidade de prevenir

*Endereço para correspondência: Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia - Campus Universitário Darcy Ribeiro, ICC Sul, Bloco B. Asa Norte. Brasília, DF - Brasil. CEP: 70910900. E-mails: lorraynee98@gmail.com, ana.bilac.azevedo@gmail.com, quadroscherer@gmail.com, dchatelard@gmail.com
Os dados completos dos autores encontram-se ao final do artigo.



doenças, reforçar enfrentamentos funcionais e auxiliar na prevenção do adoecimento, em que as variáveis só serão definidas por meio de uma escuta e um acolhimento qualificados, priorizando a subjetividade do paciente (MIYAZAKI; et al., 2011; HERMES; LAMARCA, 2013).

Em vista disso, o psicólogo da saúde desenvolve seu trabalho em ambientes distintos, prestando cuidados da saúde em unidades de internação hospitalar, unidades de dor, ambulatório clínico, unidades de emergência, unidade de internação ou enfermaria, centros de terapia intensiva e outros (TEIXEIRA, 2004). Dentre esses ambientes inclui-se, ainda, a maternidade, local de experiência dos autores deste estudo, onde as demandas mais frequentes são relativas aos casos de nascimentos pré-termo e gestações interrompidas com menos de 37 semanas. Ademais, pode-se considerar que, contemporaneamente, problemas ocorridos antes e após o nascimento estão entre os mais prevalentes no Brasil e no mundo (BECK; et al., 2010). Isso inclui a mortalidade neonatal e diversas complicações, podendo afetar o desenvolvimento cerebral, cognitivo e socioemocional da criança, além de influenciar os modos de se experienciar a maternidade e a paternidade.

A fim de discutir o trabalho no âmbito da maternidade, se faz necessário considerar o período da gestação, bem como o período após o parto, o puerpério. A gravidez pode ser compreendida como um momento de importantes mudanças na vida da mulher, perpassado por afetos, fantasias e expectativas com relação ao parto e ao bebê (BOAS; BRAGA; CHATELARD, 2013). Assim, questões anteriores ao bebê, que permeiam a vida psíquica do casal parental, assim como os conteúdos infantis de sua psique, são de extrema relevância, pois concernem ao lugar construído para o bebê antes mesmo de sua chegada.

Também compreendendo a gestação como um momento de situação psíquica peculiar, Bydlowski (2002) considerou ser este um momento potencializado pela sensibilidade e até mesmo de transparência psíquica, no qual conteúdos do inconsciente podem tornar-se conscientes. Tal transparência pode ser revelada por meio de um discurso remetido, por um lado, a fantasmas regressivos e memórias infantis de forma nostálgica. Por outro lado, a uma fala irracional sobre a realidade do feto (não visto como feto, mas sim como um corpo completo). Com isso, é usual encontrar na maternidade mães que vivem o confronto com o bebê da realidade, o qual tipicamente difere daquele que fora imaginado. Por isso a necessidade de ajuste da imagem idealizada durante a gestação (FERRARI; PICCININI; LOPES, 2007; LEBOVICI, 1987). Sendo assim, pode-se considerar que pais e mães acabam por lidarem com três diferentes bebês: a criança idealizada, que foi sendo construída durante a gravidez, com características influenciadas por outros bebês; o recém-nascido, que será conhecido no nascimento; e, dentre esses, o recém-nascido a pré-termo, que nascem sonolentos, imaturos e imprevisíveis (BRAZELTON; CRAMER, 1992). Esses aspectos podem frustrar os pais, pois suas idealizações não foram concretizadas, exigindo uma adequação ao bebê da realidade (KLAUS; KENNEL; KLAUS, 2000).

Outra particularidade relacionada ao nascimento pré-termo é a sensação de falta de controle da situação. Devido ao fato de a equipe do hospital proporcionar todos os cuidados essenciais, os pais podem passar a enxergar esses profissionais como os únicos capazes de exercer esse papel (MILES; HOLDITCH-DAVIS, 1997). Com isso, os pais podem sentir-se ausentes nos primeiros cuidados, percebendo-se como incapazes de exercer o papel parental, uma vez que os bebês permanecem sob cuidados médicos intensivos. Considerando tais aspectos relevantes, é possível inferir que a prematuridade pode interferir na formação do vínculo entre pais/cuidadores e o bebê (KLAUS; KENNEL; KLAUS, 2000).

Outro fator importante é a questão das modificações sociais e da rede familiar que ocorrem durante o período pré-natal; isso porque “diante das construções sociais do ser mãe há um imperativo que impele a mulher a amar incondicionalmente seu filho, a acreditar que a gravidez é totalmente bela” (BOAS; BRAGA; CHATELARD, 2013, p. 8). Tal imperativo social pode influenciar a conduta profissional dentro dos serviços de saúde, contribuindo para um atendimento sem qualificação da escuta, além do distanciamento do sofrimento alheio em prol de uma regra maior. Portanto, torna-se relevante que se considere a incidência dos discursos sociais, os quais podem operar de modo a ditar parâmetros e desconsiderar as experiências singulares. Atentando-se para esses aspectos, torna-se possível propiciar uma escuta que seja atenta aos efeitos dos ditos sociais, acolhendo o que há de singular em cada experiência da maternidade e nas distintas ideias apregoadas sobre ela.

É diante de questões como essas que se ressalta a importância da inserção do psicólogo nos serviços de saúde, tendo em vista que a saúde não pode ser responsabilidade de uma única categoria profissional, devendo ser executada em equipe multidisciplinar, por profissionais de diversas áreas, agrupados em equipes de saúde que compartilham objetivos em comum, focados em questões totais relacionadas à saúde e à doença. Dessa forma, o serviço de psicologia tem demonstrado ser essencial nas maternidades, no sentido de proporcionar um auxílio no processo de construção de um lugar materno, o qual nem sempre é compatível com o lugar determinado socialmente, preparação para o parto e intervenção na relação pais/bebê, de forma a viabilizar um espaço de escuta humanizado dentro dos serviços de saúde, além de diversos manejos técnicos.

Considerando esses aspectos e a relevância de pôr em questão a realidade do trabalho da psicologia nos serviços de saúde, o presente estudo trata-se de um relato de experiência que objetiva refletir sobre a atuação da psicologia no ambiente hospitalar, especificamente no setor da maternidade, através da apresentação de quatro casos atendidos por estagiárias da Universidade de Brasília na enfermaria da maternidade do Hospital Universitário de Brasília (HUB). Outros estudos acerca deste serviço de psicologia já foram realizados (BOAS; BRAGA; CHATELARD, 2013; FONSECA et al., 2018; FREIRE; CHATELARD, 2009; MATA; CHERER; CHATELARD, 2017; MOTTA; COSTA; CHATELARD, 2007). Com

isso, este estudo procura dar seguimento a essas questões, esperando que o conjunto desses estudos possa contribuir para a investigação do período gravídico-puerperal, essencialmente em relação à atuação do psicólogo da saúde.

Método

Este estudo trata-se de um relato de experiência que descreve e reflete sobre atendimentos feitos a gestantes e puérperas, por duas discentes (estagiárias) da graduação de Psicologia da Universidade de Brasília. Foram apresentados quatro casos em suas particularidades e semelhanças com outros casos acompanhados no mesmo serviço de maternidade hospitalar. Os atendimentos foram realizados nos leitos da enfermaria e dentro da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINeo) e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), do Hospital Universitário de Brasília. O referido hospital está localizado na zona norte de Brasília e é considerado como Hospital de Ensino, além de fazer parte das instituições que atendem pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A Maternidade do hospital envolve, em seu espaço físico, o Banco de Leite, o Centro de Obstetrícia, que atende tanto as gestantes quanto as parturientes e é composto por: espaços de atendimento, centro cirúrgico, berçários, apartamentos (enfermaria), onde algumas gestantes com gravidez de risco são acompanhadas, alojamentos conjuntos para mães e recém-nascidos que aguardam alta hospitalar, além do espaço para mães de bebês em situação de risco em tratamento na UTINeo e UCIN.

Cabe ressaltar que a maternidade dispõe, atualmente, de dez apartamentos, sendo cada um equipado com quatro leitos, os quais possuem uma cortina que permite um isolamento visual e auditivo mínimo. Porém, com as cortinas abertas, todos os leitos de um mesmo quarto estão disponíveis visual e auditivamente uns para os outros. A UTINeo e a UCIN estão em um mesmo espaço, e as duas abarcam, atualmente, 32 leitos, sendo todos acessíveis visualmente pelas pessoas que estão fora do ambiente, além de estarem organizadas de maneira a permitir visualização ampla dos profissionais que trabalham dentro desse ambiente. Todos os locais mencionados estão compreendidos em curtas distâncias, o que facilita o deslocamento e acesso dos atendidos e dos profissionais aos diversos ambientes.

A maternidade e a UTINeo/UCIN do hospital contam com uma equipe composta por médicos efetivos, residentes de medicina, estagiários de medicina, enfermeiros da obstetrícia, estagiários de enfermagem obstétrica, residentes de enfermagem, técnicos em enfermagem, assistente social e terapeuta ocupacional, além dos serviços especializados, como, por exemplo, de psiquiatria, nefrologia, reumatologia e cardiologia, dentre outros, prestados por profissionais do hospital, em caso de surgimento de demandas. No que diz respeito ao serviço de psicologia, a referida unidade dispõe de uma psicóloga, uma residente em psicologia, um psicólogo voluntário e quatro estagiários de psicologia, sendo o voluntário e as estagiárias vinculados à Universidade de Brasília.

A respeito da rotina hospitalar, a equipe médica de obstetrícia e pediatria (médicos, residentes e estagiários de medicina) passa nos leitos todos os dias pela manhã, apresentado os casos, discutindo evoluções, procedimentos e condutas. Com isso, algumas vezes surgem demandas que são encaminhadas para a equipe da psicologia. Os atendimentos também podem ser sugeridos por membros de outras equipes (enfermeiros, técnicos em enfermagem, etc.) ou por solicitação da paciente ou de seus familiares. Posto isto, os atendimentos psicológicos se iniciam com acolhimentos feitos no local onde se encontram as gestantes ou puérperas (enfermaria ou UTINeo/UCIN). Durante os atendimentos psicológicos, alguns dados das pacientes foram registrados no documento “*Entrevista Inicial- Perfil Puerperal/Gestacional*” (HUB 2016). Os demais atendimentos foram registrados no documento “*Registro de Evoluções*” (HUB 2016). Cabe ressaltar que este relato de experiência retrata atendimentos realizados entre março e julho de 2016. Para fins de ilustração, quatro casos serão brevemente apresentados e discutidos. Particularmente, se atentará para as especificidades e limitações do serviço de psicologia nas referidas unidades.

Relato de experiência do serviço de psicologia na maternidade

Os atendimentos psicológicos abordados no presente estudo foram realizados entre março e julho de 2016. Como feito usualmente, os atendimentos foram iniciados com a realização da entrevista, para melhor entendimento do caso e identificação de possíveis demandas. Uma das pacientes foi atendida 24 horas após o parto de sua primeira filha, em um leito na enfermaria e com a presença da sua irmã. Tratava-se de uma gravidez de risco, e, sendo assim, o parto foi interrompido com 33 semanas de gestação. Essa paciente relatou dispor de um suporte social adequado, apesar de existirem conflitos entre seu marido e sua família, o que prejudicava a escolha de quem a acompanharia durante a internação hospitalar. A puérpera, em seu discurso, discorria sobre assuntos para além da gravidez e do parto, relatando questões envolvendo conflitos familiares e traumas associados à sua infância, trazendo em questão o quanto a maternidade evoca diversos elementos constitutivos do sujeito (BOAS; BRAGA; CHATELARD, 2013; BYDLOWSKI, 2002). Quando questionada sobre a gestação, afirmava não ter planejado a gravidez. No entanto, contou que, ao longo do período gestacional, teria aceitado, de certo modo, a ideia de ter um bebê, na medida em que seria o sonho do seu marido ter uma filha, indicando haver uma construção imaginativa a respeito da filha esperada (BRAZELTON; CRAMER, 1992; FERRARI; PICCININI; LOPES, 2007). Com relação ao trabalho de parto, ela informou não ter sentido tantas contrações em suas gestações anteriores. Essa mãe relatava estar desgastada devido ao parto e à notícia da ida de sua filha para a UTINeo. Nos primeiros atendimentos, essa mãe informou sentir-se confusa e ansiosa devido a essa notícia. Além disso, demonstrava estar inquieta, tendo em vista que não encontrava respostas satisfatórias no discurso médico acerca do estado de saú-

de de sua filha. Essa situação obrigou-a a enfrentar a bebê da realidade, nascida a pré-termo, em descompasso com o que ela esperava da recém-nascida (BRAZELTON; CRAMER, 1992; MATA; CHERER; CHATELARD, 2017; KLAUS; KENNEL; KLAUS, 2000).

Em atendimentos posteriores, surgiram demandas da paciente voltadas para a falta de assertividade junto à família. Isso era expresso por meio de sua dificuldade em se expressar e impor suas opiniões e interesses para seus familiares. Ademais, a paciente demonstrava sentir insegurança com o que ocorreria com ela após obter a alta hospitalar, além do receio de não se sentir capaz de realizar os cuidados básicos com a bebê. No que diz respeito ao seu companheiro, contou que ele estava muito estressado quando chegou para acompanhá-la, mostrando-se hostil e arrogante para com ela. Diante desses elementos e do longo período de hospitalização, a puerpera demonstrava-se emocionalmente fragilizada. Assim, ao longo dos atendimentos, a paciente usualmente chorava de forma intensa, relatando sentir-se envergonhada por expressar publicamente seus sentimentos.

Após a saída de sua filha da UTINeo, a criança permaneceu internada na enfermaria da maternidade, o que foi associado pela paciente à ansiedade vivenciada com a hospitalização. A mãe também relatou seu incômodo com a rotina desgastante de ir ao banco de leite, tendo em vista que possuía dificuldade em produzi-lo e sofria lesões no seio durante esse procedimento. Essa mãe sentia-se, ainda, de algum modo, pressionada pela equipe do banco de leite na produção desse. Isso era associado à falta de controle de seu estado emocional. Depois de alguns atendimentos, a paciente obteve alta médica, sendo orientada a continuar o acompanhamento psicológico na clínica do serviço de psicologia da Universidade de Brasília, onde os atendimentos são gratuitos. Ela relatou interesse em continuar o atendimento, porém a distância e as dificuldades financeiras seriam um entrave para sua frequência. Após os atendimentos, foi elaborado um parecer pela equipe da psicologia para o serviço social, o qual informava as condições precárias em que vivia essa mãe. Depois da alta hospitalar e do encaminhamento, não se obtiveram outras notícias a respeito da mãe e do bebê.

O caso brevemente ilustrado põe em questão, entre outras questões, que essa mãe se encontrava sem informações claras sobre o caso clínico de sua filha, realidade semelhante à de tantas outras gestantes e puerperas atendidas, que se sentiam insatisfeitas com a falta de informações sobre seu quadro de saúde ou dos seus filhos. Diante disso, a equipe de psicologia realizou uma reunião juntamente com o restante da equipe de saúde. Esse encontro serviu para tratar da importância de esclarecer dúvidas a respeito da internação do bebê, além da necessidade de adequar a fala de acordo com a escolaridade de cada paciente. Esses elementos são fundamentais na atuação da psicologia hospitalar, com o intuito de facilitar a comunicação entre paciente-família e equipe, considerando a dimensão psicossocial (DOMINGUES et al., 2013; MIYAZAKI; et al., 2011). Após a reunião, foi criado um grupo de mães com filhos na UTINeo, com a participação

de um profissional da saúde de cada área, com o objetivo de especificar cada caso de internação. Em relação ao banco de leite, a orientação passada da parte da psicologia para a enfermagem foi voltada para amenizar a pressão psicológica sobre a mãe, o que poderia resultar não só no atraso da produção de leite, mas também em sentimentos de culpabilização e incapacidade frente ao desenvolvimento do filho e o exercício da maternidade.

A partir do caso apresentado, é possível considerar aspectos igualmente importantes que também permearam outros casos atendidos. A permanência no hospital não fora suficiente para a realização de um acompanhamento psicológico a longo prazo do caso relatado, visto que diversos conteúdos emergiram como cruciais no relato da paciente, como corriqueiramente ocorre em outros casos. Além disso, podem-se citar algumas possíveis limitações que se tornaram frequentes nas sessões, como as referentes à acústica. Demandas íntimas surgiam e a acústica do quarto não proporcionava uma privacidade para aquele momento. As cortinas separando os quatro leitos não eram suficientes para isolar a fala da paciente. Possivelmente, esses aspectos geravam, muitas vezes, receio em continuar o assunto, ou até mesmo uma diminuição no tom de voz.

Outro caso acompanhado foi o de uma gestante, paciente psiquiátrica diagnosticada com transtorno de personalidade, a qual também teve seu atendimento interrompido, pois recebeu alta após ter o tratamento médico finalizado. Essa paciente relatou ter passado por diversas vivências traumáticas, as quais, possivelmente, estariam associadas a certa resistência em aderir ao tratamento medicamentoso. Além disso, a paciente informou ter outros filhos e que, nas gestações anteriores, teve dificuldade de criar vínculo com os bebês, pois tinha uma grave depressão, o que dificultaria sua relação com eles. No atendimento, ela relatava ter medo de acontecer o mesmo com o filho que estava por vir, antecipando o encontro com ele ao expressar o lugar simbólico em que situava o filho esperado (BYDLOWSKI, 2002; MATA; CHERER; CHATELARD, 2017). Assim, de acordo com a orientação da equipe do hospital, a paciente foi encaminhada para atendimento em serviço especializado em transtornos de personalidade. Ela retornou ao hospital para a realização do parto algumas semanas após a referida alta, sem que houvesse outra avaliação psicológica.

Tais questões ilustram, em parte, o funcionamento do hospital, demonstrando que a estrutura e a dinâmica da maternidade dificultam atendimentos psicológicos nos casos de transtornos mentais. Dessa forma, os encaminhamentos são feitos para outros serviços, porém não há garantias de continuidade nos atendimentos. Algumas pacientes não procuram os serviços de saúde para os quais foram encaminhadas por diversos motivos (questões financeiras, dificuldades de deslocamento para o local do atendimento, etc.).

Além dessas limitações que o serviço de psicologia na maternidade hospitalar apresenta, foram identificadas outras características dos serviços psicológicos prestados neste ambiente. Uma delas está relacionada à questão

da mediação da relação paciente/equipe multidisciplinar (MIYAZAKI et al., 2011). Durante os atendimentos realizados, uma paciente mantinha uma postura ambivalente com relação à internação. Ela estava na terceira gestação e possuía um histórico de internações, sugeridas por um quadro de hipertensão que a acompanhava desde a primeira gravidez. A paciente foi internada por diversas vezes, e as duas gestações anteriores foram interrompidas antes do período previsto, sendo que o nascimento pré-termo dos bebês prolongou seu período de hospitalização. Sabendo que o nascimento do bebê em gestação também seria pré-termo e conhecendo a rotina e as necessidades de um bebê prematuro, a paciente se apresentou dizendo: “Estou ansiosa e com medo. Fico pensando nos meus meninos em casa e que estão precisando de mim, mas sei que preciso ficar aqui por causa do bebê e também porque sei que posso morrer. Tenho medo de morrer, mas não queria ficar aqui”.

Dessa forma, as intervenções desse atendimento objetivaram, em primeiro lugar, minimizar os impactos do período de hospitalização, mediando a relação da paciente com a equipe multidisciplinar e com a família, buscando adaptar as necessidades da paciente às implicações da hospitalização. O tempo previsto para a internação da paciente era de, aproximadamente, três meses, ou seja, da data da admissão até a data do parto. Tal previsão foi estipulada considerando-se os fatores de risco em que se encontrava a gestante, entre esses, a hipertensão. Referente a esse caso, acredita-se que as intervenções realizadas pelo serviço de psicologia colaboraram para a adesão gradual da paciente ao tratamento como um todo. Por meio do acolhimento, da escuta e da relação mediada, constatou-se que diversos conflitos da gestante puderam ser tratados, apaziguando sua resistência ao tratamento. Cabe ressaltar que o caso supracitado apresenta uma situação na qual o sofrimento da paciente pôde ser acolhido e, em certa medida, tratado por toda a equipe. Na referida situação, foram levadas em consideração as limitações psicológicas e socioeconômicas da paciente, pois o tratamento foi conduzido e orientado através de algumas demandas emergidas no atendimento psicológico. Neste, a paciente sugeria, questionava, apontava e negociava situações que poderiam ser mais adequadas e que foram efetivas na condução do tratamento.

Entretanto, distintamente dessa experiência, torna-se importante ressaltar que não é característica de todas as pacientes manterem uma postura ativa quanto ao seu tratamento, como nesse último caso apresentado. Algumas pacientes não conseguem pontuar ou questionar uma conduta profissional, particularmente quando se associa ao saber médico. A respeito disso, uma gestante atendida manifestou ter muita dificuldade em se comunicar com a equipe de saúde. Ela se sentia insegura quanto ao tratamento proposto, pois tinha um quadro de imaturidade uterina, manifestando sangramento e perda de líquido amniótico. Essa gestante tinha medo de não saber o quanto os seus sintomas poderiam ser um risco para a gestação e para o bebê, apesar de ter relatado tais sintomas à equipe médica. Nesse contexto, dentre os principais ob-

jetivos do atendimento psicológico estava o manejo de tais demandas junto à equipe, buscando-se qualificar a dificuldade da paciente em se colocar ativamente frente ao processo de tratamento hospitalar (MIYAZAKI; et al., 2011). Apesar das poucas sessões, esses elementos foram tratados com a paciente. Ela associou tal dificuldade à noção de um imperativo médico. Em outras palavras, a gestante relacionou sua questão ao que era percebido por ela como uma postura de autoridade.

Considerações finais

Desse estado de coisas, podem-se observar diversos aspectos que o psicólogo enfrenta no ambiente hospitalar, como fatores relacionados às limitações do espaço físico, posto que, na maternidade do referido hospital, não havia um espaço específico para a realização de atendimentos psicológicos. Há também limitações referentes à atuação do psicólogo na equipe multidisciplinar, tendo em vista que o trabalho psicológico está em processo de conquista, delimitação e afirmação da importância e necessidade da sua atuação nesse espaço. Acredita-se que se trata da conquista de uma voz ativa para mediar as relações paciente/equipe multidisciplinar.

Ademais, os atendimentos foram conduzidos de modo a contemplarem especificamente os aspectos relacionados à maternidade, ao tornar-se mãe, bem como à aderência do tratamento e ao período de hospitalização. Sabe-se que esses elementos são permeados por tantos outros fatores, os quais, devido à particularidade do contexto, usualmente não podiam ser desenvolvidos. Sendo assim, acredita-se que cabe ao profissional de psicologia, de certo modo, circunscrever as demandas das pacientes, visto que muitos conteúdos emergem nos atendimentos. Com tudo isso, apesar das dificuldades defrontadas pelo psicólogo no contexto em questão, é importante ressaltar que o serviço de psicologia é de extrema relevância, na medida em que visa promover um olhar humanizado, proporcionando uma reconfiguração do processo de adoecer, de hospitalização e de saúde. Trata-se, pois, de promover um reconhecimento dos aspectos psicológicos presentes na saúde/doença e na hospitalização através da identificação dos aspectos individuais e da subjetividade de cada paciente (BRUSCATO; BENEDETTI; LOPES, 2004).

Com relação ao serviço de psicologia prestado durante esse período, pôde-se observar que os atendimentos favoreceram o processo de construção do lugar materno, do tornar-se mãe, o que necessita ser construído mesmo nos casos daquelas que já possuem filhos, auxiliando durante a dinâmica de transformação na qual está envolvida a mulher no momento gestacional, além de mediar a relação paciente/equipe, contribuindo como estratégias de enfrentamento. Acredita-se que os resultados e discussões elaborados a partir deste relato de experiência colaboram para a promoção de questionamentos e conhecimento na área da psicologia hospitalar. Constatou-se a importância de que os conteúdos contemplados neste estudo sejam debatidos, uma vez que se acredita que haja uma necessidade de consolidação da área da psicologia hospitalar. Por fim, sugere-se que novos estudos sobre a

atuação do psicólogo da saúde e hospitalar, no contexto da maternidade, possam ser desenvolvidos, colaborando para o desenvolvimento das questões investigadas neste estudo, as quais, todavia, não se esgotaram.

Informações sobre os autores:

Lorrayne Leandro Galdino de Queiroz

 <https://orcid.org/0000-0002-8907-3825>

Psicóloga pela Universidade de Brasília.

Ana Paula Bilac Azevedo

 <https://orcid.org/0000-0002-1606-5285>

 <http://lattes.cnpq.br/3380341692845932>

Possui graduação em Psicologia pela Universidade de Brasília (2017). Tem experiência na área de Psicologia.

Evandro de Quadros Cherer

 <https://orcid.org/0000-0003-1511-5970>

 <http://lattes.cnpq.br/7429011531881914>

Doutor em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (PPGpsiCC/UnB), tendo realizado estágio doutoral, por um ano, junto à École Doctorale Recherches en Psychanalyse et Psychopathologie - Université Paris Diderot - Paris 7 (Sorbonne Paris Cité), por meio do Programa de Doutorado Sanduiche no Exterior (PDSE), com bolsa CAPES. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGpsico/UFRGS), tendo sido bolsista de Mestrado do CNPq (2012/2013). Psicólogo pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Atualmente é professor na graduação em Psicologia do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos (UNICEPLAC) e psicólogo na Gerência de Saúde do Sistema Socioeducativo da Secretaria de Políticas para Crianças, Adolescentes e Juventude do Distrito Federal (SECRIANÇA). Também atua com clínica psicanalítica e como pesquisador do “Núcleo de Infância e Família” vinculado à UFRGS, assim como dos grupos de pesquisa “Jacques Lacan: Teoria, Clínica, Discursos Conexos” e “Subjetivação, Clínica e Cultura: do Moderno ao Contemporâneo”, ambos vinculados à UnB. Possui experiência em Psicologia, com ênfase em Psicanálise, atuando e possuindo interesse principalmente nos seguintes temas: constituição subjetiva, paternidade, maternidade, assim como teoria e clínica psicanalítica.

Daniela Scheinkman Chatelard

 <https://orcid.org/0000-0002-7925-573X>

 <http://lattes.cnpq.br/3630980140600543>

Professora associada no Programa da Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura - PCL do Instituto de Psicologia na Universidade de Brasília. Possui Graduação em Psicologia pela Universidade Santa Úrsula- RJ (1986). Pós-doutorado na USP e Pós-doutoranda na Universidade de Tel-Aviv - Departamento de Psicologia-Faculdade de Ciências Sociais. Mestrado em Psicanálise - Université de Paris VIII (1994) e doutorado em Filosofia - Université de Paris VIII (1999). Trabalha com ênfase na Psicanálise, Freud e Lacan, atuando principalmente nos seguintes temas: transferência, teoria da constituição do sujeito, objeto, estrutura, metapsicologia, estatuto do Outro na contemporaneidade. Pesquisadora do Cnpq desde 2013. Membro do GT Psicanálise, Política e Clínica na ANPEPP. Líder do Grupo de Pesquisa- Jacques Lacan: Teoria, clínica, discursos conexos desde 2016. Organizadora do livro O Corpo no Discurso Psicanalítico, 2019, Appris, Curitiba.

Contribuições dos autores:

Todos os autores colaboraram ao longo do processo, desde a elaboração até a revisão final do manuscrito. Os autores aprovaram o manuscrito final para publicação.

Como citar este artigo:

ABNT

QUEIROZ, Lorrayne Leandro Galdino de et al. A psicologia na maternidade hospitalar: um relato de experiência. *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói, v. 32, n. 1, p. 57-63, jan./abr. 2020. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5679>

APA

Queiroz, L. L. G., Azevedo, A. P. B., Cherer, E. Q., & Chatelard, D. S. (2020, Janeiro/Abril). A psicologia na maternidade hospitalar: um relato de experiência. *Fractal: Revista de Psicologia*, 32(1), 57-63. doi: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5679>

Referências

ALMEIDA, Raquel Ayres de; MALAGRIS, Lucia Emmanoel Novaes. A prática da psicologia da saúde. *Revista SBPH*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 183-202, dez. 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 out. 2017.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto (Org.). *A Psicologia no hospital*. 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

BECK, S. et al. The worldwide incidence of preterm birth: A systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bull World Health Organ*, v. 88, n. 1, p. 31-38, 2010.

BOAS, Laís Macêdo Vilas; BRAGA, Maria Carolina da Costa; CHATELARD, Daniela Scheinkman. Escuta psicanalítica de gestantes no contexto ambulatorial: uma experiência em grupos de fala. *Psico*, Porto Alegre, PUCRS, v. 44, n. 1. p. 8-15, 2013.

BRAZELTON, T. Berry; CRAMER, Bertrand G. *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

BRUSCATO, Wilse L.; BENEDETTI, Carmen; LOPES, Sandra R. A. *A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo*: novas páginas em uma antiga história. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

BYDŁOWSKI, Monique. O olhar interior da mulher grávida: transparência psíquica e representação do objeto interno. In: *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê*. Brasília: L. G. E., 2002. p. 205-214.

DOMINGUES, Glaucia Regina et al. A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares. *Psicologia Hospitalar*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 02-24, jan. 2013. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092013000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 jan. 2017.

FERRARI, Andrea Gabriela; PICCININI, Cesar A.; LOPES, Rita Sobreira. O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 12, n. 2, p. 305-313, ago. 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722007000200011>.

FONSECA, Marina Nogueira de Assis; ROCHA, Tamires Sousa; CHERER, Evandro de Quadros; CHATELARD, Daniela S. Ambivalências do ser mãe: um estudo de caso em psicologia hospitalar. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, v. 9, n. 2, p. 141-155, 2018. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/eip/article/view/26609>. Acesso em: 12 out. 2019.

FREIRE, Teresa Cristina G.; CHATELARD, Daniela S. O aborto é uma dor narcísica irreparável?. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, Fortaleza, v. 9, n. 3, p. 1007-1022, sept. 2009. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482009000300012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22. sept. 2018.

HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, sept. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012>

KLAUS, Marshall H.; KENNEL, John H.; KLAUS, Phyllis H. *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

LEBOVICI, Serge. *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

MATA, Greicy Duarte da; CHERER, Evandro de Quadros; CHATELARD, Daniela Scheinkman. Prematuridade e constituição subjetiva: considerações sobre atendimentos na UTI Neonatal. *Estilos da Clínica*, v. 22, n. 3, p. 428-441, 2017. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v22i3p428-441>

MILES, Margaret Shandor; HOLDITCH-DAVIS, Diane. Parenting the prematurely born child: pathways of influence. *Seminars in Perinatology*, v. 21, n. 3, p. 254-266, 1997. [https://doi.org/10.1016/S0146-0005\(97\)80067-5](https://doi.org/10.1016/S0146-0005(97)80067-5)

MIYAZAKI, Maria Cristina Oliveira Santos et al. Psicologia da saúde: intervenções em hospitais públicos. In: RANGÉ, Bernard (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. 2. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2011. p. 568-580.

MOTTA, Luciana Almeida; COSTA, Kelen Santana da; CHATELARD, Daniela Scheinkman. O diário do bebê: relato de uma experiência em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Encontro: Revista de Psicologia*, v. 11, n. 16, p. 167-174, 2007. Disponível em: <https://revista.pgsskroton.com/index.php/renc/article/view/2567>. Acesso em: 12 fev. 2017.

SCHMIDT, Beatriz; GABARRA, Letícia Macedo; GONCALVES, Jadete Rodrigues. Intervenção psicológica em terminalidade e morte: relato de experiência. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 50, p. 423-430, dec. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2011000300015>

TEIXEIRA, José A. Carvalho. Psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, Lisboa, v. 3, n. 22, p. 441-448, 2004. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312004000300002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 9 jan. 2018.

A cartografia como estratégia metodológica à produção de dispositivos de intervenção na Psicologia Social

Murilo Cavagnoli, ¹★ Katia Maheirie ^{II}

¹ Universidade Comunitária Regional de Chapecó, Chapecó, SC, Brasil

^{II} Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil

Resumo

O artigo propõe desdobrar questões acerca da pesquisa-intervenção cartográfica visando contribuir para a construção de dispositivos de intervenção no trabalho da psicologia social. Considerando os desafios contemporâneos à psicologia, apresenta a cartografia como metodologia que engendra processos dialógicos, envolvendo pesquisadores e pesquisados na negociação de sentidos e ações que apreendam a complexidade do cotidiano. Desenvolve a possibilidade de que a cartografia contribua para a criação de dispositivos de intervenção singulares, potencializando uma ética dos encontros. Deste modo, afirmamos que os dispositivos cartográficos oferecem vias consistentes à elaboração de experiências relacionais que sustentam, caso a caso, um plano compartilhado de afecções, com o objetivo de dar vazão a movimentos de subjetivação criadores, problematizadores e transformadores da realidade, ao investir na potência do coletivo. As sínteses aqui produzidas reafirmam a indelével relação entre pesquisar e intervir; explorando conexões entre o método cartográfico, seus dispositivos e o compromisso social da psicologia, em uma perspectiva crítica.

Palavras-chave: cartografia; dispositivos de intervenção; psicologia social.

Cartography as a methodological strategy in the production of intervention devices in Social Psychology

Abstract

The paper proposes to unfold questions about cartographic intervention-research toward contributing to the construction of intervention devices in Social Psychology's work. Considering the contemporary challenges to Psychology, it presents cartography as a methodology that produces dialogical encounter; involving researchers and subjects in the negotiation of meanings and actions that grasp the complexity of everyday life. It develops the possibility of cartography to concur unique interventional devices, enhancing an ethic of encounters. Thus, we affirm that cartographic devices offer consistent ways to develop relational experiences that support, on a case-by-case basis, a shared plan of affections, with the objective of giving rise to creative movements of subjectivation, which problematize and transform that of reality, by invest in the collective power. Their syntheses reaffirm the lasting connection between researching and intervening, exploring connections between the method and the social commitment of Psychology, from a critical perspective.

Keywords: cartography; intervention devices; social psychology.

Introdução

Este artigo visa promover o desdobramento de algumas questões acerca da prática da pesquisa participante proposta pelo método cartográfico na direção de contribuir com a construção de estratégias de intervenção no trabalho da psicologia social. Afirmamos a necessidade de reinvenção constante de práticas e leituras teóricas no campo de atuação da psicologia em contextos institucionais, comunitários e coletivos, considerando as prementes demandas que o contemporâneo nos enseja a enfrentar. Em função de tais desafios, a perspectiva cartográfica de pesquisa (PASSOS; KATRUP; ESCOSSIA, 2009; PASSOS; KASTRUP; TEDESCO, 2014) e a noção de dispositivo – engendrada por Foucault (1984) em sua busca por visibilizar práticas disciplinares que capturam subjetividades, e posteriormente relida por Deleuze (1990) e Hur (2012), em sua potência de resistência – são aqui entendidas como peças-chave de um aparelho conceitual que permite o desenvolvimento de intervenções psicológicas. Visamos intervenções construídas coletivamente, que ultrapassem a reprodução e a representação,

em direção à afirmação das diferenças e à heterogeneidade característica dos movimentos de subjetivação. A pesquisa e a intervenção são situadas como processos indissociáveis que concomitantemente compreendem e forjam a realidade que se busca compreender. Consideramos estes dois movimentos, quando amalgamados, como mobilizadores da atividade criadora, em direção ao rearranjo de práticas, discursos e ações da psicologia em seus encontros com distintos cenários.

A psicologia, enquanto ciência e prática profissional, tem se constituído, historicamente, como um campo atravessado por variadas perspectivas que situam distintas propostas, erigidas sob planos epistêmicos, ontológicos e éticos distintos e divergentes (FIGUEIREDO, 1992). Tal dispersão da psicologia em diversos projetos caracteriza a complexidade desta ciência, colocando-a em debate constante.

Em meio a tal profusão peculiar do campo, ainda encontramos, na contemporaneidade, uma série de desafios sem precedentes às práticas do/a psicólogo/a, que clamam pela reinvenção de estratégias de intervenção e pela revisão de fundamentos. Dentre os dilemas epistemológicos e ontológicos que evidenciam a necessidade de se repensar os modos de compreender o mundo e o sujeito com o qual atuamos, é evidente a paulatina superação do

*Endereço para correspondência: Universidade Comunitária Regional de Chapecó, Área de Ciências Humanas e Jurídicas. Av. Senador Atilio Fontana, 591-E - Efápi, Chapecó, SC – Brasil. CEP: 89802-140. E-mails: murilocavagnoli@unochapeco.edu.br, maheirie@gmail.com

Os dados completos dos autores encontram-se ao final do artigo.



projeto racionalista da modernidade, de filosofias calcadas na representação, das dicotomias entre objetividade e subjetividade e de uma suposta identidade portadora de essências (FREIRE, 2001).

A contemporaneidade, numa dimensão pragmática e existencial produzida pela sua lógica globalizada e capitalista, situa o sujeito em um conjunto de realidades radicalmente descontínuas no espaço e no tempo (HARVEY, 2013). O esvaziamento do espaço público e sua inundação pelo privado, assim como o culto à individualidade, o derretimento das instituições e a liquidez das relações (BAUMAN, 2001), criam um contexto no qual subjetividades inéditas passam a existir, carregando consigo antigas problemáticas e novos questionamentos e dilemas.

Outro ponto a destacar é a aceleração na velocidade das mudanças (GIDDENS, 1991), que radicaliza as diferenças e faz com que as variações escapem a um olhar despreocupado. Transformações nas relações com a comunidade, com a família, com as tecnologias, o Estado, o trabalho e o capital, resultam em uma profusão sem precedentes de distintas formas de ser e existir. O sujeito contemporâneo, em meio a este processo, pode ser conceituado como despido de uma identidade fixa, tornando-se a identidade uma “celebração móvel” (HALL, 2014, p. 24). A multiplicidade das experiências de ser na atualidade, portanto, torna indispensável a constante reflexão sobre nossos paradigmas e um investimento contínuo no desenvolvimento de metodologias que permitam a apreensão de um campo social multifacetado.

Compondo esta cena plural e complexa, encontramos no contexto brasileiro, desde a década de 1980, uma psicologia social que afirma historicamente um compromisso ético e político (LANE; CODO, 1985; CAMPOS, 1985; BOCK, 2009) com a transformação social, renunciando a um viés pragmático e funcionalista¹ e investindo nas singularidades que, outrora, foram invisibilizadas, colocadas “à margem” do campo social. Pesquisadores contemporâneos, como Benevides (2005) e Zanella et al. (2012), insistem em criticar a simples transposição de práticas clássicas da psicologia como resposta ao cenário atual, apostando na produção de um trabalho ético e político, no qual a ética significa o acolhimento das alteridades na construção de projetos coletivos em condições de equidade, e a política remete à dimensão dialógica de negociação constante sobre os sentidos do campo social.

Em função da problemática apresentada, abordaremos alguns pressupostos da pesquisa cartográfica em diálogo com a noção de dispositivo de intervenção, considerando a seguir as potencialidades deste diálogo para a construção de práticas psicológicas comprometidas com

a reinvenção criativa dos modos de vida contemporâneos. O método cartográfico afirma a indissociabilidade entre pesquisar e transformar (PASSOS; BARROS, 2009). Por isso, argumentamos em favor da cartografia como possibilidade de construção teórico-prática de validação de estratégias de ação transversais à produção de dispositivos de intervenção que sejam capazes de contemplar a diversidade das demandas contemporâneas. Buscamos, assim, o delineamento de um suporte teórico ao engendramento de uma pesquisa-intervenção criativa, coerente com os princípios da psicologia social crítica construída no Brasil e na América Latina como um todo.

O método cartográfico e a reinvenção de caminhos nos percursos de pesquisa

A operação cartográfica remete, inicialmente, a um dos axiomas norteadores da proposta ontológica erigida no trabalho conjunto de Deleuze e Guattari, em *Mil Platôs* (2007a) e em *O anti-Édipo* (2011). Os autores nos apresentam uma concepção do campo social que primeiramente nega análises binárias e dicotomizadas da relação sujeito e mundo. Utilizando-se da imagem do rizoma, desdobram e afirmam a realidade como tecido constituído por materialidades e semióticas heterogêneas, passado por instituições, por determinações históricas, saberes, práticas, relações e desejos dispostos em arranjos provisórios, em variação contínua. Afirmam, assim, a constituição de modos de ser e a configuração do campo social procedendo por conexões e agenciamentos, pois cada nova entrada no arranjo em questão implica necessariamente uma reorganização da disposição anterior, em movimentos muito mais processuais do que identitários, mesmo que por vezes persistam sentidos rígidos estabilizados. A compreensão rizomática da realidade, apresentada aqui brevemente, nos parece um importante operador metodológico, pois a cartografia é anunciada, em *Mil Platôs* (2007), como um dos princípios do rizoma.

Sendo a realidade composição contínua, Deleuze e Guattari (2007a) evidenciam que, para compreender movimentos de subjetivação e modos de existência situados sob certa formação histórica, não bastariam metodologias que nos conduzissem a simples decalques, como uma fotografia capaz apenas de traçar imagens estáticas. Afirmando tanto sujeito como sociedade em devir, melhor seria recorrermos à ideia de um mapa, constituindo formas de pesquisar preocupadas com a processualidade e implicadas nas transformações que a investigação pode deflagrar. “O mapa é aberto, é conectável em todas suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente” (DELEUZE; GUATTARI, 2007a, p. 22).

O princípio da cartografia, quando apropriado por pesquisadores do campo da psicologia (PASSOS; KASTRUP; ESCOSSIA, 2009; PASSOS; KASTRUP; TEDESCO, 2014), permite a construção de estratégias de investigação qualitativa dispostas a problematizar a subjetivação como descentrada da interioridade, como movimento, produzida no entrecruzamento de determinações diversas, que dão forma simultaneamente ao campo so-

¹ Os termos “pragmático” e “funcionalista” são utilizados de forma semelhante por Bock (1999), Bernardes (2009) e Bock, Gonçalves e Furtado (2001), para caracterizar e criticar propostas da psicologia social produzidas em solo norte-americano, importadas da América Latina sem considerar as idiossincrasias de nossas terras. Esta tendência pragmática visava à resolução de conflitos e à adaptação de sujeitos considerados disfuncionais em contextos de produção e convivência pacífica, sem entender a possibilidade de que a emergência de tais problemáticas poderia estar amalgamada à constituição histórica de tais contextos, impedindo, assim, sua problematização mais profunda. Tais escritos, junto a muitos outros de importantes teóricos de nosso campo, ainda nos alertavam acerca da necessária revisão da concepção de sujeito e da fundação de um compromisso social que reorientasse a Psicologia Social no Brasil.

cial e aos modos de experimentar a condição de sujeito. O ser, sob este enfoque, deve ser considerado como constante processo de individuação metaestável, numa série interminável de estados de equilíbrio parciais e indivisível daquilo que o cerca (SIMONDON, 1993).

Para apreender tais movimentos, a cartografia apresenta em seu mote a busca constante pelo reconhecimento das conexões que dão formas variáveis às subjetividades, além de destacar, em seu posicionamento ético, o protagonismo dos participantes na pesquisa. Assim, busca a construção de sentidos gestados entre pesquisadores e pesquisados, engajando ambos em movimentos voltados à transformação das possibilidades de nomear e experimentar a realidade investigada. Cartografar, nas palavras de Barros e Kastrup (2009, p. 53), “consiste no acompanhamento de processos, e não na representação de objetos”.

Passos, Kastrup e Escossia (2009) e Kastrup (2009) nos fornecem mais uma importante pista para a compreensão da perspectiva cartográfica: afirmam, em distintos trabalhos, a prática do método cartográfico como um fazer sustentado por uma política cognitiva construtivista. No lugar de uma suposta neutralidade, de uma cisão entre sujeito e objeto que isola o estudado de suas conexões para fragmentá-lo em partes, a cartografia propõe-se ao movimento contrário: o cartógrafo visa ao sentido de seu objeto no entre (entre dois, entre grupos e sociedade, entre pesquisador e pesquisado, entre passado e presente), apostando em uma lógica onde “pesquisar com” substitui o “pesquisar sobre” (TEDESCO, 2015).

Uma política cognitiva pressupõe uma política da pesquisa. A cartografia caracteriza-se como ato político desde que consideremos o político não como gestão das coletividades ou negociação das divisões já instauradas em busca de consensos pacificadores. A política se evidencia, ao contrário, quando são verificáveis movimentos capazes de criar brechas nos modos de apresentação do real, que engendrem novas configurações ao pensamento e ao campo de experiências. A política deve ser lida, desta maneira, como movimento ligado à subjetivação, à abertura de campos de sentido inéditos que disponham no comum novas configurações (RANCIÈRE, 1996).

A política cognitiva construtivista, situada como princípio da cartografia, nos leva diretamente à reflexão sobre uma das grandes questões transversais à filosofia de Gilles Deleuze e que, sem dúvida, é inspiração ao método: o que significa pensar? Em boa parte de sua obra, e mais especialmente em *Diferença e Repetição* (2009) e em *O que é Filosofia?* (2007b), escrito com Guattari, Deleuze empreende uma pesada crítica às heranças do platonismo que sustentam uma filosofia e uma racionalidade baseadas na representação, que por consequência perpetuam a crença em um mundo já dado. Bastaria, se consideradas as premissas platônicas, ao sujeito que deseja apreender o mundo, a reconhecimento e um caminho metodológico homogêneo para que se identifique o verdadeiro e se distinga este do falso. Pela via da Filosofia da Diferença, dialogando com Espinosa, Nietzsche e Foucault (entre outros,

como Hume, Bergson, Simondon e Kant), Deleuze nos apresenta outra imagem do pensamento, afirmando um pensar não naturalizado.

A condição para problematizar as naturalizações e para ultrapassar as verdades consentidas estaria sujeita à qualidade dos encontros que experimentamos em nossa existência. O trabalho do pensamento, situado na trama relacional entre pesquisadores e pesquisados, portanto, remete a uma política de produção de conhecimento que investe na emergência de outros mundos possíveis e, por isso, não se separa da intervenção em nenhum de seus movimentos. “É o encontro contingente com o que força a pensar, com o que faz pensar, que produz a necessidade absoluta de um ato de pensamento; é a ação das forças efetivas, de determinações externas sobre o pensamento, que força a pensar” (MACHADO, 2013, p. 150). Pensar, então, é construir e é também criar. Significa elaborar, na intensidade das afecções que movem o próprio pensamento, desvios e expressões inéditas em relação ao que, até então, era tomado como comum e invariável. A possibilidade de reconhecer diferenças na realidade só emerge nos encontros com potência criadora e, por consequência, carrega consigo potência política.

Uma metodologia de pesquisa e de intervenção disposta a produzir não pode ignorar o imperativo ético dos bons encontros.² Por isso, precisa engendrar relações que rompam com as hierarquias instituídas, em busca da transversalidade entre distintas perspectivas e da intersecção de práticas diversas.

A pesquisa cartográfica é proposta metodológica que só se operacionaliza se for erigido, na relação pesquisador-pesquisado-contexto, um agenciamento, enquanto campo de experiências que antes não era acessível a nenhuma das partes. É necessário à pesquisa cartográfica o traçado de um “plano comum” (KATRUP; PASSOS, 2013), no qual se reconheça e se valorize a heterogeneidade de práticas e discursos e seus desdobramentos em novos pensamentos e novas formas de relação.

É neste ponto da reflexão que propomos intersecções entre a pesquisa cartográfica e a construção de dispositivos de intervenção nas práticas da psicologia social. A filosofia da diferença, assim como no método cartográfico, vem constituindo aporte teórico profícuo à psicologia social no Brasil. Destas leituras emergem trabalhos voltados a deflagrar movimentos de resistência e criação. O termo resistência pode sugerir uma conotação negativa, quando ligado ao confronto, à oposição ou mesmo a ausências de movimento. Aqui procuramos por interpretações diferentes destas, que nos ajudem a pensar a resistência como movimento de composição com os materiais sensíveis, por práticas variáveis, que, como afirmam Zanela, Levitan e Almeida (2012, p. 258), se constituem em “resistência inventiva, propositiva, que não sucumbe

²Espinosa (1992) situa o plano ético no campo das afecções, dos múltiplos encontros possíveis entre corpos e entre pensamentos. Bons encontros, nesta perspectiva, são aqueles capazes de potencializar a vida, sustentados por relações de composição entre as diferenças, que ampliem as possibilidades de pensar e agir. Suas contribuições são referências imprescindíveis à compreensão do pensamento de Gilles Deleuze.

frente a uma moral hegemônica”. Resistência, portanto, como sinônimo de invenção de novos possíveis, como re-existência.

Tais leituras mobilizam a busca por intervenções pensadas para potencializar a atividade criadora, o trabalho dissensual do pensamento e a emancipação das coletividades.

A noção de dispositivo, que apresentaremos no tópico seguinte, nos serve como um guia para expor tais experiências e abre caminho ao traçado de possibilidades para o método cartográfico na intervenção em psicologia social.

Dispositivos de intervenção da Psicologia Social e o fazer cartográfico

As intervenções da psicologia no Brasil, tendo como norte a área da psicologia social, seguindo o ideário da Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO), se desenvolvem em contextos diversos, que apresentam problemáticas distintas, e por isso nos exigem estratégias de ação também diversificadas. Trabalhos em comunidades, junto às políticas públicas de educação, assistência social e saúde, em cooperativas fundadas sob a lógica da economia solidária, em movimentos sociais e inúmeras outras experiências, fazem ver a abrangência desse campo de saber para a atuação da psicologia.

A multiplicidade de nossas intervenções não significa incongruência, pois é sustentada historicamente por pressupostos éticos e políticos que afirmam um compromisso social como princípio unificador. A dimensão ética que permeia tais trabalhos diz respeito à necessidade de que sejam criados espaços relacionais direcionados à equidade, ao respeito e valorização dos distintos saberes, dedicados à produção de encontros que aumentem a potência de ação dos coletivos (GUATTARI, 2006). A dimensão política refere-se à constante atitude dissensual na gênese de negociações sobre sentidos, lugares e capacidades que são atribuídos a distintos sujeitos e a diferentes práticas em uma comunidade (RANCIÈRE, 1996). Estes pressupostos não podem ser descolados de uma dimensão estética, que toca a política. O estético diz respeito à dimensão sensível de nossas experiências, ao recorte de tempos e espaços que sustentam a visibilidade ou a invisibilidade de um comum partilhado (RANCIÈRE, 1996). Refere-se, ainda, aos enunciados e às condições de compreensão do dito como expressão tomada como válida e verdadeira em uma comunidade quando relacionada a seus conteúdos (DELEUZE, 1974).

É em função de tais diretrizes que a psicologia social recorre, em seu trabalho, à reinvenção constante de intervenções que buscam a gênese de processos de subjetivação inéditos, em cada contexto de trabalho. Este movimento, entendemos, pode ser enriquecido pelas contribuições cartográficas, visando à construção de dispositivos de intervenção, tomados como arranjos relacionais e dialógicos capazes de mover o pensamento a direções inéditas, pela produção de encontros singulares. Compreender os distintos arranjos produtores de dispositivos faz-se então fundamental no traçado de conexões entre a prática cartográfica e a dimensão interventiva que aqui discutimos.

Deleuze (1990, p. 155) entende dispositivo como “máquina de fazer ver e fazer falar”. Sua leitura do conceito remete tanto à construção de dispositivos mobilizadores de mudanças quanto à análise daqueles já instituídos e reguladores das formas de vida. A produção de novos dispositivos indica um movimento que precisa ser construído caso a caso, em que é possível “traçar um mapa, cartografar, percorrer terras desconhecidas” (DELEUZE, 1990, p. 155) na busca por desdobramentos que permitam ultrapassar as formas consensuais e hegemônicas de subjetivação.

A noção de dispositivo pode ser situada em duas leituras distintas, mas complementares quando visamos à produção de arranjos cartográficos que potencializem encontros. A primeira, desenvolvida por Foucault (1984), nos remete aos dispositivos disciplinares e de controle. Em seus trabalhos, os dispositivos disciplinares são entendidos como uma complexa rede de elementos heterogêneos que dissocia os corpos e as subjetividades de suas múltiplas capacidades, conjugando instituições, racionalidades científicas, práticas regulamentadas, conjuntos arquitetônicos e moralidades em torno da produção de formas de ser específicas. Dispositivos disciplinares, então, não podem ser lidos apenas a partir de sua objetividade. Compreendê-los depende da apreensão de sua multiplicidade, que normaliza formas de ser e agir, instaurando verdades no campo social e constituindo a percepção de um comum inquestionável, naturalizado.

As análises foucaultianas sobre a produção de tais arranjos é vasta. Mesmo que não possamos nos estender em torno desta questão aqui, podemos tomar como exemplo a ressignificação da loucura como objeto médico-psiquiátrico e a produção concomitante de um conjunto arquitetônico destinado a seu enclausuramento no século XVII (FOUCAULT, 1978), assim como a aproximação do discurso psiquiátrico ao jurídico na construção de redes de saber/poder (FOUCAULT, 1997). Destaca-se, ainda, a vigilância e o controle permanente dos corpos no panoptismo do sistema prisional, que induz ao reconhecimento de um controle total, exposto pelo mesmo autor em *Vigiar e Punir* (1997). Nas palavras de Fanlo (2011, p. 3), os dispositivos disciplinares de Foucault seriam arranjos instaurados no campo social que “determinam tipos de classificação de sujeitos, objetos e relações entre estes, um jogo de relações discursivas e não discursivas [...] que produzem sujeitos que, como tais, estão assujeitados a determinados efeitos de saber/poder.

Esses arranjos materiais e simbólicos são organizados de modo a produzir dois processos concomitantes que evidenciam modos de subjetivação privados da potência necessária para que se configurassem resistências: por um lado, possibilitam a manutenção de distintas formas de sujeição, reiterando identidades autorreferentes constituídas na produção de um reconhecimento de si, gestadas na demarcação de lugares determinados pela ordem do discurso e no plano dos saberes de certo momento histórico (FOUCAULT, 1986); por outro, geram assujeitamento dos corpos, que se docilizam. Como duplo movimento de captura das subjetividades, evidenciam

corpo e pensamento, no fluxo circular de um conjunto de práticas e relações demarcadas por instituições, por suas práticas e discursos. A leitura foucaultiana expressa um processo de subjetivação descentrado do indivíduo, capaz de nomeá-lo e fazê-lo agir, em um exercício difuso que pressupõe divisões operadoras no entrecruzamento de relações de poder, de capacidades objetivas e relações de comunicação (FOUCAULT, 1995, p. 240). Discursos e práticas instituídos e formações históricas delineadas constituem tal circularidade, fazendo convergir possibilidades de nomear e ser nomeado sob um mesmo plano imanente, mas perpetradas por atribuições destinadas a lugares distintos, objetivadas em conteúdos e expressões que se retroalimentam e geram reprodução.

O dispositivo de controle, então, pode ser compreendido por suas conexões estáveis, pelos agenciamentos que são traçados entre uma série de elementos heterogêneos. Cabe aqui destacar que não são os elementos expressivos e as formas dos conteúdos que definem o dispositivo de forma isolada, mas sim a configuração de um arranjo complexo entre eles.

Os dispositivos, da forma como são enunciados por Foucault, podem ser lidos como aparelhos de captura, como catalisadores das formas de vida que, antes possuidoras de uma potencialidade infinita, são comprimidas a um campo de possíveis delimitado e passam a ser finitas e localizáveis.

A segunda leitura possível da noção remete à montagem de novos dispositivos, que aqui chamaremos de “dispositivos de intervenção”. Estes permitam ver, falar, pensar e fazer de maneiras distintas daqueles determinados pelas condições já dadas. Gilles Deleuze abre uma brecha fundamental à leitura foucaultiana quando insere “a produção no desejo e o desejo na produção” em *O anti-Édipo*, junto a Félix Guattari (2011). O desejo, não mais visto como expressão de falta, mas sim como potência criadora, quando agenciado por forças que escapam daquelas sobrepostas na série componente dos dispositivos de controle, pode engendrar modos de vida que resistam às modelações hegemônicas. Na sua obra exclusiva *O desejo e o prazer* (1993), Deleuze aponta, ainda, para movimentos de resistência aos dispositivos disciplinares que capturam, situando em um eixo paralisante a submissão do desejo aos estados de coisa e enunciações já postos, e em outro eixo a atividade criadora, que extrapola o dado e engendra formas e conteúdos inéditos. “Conforme um outro eixo [o segundo], seriam distinguidas as territorialidades ou reterritorializações e os movimentos de desterritorialização que desencadeiam um agenciamento” (DELEUZE, 1993, p. 3). No mesmo texto, o autor complementa seu argumento:

De minha parte, diria o seguinte: uma sociedade, um campo social não se contradiz, mas ele foge, e isto é primeiro. Ele foge de antemão por todos os lados; as linhas de fuga é que são primeiras (mesmo que primeiro não seja cronológico). Longe de estar fora do campo social ou dele sair, as linhas de fuga constituem seu rizoma ou cartografia. As linhas de fuga são quase a mesma coisa que os movimentos de desterritorialização: elas não implicam qualquer retorno

à natureza; elas são as pontas de desterritorialização nos agenciamentos de desejo (DELEUZE, 1993, p. 5).

Esta segunda leitura, imbricada à compreensão da primeira, nos serve como ferramenta de trabalho da psicologia. Consideramos, a partir da torção operada por Deleuze na noção de dispositivo, a possibilidade de que, em nossas intervenções, sejam constituídos campos de relações inéditas, que permitam o surgimento de novas experiências. Se os dispositivos disciplinares produzem corpos dóceis e subjetividades identitárias engendradas na sujeição e no assujeitamento, entendemos como possível a emergência de outras modalidades de encontros entre corpos e a produção dialógica de novos enunciados, capazes de fazer pulsar linhas de fuga, que resistam à imobilidade.

Se Foucault nos faz compreender como um dispositivo disciplinar gera linhas de visibilidade e de dizibilidade que tornam imóveis e identitárias as subjetividades, Deleuze e alguns de seus interlocutores nos apresentam estratégias de resistência e de abertura. Reposicionar grupos e experiências no campo da processualidade desviante é imperativo dos dispositivos de intervenção em psicologia. Assim, propomos combater a conexão estática de um conjunto heterogêneo, justamente pela heterogênesse que faz emergirem arranjos inéditos. Propomos que se possam abrir os dispositivos de captura, capturando por outras vias as lógicas de tais dispositivos e maquinando fugas. Se a captura normalizadora faz concorrerem elementos heterogêneos em um campo estável que paralisa, investir na heterogeneidade dos elementos que podem compor outras subjetividades diz respeito a um plano inédito, que considera como fundamental a experimentação coletiva como motora de (re)composições incessantes. Sustentar esta lógica de intervenção é possível “desde que entendamos o termo heterogênesse como a composição a partir de elementos diferentes das amarras consensuais que delimitam territórios unívocos e aparentemente estáveis do visível, do possível e do pensamento” (CAVAGNOLI; MAHEIRIE, 2015). A intervenção se faz inventiva, portanto, sob certas condições, quando alçamos voo em direção a estratégias de ação e de diálogo capazes não apenas de representar e repetir, mas de apresentar realidades em devir, em transformação, considerando as diferenças e potências de nossos encontros imanentes.

Domênico Hur (2012), interpretando a criação de dispositivos a partir do Esquizodrama, apresenta contribuições significativas ao nosso trabalho. O autor afirma os movimentos de um dispositivo como agenciamento de linhas de saber, poder e subjetivação, incorporando ao seu trabalho a lógica foucaultiana e a abertura deleuziana que há pouco enunciamos. A preocupação de Hur (2012), assim como a nossa, é expor uma estratégia de desmontagem dos dispositivos que capturam, através da apresentação de outros dispositivos possíveis, forjados na intersecção entre grupo e quem intervém. Preocupado em descrever a capacidade de transformações do campo sensível compartilhado, inerente à montagem de uma intervenção, o autor define os dispositivos criadores como “uma máquina de produção de discursos e de ações-re-

lações, em que se faz ‘falar’ e se faz ‘ver’, produzindo enunciações, visibilidades distintas, acontecimentos e modos de ser” (HUR, 2012, p. 21). Por tal via, sustenta que a montagem de dispositivos depende da criação de um campo discursivo inédito e de possibilidades de encontros entre corpos e objetividades que extrapolem as possibilidades oferecidas pelo cotidiano que se reitera. Concordamos com tal perspectiva, pois suas considerações fazem repercutir o que antes consideramos como dimensão ética e estética de uma intervenção.

Se intervir é sinônimo de abertura a um novo conjunto de possíveis antes virtuais, se o trabalho da psicologia atualiza realidades antes impensáveis, constitui-se, inevitavelmente, como construção negociada caso a caso, destinada a escapar de concisos arranjos que sintetizam, de modo conjuntivo, o heterogêneo, impedindo os devires criadores. Salientamos aqui que não há como fugir sem saber de que se escapa, sem problematizar a configuração de arranjos que impossibilitam aberturas. Por isso se faz imprescindível cartografar o conjunto de condições existenciais atualizadas em um universo sensível comum e compartilhado. É em função deste ponto que a contribuição foucaultiana se faz fundamental para que se tracem cartografias dos arranjos estáticos presentes nos mais diversos contextos.

Faz-se impossível produzir dispositivos de intervenção sem antes cartografar o conjunto heterogêneo de forças que opera na estabilização impeditiva da variação dos devires. Do mesmo modo, é impossível intervir sem cartografar o plano que se constitui durante a própria intervenção, como um movimento de abertura que precisa ser reconhecido pelo coletivo implicado em tal projeto emancipatório. A proposta cartográfica potencializa uma ética dos encontros, o reconhecimento do jogo hegemônico entre expressão e conteúdo e suas possíveis variações. Esta postura, esperamos, reafirma a indelével conexão entre pesquisar e intervir, potencializando a política construtivista da cartografia e o compromisso social que perpassa o trabalho da psicologia social, em uma perspectiva crítica brasileira.

Considerações finais

O pesquisar, como proposto pelo método cartográfico, engendra formas de relação que permitem compreender o campo, acompanhar as condições da construção de um plano comum, polifônico,³ de diálogo e ocupação de espaços e tempos gerados durante a intervenção. A reflexão oferecida pelo método ainda oferece condições de registrar, analisar e avaliar o trabalho que se desenvolve, permitindo o compartilhamento de experiências promissoras ou de problemáticas fundamentais. O paradigma ético, estético e político que sustenta o intervir, por meio da construção de dispositivos criadores, dialoga de forma profícua com o método cartográfico.

³Entendemos a noção de polifonia a partir de sua construção na obra de Mikhail Bakhtin (2008). O autor se utiliza do termo para referir-se a uma dimensão essencial de qualquer situação dialógica que vise a ampliação de sentidos e a abertura de possibilidades à compreensão. A polifonia, assim, remete ao encontro entre uma multiplicidade de vozes que, apesar de enunciarem perspectivas distintas, o fazem em condição de igualdade, combinando-se e ultrapassando a posição dos interlocutores quando isolados.

Deste modo, entendemos os dispositivos de intervenção como objetivações práticas e discursivas, criadas caso a caso quando sua produção é pautada por uma ética dos encontros, com o objetivo de dar vazão a movimentos de subjetivação e objetivação. O conhecimento das conexões e dos agenciamentos que dão forma a cada contexto de intervenção exige uma postura de pesquisa ativa, de cruzamento entre distintos pontos de vista e um reconhecimento ético-político da multiplicidade de vozes entrecruzadas em uma experiência coletiva. Pela via ética e política é que sustentamos nossa reflexão, esperando oferecer elementos que permitam o desdobramento de práticas no âmbito da psicologia conectadas ao método cartográfico, que sustentem caminhos de compreensão e enfrentamento das demandas e problemáticas contemporâneas.

Informações sobre os autores:

Murilo Cavagnoli

 <https://orcid.org/0000-0003-0363-3017>

 <http://lattes.cnpq.br/3250921935613216>

Psicólogo, mestre e doutor em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina. Atualmente é professor na Universidade Comunitária Regional de Chapecó (Unochapecó), onde atua no ensino, pesquisa e extensão. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia Social, atuando principalmente nos seguintes temas: psicologia social, estética, política e processos de criação, produção de subjetividade, música, arte e intervenção psicológica no contexto das políticas públicas de assistência social e saúde.

Katia Maheirie

 <https://orcid.org/0000-0001-5226-0734>

 <http://lattes.cnpq.br/7689469021584393>

Kátia Maheirie é graduada em Psicologia pela UFSC, com mestrado e doutorado em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Fez estágio pós doutoral em Educação na UNICAMP e em Psicologia Social na Universitat Autònoma de Barcelona (ES) e na PUC/SP. É Professora Titular da Universidade Federal de Santa Catarina, no Departamento e no Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP). É Pesquisadora Produtividade do CNPq, atuando no Núcleo de Pesquisa em Práticas Sociais, Estética e Política, onde desenvolve trabalhos de pesquisa e extensão voltados a estética e política em diferentes contextos sociais. Foi editora da Revista Psicologia & Sociedade de 2008 a 2011 e foi editora geral da Revista de Ciências Humanas (UFSC). Assumiu recentemente a editoria geral da revista Psicologia Política (2020-2023). Foi membro da Comissão Qualis Periódicos da CAPES 2015-2017. É membro da Diretoria da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (2018-2020). Suas investigações são na área de Psicologia Social, com ênfase em estética, música, política, movimentos sociais, ações coletivas e políticas de assistência social. Em seu currículo Lattes os termos mais frequentes na contextualização da produção científica, tecnológica e artístico-cultural são: processos de criação, estética, música, política, oficinas estéticas, identidade coletiva; movimentos sociais; e CRAS.

Contribuições dos autores:

Todos os autores colaboraram ao longo do processo, desde a elaboração até a revisão final do manuscrito. Os autores aprovaram o manuscrito final para publicação.

Como citar este artigo:

ABNT

CAVAGNOLI, Murilo; MAHEIRIE, Kátia. A cartografia como estratégia metodológica à produção de dispositivos de intervenção na Psicologia Social. *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói, v. 32, n. 1, p. 64-71, jan./abr. 2020. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5680>

APA

Cavagnoli, M., & Maheirie, K. (2020, Janeiro/Abril). A cartografia como estratégia metodológica à produção de dispositivos de intervenção na Psicologia Social. *Fractal: Revista de Psicologia*, 32(1), 64-71. doi: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5680>

Referências

BAKHTIN, Mikhail. *Problemas da poética de Dostoiévski*. Trad. Paulo Bezerra. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

BAUMAN, Zygmunt. *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2001.

BARROS, Laura Pozzana de; KASTRUP, Virginia. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCOSSIA, Liliana. *Pistas do método da Cartografia*. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 52-75

BENEVIDES, Regina. A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 21-25, 2005. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822005000200004>

BERNARDES, Jefferson de Souza. História. In: STREY, Marlene Neves et al. (Org.). *Psicologia social contemporânea*: livro texto. 12 ed. Petrópolis: Vozes, 2009. v. 1, p. 10-30.

BOCK, Ana Mercês Bahia. A psicologia e o caminho do novo século: identidade profissional e compromisso social. *Estudos em Psicologia*, Natal, v. 4, n. 2, p. 315-329, 1999. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1999000200008>.

BOCK, Ana Mercês Bahia. Psicologia Social e as Políticas Públicas. In: TATSCH, Dirce T.; GUARESCHI, Neuza M. F.; BAUMKARTEN, Silvana T. (Org.). *Tecendo Relações e Intervenções em Psicologia Social*. Porto Alegre: ABRAPSO SUL, 2009. v. 1, p. 174-182.

BOCK, Ana Mercês Bahia; GONÇALVES, Maria da Graça Marchina. FURTADO, Odair. *Psicologia sócio-histórica*: uma perspectiva crítica em psicologia. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

CAMPOS, Regina Helena de Freitas. *Psicologia social comunitária*: da solidariedade à autonomia. Petrópolis: Vozes, 1985.

CAVAGNOLI, Murilo; MAHEIRIE, Katia. Heterogeneidade e regime estético da arte: a composição do sensível e a política da estética na criação musical. In: VOJNIAK, F. (Org.). *História e linguagens*: historiografia, memórias e política. São Paulo: Paco Editorial, 2015. p. 205-228.

DELEUZE, Gilles. *Lógica do sentido*. Trad. Luiz Roberto Salinas Fortes. São Paulo: Perspectiva, 1974.

DELEUZE, Gilles. ¿Que és un dispositivo? In: *Michel Foucault*, filósofo. Barcelona: Gedisa, 1990. p. 155-161.

DELEUZE, Gilles. Desejo e prazer. In: PELBART, P.; ROLNIK, S. (Org.). *Cadernos de Subjetividade*, PUC/São Paulo, v. 1, n. 1, p. 13-25, 1993.

DELEUZE, Gilles. *Diferença e repetição*. São Paulo: Graal, 2009.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *Mil Platôs*: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34, 2007a. v. 1.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *O que é a Filosofia?* Rio de Janeiro: Editora 34, 2007b.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *O anti-édipo*: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Editora 34, 2011.

ESPINOSA, Baruch. *Ética*. Lisboa: Relógio d'água, 1992.

FANLO, Luis Garcia. Que és un dispositivo? Foucault, Deleuze y Agambem. *A Parte Rei. Revista de Filosofia*, Madrid, n. 74, p. 1-8, 2011. Disponível em: <https://www.aacademica.org/luis.garcia.fanlo/2>. Acesso em: 22 mar. 2018.

FIGUEIREDO, Luís Cláudio. *Convergências e divergências*: a questão das correntes de pensamento em psicologia. São Paulo: Transformações, 1992.

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

FOUCAULT, Michel. El Juego de Michel Foucault. In: _____. *Saber y Verdad*. Madrid: Ediciones de la Piqueta, 1984. p. 127-162.

FOUCAULT, Michel. *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense, 1986.

FOUCAULT, Michel. Apêndice: o sujeito e o poder. DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul (Org.). *Uma trajetória filosófica*: para além do estruturalismo e da hermenêutica. São Paulo: Forense, 1995.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir*: o nascimento da prisão. Petrópolis, Vozes, 1997.

FREIRE, José Célio. As psicologias na modernidade tardia: o lugar vacante do Outro. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 73-93, 2001. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642001000200005>

GIDDENS, Anthony. *As consequências da modernidade*. São Paulo: Unesp, 1991.

GUATTARI, Félix. *As três ecologias*. São Paulo: Papyrus, 2006.

HALL, Stuart. *Identidade cultural na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Lamparina, 2014.

HARVEY, David. *Condição pós-moderna*. São Paulo: Loyola, 2013.

HUR, Domenico Uhng. O dispositivo de grupo na esquizoanálise: tetralência e esquizodrama. *Vínculo*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 18-16, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902012000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 out. 2019.

KASTRUP, Virgínia. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCOSSIA, Liliana. *Pistas do método da Cartografia*. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 32-51.

KASTRUP, Virgínia; PASSOS, Eduardo. Cartografar é traçar um plano comum. *Fractal: Revista de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 263-280, 2013. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922013000200004>

LANE, Silvia Tatiana Maurer; CODO, Wanderlei. *Psicologia social*: o homem em movimento. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

MACHADO, Roberto. *Deleuze: a arte e a Filosofia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides. A Cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCOSSIA, Liliana. *Pistas do método da Cartografia*. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 17-31.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCOSSIA, Liliana. *Pistas do método da Cartografia*. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; TEDESCO, Silvia. *Pistas do método da Cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum*. Porto Alegre: Sulina, 2014.

RANCIÈRE, Jacques. *O desentendimento: política e filosofia*. São Paulo: Editora 34, 1996.

REIS, Alice Casanova dos. ZANELLA, Andréa Vieira. Psicologia Social no campo das políticas públicas: oficinas estéticas e reinvenção de caminhos. *Revista de Ciências Humanas*, Florianópolis, v. 49, n. 1, p. 17-34, 2015. <https://doi.org/10.5007/2178-4582.2015v49n1p17>

SIMONDON, Gilbert. A gênese do indivíduo. *Cadernos de subjetividade*. Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade do Programa de Pós-Graduados em Psicologia Clínica, PUC/ São Paulo, v. 1, n. 1, p. 164-175, 1993.

TEDESCO, Silvia. A ética da pesquisa e a perspectiva da cartografia: algumas considerações. *Revista Polis e Psique*, v. 5, n. 2, p. 32-47, 2015. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.53952>

ZANELLA, Andréa Vieira; LEVITAN, Déborah; ALMEIDA, Gabriel Bueno; FURTADO, Janaina Rocha. Sobre reXistências. *Revista Psicologia Política*, São Paulo, v. 12, n. 24. p. 247-262, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2012000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2019.

Atuação do psicólogo em saúde do trabalhador na perspectiva psicossociológica

Helyssa Luana Lopes, ^{1*} Paula Ramos Oliveira Andrade, ¹
Valéria Morais da Silveira Sousa, ¹ Maria Teresa Pires Costa, ^{II}

¹ Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil

^{II} Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil

Resumo

O campo da Saúde do Trabalhador, disposto a estudar e a intervir nos processos de saúde e doença, tem dialogado com diferentes áreas do conhecimento no intuito de melhor compreender a complexidade presente nesta interação, considerando a diversidade de fatores que podem interferir nos níveis de saúde experimentados pelas pessoas. Em meio ao crescente interesse pelo campo, se faz pertinente questionar como a ciência psicológica tem se posicionado a respeito das repercussões do trabalho sobre a mente humana. Para tanto, o presente estudo propõe identificar em que medida a atuação do psicólogo em saúde do trabalhador tem contemplado os pressupostos da abordagem psicossociológica. Através das bases de dados SciELO (Scientific Electronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde) realizou-se uma revisão integrativa da literatura, a fim de compilar informações que viabilizassem a síntese do estado do conhecimento da temática em questão. Foi possível identificar a necessidade de um maior investimento em termos de pesquisa e de intervenção no campo saúde do trabalhador fundamentados nos pressupostos psicossociológicos.

Palavras-chave: saúde; trabalho; abordagem psicossocial; atuação do psicólogo.

Psychologist acting on worker health in psychosociology perspective

Abstract

The field of Worker Health, willing to study and intervene in health and disease processes, has dialogued with different areas of knowledge in order to better understand the complexity present in this interaction, considering the diversity factors that can interfere in the health levels experienced by people. Amid the growing interest in the field, it is pertinent to question how psychological science has positioned about the repercussions of work on the human mind. Therefore, this study intends to identify to what extent the psychologist in worker health has contemplated the assumptions of psychosociology approach. Through SciELO (Scientific Electronic Library Online) and LILACS (Latino Literature American and Caribbean Center on Health Sciences) databases we used an integrative literature review, in order to compile information that would enable the synthesis of the state of knowledge of the subject in question. It was possible to identify the need for greater investment in research and reasoned intervention in psychosociology assumptions of the universe of the health workers.

Keywords: health; work; psychosociology approach; psychologist's performance.

Introdução

Certamente, quando o indivíduo se vincula a qualquer situação de trabalho, seja ela formal, informal, autônoma ou temporária, diversas variáveis atuam sobre ele e passam a interferir no seu estado pessoal, na saúde, nas relações sociais e no próprio trabalho. De fato, a literatura tem apontado que as transformações na organização, nos processos e nas relações de trabalho se intensificaram desde o final do século XX em face do processo de reestruturação produtiva, resultando num quadro de agravamento e precarização das condições de trabalho que interfere direta e variadamente nas vivências de saúde dos trabalhadores (ALVES; VIZZACCARO-AMARAL; MOTA, 2011; SELIGMANN-SILVA, 2011; NELI, 2006; ANTUNES; ALVES, 2004).

Nesse sentido, as relações entre saúde-doença e trabalho vêm sendo cada vez mais evidenciadas nos contextos laborais e acadêmicos, sendo um dos eixos centrais na análise dos fenômenos inerentes ao ato de trabalhar e das transformações sociais produtivas. Congregando saberes e práticas de diferentes disciplinas, o campo da

Saúde do Trabalhador constitui importantes aportes teórico-metodológicos, disposto a estudar e intervir nos processos de saúde e doença em sua interação com o trabalho. Conforme Gomez (2011), tal campo surge tendo por referência fundamentos da Saúde Ocupacional e da Medicina Preventiva cujas medidas asseguram parcialmente a saúde do trabalhador, uma vez que valorizam os riscos mais evidentes e de cunho individual. Logo, a ênfase recai no uso de equipamentos de proteção e na elaboração 'artificial' de normas e procedimentos para segurança no trabalho, culminando num quadro de prevenção visivelmente simbólico, que pouco se debruça sobre as reais demandas dos trabalhadores.

A partir da década 1980, o campo passa a sofrer fortes influências da Reforma Sanitária e da Medicina Social Latino-Americana; amplia sua proposta e finalmente passa a ter políticas contempladas no sistema público de saúde (LACAZ, 2007; GOMEZ, 2011). Busca-se então ir além dos métodos de prevenção de riscos e acidentes, priorizando a participação do trabalhador, ao resgatar o sentido positivo do trabalho e sua capacidade protetora de agravos à saúde até então pouco evidenciada. Enquanto campo de saber próprio da Saúde Coletiva, deve primar pela interdisciplinaridade e dialogar com variadas disciplinas, como Sociologia, Psicologia, Engenharia, Epidemiologia, dentre outras, a fim de analisar e intervir profundamente

*Endereço para correspondência: Universidade Estadual da Paraíba. Rua Baraúnas, 351 - Bairro Universitário - Campina Grande, PB - Brasil. CEP 58429-500. E-mails: helyssa.luana@hotmail.com, proandrade@yahoo.com.br, proandrade@yahoo.com.br, valeriamorais1803@hotmail.com, teresapires.psi@gmail.com
Os dados completos das autoras encontram-se ao final do artigo.



nos processos de trabalho, visando, sobretudo, “identificar as transformações necessárias a serem introduzidas nos locais e ambientes para a melhoria das condições de trabalho e saúde” (GOMEZ; LACAZ, 2005, p. 799).

Ao refletir sobre a configuração do campo Saúde do Trabalhador, Lacaz (2007) problematiza avanços e retrocessos de suas bases constitutivas: a produção acadêmica, a programação em saúde na rede pública e o movimento dos trabalhadores a partir dos anos de 1980. Logicamente esses são pilares inacabados que demandam árduo investimento e aperfeiçoamento contínuo, a fim de fortalecer e impulsionar o desenvolvimento do campo por meio de ações mais condizentes com as necessidades e demandas dos trabalhadores, conforme assinalado por Gomez (2011), quando afirma que a produção dos saberes e as práticas em Saúde do Trabalhador ainda se encontram fragmentadas e carecem de embasamentos prioritariamente articulados com a realidade operária e a participação ativa do trabalhador e de seus sindicatos.

Sobretudo, Lacaz (2007) considera que, se nos anos de 1980 o protagonismo dos trabalhadores se caracterizou pela participação e controle social, atualmente o que se observa é a fragilidade dos sindicatos. Para o autor, a produção acadêmico-científica pautada na perspectiva multi/interdisciplinar e nos pressupostos do campo da Saúde do Trabalhador tem se mostrado com diferentes configurações, inclusive com tendência tecnicista. Ao mesmo tempo, o que hoje se vê no que diz respeito à programação em saúde na rede pública é uma reaproximação com as bases da Saúde Ocupacional e o resgate de suas formulações. Esta breve análise aponta para indicativos não somente de entraves ao avanço do campo, mas de um expressivo retrocesso.

No que se refere às políticas públicas e aos aspectos legais que amparam as ações no campo, a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 200, estabeleceu que “ao Sistema Único de Saúde (SUS) compete executar as ações de Saúde do Trabalhador [...], colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho” (BRASIL, 1988). A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, instituída pela Portaria 1.823 em 2012, afirma, em seu parágrafo único, alinhar-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença (BRASIL, 2012).

A criação da RENAST (Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador), enquanto estratégia do Ministério da Saúde para institucionalização e fortalecimento do campo, teve como objetivo “integrar a rede de serviços do SUS, voltados para a assistência e a vigilância, para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador” (BRASIL, 2005). De acordo com o CREPOP (Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas), tal estratégia deu-se, principalmente, por meio de incentivo financeiro aos municípios e estados para a criação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST),

que devem desempenhar a função de suporte técnico, de coordenação de projetos e de educação em saúde para a rede do SUS da sua área de abrangência (CREPOP, 2008).

Os princípios e diretrizes que norteiam a RENAST são coincidentes com os da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e podem ser resumidos em: I) atenção integral à Saúde dos Trabalhadores; II) articulação intra e intersetoriais; III) informações em Saúde do Trabalhador; IV) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas; V) capacitação permanente em Saúde do Trabalhador; e VI) participação da comunidade na gestão das ações em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2004).

Por conseguinte, é importante destacar a participação dos trabalhadores, considerada essencial para a identificação dos fatores de risco presentes no trabalho e das repercussões destes sobre o processo saúde-doença, bem como para a transformação das condições geradoras de acidentes e doença, como afirmam Dias e Hoefel (2005) ao problematizarem a estratégia da RENAST para a atenção à saúde do trabalhador no SUS. Além disso, as diretrizes e princípios já ressaltados devem nortear os procedimentos e atuação profissional no campo, direcionando práticas com vistas a promover e assegurar o bem-estar dos trabalhadores.

Formação em Psicologia: adequada para a atuação em Saúde do Trabalhador?

A atuação do psicólogo no Brasil tem sido importante objeto de reflexão, em especial no tocante aos questionamentos de sua prática, muitas vezes fruto de uma formação deficitária e reducionista. Nesse sentido, segundo observa Bernardes (2012), as instituições formadoras são reprodutoras de modelos básicos de atuação centrados nas atividades clínicas de consultório particular, dentro de uma perspectiva de formação de profissionais liberais. Geralmente, as dificuldades para uma formação generalista persistem, restando ao graduando optar por uma ou duas especialidades para seu aperfeiçoamento e desenvolvimento do estágio curricular obrigatório (LISBOA; BARBOSA, 2009).

Por conseguinte, constata-se que a formação predominantemente especialista tende a levar o profissional a experimentar limitações para relacionar os diversos saberes da Psicologia, bem como para atuar em contextos que fogem à regra dos procedimentos comumente aplicados nos domínios da área clínica, como pode ser o caso dos psicólogos que têm sua atuação voltada para a saúde do trabalhador. Pode-se citar, como exemplos, a incoerência nas técnicas desempenhadas, nos métodos de avaliação e diagnóstico, nas ações de prevenção de acidentes de trabalho e de promoção de saúde, caracterizando abordagens superficiais que desconhecem as reais dificuldades dos contextos e situações de trabalho (VIEIRA; BARROS; LIMA, 2007).

A respeito do exercício profissional do psicólogo do trabalho e das organizações, o estudo de revisão teórica de Coelho-Lima, Costa e Yamamoto (2011) evidencia que a atuação permanece restrita a um fazer prático e tecnicista, e não a pressupostos ético-políticos, pre-

valecendo o persistente compromisso com a regulação dos trabalhadores para a promoção da produtividade, a necessária atualização teórica e prática na formação e a prioridade dos currículos para disciplinas e conteúdos eminentemente clínicos, por exemplo. Tal conjuntura revela a necessidade de inovações tanto na formação como na atividade profissional, tendo em vista a estática permanência do psicólogo nos níveis técnicos de ação, como também sua dificuldade para intervir efetivamente em situações que abarquem a saúde do trabalhador.

De todo modo, é preciso reconhecer que o movimento de ruptura com a função reprodutora de objetivos técnicos, que por muito tempo tem delineado e delimitado a prática do psicólogo nos contextos de trabalho, já está em curso. Como sugere Bastos e Galvão-Martins (1990), por ser igualmente profissional de saúde e especialista em relações sociais, o psicólogo necessita lidar com o comportamento humano em suas instâncias individuais e coletivas e, por isso, deve estar profissionalmente preparado para manejar métodos e técnicas de investigação-intervenção dos problemas psicossociais inevitáveis nos diversos contextos de trabalho, principalmente quando o assunto traz à tona questões relativas à saúde nesses ambientes.

Psicossociologia: uma abordagem possível

A Psicossociologia constitui o conjunto de teorias que amparam as Clínicas do Trabalho; nesta abordagem a ênfase recai sobre os aspectos recíprocos entre o indivíduo e o coletivo, o psíquico e o social. “Considera ainda que os grupos, as organizações e as instituições são mediadores da vida pessoal dos indivíduos e são criados, regidos e transformados por eles” (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011, p. 11). Tal abordagem lança mão de relevantes dispositivos participativos de análise da mudança social, colocando a atividade no centro da intervenção e contribuindo para a compreensão dos processos grupais, das organizações e das instituições.

Bendassolli e Soboll (2011) destacam sua contribuição no tocante à definição de “organização”, a qual inclui elementos técnicos e normativos, característicos de uma dimensão simbólica e outra imaginária, bem como uma dimensão relativa à “instituição”, definida como um conjunto de signos e de símbolos, de representações e de regras, produto das práticas das relações humanas. Nestas contribuições, é possível identificar claramente aspectos que subsidiam a compreensão da natureza dos vínculos que os indivíduos estabelecem com as instituições e as organizações, com reflexos nas questões de trabalho, atribuindo a tais organismos sociais (grupos, organizações e instituições) o papel de mediador, de transformador da vida pessoal dos sujeitos.

Destarte, tem-se que o objeto de estudo e de intervenção da Psicossociologia é o sujeito no quadro da vida cotidiana. Enquanto intervenção, a abordagem se preocupa em desenvolver o papel do pesquisador-interventor, voltando-se principalmente para a transformação dos organismos sociais. Notadamente, o sujeito é encarado como protagonista da construção de sentido e de mudanças, havendo valorização dos saberes individuais e coletivos

nas situações do cotidiano. Conforme observa Carreteiro e Barros (2014), todo trabalho só pode ser efetivado se os que dele participam forem vistos como sujeitos ativos, capazes de produzir sentidos e ações para as situações nas quais estão envolvidos.

No tocante a sua aplicabilidade, a Psicossociologia oferece um conjunto de recursos essenciais para os campos da investigação e da ação, constituído pela articulação entre campo social, condutas humanas e vida psíquica (LHUILIER, 2014). Considerando que esta abordagem pressupõe uma demanda advinda de contextos sociais e não individuais, priorizando, deste modo, os coletivos, técnicas como observação, questionários, entrevistas e grupos de discussão sobre situações de trabalho configuram-se como os dispositivos de análise e intervenção geralmente utilizados, fundamentados por contribuições de diversos campos do conhecimento, a exemplo da Psicologia e das Ciências Sociais.

Mediante o exposto, este estudo buscou identificar, através de uma revisão integrativa da literatura, se a atuação do psicólogo no campo Saúde do Trabalhador tem contemplado os pressupostos da abordagem psicossociológica. Nosso objetivo seguiu para além da necessidade de evidenciar tais dimensões referentes à temática, uma vez que é igualmente nossa pretensão contribuir para o conhecimento relativo às práticas em saúde que vêm sendo desenvolvidas pelo psicólogo nas situações e ambientes de trabalho, as quais ainda carecem de maior divulgação científica e problematizações teórico-metodológicas.

Método

A revisão integrativa é definida por Souza, Silva e Carvalho (2010) como uma abordagem metodológica de grande importância para o campo da saúde, uma vez que sintetiza as pesquisas disponíveis acerca de determinado(s) fenômeno(s), podendo direcionar ou reorientar práticas com base em fundamentos científicos. Assim, partindo da análise de estudos relevantes, é possível construir sínteses com significativo acúmulo de informações, bem como apontar sugestões de novas pesquisas para aprimoramento da temática.

Seguindo os fundamentos da revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008), após identificação do tema, definição de objetivos, descritores e plano de trabalho, foi realizada a escolha das bases de dados SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde). Tal critério de escolha considerou o fato de tais bases reunirem fontes de dados científicos consistentes, significativos e de abrangência global.

A coleta dos dados ocorreu no período de dezembro/2015 a março/2016, adotando o levantamento bibliográfico como técnica de coleta de dados que consiste num apanhado geral dos principais trabalhos já realizados, revestidos de importância, capazes de fornecer dados atuais e relevantes relacionados ao tema investigado. Como estratégia de busca, utilizou-se a seguinte combinação de descritores: saúde do trabalhador

e psicologia; saúde do trabalhador e psicossociologia; atuação do psicólogo e psicossociologia; atuação do psicólogo e saúde do trabalhador.

O passo seguinte foi colocar em prática os critérios para inclusão e exclusão dos estudos encontrados na literatura, considerando que, no levantamento inicial, foi constatado um total de 469 publicações. Dentre elas, uma quantidade expressiva carecia de uma relação satisfatória com os termos pesquisados, dado que os filtros captam o máximo de informações relacionadas aos descritores pesquisados, apresentando estudos variados que por vezes fogem ao objetivo proposto e/ou não contemplam o tema central da pesquisa. Mediante tal situação, os critérios inclusivos adotados para reunir as publicações condizentes com a proposta da presente revisão foram:

- Inclusivos: período de publicação atual, considerando o intervalo de 2010 a 2015; artigos que priorizavam articulações entre as combinações dos descritores; e pertinência do estudo para o objetivo proposto na revisão.
- Exclusivos: artigos repetidos nos modos de busca utilizados; revisões integrativas da literatura, teses e dissertações; e demais publicações que não apresentaram relevância para o objetivo proposto.

A aplicação de tais critérios resultou na pré-seleção de 46 artigos, levando-se em conta a leitura do título e do respectivo resumo, a fim de que a seleção fosse a mais direcionada e consistente possível. As etapas posteriores incidiram em definir informações a serem extraídas para categorização, avaliar criticamente os estudos incluídos na revisão integrativa, interpretar os resultados e, por fim, discutir e apresentá-los sob a forma de síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Resultados

Durante a extração das informações e construção da planilha de registro, dos 46 artigos pré-selecionados 15 compuseram o conjunto final para análise na íntegra (Tabelas 1 e 2). Destes, inicialmente observou-se a variedade de referenciais teórico-metodológicos, abrangendo desde revisões teóricas, relatos de experiência e estudos de caso até pesquisas de cunho quantitativo e qualitativo. Nesse sentido, é possível conjecturar que o campo da Saúde do Trabalhador vem sendo abordado sob diversas vertentes, em especial no tocante à atuação do psicólogo e à apreensão da saúde e do trabalho enquanto fenômenos multifacetados.

Ademais, cabe sinalizar a nítida barreira em identificar pressupostos da abordagem psicossociológica conforme o objetivo proposto, o que, por um lado, evi-

Tabela 1. Artigos selecionados pela SciELO

Nº	Ano	Título	Autores	Periódico	Tipo de estudo
1	2010	Psicologia e Profissão: neurose profissional e a atuação do psicólogo organizacional frente à questão.	SANTOS, L. C. et al.	Psicologia, Ciência e Profissão	Revisão teórica
2	2010	Fadiga no trabalho: como o psicólogo pode atuar?	OLIVEIRA, J. R. S. et al.	Psicologia em Estudo	Revisão teórica
3	2011	Resiliência no trabalho contemporâneo: promoção e/ou desgaste da saúde mental.	RIBEIRO, A. C. A.; et al.	Psicologia em Estudo	Revisão teórica
4	2012	Políticas públicas em saúde mental e trabalho: desafios políticos e epistemológicos.	NARDI, H. C.; RAMMINGER, T.	Psicologia, Ciência e Profissão	Revisão teórica
5	2013	Ampliando o diálogo entre trabalhadores e profissionais de pesquisa: alguns métodos de pesquisa-intervenção para o campo da Saúde do Trabalhador.	RAMMINGER, T.; ATHAYDE, M. R. C.; BRITO, J.	Ciência & Saúde Coletiva	Revisão teórica
6	2013	Grupo dos Novos: relato de uma experiência de estágio com grupos de acolhimento de trabalhadores em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Ceresst).	IMBRIZI, J. M.; KEPLER, I. L. S.; VILHANUEVA, M. S.	Revista Brasileira de Saúde Ocupacional	Relato de experiência
7	2015	A supervisão enquanto dispositivo: narrativa docente do estágio profissional em psicologia do trabalho.	DUARTE, D. A.	Interface – Comunicação, Saúde, Educação	Relato de experiência

denciou a escassez do conhecimento e a necessidade de maior investimento na temática e, por outro, demandou certo empenho e algumas limitações na escolha do material para compor a presente revisão integrativa.

Para uma análise mais detalhada e consistente, os estudos selecionados foram categorizados com base nas temáticas abordadas e agrupados em três categorias, quais sejam: campo da Saúde do Trabalhador, contendo os artigos de numeração 10, 11 e 12; aspectos teórico-metodológicos presentes no campo, composta pelos estudos numerados por 3, 4, 5, 7, 8 e 9; e atuação do psicólogo em saúde do trabalhador, incluindo os demais achados, identificados pelos números 1, 2, 6, 13, 14 e 15. A seguir, serão apresentadas as discussões correspondentes a cada uma das categorias de análise, bem como apontadas algumas contribuições relevantes e/ou limitações dentre os estudos selecionados.

O estudo de Souto, Batista e Batista (2014) faz ponte com a problemática da formação em Psicologia, em especial no tocante às experiências práticas desenvolvidas no âmbito do SUS, onde se localizam algumas ações interventivas em saúde do trabalhador. Tais autores, analisando a proposta da educação interprofissional, situam-na como ideal para uma formação que priorize o trabalho em equipe, a comunicação interprofissional e a abordagem integral ao sujeito, reunindo assim premissas e princípios que devem ser norteadores das práticas em saúde pública.

Tendo como pano de fundo a Psicologia e o trabalho não regulado, Sato (2013) evidencia a necessidade de incluir, devidamente, a atenção à saúde do trabalhador na política de saúde pública, além do aprimoramento dos estudos sobre desemprego, atividades informais e as ditas profissões esquecidas. Por fim, a realidade dos jovens

Tabela 2. Artigos selecionados pela LILACS

Nº	Ano	Título	Autores	Periódico	Tipo de estudo
8	2011	Demanda por grupos, psicologia e controle.	SANTOS, A. O.; CASTRO, E. O.	Psicologia & Sociedade	Relato de experiência
9	2013	Olhar de dirigentes sindicais sobre qualidade de vida no trabalho e mal-estar no trabalho.	TODESCHINI, R.; FERREIRA, M. C.	Estudos de Psicologia	Estudo descritivo-exploratório
10	2013	Recuperando o tempo perdido: a psicologia e o trabalho não regulado.	SATO, L.	Cadernos de Psic. Social do Trabalho	Revisão teórica
11	2014	A educação interprofissional na formação em Psicologia.	SOUTO, T. S.; BATISTA, S. H.; BATISTA, N. A.	Psicologia, Ciência e Profissão	Pesquisa de campo quanti-qualitativa
12	2014	Jovens trabalhadoras e o sofrimento ético-político.	DIAS, M. D. A.	Psicologia & Sociedade	Estudo de caso
13	2014	A escuta do sofrimento psíquico relacionado ao trabalho.	SILVEIRA, L. C.; FEITOSA, R. M. M.; PALÁCIO, P. D. B.	Psicologia em Revista	Estudo de caso
14	2014	Perícia psicológica no âmbito do trabalho: atuação numa diretoria de saúde do servidor.	SILVA, M. P.; SILVA, R. M.; SILVA, J. K. B.	Psicologia Argumento	Estudo descritivo exploratório
15	2015	Aspectos da prática clínica em Psicologia dirigida à reabilitação de trabalhadores.	BIASI, E. Y.; RUMIN, C. R.	Psicologia, Ciência e Profissão	Estudo de caso

Discussão

Categoria 1: Campo da Saúde do Trabalhador

Nesta categoria constam 3 artigos que, de modo geral, problematizam o campo da Saúde do Trabalhador enquanto campo de pesquisa e de atuação imbricado de múltiplas dimensões e desafios, no sentido de compreendê-lo para transformá-lo. Cabe salientar, mediante a quantidade de artigos presentes na categoria, os entraves para localizar interfaces do campo com a atuação ou mesmo com a própria Psicologia, embora existam algumas contribuições a serem consideradas.

que trabalham em sua relação com questões de saúde e formação para o futuro é discutida por Dias (2014), com base numa perspectiva da Psicologia Sócio-Histórica. As análises levaram a autora a concluir que a inclusão destes sujeitos no processo de produção apresenta, por vezes, o sentido de sofrimento ético-político, caracterizando uma inclusão perversa que afeta diretamente a saúde dos jovens trabalhadores.

Categoria 2: Aspectos teórico-metodológicos presentes no campo

Nessa categoria, os seis artigos analisados apresentam diversidade na definição dos aportes teóricos, bem como no que se refere às metodologias utilizadas. Pode-se afirmar que esta realidade corrobora as características do próprio campo da Saúde do Trabalhador, como refere Duarte (2015) ao mencionar o desdobramento conceitual que remete à definição desse campo que, por ter abrangência intrassetorial e intersectorial, demanda uma abordagem interdisciplinar e multiprofissional capaz de conjugar saberes diversos, tanto em nível científico quanto do próprio trabalhador.

Lacaz (2007) afirma que o campo é constituído sob a influência de três vetores: a produção acadêmica, a programação em saúde na rede pública e o movimento dos trabalhadores, particularmente a partir dos anos de 1980. Esses vetores conferem dinamicidade ao campo de Saúde do Trabalhador. O autor discute que no vetor da produção acadêmica há maior incorporação de saberes da saúde ocupacional, o que metodologicamente se reflete em reducionismo nas políticas, práticas e produções do campo, que sofre também com o retrocesso do movimento de organização dos trabalhadores no Brasil a partir da década de 1980 (LACAZ, 2007).

Ramminger, Athayde e Brito (2013), ao se debruçarem sobre pesquisa-intervenção em Saúde do Trabalhador, discorrem sobre alguns métodos que enfatizam formas coletivas e compartilhadas de análise das relações que se estabelecem no e com o trabalho, em relação sinérgica com a experiência dos protagonistas deste, tomando como referência a ‘enquete operária’ de Karl Marx, contribuições de algumas Clínicas do Trabalho – considerando-se a presença de afinidades teórico-metodológicas e diferenças – como o Modelo Operário Italiano de luta pela saúde, a Ergonomia da Atividade e a Psicodinâmica do Trabalho. Segue-se a estes a proposta avançada pela Ergologia – o dispositivo dinâmico de três polos – e uma de suas configurações que vem sendo desenvolvida no Brasil, a Comunidade Ampliada de Pesquisa (RAMMINGER; ATHAYDE; BRITO, 2013).

Os trabalhos de Ribeiro et al. (2011) e Todeschini e Ferreira (2013), por sua vez, trazem em seu bojo aspectos teóricos bastante atuais, considerando que tratam da saúde do trabalhador a partir de conceitos como resiliência, qualidade de vida e mal-estar no trabalho. Os estudos citados privilegiam uma reflexão acerca das repercussões da reestruturação produtiva e seus impactos na saúde do trabalhador. Nesta direção, Ribeiro et al. (2011) enfatizam o papel da resiliência para a saúde ou o adoecimento dos trabalhadores.

Já os achados de Todeschini e Ferreira (2013), voltados para qualidade de vida e saúde no trabalho, apontam a força sindical como instrumento de intervenção e de defesa do bem-estar dos trabalhadores no seu ambiente ocupacional e resgatam a importância das mobilizações da classe operária para ações mais efetivas em prol da saúde nesses ambientes. Para esses autores, os resultados

encontrados forneceram bases empíricas para a formulação de recomendações em Ergonomia, visando prevenir as fontes de mal-estar no trabalho. Ademais, foram reforçadas as bases teóricas da Abordagem de Ergonomia da Atividade Aplicada à Qualidade de Vida no Trabalho (EAA-QVT) e o desenho de subsídios para a formulação de políticas públicas neste campo (TODESCHINI; FERREIRA, 2013).

Ao narrar a experiência de supervisão do estágio profissional em Psicologia do Trabalho, Duarte (2015) apresenta a supervisão enquanto dispositivo, ao discorrer sobre o quadro teórico-conceitual que norteou a atuação, bem como a metodologia utilizada. A autora relata que, no decorrer da experiência do estágio, diversas abordagens foram utilizadas numa perspectiva interdisciplinar, sendo estabelecido, como eixo transversal, um arcabouço dialógico que não ignora as divergências e especificidades das correntes teóricas, mas que as trabalha a fim de operar na prática. Entre tais correntes teóricas destacam-se: as Clínicas do Trabalho, com ênfase na Psicodinâmica do Trabalho e na Psicossociologia; a Análise Institucional; a Política Nacional de Humanização (PNH) e seus princípios de transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão, protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos; e os princípios da saúde pública: universalidade, integralidade e equidade (DUARTE, 2015).

Focando técnicas voltadas aos coletivos, o artigo de Santos e Castro (2011) reflete sobre uma capacitação para o trabalho grupal de equipes de Unidades Básicas de Saúde (UBS). A demanda espontânea, a participação do coletivo, a análise institucional e os aspectos micro e macrosociais remetem aos pressupostos da Psicossociologia, embora não se faça referência explícita à abordagem. O relato do processo de capacitação leva os autores a afirmarem que, talvez pela primeira vez, os sujeitos puderam se perceber como trabalhadores do social, em vez de meros instrumentos do Estado.

Por fim, o último artigo que compôs esta categoria versou sobre as políticas públicas em saúde mental e trabalho. Os autores partem de uma descrição analítica das Conferências Nacionais Brasileiras de Saúde do Trabalhador (CNBST), evidenciando os desafios políticos e epistemológicos que atravessam as formas de legitimação dos saberes-verdades nos campos da Saúde do Trabalhador e da Saúde Mental (NARDI; RAMMINGER, 2012). Ao problematizarem sobre o tema proposto, os autores fazem emergir discussões relevantes sobre os aspectos institucionais e políticos, sobre as questões psicossociais e condições de vida e trabalho dos indivíduos. Nesse sentido, percebem-se aspectos que apontam para uma visão psicossociológica das questões relacionadas ao trabalho e à saúde do trabalhador, contudo, como referido acerca do estudo de Santos e Castro (2011), não há uma alusão direta à abordagem, percebendo-se que parte de seus pressupostos estão presentes apenas nos meandros desses estudos.

Categoria 3: Atuação do psicólogo em saúde do trabalhador

A última categoria reúne seis artigos que caracterizam posturas profissionais do psicólogo nas situações e ambientes de trabalho, com ênfase nas intervenções em saúde do trabalhador. De modo geral, existe consenso com relação às atividades de promoção de saúde, prevenção de doenças e reabilitação, uma vez que elas se configuram pilares centrais da atuação do psicólogo, seja nas instituições de trabalho ou mesmo quando este recebe encaminhamentos para atendimento em consultório ou unidades especializadas.

Os resquícios da formação predominantemente clínica podem ser observados nas práticas da psicoterapia individual, anamneses e escutas clínicas citadas nos estudos de Biasi e Rumin (2015) e de Silveira, Feitosa e Palácio (2014), como intervenções pautadas na Psicodinâmica do Trabalho e na clínica psicanalítica. Outras atividades, como avaliação psicológica, elaboração de documentos psicológicos, análises documentais, perícia móvel, estabelecimento de dano psicológico e aconselhamento, também foram observadas mediante análise do processo de perícia psicológica no âmbito do trabalho (SILVA; SILVA; SILVA, 2014).

Tomando por base intervenções mais pontuais em decorrência de síndromes como neurose profissional e fadiga no trabalho, Santos et al. (2010) e Oliveira et al. (2010) corroboram a importância do diagnóstico para o estabelecimento donexo causal bem como para a identificação das situações conflituosas e potencialmente perigosas à saúde física e mental dos trabalhadores. Para tais autores, a atuação deve ultrapassar o tripé tradicional (seleção, recrutamento e treinamento), congregando ações preventivas, remediadoras, análises ergonômicas, participação/planejamento nos programas de promoção de saúde no trabalho e vistorias mais eficazes.

Muito embora se tenha um panorama de atuações predominantemente marcadas por práticas clínicas, psicoterápicas, individualizantes e sustentadas por técnicas de cunho psicométrico e psicanalítico, o último estudo citado nesta categoria aborda outra perspectiva: intervenção em grupos de acolhimento num Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST/SP). Dessa forma, Imbrizi, Keppler e Vilhanueva (2013) apresentam atividades desenvolvidas com foco em promoção de saúde, como análises das condições de trabalho, observação da dinâmica institucional, visitas com fins de divulgação dos serviços do CEREST e rodas de conversa para acolhimento dos trabalhadores. Nesse caso, o diferencial está na intervenção coletiva que busca quebrar o paradigma do modelo clínico e dos serviços centrados no médico, além de mobilizar o trabalhador como sujeito participativo e transformador do seu contexto de trabalho.

Por conseguinte, observa-se que os fundamentos da Psicossociologia não vêm sendo nitidamente contemplados na atuação do psicólogo em saúde do trabalhador, tampouco são citados dentre os estudos que compõem a presente categoria. Conforme exposto, as intervenções

têm se apoiado nos preceitos da Psicodinâmica do Trabalho, da Psicanálise e da Ergonomia da Atividade, bem como têm sido basicamente voltadas às ações de prevenção e reabilitação do trabalhador.

Não obstante, cabe sinalizar sutis contribuições da abordagem no tocante ao trabalho realizado no CEREST (IMBRIZI; KEPPLER; VILHANUEVA, 2013), como, por exemplo, na dinâmica da análise institucional e na intervenção nos grupos de discussão sobre saúde e trabalho (rodas de conversa para acolhimento). Ainda assim, foi possível identificar uma lacuna relativa a tais contribuições, tendo em vista as publicações analisadas. Esta lacuna se expande, sobretudo, nas intervenções clínicas predominantemente individualizadas, quando as demandas coletivas e os riscos psicossociais são quase sempre ignorados.

Considerações finais

Os artigos analisados nessa revisão integrativa permitiram identificar a ausência de referências à Psicossociologia quanto à atuação do psicólogo em saúde do trabalhador. Outro aspecto relevante que pode ser observado diz respeito à formação ainda expressivamente voltada aos moldes clínicos e ao atendimento individualizado. No que se refere à intervenção, a Psicodinâmica do Trabalho e a clínica psicanalítica encontram lugar de destaque. Provavelmente, a formação em Psicologia pode estar delimitando a intervenção aos moldes da clínica psicanalítica, além da valorização de fatores de cunho operacional e técnico, tendo em vista as produções analisadas.

Considera-se pertinente ressaltar que, mesmo não havendo uma alusão direta à abordagem psicossociológica, nos estudos de Santos e Castro (2011) e de Nardi e Ramming (2012) foi possível encontrar aspectos congruentes com os princípios desta abordagem, evidenciando-se uma visão psicossociológica das questões relacionadas ao trabalho e à saúde do trabalhador. No relato de experiência elaborado por Imbrizi, Keppler e Vilhanueva (2013), foram identificados subsídios mais consistentes da Psicossociologia, uma vez que as intervenções conduzidas coletivamente em prol da saúde buscaram mobilizar o trabalhador como sujeito ativo e transformador do seu contexto de trabalho.

Reconhecendo que, neste estudo de revisão, foi predominante a escassez de publicações científicas que contemplassem devidamente o uso da abordagem psicossociológica como amparo teórico-metodológico para a atuação do psicólogo nos contextos de trabalho, torna-se pertinente sugerir que tal abordagem, dada sua relevância para a compreensão dos processos grupais, das organizações e das instituições, seja preconizada em pesquisas futuras, mesmo que em condição dialógica com outras perspectivas. É dessa forma que Duarte (2015) menciona tê-la utilizado na sua experiência como supervisora de estágio profissional em Psicologia do Trabalho.

Não obstante, considera-se a ressalva de que a produção do conhecimento em Psicologia, saúde e trabalho não se limita à sua aparição em periódicos de destaque, podendo ocorrer também em distintos espaços sociais. Tomando por pressupostos os limites impostos à abrangência do

presente trabalho, espera-se minimamente que, no tocante às possibilidades de generalização, os resultados possam extrair importantes análises da produção científica brasileira e, conseqüentemente, contribuir para o debate sobre a temática, visando à construção, aperfeiçoamento e transformação das práticas em saúde do trabalhador.

A título de recomendação, ressalta-se a importância de um repensar das práticas do psicólogo nos âmbitos institucional e social no sentido de fomentá-las a partir do uso dos pressupostos da Psicossociologia, uma vez que eles ressaltam o protagonismo dos trabalhadores na construção de sentidos relacionados ao trabalho e à percepção das vivências de saúde. Como protagonista, o sujeito é levado a ser um agente ativo na construção dos coletivos, seu fortalecimento e transformação social.

Certamente, não estamos propondo a Psicossociologia como ‘ferramenta de salvação’, mas alertamos para o fato de se repensar sua aplicabilidade e necessidade de expansão, levando-se em conta que, no âmbito do trabalho, ela viabiliza a compreensão do sujeito na pluralidade dos contextos sociais nos quais está inserido, apontando para a possibilidade de concebê-lo como agente interventor e ativamente capaz de modificar a realidade, tendo em vista sua proposta de articulação entre campo social, condutas humanas e vida psíquica.

Informações sobre as autoras:

Helyssa Luana Lopes

 <https://orcid.org/0000-0002-4551-211X>

 <http://lattes.cnpq.br/3749714415831762>

Possui graduação em Psicologia e mestrado em Psicologia da Saúde pela Universidade Estadual da Paraíba (2012 e 2017, respectivamente), ambos com ênfase em organizações e trabalho. Atuou como professora substituta do Departamento de Psicologia na Universidade Estadual da Paraíba. Tem experiência como supervisora de estágio na área de gestão com pessoas, processos subjetivos e intersubjetivos no mundo do trabalho. Coordenou projeto de pesquisa e extensão voltado ao público adolescente, com foco no desenvolvimento de habilidades sociais e estratégias psicoeducativas. Principais temas e áreas de atuação: psicologia organizacional, saúde mental e trabalho, avaliação psicológica, orientação vocacional e profissional, desenvolvimento humano e psicologia da saúde.

Paula Ramos Oliveira Andrade

 <https://orcid.org/0000-0002-3662-8604>

 <http://lattes.cnpq.br/0181837984284492>

Psicóloga. Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental - UNICORP (em andamento). Mestre em Psicologia da Saúde - PPGPS/UEPB. Especialista em Gestão de Recursos Humanos - UEPB.

Valéria Moraes da Silveira Sousa

 <https://orcid.org/0000-0002-9609-7083>

 <http://lattes.cnpq.br/7906164516645705>

Mestrado em Psicologia da Saúde pela Universidade Estadual da Paraíba (2017), graduação em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba - UEPB (2002) - Hab. em Formação de Psicólogo e Licenciatura Plena em Psicologia. Especialista em Recursos Humanos pela Universidade Estadual da Paraíba (2005). Atua com ênfase em Psicologia do Trabalho e Organizacional, principalmente nos seguintes temas: saúde do trabalhador, gestão de pessoas.

Maria Teresa Pires Costa

 <https://orcid.org/0000-0001-9335-3937>

 <http://lattes.cnpq.br/2406703224108111>

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1994), Mestrado em Administração pela Universidade Federal da Paraíba (2001), Doutorado em Psicologia, estudando Condições de Trabalho e Saúde do Trabalhador, pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (2012) e Pós-Doutorado em Psicologia da Saúde pela Universidade Estadual da Paraíba. Atualmente é professora efetiva do Departamento de Administração Pública e Gestão Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, docente e coordenadora do Mestrado em Gestão Pública do Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública do CCSA e do curso de graduação em Administração. Tem experiência na área de Gestão Pública, Gestão de Pessoas, Gestão em Saúde e em Saúde Coletiva com ênfase na Política de Saúde do Trabalhador, tendo participado no período de 2012 a 2014 do Grupo Articulador do Projeto Vidas Paralelas - PVP-RN, iniciativa conjunta dos Ministérios da Saúde e Cultura, coordenado nacionalmente pela UNB. Atuou ainda como docente na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil do Hospital Universitário Ana Bezerra no período de 2011 a 2015.

Contribuições das autoras:

Todas as autoras colaboraram ao longo do processo, desde a elaboração até a revisão final do manuscrito. As autoras aprovaram o manuscrito final para publicação.

Como citar este artigo:

ABNT

LOPES, Helyssa Luana et al. Atuação do psicólogo em saúde do trabalhador na perspectiva psicossociológica. *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói, v. 32, n. 1, p. 72-81, jan./abr. 2020. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5694>

APA

Lopes, H. L., Andrade, P. R. O., Sousa, V. M. S., & Costa, M. T. P. (2020, Janeiro/Abril). Atuação do psicólogo em saúde do trabalhador na perspectiva psicossociológica. *Fractal: Revista de Psicologia*, 32(1), 72-81. doi: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5694>

Referências

- ALVES, Giovanni; VIZZACCARO-AMARAL, André Luís; MOTA, Daniel Pestana. *Trabalho e saúde: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no século XXI*. São Paulo: LTr, 2011.
- ANTUNES, Ricardo; ALVES, Giovanni. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v25n87/21460.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2015.
- BASTOS, Antônio Virgílio Bittencourt; GALVÃO-MARTINS, Ana Helena Caldeira. O que pode fazer o psicólogo organizacional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 10, n. 1, p. 10-18, 1990. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v10n1/05.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2015.
- BENDASSOLLI, Pedro Fernando; SOBOLL, Lis Andréa Pereira. *Clínicas do Trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Atlas, 2011.

- BERNARDES, Jefferson de Souza. A Formação em Psicologia após 50 anos do primeiro Currículo Nacional da Psicologia: alguns desafios atuais. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 32, n. spe., p. 216-231, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v32nspe/v32speca16.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2015.
- BIASI, Evelyn Yamashita; RUMIN, Cassiano Ricardo. Aspectos da prática clínica em Psicologia dirigida à reabilitação de trabalhadores. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 35, n. 4, p. 1350-1365, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001922013>
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS*. Brasília: MS, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 22 jan. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002*. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast). Caderno de Legislação em Saúde do Trabalhador. 2. ed. Brasília: MS, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012*. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, nº 165, Seção I, p. 46-51, 24 de agosto de 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 12 de jan. 2016.
- CARRETEIRO, Teresa Cristina Othênio; BARROS, Vanessa Andrade. Intervenção psicossociológica. In: BENDASSOLLI, Pedro Fernando; SOBOLL, Lis Andréa Pereira. (Org.). *Métodos de pesquisa e intervenção em psicologia do trabalho*. São Paulo: Atlas, 2014. p. 101-128.
- COELHO-LIMA, Fellipe; COSTA, Ana Ludmila Freire; YAMAMOTO, Oswaldo Hajime. O exercício profissional do psicólogo do trabalho e das organizações: uma revisão da produção científica. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, Florianópolis, v. 11, n. 2, p. 21-35, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v11n2/v11n2a03.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2016.
- CREPOP. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. *Saúde do Trabalhador no âmbito da Saúde Pública: referências para atuação do(a) psicólogo(a)*. Brasília: CFP, 2008.
- DIAS, Elizabeth Costa; HOEFELI, Maria da Graça. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817-827, 2005. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2005.v10n4/817-827/pt>. Acesso em: 22 de jan. 2020.
- DIAS, Maria Dionísia Amaral. Jovens trabalhadoras e o sofrimento ético-político. *Psicologia & Sociedade*, Florianópolis, v. 26, n. 2, p. 93-102, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822014000600010>
- DUARTE, Daniele Almeida. A supervisão enquanto dispositivo: narrativa docente do estágio profissional em psicologia do trabalho. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 133-144, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0170>
- GOMEZ, Carlos Minayo. Campo da saúde do trabalhador: trajetória, configuração e transformações. In: GOMEZ, Carlos Minayo; MACHADO, Jorge Mesquita Huet; PENA, Paulo Gilvane Lopes. (Org.). *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 23-34.
- GOMEZ, Carlos Minayo; LACAZ, Francisco Antônio de Castro GOMEZ. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400002>
- IMBRIZI, Jaquelina Maria; KEPPLER, Isabel Lopes dos Santos; VILHANUEVA, Marcelo Soares. Grupo dos Novos: relato de uma experiência de estágio com grupos de acolhimento de trabalhadores em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest). *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 38, n. 128, p. 302-314, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572013000200017>
- LACAZ, Francisco Antônio de Castro. O Campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400003>
- LHUILIER, Dominique. Introdução à psicossociologia do trabalho. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, v. 17, num. esp., p. 5-19, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpst/v17nspe/a03v17nspe.pdf>. Acesso em: 22 de jan. 2020.
- LISBOA, Felipe Stephan; BARBOSA, Altemir José Gonçalves. Formação em Psicologia no Brasil: um perfil dos cursos de graduação. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 29, n. 4, p. 718-737, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932009000400006>
- MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- NARDI, Henrique Caetano; RAMMINGER, Tatiana. Políticas públicas em saúde mental e trabalho: desafios políticos e epistemológicos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 32, n. 2, p. 374-387, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000200008>
- NELI, Marcos Acácio. *Reestruturação produtiva e saúde do trabalhador: um estudo com trabalhadores de uma indústria avícola*. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil, 2006.
- OLIVEIRA, Juliana Roman dos Santos; VIGANÓ, Magna Gabriella; LUNARDELLI, Maria Cristina Frollini; CANÊO, Luiz Carlos; GOULART JÚNIOR, Edward. Fadiga no trabalho: como o psicólogo pode atuar? *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, n. 3, p. 633-638, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722010000300021>
- RAMMINGER, Tatiana; ATHAYDE, Milton Raimundo Cidreira de; BRITO, Jussara. Ampliando o diálogo entre trabalhadores e profissionais de pesquisa: alguns métodos de pesquisa-intervenção para o campo da Saúde do Trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3191-3202, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001100010>

RIBEIRO, Ana Cláudia de Araújo; MATTOS, Beatriz Marques de; ANTONELLI, Carolina de Santi; CANÊO, Luiz Carlos; GOULART JÚNIOR, Edward. Resiliência no trabalho contemporâneo: promoção e/ou desgaste da saúde mental. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 16, n. 4, p. 623-633, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722011000400013>

SANTOS, Abrahão de Oliveira; CASTRO, Edson Olivari de. Demanda por grupos, psicologia e controle. *Psicologia & Sociedade*, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 325-331, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822011000200013>

SANTOS, Ludmilla Cristine; GOULART JÚNIOR, Edward; CANÊO, Luiz Carlos; LUNARDELLI, Maria Cristina Frollini; CARVALHO, Pérola Lozano Teixeira de. Psicologia e Profissão: neurose profissional e a atuação do psicólogo organizacional frente à questão. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 30, n. 2, p. 248-261, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932010000200003>

SATO, Leny. Recuperando o tempo perdido: a psicologia e o trabalho não regulado. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, v. 16, n. spe. 1, p. 99-110, 2013. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v16ispe1p99-110>

SELIGMANN-SILVA, Edith. *Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA, Mariana Pinheiro da; SILVA, Rosana Marques da; SILVA, Janaina Karpinski Baptista da. Perícia psicológica no âmbito do trabalho: atuação numa diretoria de saúde do servidor. *Psicologia Argumento*, Curitiba, v. 32, n. 79, p. 15-25, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-754708>. Acesso em: 12 abr. 2016.

SILVEIRA, Lia Carneiro; FEITOSA, Rúbia Mara Maia; PALÁCIO, Paula Danyelle Barros. A escuta do sofrimento psíquico relacionado ao trabalho: contribuições da psicanálise para o cuidado em saúde. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 19-33, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v20n1/v20n1a03.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2016.

SOUTO, Thamires da Silva; BATISTA, Sylvia Helena; BATISTA, Nildo Alves. A educação interprofissional na formação em Psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 34, n. 1, p. 32-45, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932014000100004>

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf. Acesso em: 15 fev. 2016.

TODESCHINI, Remígio; FERREIRA, Mário César. Olhar de dirigentes sindicais sobre qualidade de vida no trabalho e mal-estar no trabalho. *Estudos de Psicologia*, Brasília, v. 18, n. 2, p. 241-247, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n2/v18n2a09.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2016.

VIEIRA, Carlos Eduardo Carrusca; BARROS, Vanessa Andrade; LIMA, Francisco de Paula Antunes. Uma abordagem da psicologia do trabalho, na presença do trabalho. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 155-168, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v13n1/v13n1a10.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2016.

Fracasso escolar: naturalização ou construção histórico-cultural?

Silvia Nara Siqueira Pinheiro, ^{I, *} Maria Laura de Oliveira Couto, ^I
Hudson Cristiano Wander de Carvalho, ^I Henrique Siqueira Pinheiro, ^{II}

^I Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil

^{II} Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil

Resumo

O estudo objetiva investigar se o fracasso escolar continua sendo naturalizado. Para isso foi traçado o perfil social, educacional, emocional e neurológico de crianças atendidas no Projeto de Extensão “Avaliação e Intervenção em crianças com história de Fracasso Escolar”, desenvolvido em um Ambulatório de Neurodesenvolvimento. Foram analisados os prontuários de 13 crianças; utilizou-se o programa estatístico SPSSe análise temática. Verificou-se que as crianças apresentaram uma média de 10,3 anos, sendo a maior parte meninos (84,6%). A maioria (61,5%) com queixas relacionadas a problemas de aprendizagem e comportamento e fazendo uso de psicoestimulantes. As características são compatíveis com outros estudos realizados em instituições como clínicas-escola de diferentes regiões do Brasil. Constatou-se que os alunos ainda são responsabilizados pelo fracasso, atribuindo-se a este um caráter biológico, naturalizado, que, portanto, precisa ser medicalizado. Evidencia-se a necessidade da realização de estudos que investiguem como se produz a queixa do fracasso escolar.

Palavras-chave: fracasso escolar; características; psicologia histórico-cultural.

School failure: naturalization or historical- cultural construction?

Abstract

This study aimed to investigate whether school failure is still naturalized. For such, the social, educational, emotional and neurological profiles of children attended to by the Extension Project “Assessment and Intervention in Children with School Failure history”, developed at a Neurodevelopment Clinic, were outlined. The medical records of 13 children were analyzed, and the SPSS Statistics 22.0 software was used. The children averaged 10.3 years, most of whom (84.6%) were male. Most children (61.5%) had complaints related to learning and behavioral problems and were prescribed psychostimulants. The population covered by the project showed characteristics which were consistent with those described by other studies in institutions such as school clinics in different parts of Brazil. It was also found that students are still held responsible for failure, to which a biological character has been attributed, hence the need for medicalization. This research demonstrated the need for further studies to investigate how school failure complaints are established.

Keywords: school failure; characteristics; naturalization.

Introdução

De acordo com o censo escolar de 2018, existe, atualmente, um grande número de crianças frequentando a escola, visto que foram efetuadas 27,2 milhões de matrículas no ensino fundamental (INEP, 2018). Contudo, como afirmam Facci, Leonardo e Ribeiro (2014, p. 3), “o fato de que quase todas as crianças de seis a catorze anos estarem nas escolas, isso não garante a aprendizagem e o desenvolvimento, nem se traduz em oportunidade igual de escolarização para todos”.

Essa realidade pode ser evidenciada a partir dos últimos dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), coletados em 2016 (INEP, 2017). A prova de Avaliação Nacional de Alfabetização (ANA), construída para avaliar os níveis de alfabetização entre os alunos de final do 3º ano do ensino fundamental, foi aplicada em mais de dois milhões de alunos em 48 mil escolas públicas brasileiras. Os resultados indicam que 55% dos alunos no 3º ano do ensino fundamental das escolas públicas

brasileiras têm conhecimento insuficiente em matemática e leitura. O dado significa, por exemplo, que na matemática as crianças apresentam dificuldade para reconhecer figuras geométricas, o valor monetário de uma célula e contar objetos. Na leitura apresentam dificuldade para ler palavras com mais de uma sílaba e para identificar o assunto de um texto, mesmo estando no título. Na escrita, 34% das crianças avaliadas apresentam os piores índices, não sendo capazes de escrever as palavras de maneira alfabética e produzir textos ilegíveis. Estes resultados demonstram que o fracasso escolar encontra-se presente na realidade brasileira de maneira preocupante.

O fracasso escolar, segundo Patto (1990), caracteriza-se por diversos fenômenos educacionais, tais como: dificuldades na leitura, escrita e matemática, baixo rendimento, reprovação, repetência, defasagem idade-série, evasão, analfabetismo, entre outros. Facci, Leonardo e Ribeiro (2014, p. 5) afirmam que o motivo mais apontado pelos educadores como o responsável pelo fracasso escolar é o “aluno problema”, que é apresentado como portador de “distúrbios psicopedagógicos que podem ser de ordem cognitiva ou comportamental”. Assim, para os autores, parte desses alunos é encaminhada para profis-

*Endereço para correspondência: Avenida Duque de Caxias, 250 – Fraga-ta, Pelotas, RS – Brasil. CEP: 96030001. E-mails: silvianarapi@gmail.com, lauracouto@uol.com.br, hdsncarvalho@gmail.com, henriquepinhero@gmail.com
Os dados completos dos autores encontram-se ao final do artigo.



sionais da saúde, como psicólogos, neurologistas, fonoaudiólogos, entre outros. Como decorrência, é retirada do profissional da educação a responsabilidade de uma reflexão constante sobre a sua prática, visto que alunos problemas não têm solução.

Contribuindo com essa afirmação, Meira (2012a) considera que a Psicologia, assim como muitos educadores, também vem apresentando diversos argumentos para explicar o fracasso escolar, todos com centralidade no indivíduo, sem considerar o contexto sócio-histórico dos sujeitos. Da mesma forma, Garrido e Moysés (2010, p. 150) contribuem com essa reflexão ao afirmarem que é “cada vez mais aceita no Brasil a ideia de que as dificuldades escolares de uma criança são causadas por problemas de ordem médica”, o que, de certa forma, reforça a concepção de que existem crianças-problema, como citado anteriormente, que devem, portanto, ser encaminhadas para avaliação e tratamento médico, mais precisamente pelo neurologista, eximindo, assim, a escola de qualquer responsabilidade pela produção e procura de caminhos para a solução do fracasso escolar. Ou seja, o fracasso torna-se naturalizado, sendo visto a partir de um enfoque biológico, que, como decorrência, deve se medicado.

Contudo, existem autores que propõem uma visão diferente sobre o fracasso escolar, como é o caso de Patto (1990), Facci, Leonardo e Ribeiro (2014) e Meira (2012a), os quais se ancoram na psicologia histórico-cultural, principalmente na ideia de Vygotsky (1995), e entendem que este é um fenômeno multideterminado, que deve ser analisado por diversos ângulos, não somente a partir do sujeito e da família, mas a partir das relações e do contexto social. Dessa forma, o fracasso escolar não deve ser naturalizado, mas sim analisado dentro de um contexto social, político e econômico.

O presente trabalho tem por objetivo investigar se o fracasso escolar continua sendo naturalizado e medicalizado. Para isso será traçado o perfil social, educacional, emocional e neurológico de crianças atendidas no Projeto de Extensão “Avaliação e Intervenção em Crianças com História de Fracasso Escolar”. Este projeto é desenvolvido por estudantes do curso de psicologia em um ambulatório de neurodesenvolvimento do interior do Rio Grande do Sul, especializado no tratamento de crianças e adolescentes com transtornos do desenvolvimento neuropsicomotor, transtornos de aprendizagem e transtornos comportamentais.

Revisão da literatura

Pesquisas sobre as características das crianças que fracassam na escola e são encaminhadas para serviços de saúde, como clínicas universitárias de psicologia, são realizadas desde 1983. As características analisadas consistem basicamente em: sexo, idade, escolaridade, queixa, nível socioeconômico e tipo de escola, ou seja, se da rede pública ou privada. Algumas dessas pesquisas serão apresentadas a seguir.

Como citado anteriormente, a pesquisa realizada em 1983 por Marília Ancona Lopez (1986) evidenciou, pela primeira vez, os dados encontrados a respeito da clientela

atendida nas clínicas psicológicas da cidade de São Paulo, ligadas a cursos de Psicologia que eram reconhecidos pelo MEC em 1977. Nesse estudo, foram levantados 2.826 casos através do exame de fichas e prontuários das instituições citadas. Como resultado de seu levantamento, a autora encontrou uma predominância de crianças do sexo masculino na faixa etária dos 6 aos 15 anos (68,3%), com queixas de “distúrbios cognitivos”, sendo a maioria dos casos provenientes de encaminhamento (66%) em relação à busca espontânea. Como será exposto a seguir, estes resultados são semelhantes aos de pesquisas mais atuais, o que evidencia que as características das crianças que fracassam na escola parecem manter-se muito parecidas ao longo do tempo.

Os estudos de levantamento realizados em diferentes estados do Brasil apresentam, de modo geral, resultados bastante semelhantes, inclusive no que se refere às principais queixas atendidas nos serviços. Dentre os principais motivos de procura por atendimento estão as queixas escolares e os problemas de comportamento (LOPEZ, 1986; CAMPEZATTO; NUNES, 2007; SAVALHIA; NUNES, 2007; NAKAMURA et al., 2008; CUNHA; BENETTI, 2009; RODRIGUES; CAMPOS; FERNANDES, 2012; VIVIAN; TIMM; SOUZA, 2013; DAZZANI et al., 2014; SOUZA; BRAGA, 2014).

Em seu estudo, Vivian, Timm e Souza (2013) relataram que a maioria das crianças encaminhadas para o serviço de psicologia estava na faixa etária entre 5 e 9 anos (45,9%), sendo a maior parte meninos (63,9%). Além disso, a maioria das crianças (43,5%) apresentava queixas relacionadas a problemas de aprendizagem. A amostra deste estudo foi composta por 194 crianças e adolescentes atendidos no período de 2008 a 2012 em um serviço-escola de psicologia de uma universidade privada do estado do Rio Grande do Sul.

No estudo de Cunha e Benetti (2009), realizado em uma clínica-escola de Porto Alegre/RS e composto por uma amostra de 499 crianças, constatou-se que o público infantil representou 51,8% em relação à população total que procurou atendimento psicológico na instituição estudada. A maior parte das crianças estava na faixa etária entre 6 e 9 anos (56,4%), sendo a maior parte meninos (67,3%). E o local que mais encaminhava para atendimento eram as escolas.

Na pesquisa de Nakamura et al. (2008), realizada com uma amostra de 634 prontuários do Serviço de Psicologia da Universidade Federal de Rondônia, também constatou-se um número substancial de atendimentos à queixa escolar, chegando a 24% do total de atendimentos realizados em 2004. Do total de prontuários analisados, 77% da clientela com queixa escolar eram meninos na faixa etária de 5 a 14 anos (48% entre 5 e 9 anos), cursando os primeiros anos do ensino fundamental (22% na 1ª série) na rede pública (91%) e, em sua maioria, com renda familiar de um salário mínimo.

De forma semelhante, utilizou-se como referência os estudos de Rodrigues, Campos e Fernandes (2012) e de Dazzani et al. (2014), sendo que o primeiro foi realiza-

do no Centro de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora com uma amostra de 1.590 prontuários, enquanto que o segundo caracteriza-se por uma revisão da produção científica brasileira sobre a queixa escolar entre 2002 e 2012. Ambos constataram a prevalência do atendimento de crianças do sexo masculino cursando as séries iniciais do ensino fundamental, oriundos de escolas da periferia da cidade, com queixas relacionadas a problemas de aprendizagem e comportamentais. Além disso, o estudo de Dazzani et al. (2014) evidenciou um alto grau de culpabilização do indivíduo atendido e de sua família pelo fracasso escolar; os autores afirmam, ainda, que, apesar de a escola ser um espaço de aprendizagem e formação, tem sido também lugar de exclusão do aluno que não consegue aprender, o que a torna reprodutora do fracasso escolar. Assim, os estudos de caracterização da clientela atendida em serviços de psicologia são muito importantes, pois permitem um aperfeiçoamento das formas de atendimento disponibilizado ao público (RODRIGUES; CAMPOS; FERNANDES, 2012).

Como exposto acima, há bastante tempo existe uma grande preocupação dos autores em identificar como estão sendo construídos os laudos, a fonte dos encaminhamentos, quais as queixas, os diagnósticos, etc. das crianças atendidas em serviços de diversos estados do Brasil.

Método

A pesquisa caracteriza-se por um estudo descritivo e de base documental. Os materiais analisados foram os prontuários das crianças encaminhadas pelos neurologistas para o projeto de extensão “Avaliação e Intervenção em crianças com história de Fracasso Escolar”, tendo como base a Psicologia Histórico-Cultural. Esse projeto é desenvolvido em um ambulatório de neurodesenvolvimento do interior do Rio Grande do Sul por acadêmicos do curso de Psicologia.

A amostra foi composta por 16 prontuários, sendo que três não contribuíram para a coleta de dados, visto que em um dos casos houve desistência do tratamento, e nos outros dois não foi possível encontrar os prontuários no local da pesquisa. Para a análise destes foi criado um instrumento composto por 25 questões. Essas questões abordavam características das crianças relativas à idade, sexo, família e renda; dados relativos à escolaridade, como série, repetência e queixa; e dados relativos ao diagnóstico da criança, como tipos de entrevista do neurologista, instrumentos e diagnósticos desse profissional, uso e tipo de psicofármaco, tipo de avaliação do psicólogo, instrumentos utilizados e entrevistas realizadas por esse profissional. Foi realizada a tabulação do instrumento e utilizou-se o SPSS Statistics para obter as frequências simples. Além da análise das frequências, foi realizada análise temática (MINAYO, 1993). As duas temáticas estruturadas foram: escolaridade e diagnóstico.

Achados

Caracterização das crianças (idade, sexo, família e renda)

Neste tópico apresentar-se-ão as características das crianças quanto à idade, sexo, família e renda. Assim, das 13 crianças que compuseram a amostra, 2 eram meninas e 11 eram meninos, sendo que a média de idade delas foi de 10,3 anos com desvio padrão de 1,691. Em relação à constituição familiar das crianças, constatou-se que 30,8% (4) eram nucleares; 30,8% (4) eram mononucleares; 30,8% (4) eram estendidas; e apenas 7,7% (1) eram reconstituídas.

Quanto aos dados específicos sobre os pais e a renda familiar, que serão descritos a seguir, chama atenção a quantidade de informações ausentes nos prontuários.

Em relação à idade dos pais, obteve-se uma média de 45,4 anos, com desvio padrão de 16,486, sendo que em 61,5% (8) dos casos esse dado era ausente; sobre o grau de instrução dos mesmos, encontrou-se somente em 15,4% (2) dos casos, sendo um com ensino fundamental incompleto e o outro com ensino médio incompleto, resultando em 84,6% (11) de dados ausentes; e sobre a situação empregatícia obteve-se que 30,8% (4) estavam empregados e 7,7% (1) aposentados, resultando em 61,5% (8) de dados ausentes. Já em relação à idade das mães, obteve-se uma média de 37,5 anos, com desvio padrão de 16,932, sendo que em 53,8% (7) dos casos esse dado era ausente; sobre o grau de instrução das mesmas, encontrou-se, assim como no caso dos pais, que somente 15,4% (2) tinham ensino fundamental incompleto, resultando também em 84,6% (11) de dados ausentes; e sobre a situação empregatícia obteve-se que 30,8% (4) estavam desempregadas e 23,1% (3) empregadas, resultando em 46,2% (6) de ausentes. Quanto ao nível econômico das crianças, obteve-se o dado de apenas uma, a qual obtinha uma renda entre 1 e 3 salários mínimos nacionais (R\$ 788,00), resultando em um total de 92,3% (12) de dados ausentes.

Escolaridade

Nesta categoria agruparam-se dados relativos à série, repetência e queixa. Em relação à escolaridade das crianças, constatou-se que 69,2% (9) estavam no terceiro ano; 15,4% (2) no quarto; 7,7% (1) no segundo; e 7,7% (1) no quinto. Os dados sobre a repetência mostraram que 61,6% (8) das crianças repetiram pelo menos uma vez na escola; 30,8% (4) dos dados estão ausentes; e apenas 7,7% (1) das crianças não repetiram nenhuma vez. Quanto à fonte de encaminhamento, 61,6% (8) das crianças foram encaminhadas por escolas públicas, e 38,5% (5) foram encaminhadas por outros profissionais da área médica, como pediatra e clínico geral.

As queixas que deram origem aos encaminhamentos foram analisadas e posteriormente agrupadas em duas categorias: comportamento e aprendizagem. A categoria comportamento é composta pelas seguintes queixas: falta de atenção e concentração, agitação, agressividade, hiperatividade, indisciplina, falta de interesse/motivação

e dificuldades nos relacionamentos interpessoais. A categoria aprendizagem é composta por: problemas na leitura, escrita e matemática e dificuldade na alfabetização.

Em relação ao uso de psicofármaco, constatou-se, com base nos prontuários estudados, que 61,5% (8) das crianças o utilizam, e 31,5% (5) não fazem uso dele. Dessas oito

Tabela 1: Categorias das queixas apresentadas pelas crianças que compõem a amostra

Categoria	Amostra (N)	Distribuição da Frequência (F)
Comportamento	4	30,8%
Aprendizagem	1	7,7%
Comportamento e Aprendizagem	8	61,5%

Fonte: prontuários do Ambulatório de Neurodesenvolvimento

Diagnóstico das crianças

Nesta categoria foram contemplados os dados relativos a entrevistas do neurologista, instrumentos utilizados e diagnósticos desse profissional; uso e tipo de psicofármaco; e tipo de avaliação do psicólogo, instrumentos utilizados, entrevistas e diagnósticos realizados por esse profissional.

Conforme os prontuários, todas as 13 crianças foram atendidas pelo neurologista, e apenas 5 pelo psicólogo. Em relação aos atendimentos realizados pelo primeiro, obteve-se que 76,9% (10) das entrevistas foram realizadas com o cliente e a mãe; 14,4% (2) com o cliente e outros responsáveis; e 7,7% (1) dos dados estão ausentes. Sobre os instrumentos utilizados para diagnóstico por esse mesmo profissional, constatou-se que em 84,6% (11) dos casos utilizou-se o Swanson, Nolan e Pelham versão IV (SNAP IV) e o Exame Neurológico Evolutivo (ENE), sendo que, em 53,8% (7) desses casos, o SNAP IV foi utilizado isoladamente; em 7,7% (1) dos casos apenas o ENE; e 7,7% (1) dos dados estavam ausentes. O SNAP IV é um questionário aplicado a pais e professores e constitui-se de afirmativas que investigam desatenção, hiperatividade e comorbidades. Já o ENE avalia o nível do desenvolvimento em que as funções neurológicas se encontram, assim como o desenvolvimento global neuropsicomotor.

crianças que fazem uso de medicação, todas tomam psicoestimulante, sendo que duas delas tomam outras medicações associadas, como antidepressivo e anticonvulsivante.

Quanto aos atendimentos do psicólogo, constatou-se, segundo essa amostra, que foi realizada avaliação psicométrica tradicional em 100% (13) dos casos. O principal instrumento utilizado para avaliação foi o teste Escala de Inteligência Wechsler para crianças (WISC III), pois está presente na totalidade dos casos, sendo utilizado apenas duas vezes (15,4%) associado a outros instrumentos.

As entrevistas psicológicas foram realizadas com o cliente e a mãe em 30,8% (4) dos casos; e com o cliente e outros responsáveis apenas em 7,7% (1) dos casos. Por fim, foi constatado que em 23,1% (3) dos casos o diagnóstico psicológico foi de QI normal; e em 15,4% (2) dos casos foi de déficit intelectual.

Discussão

A partir dos resultados obtidos, algumas análises podem ser feitas. Inicialmente, chama atenção o fato de a maior parte da amostra ser constituída por meninos, visto que esta é uma característica também encontrada em outras pesquisas, como a de Lopez (1986); Nakamura et al. (2008); Cunha e Benetti (2009); Rodrigues, Campos e

Tabela 2: Diagnósticos do médico neurologista

Diagnóstico Neurologista	Amostra (N)	Distribuição da frequência (F)
F90 – TDAH e transtornos concomitantes (F91.3 – Transtorno Opositor Desafiador; F919 – Transtorno de conduta não especificado; Déficit cognitivo)	8	61,5%
Sem diagnóstico conclusivo	3	23,1%
Z55 – Problemas relacionados à educação e alfabetização	2	15,4%

Fonte: prontuários do Ambulatório de Neurodesenvolvimento.

Fernandes (2012); Vivian, Timm e Souza (2013); Souza e Sobral (2013) e Dazzani et al. (2014). Em relação à média de idade encontrada (10,3 anos), também foi corroborada por outras pesquisas, como a de Lopez (1986), que encontrou a prevalência na faixa etária entre 6 e 15 anos; Nakamura et al. (2008), na faixa etária entre 5 e 14 anos; Souza e Sobral (2013), na faixa etária entre 7 e 12 anos, bem como Rodrigues, Campos e Fernandes (2012) e Dazzani et al. (2014), os quais também encontraram uma prevalência de crianças cursando as séries iniciais do ensino fundamental.

Sobre a prevalência de crianças do sexo masculino, existe uma hipótese explicativa que é compartilhada tanto por Lopez (1986) quanto por Souza e Sobral (2013), a qual relaciona esse dado com os papéis sociais do homem e da mulher. Em ambos os estudos entende-se que do sexo masculino espera-se um comportamento mais agressivo, até mesmo de liderança, enquanto que do feminino espera-se uma maior passividade e submissão, o que faz com que as meninas se adéquem mais facilmente ao ambiente escolar do que os meninos, os quais acabam por sofrer um conflito entre o respectivo papel social e o que a escola espera deles.

Como explicitado anteriormente, no que se refere aos dados sobre a família e a renda, chama atenção a quantidade de informações ausentes nos prontuários. Essa dificuldade também foi enfrentada nas pesquisas de Campezzatto e Nunes (2007); Rodrigues, Campos e Fernandes (2012); Souza (2013); e Vivian, Timm e Souza (2013). Dessa forma, segundo Souza (2013, p. 29),

a leitura dos prontuários [...] não dá elementos para construir uma imagem da criança encaminhada. Vemos presente uma série de dados que se somam, tais como: “andou aos dois anos, teve convulsão febril aos oito meses, a gravidez foi indesejada”, [...]. Essas informações nos permitem enxergar fragmentos da história de vida desta criança, sem que se articulem de maneira a auxiliar a compreensão dos motivos do encaminhamento.

Dessa forma, são mais uma vez consideradas apenas as questões individuais a respeito da criança, não se levando em consideração na sua história as condições sociais, as relações institucionais com a escola e a constituição familiar em que está inserida. Em relação à escolaridade, constatou-se que a maioria das crianças estava cursando os primeiros anos do ensino fundamental, assim como nas pesquisas de Nakamura et al. (2008), Rodrigues, Campos e Fernandes (2012), Souza e Sobral (2013), e Dazzani et al. (2014). Esse dado aponta para um maior índice de fracasso escolar nas séries iniciais, ou seja, no período de alfabetização, quando as crianças passam a receber um nível maior de exigências por parte da escola.

Em relação ao fato de a maioria das crianças terem sido encaminhadas para tratamento por escolas da rede pública, podem ser feitas algumas análises. Assim, Patto (1990) fala sobre o “mito” da teoria da carência cultural, que, segundo ela, possui duas versões. Na primeira delas, afirma-se que o responsável pelo fracasso escolar seria o ambiente carente onde os alunos de classes mais baixas

vivem, o qual geraria deficiências no desenvolvimento psicológico dessas crianças e, conseqüentemente, dificuldades escolares. Já na segunda versão, tira-se o enfoque da carência e passa-se a considerar as diferenças psíquicas e culturais entre as crianças de classes desfavorecidas e as de classes mais elevadas, visto que se entendia que os professores eram preparados para trabalhar apenas com as crianças de classes favorecidas, acarretando um ensino deficiente para os demais alunos. Portanto, as crianças são encaminhadas para tratamento por pertencem à classe baixa, e os professores não estarem preparados para trabalhar com elas. Assim, a escola nos parece crer no mito da carência cultural.

Segundo Patto (1990), essas justificativas depositam na família a responsabilidade e a culpabilização pelo fracasso escolar de seus filhos. A autora afirma que na maioria das vezes o que gera o fracasso escolar são as condições e as situações de exclusão vivenciadas pela criança, sendo a escola a principal responsável por bani-las do processo de escolarização.

De forma semelhante, Meira (2012a, p. 77) afirma que Bordieu, em 1997, “denunciou esse processo de ‘exclusão do interior’ que garante a manutenção da exclusão dos mais pobres e se apresenta como uma das formas contemporâneas importantes de produção da miséria social.”

Assim, a condição social de uma criança, ou seja, o fato de ela morar em determinado bairro e estudar em determinada escola, tem se mostrado muito mais significativo na produção do fracasso escolar do que as dificuldades que a criança possa de fato apresentar em relação à aprendizagem (SOUZA, 2013).

Outro ponto importante em relação à escolaridade são as queixas que geram os encaminhamentos das crianças para serviços de saúde. Como se pode observar, elas consistem, em sua grande maioria, em problemas relacionados à aprendizagem e ao comportamento. De forma semelhante, as pesquisas de Lopez (1986); Campezzatto e Nunes (2007); Savalhia e Nunes (2007); Nakamura et al. (2008); Cunha e Benetti (2009); Rodrigues, Campos e Fernandes (2012); Vivian, Timm e Souza (2013); Dazzani et al. (2014); e Souza e Braga (2014) também encontraram esses resultados no que se refere às queixas.

Frente a essas dificuldades, as escolas acabam por encaminhar esses alunos para serviços de saúde, por acreditarem que eles precisam ser medicados, a fim de que consigam aprender. Contudo, de acordo com Souza e Braga (2014, p. 48), “os motivos de encaminhamento, centrados em dificuldades de aprendizagem ou de comportamento, são aqueles pelos quais as crianças se inserem na escola: vão para aprender e socializar-se”. Ou seja, esse deveria ser o papel da escola, ensinar. Contudo, percebe-se a existência de uma cultura escolar na qual o aluno deve possuir habilidades e competências já estabelecidas para serem inseridos na escola, sendo encaminhados para serviços de saúde caso não as possuam. Assim, a escola não procura refletir seu fazer nem pensar em soluções para o fracasso em seu interior, como, por exemplo, rever metodologias de ensino e processos de

avaliação. Partindo do pressuposto de que as crianças não chegam desenvolvidas na escola, pode-se pensar na ideia de Vygotsky, de que é a aprendizagem que gera o desenvolvimento das funções psíquicas dos alunos (1995).

Em relação aos problemas de comportamento, os quais, assim como as queixas escolares, são um dos principais motivos de encaminhamento para serviços de saúde, parece pertinente a colocação de Souza e Braga (2014, p. 51), que afirmam que “os problemas de comportamento talvez surjam em decorrência da dificuldade encontrada pelo aluno para uma aprendizagem efetiva, gerando sentimentos de inadequação”. Assim, segundo Nakamura et al. (2008), “o que se percebe é um processo de escolarização que tem muita dificuldade em ensinar e não sabe lidar pedagogicamente com questões ligadas ao processo de escolarização”.

Em relação ao diagnóstico das crianças dado pelo neurologista, chama atenção o fato de a maioria deles ser realizada apenas com o SNAP IV, composto de um questionário, que, segundo Meira (2012b), tem por objetivo auxiliar a identificação de possíveis sintomas do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em alunos. Portanto, fica evidente que este instrumento deveria somente auxiliar no diagnóstico, e não ser aplicado isoladamente de forma a decidir por si só a presença ou não de um transtorno.

Somado a isso, verifica-se que mais da metade das crianças que compõem a amostra são diagnosticadas com TDAH e fazem uso de psicoestimulante. Esses dados remetem à afirmação de Collares e Moysés (2014, p. 53), de que

em vários países, e também no Brasil, existem instituições profissionais que podem ser consideradas autênticas fábricas de etiquetas: a maioria das pessoas que as procuram para atendimento ou orientação sai com o mesmo “diagnóstico”, o que é um potente indício de que se trata de etiquetas e não resultados de processo diagnóstico (grifo do autor).

Fica claro, assim, que na amostra pesquisada estamos diante de um processo de biologização das dificuldades escolares. Este termo pode ser entendido, segundo Meira (2012a, p. 78), como a “utilização recorrente de explicações de caráter biológico para descrever e analisar fenômenos que não se encontram somente no âmbito da Biologia”, ou seja, desloca-se a análise do social para o organismo do indivíduo.

Afirmção semelhante é feita por Eidt e Tuleski (2007, p. 232), para as quais essas práticas “evidenciam um processo de alienação vigente na própria ciência, na medida em que alguns pesquisadores e profissionais desconsideram os múltiplos fatores que têm determinado o surgimento de novas doenças”, fazendo assim com que o foco não esteja nas questões sociais, econômicas e educacionais, mas somente no âmbito do individual e do orgânico.

As consequências da patologização da aprendizagem são várias, dentre elas estão o que Collares e Moysés (1994) chamaram de desresponsabilização da escola sobre as dificuldades escolares. Isso se dá, principalmente,

pela confirmação de diferentes profissionais da saúde de que o fracasso escolar é decorrente apenas de doenças que impediriam as crianças de aprender.

Contudo, pode-se dizer que a principal consequência desse entendimento sobre o fracasso escolar é a medicalização, que, como apresentado, acomete 61,5% das crianças que compõem a amostra. Segundo dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2010), o Brasil é o segundo maior consumidor de metilfenidato do mundo, o que é um dado bastante preocupante, visto que, Segundo Eidt e Tuleski (2007), ainda se desconhecem as consequências futuras do uso de estimulantes em crianças, além do fato de que ainda falta clareza sobre qual seria, exatamente, o quadro clínico do TDAH.

Da mesma forma, a pesquisa de Facci, Leonardo e Ribeiro (2014) apresenta dados bastante preocupantes. Nessa pesquisa foram entrevistados 30 professores das séries iniciais do ensino fundamental de cinco escolas do Paraná, e, ao se investigar acerca dos distúrbios de aprendizagem identificados em sala de aula, constatou-se que o TDAH e o Transtorno Desafiador de Oposição (TOD) foram os mais citados.

Assim, segundo Facci, Silva e Ribeiro (2012, p. 166),

O que se observa na relação entre educação, medicalização e fracasso escolar é que continua havendo um discurso medicalizante sobre o fracasso escolar, e não há um movimento que vá, efetivamente, às fontes que explicam o fracasso escolar da criança pobre: a estrutura da sociedade dividida em classes, que, além de não permitir acesso igualitário aos bens culturais e materiais, também carrega a marca do preconceito em relação a essa classe social.

Outro aspecto importante a respeito do diagnóstico diz respeito à avaliação do psicólogo, que neste estudo foi realizada em 100% dos casos com o teste WISC III. Cabe salientar que em 11 casos foi utilizado apenas este teste, que foi associado com outros apenas no diagnóstico de duas crianças.

Segundo Souza (2013, p. 33), “a questão da utilização das medidas de inteligência como o principal instrumento de avaliação psicodiagnóstica, coloca-nos diante de situações dramáticas em relação aos encaminhamentos escolares”, evidentemente mais graves quando se trata de crianças repetentes ou que vivem um processo de escolarização no qual são desacreditadas. Somado a isso, tem-se a afirmação de Patto (1990) de que, nos estudos de caso de crianças multirrepetentes, a avaliação de um psicólogo é capaz de selar destinos. Ou seja, o laudo psicológico acaba por ser entendido como um instrumento capaz de revelar as verdadeiras causas psíquicas de diferentes queixas que a criança possa apresentar. Assim, uma das principais consequências da utilização desse instrumento na escola é o reforço de algum preconceito que o aluno já venha sofrendo.

A partir disso, pode-se finalizar pensando na colocação de Collares e Moysés (2014, p. 61), de que “a Educação se submete à Medicina, à Psicologia [...], que se apropriam cada vez mais, ilegitimamente, de um campo

que lhes é estranho. Apropriam e deturpam, moldando-o a suas concepções, métodos e, sobretudo, interesses profissionais, de mercado”.

Estudos realizados com crianças com dificuldades de aprendizagem (PINHEIRO, COUTO, 2017) e TDAH (SOLOVIEVA, ESQUIVEL, QUINTANAR, 2014; SOLOVIEVA, QUINTANAR, 2015; SOLOVIEVA, QUINTANAR, 2017; CARDONA, ROJAS, 2018), com base na psicologia histórico-cultural, indicam outras propostas de avaliação e intervenção que podem ser efetivadas, ao invés do uso de diagnósticos e medicamentos tradicionais, como, por exemplo, jogos mediados que desenvolvem as funções psicológicas superiores.

Considerações finais

Como pode ser observado na revisão bibliográfica, o fracasso escolar no Brasil parece manter características muito semelhantes ao longo do tempo, como comprovam diferentes estudos realizados desde 1986. Assim, crianças do sexo masculino, cursando as séries iniciais do ensino fundamental de escolas da rede pública, têm sido as principais vítimas do fracasso escolar, o que também se confirmou nesta pesquisa.

Um dos fatores responsáveis por esse fenômeno é o fato de grande parte dos profissionais que trabalham diretamente com essas crianças, sejam eles professores ou da área da saúde, permanecer enfrentando esse problema com foco somente no indivíduo, sem considerar o contexto histórico e social em que este está inserido. Dessa forma, o presente estudo evidenciou que o fracasso escolar ainda é um problema naturalizado, visto apenas com enfoque no biológico, acarretando, conseqüentemente, um alto índice de medicalização das crianças.

São diversas as conseqüências que isso acarreta. A primeira delas diz respeito à queixa, sendo as relacionadas ao comportamento vistas como o verdadeiro problema a ser tratado, e não como sintomas do não ler e escrever, ou seja, do não saber. Assim, não há um estudo profundo da queixa, o que pode ser evidenciado, inclusive, pela ausência de informações nos prontuários, principalmente as da ordem do social.

Ademais, percebe-se uma produção massiva de diagnósticos realizados aligeiramente, que, além de considerarem o indivíduo como um ser a-histórico, culpam-no pelo fracasso. Este fato pode ser constatado pelas queixas e pelo encaminhamento dos alunos para um serviço que irá “tratá-lo”, ou seja, medicalizá-lo, e que em nenhum momento leva em consideração a escola, os professores, as relações e o contexto social no qual o “fracasso” é produzido. Também chama atenção o número elevado de crianças diagnosticadas com TDAH e medicadas com psicoestimulantes, visto que, como citado anteriormente, ainda se faz importante a realização de pesquisas sobre as conseqüências do uso desses medicamentos em crianças.

Finalmente, evidenciou-se que as escolas são as principais fontes de encaminhamento para serviços de saúde, o que parece demonstrar uma transferência do conhecimento e responsabilização sobre o processo de aprendizagem para profissionais da saúde, como médi-

cos e psicólogos. Dessa forma, conclui-se que o fracasso escolar dos alunos que compuseram a amostra não é visto como uma construção histórico-cultural, mas sim como algo natural e que deve ser medicado.

A partir do exposto, acredita-se ser importante uma revisão das políticas públicas para a educação básica e para os profissionais da saúde, no que se refere, por exemplo, à formação continuada dos professores, aos métodos de ensino, à necessidade de rever teorias que entendem que o desenvolvimento antecede a aprendizagem e que preconizam avaliações quantitativas das dificuldades das crianças, aos diagnósticos realizados em cima de sintomas e à medicalização dos problemas escolares e sociais. Os pressupostos teóricos da psicologia histórico-cultural poderiam servir como base para um novo caminho a ser trilhado no enfrentamento dos descompassos entre as crianças e a escola.

Assim, espera-se que os resultados deste estudo, além de contribuir para uma visão crítica acerca do fracasso escolar, como muitos autores já vêm propondo, possam instigar a produção de pesquisas sobre como se produz esse fracasso na e da escola, a fim de procurar caminhos para enfrentá-lo.

Informações sobre os autores:

Silvia Nara Siqueira Pinheiro

 <https://orcid.org/0000-0002-6781-7280>

 <http://lattes.cnpq.br/5030422390633273>

Professora Adjunto do Curso de Psicologia da Universidade Federal de Pelotas. Psicóloga pela Universidade Católica de Pelotas (1982); em Licenciada em Psicologia pela Universidade Católica de Pelotas (1986); Pós-graduada em Educação/Psicopedagogia pela UFPEL (1984), em Educação/Educação Especial pela UCPEL (1992), Mestre em Saúde e Comportamento / Psicologia pela Universidade Católica de Pelotas (1996), Doutora em Educação pela Universidade Federal de Pelotas linha de pesquisa Cultura Escrita, Linguagem e Aprendizagem.. Áreas de concentração: Psicologia da Educação/Aprendizagem, Desenvolvimento e Educação Especial. Psicologia Histórico-Cultural. Membro dos grupos de pesquisa Educação e psicologia histórico-cultural da UFPEL e Aprendizagem Autorregulada- UFPEL, realizando Pós-Doutorado em Educação na UFPEL e Universidade de Aveiro - Portugal.

Maria Laura de Oliveira Couto

 <https://orcid.org/0000-0002-5103-3000>

 <http://lattes.cnpq.br/7919666741782841>

Psicóloga graduada pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL); Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPEL (CAPES 5); Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPEL (CAPES 5). Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde Mental e Saúde Coletiva; trabalha com o Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes.

Hudson Cristiano Wander de Carvalho

 <https://orcid.org/0000-0001-8360-5053>

 <http://lattes.cnpq.br/4471885354162497>

Atualmente trabalha como especialista em educação integral no Instituto Ayrton Senna, atuando na área de pesquisa e desenvolvimento de soluções educacionais baseadas em evidências para escolas públicas, assim como com produção de conteúdo sobre a relação entre educação, ciência e política pública. É docente adjunto (em licença) do curso de Psicologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), onde atuou também como coordenador de curso, coordenador de área na residência multiprofissional, chefe do

Núcleo Docente Estruturante e representante de área no Conselho Departamental da Faculdade de Medicina da UFPel. Desenvolveu e coordenou o Ambulatório de Assistência Psicológica à Pessoa vivendo com HIV no Hospital Escola da UFPel. Porta título de doutorado em ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), de mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento Humano da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e de psicólogo pela mesma instituição. Foi bolsista do CNPq de Pós-Doutorado Júnior junto ao Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) com ênfase nas áreas de Neurociência e Psiquiatria. Foi editor associado da Revista Temas em Psicologia/Trends in Psychology entre os anos de 2013 e 2016. Produz estudos que visam entender as diferenças individuais em nível comportamental e neurobiológico por meio da articulação entre psicometria, neurociências clínicas e epidemiologia.

Henrique Siqueira Pinheiro

 <https://orcid.org/0000-0002-4980-9906>

 <http://lattes.cnpq.br/0750410415932977>

Formado na Universidade Católica de Pelotas no Curso de Psicologia. Atualmente Psicólogo na Clínica de Psicodrama e Psicoterapia. Participou como Estudante Bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde (Carga horária - 512 horas).

Contribuições dos autores:

Todos os autores colaboraram ao longo do processo, desde a elaboração até a revisão final do manuscrito. Os autores aprovaram o manuscrito final para publicação.

Como citar este artigo:

ABNT

PINHEIRO, Sílvia Nara Siqueira et al. Fracasso escolar: naturalização ou construção histórico-cultural? *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói, v. 32, n. 1, p. 82-90, jan./abr. 2020. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5698>

APA

Pinheiro, S. N. S., Couto, M. L. O., Carvalho, H. W., & Pinheiro, H. S. (2020, Janeiro/Abril). Fracasso escolar: naturalização ou construção histórico-cultural? *Fractal: Revista de Psicologia*, 32(1), 82-90. doi: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5698>

Referências

- ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados: resultados 2009, 2010*. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/sngpc/resultados_2009.pdf. Acesso em: 22 jun. 2016.
- BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Assessoria Econômica. *Indicadores de desenvolvimento brasileiro*, 2013. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/servicos/central-de-conteudos/publicacoes/ldb-portugues.pdf>. Acesso em: 11 out. 2015.
- CAMPEZATTO, Paula von Mengden; NUNES, Maria Lúcia Tiellet. Caracterização da clientela das clínicas-escola de cursos de Psicologia da região metropolitana de Porto Alegre. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 20, n. 3, p. 376-388, 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722007000300005>

CARDONA Maria Fernanda Ochoa; ROJAS, Luis Quintanar. Effects of neuropsychological intervention in a child with functional deficit programming and control. In: The Fifth International Luria Memorial Congress – Lurian approach in International psychological science, KnE Life Sciences, p. 660-671, 2018. Disponível em: <https://knepublishing.com/index.php/Kne-Life/article/view/3324/7004>. Acesso em: 16 out. 2019.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. *A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico: a patologização da educação*. São Paulo: FDE, 1994.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. A educação na era dos transtornos. In: VIÉGAS, Lygia Souza et al. (Org). *Medicalização da educação e da sociedade: ciência ou mito?* Salvador: Edufba, 2014. p. 46-65.

CUNHA, Tatiane Regina dos Santos; BENETTI, Sílvia Pereira da Cruz. Caracterização da clientela infantil numa clínica-escola de psicologia. *Boletim de Psicologia*, São Paulo, v. 59, n. 130, p. 117-127, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432009000100010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 nov. 2019.

DAZZANI, Maria Virgínia Machado; CUNHA, Eliseu de Oliveira; LUTTIGARDS, Polyana Monteiro; ZUCOLOTO, Patrícia Carla Silva do Vale; SANTOS, Gilberto Lima. Queixa escolar: uma revisão crítica da produção científica nacional. *Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, v. 18, n. 3, p. 421-428, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/2175-3539/2014/0183762>

EIDT, Nádia Mara; TULESKI, Silvana Calvo. Discutindo a medicalização brutal em uma sociedade hiperativa. In: MEIRA, Marisa Eugênia Melillo; FACCI, Marilda Gonçalves Dias (Org.). *Psicologia histórico-cultural: contribuições para o encontro entre subjetividade e a educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 221-248.

FACCI, Marilda Gonçalves Dias; LEONARDO, Nilza Sanches Tessaro; RIBEIRO, Maria Julia Lemes. A compreensão dos professores sobre as dificuldades no processo de escolarização: análise com pressupostos vigotskianos. *Caderno de Pesquisa*, v. 21, n. 1, p. 1-17, 2014. <http://dx.doi.org/10.18764/2178-2229.v21.n1.p.42-58>

FACCI, Marilda Gonçalves Dias; SILVA, Sílvia Maria Cintra; RIBEIRO, Maria Julia Lemes. Medicalização na escola e fracasso escolar: novamente a culpa é do aluno? In: FACCI, Marilda Gonçalves Dias; MEIRA, Marisa Eugênia Melillo; TULESKI, Silvana Calvo. (Org.). *A exclusão dos “includidos”*: uma crítica da Psicologia da Educação à patologização e medicalização dos processos educativos. 2. ed. Maringá: Eduem, 2012. p. 157-186.

GARRIDO, Juliana; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. Um panorama nacional dos estudos sobre a medicalização da aprendizagem de crianças em idade escolar. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (Org.). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doença de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 149-162.

- INEP, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. *Resultados do ANA*. Brasília: 2016 MEC-INEP, 2017. Disponível em: http://portal.inep.gov.br/artigo/-/asset_publisher/B4AQV9zFY7Bv/content/resultados-da-ana-2016-por-estados-e-municipios-estao-disponiveis-no-painel-educacional-do-inep/21206. Acesso em: 16 out. 2019.
- INEP, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. *Resumo técnico - Censo da educação básica 2018*. Disponível em: http://portal.inep.gov.br/informacao-da-publicacao/-/asset_publisher/6JYIsGMAMkW1/document/id/6386080. Acesso em: 26 out. 2019.
- LOPEZ, Marília Ancona. Características da clientela de clínicas-escola de psicologia em São Paulo. In: MACEDO, Rosa Maria Stefanini de (Org.). *Psicologia e Instituição: novas formas de atendimento*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1986. p. 24-46.
- MEIRA, Marisa Eugênia Melillo. Incluir para continuar excluindo: a produção da exclusão na educação brasileira à luz da psicologia histórico-cultural. In: FACCI, Marilda Gonçalves Dias; MEIRA, Marisa Eugênia Melillo; TULESKI, Silvana Calvo (Org.). *A exclusão dos "includos": uma crítica da Psicologia da Educação à patologização e medicalização dos processos educativos*. 2. ed. Maringá: Eduem, 2012a. p. 75-106.
- MEIRA, Marisa Eugênia Melillo. Para uma crítica da medicalização na educação. *Psicologia Escolar e Educacional*, Maringá, v. 16, n. 1, p. 136-142, 2012b. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572012000100014>
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1993.
- NAKAMURA, Mariana Sathie; LIMA, Vanessa Aparecida Alves; TADA, Iracema Neno Cecilio; JUNQUEIRA, Maria Hercília Rodrigues. Desvendando a queixa escolar: um estudo no Serviço de Psicologia da Universidade Federal de Rondônia. *Psicologia Escolar e Educacional* (Impr.), Campinas, v. 12, n. 2, p. 423-429, 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572008000200013>
- PATTO, Maria Helena Souza. *A produção do Fracasso Escolar: histórias de submissão e rebeldia*. São Paulo: Queroz, 1990.
- PINHEIRO, Silvia Nara Siqueira; COUTO, Maria Laura de Oliveira. O jogo com regras pode ser instrumento para modificar o fracasso escolar?. *Perspectiva*, v. 35, n. 4, p. 1260-1276, 2017. <https://doi.org/10.5007/2175-795X.2017v35n4p1260>
- RODRIGUES, Marisa Cosenza; CAMPOS, Ana Paula Soares; FERNANDES, Isabela Andrade. Caracterização da queixa escolar no Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Juiz de Fora. *Estudos de Psicologia*, Campinas [online], v. 29, n. 2, p. 241-252, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2012000200010>
- SAVALHIA, Julise Alves Dornelles; NUNES, Maria Lúcia Tiellet. Motivos de consulta em crianças de clínicas-escola e serviços de Psicologia. *Revista Ciências Humanas Frederico Westphalen*, v. 8, n. 11, p. 157-171, 2007.
- SOLOVIEVA, Yulia; ESQUIVEL, Adriana Mata; QUINTANAR, Luis. Vías de corrección alternativa para el Trastorno de Déficit de Atención en la edad preescolar. *CES Psicología*, Medellín, v. 7, n. 1, p. 95-112, 2014. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2011-30802014000100009&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 16 out. 2019.
- SOLOVIEVA, Yulia; QUINTANAR, Luis. Drawing in pre-school children as a strategy for preparation for school. *Journal of Education, Society and Behavioural Science*, v. 9, n. 1, p. 50-61, 2015. <https://doi.org/10.9734/BJESBS/2015/16913>
- SOLOVIEVA, Yulia; QUINTANAR, Luis. Neuropsychological treatment of Attention Deficit Disorder in infancy. *International Education Studies*, v. 10, n. 9, p. 99-112, 2017. Disponível em: <https://eric.ed.gov/?id=EJ1153590>. Acesso em: 16 out. 2019.
- SOUZA, Beatriz de Paula; SOBRAL, Kelly Regina. Características da clientela da Orientação à queixa escolar: revelações, indicações e perguntas. In: SOUZA, Beatriz de Paula (Org.). *Orientação à queixa escolar*. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013. p. 119-134.
- SOUZA, Marilene Proença Rebello. Prontuários revelando os bastidores: do atendimento psicológico à queixa escolar. In: SOUZA, Beatriz de Paula (Org.). *Orientação à queixa escolar*. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013. p. 27-58.
- SOUZA, Marilene Proença Rebello de; BRAGA, Sabrina Gasparetti. Da educação para a saúde: trajetória dos encaminhamentos escolares de 1989 a 2005. In: DIAS, Elaine Teresinha Dal Mas; AZEVEDO, Liliana Pereira. Lima (Org.). *Psicologia Escolar e Educacional: percursos, saberes e intervenções*. Jundiaí: Paco Editorial, 2014. p. 41-62.
- VIVIAN, Aline Groff; TIMM, Janine Santos; SOUZA, Fernanda Pasquoto. Serviço-escola de psicologia: caracterização da clientela infanto-juvenil atendida de 2008 a 2012, em uma universidade privada do RS. *Aletheia*, 42, p. 136-152, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000300012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 jan. 2019.
- VYGOTSKI, Lev Semyonovich. *Obras escogidas: problemas del desarrollo de la psique*. Madrid: Visor, 1995. v. 3.

Vivências de mulheres sobre o parto

Carolina Lemes Valadão  * Renata Fabiana Pegoraro 

Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil

Resumo

No Brasil, a medicalização do parto é apontada por diferentes autores e confirmada pelas estatísticas a respeito. Diante da importância deste tema, o presente trabalho teve por objetivo compreender a vivência do parto segundo relato de mulheres. Foram entrevistadas oito mulheres, de 23 a 32 anos, que tiveram pelo menos um filho pela rede pública de saúde por meio de roteiro semiestruturado. Os resultados apontaram a preferência pelo tipo de parto, o momento de ir para o hospital, a presença do acompanhante, o contato com o bebê no pós-parto, a falta de protagonismo feminino, o ambiente pouco acolhedor e a percepção sobre o atendimento. Foram apontados aspectos urgentes a serem revistos na assistência ao parto, como a falta de vínculo entre a mulher e a equipe de saúde e restrições em relação ao acompanhante, o que distancia a prática do que é definido como prioridade pela Política Nacional de Humanização.

Palavras-chave: parto; mulher; humanização da assistência.

Experiences of women on childbirth

Abstract

In Brazil, many authors study the childbirth medicalization and the statistics confirm it. This research aimed at learning about the childbirth experience by women attending in the public health system. Semi-structured interviews were conducted with eight women, age 23-32 years, who gave birth in public health system was interviewed with semi-structured script. The results showed preference of childbirth way, how the woman decided that was the moment to go to the hospital, the partner's presence, lack of empowerment, professional assistance and the first contact with the newborn. The woman showed in their histories that something must to change immediately in the childbirth experience, like: the lack of link between the woman and the health team and restrictions about the partner's presence. The reality is very different of the public policy.

Keywords: childbirth; woman; humanization of assistance.

Introdução

O tema deste artigo é a vivência de mulheres sobre a experiência do parto na rede pública de saúde na região do triângulo mineiro. Este estudo se justifica pela compreensão de que ouvir os relatos das vivências de mulheres sobre a assistência ao parto pode ajudar a refletir e problematizar sobre as práticas que vêm sendo adotadas atualmente no Brasil.

Em 2011 foi publicada a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes” (BRASIL, 2011). Este documento busca consolidar os avanços dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e efetivar a melhoria da atenção obstétrica ao aborto inseguro, no planejamento familiar e no combate à violência doméstica e sexual. Com essa política, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) propõe uma construção conjunta de respeito, empoderamento e autonomia das usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista que, no Brasil, o histórico das mulheres na busca de um atendimento em saúde expressa discriminações e violações dos direitos básicos.

A humanização na atenção à saúde da mulher implica a promoção, o reconhecimento e o respeito aos direitos humanos (BRASIL, 2014), incluindo os eventos da gestação, parto e nascimento, de forma a colocar a mulher como protagonista destes eventos. A gestação e o parto não são apenas eventos biológicos, mas também sociais,

uma vez que envolvem família e comunidade, cuja protagonista deve ser a mulher. Nesse cenário, os profissionais de saúde possuem um papel importante, porém como coadjuvantes: a equipe de saúde deve estar ao lado da mulher para prestar apoio, ajudar a minimizar a dor, orientar e saber reconhecer momentos críticos (BRASIL, 2008).

Na prática, o que se vê no Brasil é que o parto tornou-se um evento médico, biológico, no qual o patológico é valorizado. A pesquisa “Nascer no Brasil”, feita pela Fundação Oswaldo Cruz (LEAL; GAMA, 2014), mostrou que o percentual de partos cirúrgicos atingiu a margem de 52%, enquanto que o indicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é de 15%. Na rede particular de saúde, esse índice chega a 88%. No município de Uberlândia (MG), onde o presente estudo foi realizado, o número de cesarianas registradas no ano de 2015 foi de 3105 contra 2450 partos naturais (55% de cesáreas), considerando-se a rede pública e a privada (ALEIXO, 2017).

Na pesquisa citada (LEAL; GAMA, 2014), observou-se que, dentre os partos vaginais, apenas 5% são naturais, sem intervenções médicas; 36,4% das mulheres receberam ocitocina sintética para acelerar o trabalho de parto, 53,5% sofreram episiotomia (corte feito na região do períneo para ampliar o canal de parto) e 91,7% das mulheres foram obrigadas a ficar na posição de litotomia (deitadas com as pernas para cima). O alto grau de intervenção nos partos mostra que a prática dos médicos brasileiros está em descompasso com as recomendações internacionais e com as recomendações do SUS (LEAL; GAMA, 2014).

*Endereço para correspondência: Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Psicologia, Avenida Pará, 1720 - Sala 47, Bloco 2 - C. Umarama - Uberlândia, MG - Brasil. CEP: 38405320. E-mails: krol.valadao@gmail.com, rpegoraro@yahoo.com.br

Os dados completos das autoras encontram-se ao final do artigo.



Os dados apresentados apontam para uma atenção à mulher no trabalho de parto e no parto marcado pela intensa medicalização, por intervenções desnecessárias e pelo número abusivo de cesarianas (LEAL; GAMA, 2014). Além disso, muitas mulheres não conseguem ter um acompanhante, mesmo tendo esse direito assegurado pela Lei 11.108 (BRASIL, 2005).

Essa profunda distorção da forma de nascer no Brasil pode ter muitas razões, uma delas, a medicalização do corpo feminino. Não se pode negar que os avanços na área da obstetrícia e a cesárea foram importantes instrumentos para a redução da mortalidade materna, porém, quando não indicada, a cesárea oferece mais riscos às mulheres e crianças do que um parto normal, como infecções e hemorragias. Outros motivos que podem justificar o uso abusivo das cesarianas são: maior pagamento dos honorários profissionais no caso de parto cirúrgico, a economia de tempo e a realização clandestina da laqueadura tubária no momento do parto (BRASIL, 2008).

Historicamente, o parto era considerado um evento natural e feminino, de caráter íntimo e privado. Com os avanços da medicina e particularmente da obstetrícia, o parto começou a se tornar um evento médico, deixando de ser íntimo para ser público, com a entrada de novos atores sociais (BRASIL, 2008; WEIDLE et al., 2014).

Com a institucionalização do parto, o nascimento tornou-se algo distante e desconhecido para as mulheres, já que elas não detêm mais o protagonismo do parto. São reféns dos profissionais de saúde, o que as leva a questionar a segurança do parto normal frente ao cirúrgico, que se mostra mais limpo, rápido e científico. Instituiu-se uma cultura a favor da cesárea. Como consequência, os obstetras não são capacitados para o atendimento a um parto normal, e, na relação médico x paciente, as mulheres têm dificuldades em participar das decisões sobre o tipo de parto e não se sentem capacitadas a fazer valer seus direitos diante das “questões técnicas” levantadas pelo médico (BRASIL, 2008).

É imprescindível para a humanização do parto a preparação da mulher durante o pré-natal. Além de aspectos técnicos, o preparo para o parto envolve o acolhimento da mulher e sua família no serviço de saúde e o desenvolvimento de medidas que ofereçam a possibilidade de a mulher vivenciar o trabalho de parto e o parto como eventos fisiológicos, fazendo-a protagonista no processo (BRASIL, 2008).

Não prestar a devida atenção à mulher em trabalho de parto pode resultar em violência obstétrica. Essa violência se expressa na negligência à mulher, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, humilhações, ameaças, gritos, entre outros), violência física (uso indevido de intervenções médicas e procedimentos desnecessários) e até o abuso sexual (AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011). Muitos autores já procuraram entender a vivência de parto da perspectiva das mulheres (GOMES; NATIONS; LUZ, 2008; DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004; OLIVEIRA et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2002; AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011). Os discursos das

mulheres ouvidas nos referidos artigos confirmam que a prática médica anda em descompasso com as recomendações do Ministério da Saúde, e muitas reconheceram ter sofrido violência no momento do parto. A distância entre as recomendações presentes na legislação e as práticas médicas se reflete na ausência de ações para o conforto e bem-estar da mulher em trabalho de parto. Muitos procedimentos de rotina estão sendo questionados. A medicina baseada em evidências mostra que vários deles são desnecessários e colocam a saúde da mulher em risco; outros são claramente danosos e devem ser prevenidos, tais como a episiotomia, aceleração do parto e cesárea eletiva (DINIZ; CHACHAM, 2002).

Na maternidade, o corpo da mulher é visto como objeto de controle e domínio da medicina. Essa ‘objetificação’ traz em si preconceitos ligados ao gênero e à banalização do sofrimento da parturiente (pensamento vigente que a mulher “merece” aquele sofrimento em compensação ao prazer sexual). Banalizar o sofrimento é banalizar também a violência institucional que acontece nas maternidades e na sociedade como um todo (AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011).

No Brasil, vivemos um modelo obstétrico intervencionista, em que o médico é figura central no momento do parto, e a mulher, por sua vez, torna-se objeto de ação, não detendo o controle sobre esse processo. A autonomia da mulher está diretamente ligada à informação que ela possui sobre evidências científicas para melhor conduta no momento do nascimento. Portanto, é fundamental que a parturiente seja bem orientada no momento do pré-natal, visando a maiores benefícios na assistência ao parto (OLIVEIRA et al., 2002)

Domingues, Santos e Leal (2004) realizaram um estudo que ouviu aproximadamente 250 mulheres e por meio do qual se verificou que apenas 23% das mulheres entrevistadas sentiam-se completamente informadas sobre o que aconteceria com elas e com o bebê no momento do parto. Apenas 17,7% das mulheres perceberam o pré-natal como um serviço informativo, e 44% das mulheres afirmaram que a principal fonte de informação era a mãe e outros familiares.

Segundo Oliveira et al. (2010), as mulheres optam pelo parto cirúrgico por medo de sentir dor, orientação de amigos e por medo da possibilidade de lesões em um parto vaginal. Muitas mulheres são submetidas a uma cesariana, mas desconhecem o real motivo de tal procedimento, e quando apresentam alguma justificativa, muitas não coincidem com a indicação médica. Oliveira et al. (2010) afirmam ainda que a cultura da cesárea é difundida como um parto rápido e sem dor, e sustenta a prática médica atual. Considera-se também que a cultura de submissão ao saber médico utiliza-se do medo das parturientes ante ao desconhecido para se realizar uma cesárea que pode ser feita em dia e horários marcados e receber remuneração mais elevada. Em relação ao parto vaginal, a maioria das mulheres vê como principal benefício a rápida recuperação pós-parto.

Em face do que foi exposto anteriormente, apresentaram-se como problemas de pesquisa deste estudo: de que maneira as mulheres, cujos bebês nasceram em um serviço da rede pública de saúde, percebem o atendimento recebido? Como se deu a escolha do tipo de parto? Como a parturiente decidiu que era o momento de ir para o hospital? Como foi o contato com o bebê no pós-parto imediato?

A partir dos problemas de pesquisa mencionados, o objetivo deste trabalho foi compreender a vivência do parto na perspectiva de mulheres assistidas pela rede pública de saúde.

Aspectos metodológicos

Esta pesquisa foi desenvolvida a partir da perspectiva qualitativa por meio de entrevistas. Segundo Duarte (2004, p. 215), as entrevistas “são fundamentais quando se precisa/deseja mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, mais ou menos bem delimitados, em que os conflitos e contradições não estejam claramente explicitados”. Seu emprego, em estudos qualitativos, permite ao pesquisador:

[...] fazer uma espécie de mergulho em profundidade, coletando indícios dos modos como cada um daqueles sujeitos percebe e significa sua realidade e levantando informações consistentes que lhe permitam descrever e compreender a lógica que preside as relações que se estabelecem no interior daquele grupo, o que, em geral, é mais difícil obter com outros instrumentos de coleta de dados (DUARTE, 2004, p. 215).

A partir do interesse em conhecer a vivência sobre o parto da rede SUS, foram convidadas para participar desta pesquisa mulheres maiores de 18 anos e que tiveram ao menos um parto realizado na rede pública de saúde. Foram critérios de inclusão ter tido gravidez de baixo risco e disponibilidade para ceder entrevista gravada em áudio. Foram considerados critérios de exclusão: gravidez de risco, histórico de transtorno mental grave e/ou acompanhamento da mulher pelo programa de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

As mulheres foram contactadas no período de janeiro a março de 2015, a partir de uma unidade básica de saúde localizada no município de Uberlândia, durante seu horário de funcionamento. A entrevistadora dirigiu-se à unidade de saúde, conforme horário combinado com o gestor do serviço, e abordou mulheres que aguardavam consultas na sala de espera do local. Foi feito um *rapport* inicial, em que a entrevistadora apresentou-se e perguntou sobre a possibilidade de transmitir informações sobre a pesquisa. Quando havia concordância, era feito um breve relato do estudo e, em caso positivo, agendada uma entrevista em data e horário mais convenientes para a participante. As entrevistas aconteceram nas casas das participantes, como forma de preservar sua identidade na unidade de saúde. Na data agendada, a entrevista foi gravada em áudio.

O instrumento elaborado para coleta de dados foi um roteiro de entrevista semiestruturado, dividido em duas partes: (a) *Dados de caracterização* (idade; número e idade dos filhos; número de filhos que nasceram pela rede pública de saúde; se tinha companheiro; ocupação/profissão; religião; escolaridade; renda familiar e com quem residia) e (b) *Questões norteadoras* (possibilidade de escolha do tipo de parto; relato sobre a decisão do momento de ir para o hospital para o nascimento do bebê; como a mulher foi recebida pela equipe de saúde no hospital; percepções sobre o trabalho da equipe que a assistiu durante o parto; uso de métodos para alívio da dor; relato da experiência de contato com o bebê logo após o nascimento).

Este estudo faz parte de uma pesquisa mais ampla aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia (Parecer 922.584). Em todos os casos, as participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes do início da entrevista. O termo informa às participantes sobre os objetivos e procedimentos do estudo, bem como garante livre participação e anonimato. Para garantir o sigilo quanto à identidade, as participantes não serão identificadas, sendo designadas de acordo com a ordem das entrevistas (E1 para a primeira, E2 para a segunda, e assim por diante).

As entrevistas foram transcritas na íntegra e realizou-se análise de conteúdo (BARDIN, 1977). A análise de conteúdo é usada quando se quer ir além dos significados, uma busca de outras realidades através das mensagens. É possível dividir a análise de conteúdo em três momentos: (1) A “pré-análise”, em que se organiza o material, formulam-se questões norteadoras e, no caso das entrevistas, efetua-se a transcrição; (2) A “exploração do material”: nesta etapa os dados brutos (transcritos) são transformados de forma organizada e agrupada em unidades de análise, as quais permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo; (3) O “tratamento dos resultados”: por fim, as falas já organizadas por temáticas são lidas repetidas vezes em busca de possíveis semelhanças entre temas diferentes, para comparação com a literatura da área (BARDIN, 1977).

Resultados

Foram entrevistadas oito mulheres cujos filhos nasceram na rede pública de saúde na cidade de Uberlândia. As mulheres tinham idade entre 23 e 32 anos, entre um e três filhos, viviam com um companheiro, e a renda familiar variava entre R\$ 1.000,00 (mil reais) e R\$ 4.000,00 (quatro mil reais). Duas delas eram donas de casa, e as demais exerciam atividade remunerada. Em relação à escolaridade, uma das entrevistadas possuía ensino fundamental incompleto, cinco possuíam ensino médio completo e apenas uma cursou ensino superior completo. Três entrevistadas disseram não ter preferência religiosa, duas eram católicas, duas evangélicas e uma declarou-se cristã. A Tabela 1 apresenta o perfil de cada entrevistada.

Tabela 1 - Características das entrevistadas

Entrevista	Idade (anos)	Companheiro	Ocupação	Escolaridade	Preferência Religiosa	Renda Familiar (R\$)	Nº de Filhos
E01	27	Sim	Dona de Casa	Médio Completo	Cristã	1500,00	3
E02	27	Sim	Auxiliar Administrativo	Médio Completo	Católica	1400,00	2
E03	26	Sim	Atendente de Telemarketing	Médio Completo	Católica	2500,00	1
E04	23	Sim	Atendente de Telemarketing	Médio Completo	Nenhuma	2300,00	1
E05	31	Sim	Supervisora de Telemarketing	Superior Completo	Evangélica	3200,00	2
E06	27	Sim	Comerciante	Não Declarou	Nenhuma	4000,00	2
E07	32	Sim	Dona de Casa	Médio Completo	Nenhuma	1000,00	2
E08	25	Sim	Cabelereira	Fundamental Incompleto	Evangélica	2500,00	1

A partir da análise das entrevistas, foram formados blocos temáticos de sentidos, descritos a seguir.

Direitos nem sempre garantidos: a preferência pelo tipo de parto, presença do acompanhante e contato inicial com o bebê

Todas as entrevistadas afirmaram que durante o pré-natal os médicos informaram que no sistema público de saúde há preferência pelo parto normal, mas relatam que não foram informadas sobre os benefícios desse tipo de parto. Mesmo tendo essa preferência dentro do sistema público de saúde declarada pelos profissionais que as atenderam, as mulheres não tinham a garantia de que essa seria a via de parto, pois, segundo os médicos, havia vários fatores que poderiam influenciar a decisão, tais como: diferenças de postura da equipe que iria receber a mulher no hospital, ter sido realizada cesárea em parto anterior e ocorrência prévia de aborto. Essa incerteza em relação ao tipo de parto pode ser ilustrada pela fala do médico para E2: “*Tudo era lá na frente: ‘porque eu não sei se vou fazer seu parto’, ‘porque eu não sei se vou estar lá no hospital’, ‘porque depende o médico que você vai ter’... era sempre assim que eles falavam*”.

Das oito mulheres entrevistadas, cinco tinham preferência pelo parto normal (E01, E04, E05, E06 e E07), duas pela cesárea (E02 e E08) e uma disse ter receio dos dois tipos de parto e, portanto, não tinha uma preferência definida (E03). Os motivos que levaram à declaração de preferência pela cesárea foram: aborto anterior (E08) e má experiência da mãe com o parto normal (E02), situação que levava à entrevistada ao medo de ter a mesma experiência. As entrevistadas que tinham preferência pelo parto normal alegavam poder ter melhor recuperação (E01, E04 e E06) e medo da cirurgia (E05 e E07).

As mulheres que tinham preferência pela cesárea manifestaram esse desejo durante o pré-natal, mas foram informadas de que essa não seria a primeira opção, como exemplificado pela E02: “*Eu não queria parto normal, mas ele falava que na rede pública não tinha jeito. Só iriam fazer a cesárea só se não tivesse jeito*”. A entrevistada com receio dos dois tipos de parto declarou que as informações recebidas durante o pré-natal não foram suficientes para que ela se sentisse segura para a escolha: “*A orientação que eles dão é que o parto normal é sempre melhor [...] Só que não adianta. O medo continuava...*”. (E03)

A decisão sobre o momento de ir para o hospital para o nascimento do bebê foi tomada por iniciativa da mulher quando envolveu o rompimento da bolsa (E04, E05) e início das contrações (E01, E02, E06), e por decisão do médico nos casos de ter 40 semanas de gestação (e iniciar indução – E03) e condições clínicas (como pouco líquido amniótico e hipertensão arterial – E07 e 08).

A presença do acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto é um direito assegurado por lei para as mulheres, porém nem sempre acontece. A análise dos relatos apontou três situações diferentes. A primeira delas envolve mulheres que não puderam ter acompanhante, como o relato: “*E eu podia ver minha mãe só no outro dia, no horário de visita. Eu falei: ‘Minha mãe pode ficar comigo?’ Ela [enfermeira] disse: ‘Não, você tem que ficar sozinha. Não pode.’*” (E01)

A segunda situação refere-se à possibilidade de ter acompanhante apenas do sexo feminino:

O T. [marido] não podia ficar, porque lá era sala de gestante, então às vezes as mulheres ficam peladas, o médico faz exame de toque... então o homem não podia ficar, só minha mãe. Ai o T. ficou lá fora no carro e eu fiquei com a minha mãe. [Pesquisadora: Você queria que o T. Estivesse?] “Eu queria o T.

[Pesquisadora: Você tentou pedir?]

Aham... Eles não deixaram... (E05)

E, por fim, outras mulheres afirmaram que puderam ter acompanhante à escolha:

O meu marido assistiu todo o parto, viu tudo, ele pôde ficar dentro da sala. Aliás, ele acompanhou desde o momento que eu estava no UAI, que ele foi pra lá [...] até o momento depois que [a filha] nasceu. Então, durante aquele tempo todo que eu fico em trabalho de parto que é em uma sala reservada, ele pôde ficar comigo. (E06)

As entrevistadas relataram ainda como foi o contato com o bebê logo após o parto. Foi possível identificar que o contato tem ligação direta com o tipo de parto, de forma que, quando o parto foi vaginal, o contato foi imediato: “*Logo quando ela nasceu, [...] elas já limparam a secreção e já colocaram ela em mim, pertinho assim para eu sentir ela [sic]*”. (E06) Quando o parto foi cirúrgico, o contato demorou mais para ocorrer: “*J. [filho] nasceu de manhã e eu fui ver o J. era duas horas da tarde [...] duas horas da tarde que eu peguei o J., aí que ele foi mamar*”. (E01)

Falta de protagonismo da mulher, ambiente pouco acolhedor e a atenção recebida

As mulheres entrevistadas relataram que sua autonomia não foi respeitada no trabalho de parto e no parto. Os desejos não foram respeitados pela equipe de saúde, e elas demonstravam certa passividade diante da postura médica, sem questionar a postura do profissional: “*Aí eles amarraram a mão da gente... Não entendo! Não entendo por que! Fiquei muito revoltada com isso!*” [Pesquisadora: Você questionou?] “*Não cheguei a questionar, não*”. (E03)

Outro exemplo de falta de escuta à mulher refere-se à posição para o parto não ser a da preferência da mulher. A Entrevistada 04, no entanto, reafirma sua vontade:

Na hora que eu entrei lá pra sala de parto mesmo, que tinha que pôr as pernas para cima, eu falei para ele que não ia pôr. Aí até a J. [enfermeira] levantou as minhas pernas. Eu começava a tremer as pernas e tirava.

[Pesquisadora: Se você pudesse escolher a posição naquela hora, qual posição você escolheria?]

As pernas para baixo [risos]. Com as pernas para cima não dá, não. Só com as pernas para baixo dobrado para mim já estava ótimo.

[Pesquisadora: E você se sentiu obrigada a ficar naquela posição?]

Não... Quando ele falou isso, eu falei: ‘Vou ficar com as pernas para cima, porque ela já está saindo e se eu ficar segurando...’ Eu não me senti obrigada, não, eu me senti no dever.

Durante as entrevistas, as mulheres contaram como eram atendidas pelos profissionais de saúde, sendo destaque o ambiente nada acolhedor e condutas inadequadas para o momento do parto quando já estava no hospital:

Para mim, parecia um matadouro. [...] parecia filme de terror. Ele [médico] saía da porta, entrava na outra porta. Aí a mulher [outra parturiente] saía de lá, eles colocavam ela no quarto, vinha com a outra, deitava e punha lá, saía da outra porta, entrava na outra, a que estava lá saía, e punha a outra, ficava lá esperando... E aí me colocaram lá, mas eu sabia que a S. [filha] não estava pronta para nascer. Ela não estava... ela não tava! Porque quando me colocaram lá, estava contando piada, ele contando que ia pra fazenda, e isso eu nunca vou esquecer, e aí eles cantando lá uma música do Zezé de Camargo e Luciano... que raiva!

Aspectos negativos quanto aos profissionais de enfermagem também foram relatados:

Acho que só tinha que melhorar as enfermeiras. Tem umas que faz é graça. Você vê que está de deboche para cima de você! Porque depois que você está ali, você está precisando delas. Elas estão ali, elas estão ganhando para fazer aquilo ali. A gente entende que não é fácil. Eu queria ver se fosse elas lá, machucando elas [sic]. Porque tem umas que machuca a gente... Ficava com deboche pra cima da gente. Elas não precisam dizer algumas coisas. Na hora a gente está sentindo dor, gente! Elas têm que entender isso. Agora elas virarem para você e falar: ‘Olha eu sei que está doendo, mas a próxima é pior, não se preocupe!’ [tom de desaprovação].

Há também relatos de condutas positivas como fala a Entrevistada 05 a respeito de um médico: “*Esse médico toda vez que ele tinha que fazer o exame de toque, ele me pedia. ‘Você me autoriza?’... muito educado. Bom mesmo!*”. A mesma entrevistada também avaliou a equipe como um todo:

Eu achei o hospital excelente, a equipe médica muito preparada. Eles são até exigentes, sabe?! Assim, eu percebo que eles se cobram para fazer um bom trabalho. Eu imagino que tem alguém por trás disso que cobra eles [sic]. Eles são bem preparados... eu gostei bastante. (E05)

Discussão

A humanização do parto envolve, entre outros fatores, o respeito à autonomia e ao protagonismo femininos (AMORIM, 2012). Assim, ouvir relatos de mulheres acerca da vivência do parto é uma maneira de avaliar a qualidade e como se dá o atendimento nos serviços de saúde.

A maioria das mulheres entrevistadas tinha preferência por um parto vaginal no início da gestação. Observa-se que, mesmo com as diversas recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) acerca do parto, os profissionais de saúde que acompanharam as mulheres no serviço de pré-natal não puderam garantir qual a via do parto, tendo em vista que não era possível assegurar em que instituição ocorreria o nascimento da criança.

Os relatos apontaram que as gestantes entrevistadas só tomaram conhecimento sobre para qual maternidade seriam encaminhadas no momento do parto, o que contraria a lei n.11.634 (BRASIL, 2007), que determina que, durante o pré-natal, toda gestante tem o direito de se vincular à maternidade onde receberá atenção no âmbito do SUS. Neste sentido, se os hospitais da rede pública do município em que o estudo foi desenvolvido permitem que as gestantes conheçam o setor de maternidade ainda durante a gestação, não lhes garantem em qual deles o bebê nascerá.

No município em que a coleta foi realizada existem três opções para a puérpera atendida na rede pública de saúde: o hospital escola da Universidade Federal de Uberlândia, o Hospital Municipal vinculado à Secretaria Municipal de Saúde e os hospitais credenciados à rede suplementar de saúde. Como a equipe responsável pelo pré-natal não é a mesma que atende a parturiente, o pré-natal e o parto são oferecidos como se fossem serviços independentes, sem interlocução entre as equipes/serviços. Desta forma, percebemos que não existe vínculo entre a parturiente e a equipe que a atenderá no momento do parto.

As entrevistadas tinham preferência em relação ao tipo de parto, mas não decidiram o desfecho do parto. Em todos os casos, independente da preferência inicial, a decisão partiu da equipe de saúde, evidenciando a falta de protagonismo da mulher e reafirmando o médico como ator principal do parto. O parto institucionalizado, pautado em um modelo médico, coloca os aspectos científicos acima de outros, e, assim, o saber médico predomina sobre os desejos e necessidades da mulher (SANTOS et al., 2012).

Tal falta de protagonismo reforça a prática cultural de submissão ao saber médico. Com o avanço das técnicas assistenciais e dos equipamentos de saúde, a mulher foi destituída da apropriação do parto e de seu empoderamento, entregando essa responsabilidade em mãos alheias. Essa desvinculação da participação ativa no nascimento dos filhos pode estar relacionada ao fato de que as mulheres desconhecem seus direitos sexuais e reprodutivos, reforçando o discurso vigente de que a mulher deve ter um comportamento adequado, ficando calada, quieta e obedecendo à equipe médica (LOPES et al., 2009)

O fato de as mulheres não conhecerem seus direitos acarreta a perda de outros benefícios, como o direito a ter um acompanhante. A lei 11.108 (BRASIL, 2005) garan-

te que a mulher tenha um acompanhante à sua escolha desde a internação até o momento do pós-parto. Mas o que pôde ser observado nas entrevistas foi que, mesmo depois de dez anos em que a lei foi sancionada, as parturientes algumas vezes ficavam sozinhas durante o processo de nascimento dos bebês, ou tinham limitações na escolha do acompanhante (como ser obrigatoriamente do sexo feminino, por exemplo).

A pesquisa de Brüggemann et al. (2015, p. 153) destacou que “a limitação da presença do acompanhante no cenário do nascimento, no Brasil, impossibilita que a mulher receba o apoio de sua rede social durante todo o processo parturitivo”. Os enfermeiros entrevistados nessa pesquisa apontaram que a sala de cirurgia, em sua percepção, não é local adequado para o acompanhante, seja pela necessidade de assepsia, seja pelo fato de que o acompanhante muitas vezes não tem preparo emocional para presenciar o parto, sendo sua presença admitida nas salas de pré e pós-parto apenas. Muitas vezes, quando o profissional acredita que o parto ocorrerá sem complicações, a presença do acompanhante é facilitada. Os benefícios da presença de uma pessoa próxima à mulher são desconsiderados segundo esse estudo.

Outra contribuição da pesquisa de Brüggemann et al. (2015) foi a revelação de que, se o acompanhante não solicitar, não entra, e que, se solicita, é orientado a não entrar. Apenas em situações em que há insistência a sua entrada é permitida. Podemos inferir, assim, que apenas aqueles que conhecem a legislação e o demonstram poderiam acompanhar o parto. Segundo os autores:

Os obstáculos impostos pelos profissionais de saúde, para o cumprimento integral da Lei do Acompanhante, são pautados por ideias pré-concebidas de que o ambiente hospitalar não é lugar para o acompanhante e que a sua presença pode interferir negativamente na organização do processo de trabalho (BRÜGGEMANN et al., 2015, p. 157).

O acompanhante não é uma pessoa que pretende apenas ver o bebê nascer. A presença do acompanhante, além de proporcionar apoio emocional à mulher, também garante uma pessoa a auxiliando nas tomadas de decisões durante o trabalho de parto e verificando junto à equipe de saúde sobre a real necessidade dos procedimentos adotados (DODOU et al., 2014).

Para tanto, algumas medidas precisam ser tomadas, como por exemplo a inserção do acompanhante desde o princípio da gestação (pré-natal) para que possa ter conhecimento de todo processo e de fato contribuir com a gestante no momento do parto. Outra medida seria a adequação do ambiente para que a mulher pudesse ter o acompanhante à sua escolha, independente do gênero do mesmo (DODOU et al., 2014).

Nas entrevistas, vimos que nem todas as mulheres tiveram contato imediato com o bebê após o nascimento. Esse contato tem ligação direta com o tipo de parto: em partos via vaginal, o contato era imediato; em cesáreas, o contato com o bebê acontecia apenas quando a mulher saía do centro cirúrgico. A realização de procedimentos no recém-nascido (como limpar, aspirar, avaliar, dar ba-

nho e outros) pode acarretar o retardamento do contato precoce entre mãe e filho. Na cesariana, principalmente quando realizada fora do trabalho de parto, o estado de alerta do bebê é menor. Esse fator, associado à sonolência da mãe em decorrência da analgesia, pode também dificultar o contato pele a pele entre a díade. O contato precoce com o bebê é importante para o sucesso de certos processos fisiológicos como a dequitação da placenta, a diminuição do sangramento da mãe, a estimulação da produção de leite e o estabelecimento da amamentação (SALGADO; NIY; DINIZ, 2013).

A violência no tratamento à mulher no momento do parto (não poder escolher a posição mais confortável, ser alvo de deboche, ouvir piadas em momento de dor e ansiedade), traduzida por desrespeito e maus-tratos, também esteve presente no estudo de RODRIGUES et al. (2015), o que se encontra em desalinhamento com as propostas da Política Nacional de Humanização.

Por fim, vale destacar a necessidade de estudos e medidas a respeito do parto e do nascimento no Brasil. Segundo Weidle et al. (2014, p. 52), “a humanização do parto passa não apenas por medidas governamentais, que assegurem legalmente os direitos das gestantes, mas passa também o comportamento e o comprometimento dos profissionais responsáveis” pelo cuidado à mulher e bebê nesta etapa de vida. Essa importante consideração nos leva a destacar a necessidade de implementação de ações voltadas para a Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009).

Considerações finais

O trabalho buscou compreender como as parturientes da rede pública de saúde vivenciaram o nascimento de seus filhos. As falas das mulheres evidenciaram aspectos urgentes a serem revistos na atenção ao parto, como a falta de vínculo entre a mulher e a equipe de saúde, a falta de protagonismo da mulher e as restrições em relação ao acompanhante. Analisar as narrativas do trabalho de parto e parto contribuiu para a compreensão do significado atribuído a esse momento pelas parturientes. Refletir sobre a percepção de cada mulher auxilia na escolha de estratégias de cuidado que possam atender a mulher no momento do nascimento de seu bebê.

Informações sobre as autoras:

Carolina Lemes Valadão

 <https://orcid.org/0000-0003-4024-0255>

 <http://lattes.cnpq.br/6787001647445142>

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e Mestre pela mesma universidade. Pesquisa a Relação Família-Escola e as possíveis contribuições da Psicologia Escolar nessa relação. Já atuou como psicóloga na educação infantil e atualmente trabalha na coordenação do ensino fundamental anos finais em uma escola da rede privada de ensino. É mãe de três filhos.

Renata Fabiana Pegoraro

 <https://orcid.org/0000-0001-6052-5763>

 <http://lattes.cnpq.br/4823645280355146>

Renata Fabiana Pegoraro é docente do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia. Atua como professora permanente do Mestrado em Psicologia do IP-UFU. Possui

graduação em Psicologia pela Universidade de São Paulo - Campus Ribeirão Preto (1996), especialização em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Carlos, mestrado em Psicologia pela Universidade de São Paulo (2002) e doutorado em Psicologia pela Universidade de São Paulo (2007). Concursada junto à UFU desde 2014, desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão na área da saúde/saúde mental. Desenvolve pesquisas na área de Psicologia e Políticas Públicas de saúde/saúde mental.

Contribuições das autoras:

Ambas as autoras colaboraram ao longo do processo, desde a elaboração até a revisão final do manuscrito. As autoras aprovaram o manuscrito final para publicação.

Como citar este artigo:

ABNT

VALADÃO, Carolina Lemes; PEGORARO, Renata Fabiana. Vivências de mulheres sobre o parto. *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói, v. 32, n. 1, p. 91-98, jan./abr. 2020. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5739>

APA

Valadão, C. L., & Pegoraro, R. F. (2020, Janeiro/Abril). Vivências de mulheres sobre o parto. *Fractal: Revista de Psicologia*, 32(1), 91-98. doi: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5739>

Referências

AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 79-92, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000035>

ALEIXO, Caroline. *Índices de cesáreas ainda é alto na rede pública de Uberlândia*. Disponível em: <https://g1.globo.com/minas-gerais/triangulo-mineiro/noticia/indice-de-cesarias-ainda-e-alto-na-rede-publica-de-uberlandia.ghtml>. Acesso em: 18 fev. 2020.

AMORIM, Melania. A retomada do protagonismo feminino no Parto. Entrevista concedida à Graziela Wolfart. *Domtotal*, 30 dez. 2012. Disponível em: <https://domtotal.com/periscopio/1613/2012/12/a-retomada-do-protagonismo-feminino-no-parto>. Acesso em: 18 nov. 2018.

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

BRASIL. *Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005*. Dispõe sobre a garantia das parturientes ao direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: 26 jun. 2015.

BRASIL. *Lei nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007*. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm. Acesso em: 26 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada*. 3 ed. Brasília: MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: MS, 2009.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: MS, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Humanização do parto e nascimento*. Brasília: MS, 2014.
- BRÜGGEMANN, Odaléa Maria et al. M. No parto vaginal e na cesariana acompanhante não entra: discursos de enfermeiras e diretores técnicos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 36, n. spe, p. 152-158, 2015. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.53019>
- DINIZ, Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra. *Dossiê humanização do parto*. São Paulo. Ed. Rede Feminista de Saúde, 2002. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/304346717_Dossie_Humanizacao_do_Partto. Acesso em: 18 fev. 2020.
- DODOU, Hilana Dayana et al. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepção das puérperas. *Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 262-269, abr./jun. 2014. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140038>
- DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; SANTOS, Elizabeth Moreira dos; LEAL, Maria do Carmo. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cadernos de Saúde Pública* [online], Rio de Janeiro, v. 20, suppl. 1, p. S52-S62, 2004. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000700006>
- DUARTE, Rosália. Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar em Revista*, Curitiba, n. 24, p. 213-225, jul./dez., 2004. <https://doi.org/10.1590/0104-4060.357>
- GOMES, Annatália Meneses de Amorim; NATIONS, Marilyn K.; LUZ, Madel Therezinha. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 61-72, jan./mar., 2008. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000100006>
- LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Sumário executivo temático da pesquisa. In: LEAL, Maria do Carmo (Org.). *Nascer no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 2-7. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2016.
- LOPES, Caroline Vasconcelos et al. Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e do nascimento do filho. *Cogitare Enfermagem*, v. 14, n. 3, p. 484-490, jul.-set. 2009. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/16178/10697>. Acesso em: 18 fev. 2020.
- OLIVEIRA, Andressa Suelly Saturnino de Oliveira et al. Percepção das mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. *Revista Rene*, Fortaleza, v. 11, p. 32-41, 2010. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4655>. Acesso em: 12 ago. 2019.
- OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcelos de et al. Tipo de parto: expectativa das mulheres. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 667-674, 2002. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000500007>
- RODRIGUES, Diego Pereira et al. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. *Escola Anna Nery*, v. 19, n. 4, p. 614-620, out./dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0614.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.
- SALGADO, Heloísa de Oliveira; NIY, Denise Yoshie; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Meio grogue e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada. *Journal of Human Growth and Development*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 190-197, mai.-ago. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v23n2/pt_11.pdf. Acesso em: 17 jun. 2018.
- SANTOS, Luciano Marques et al. Atenção no processo parturitivo sob o olhar da puérpera. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental* [online], Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 2655-2666, jul.-set. 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750894005>. Acesso em: 23 out. 2019.
- WEIDLE, Welder Geison et al. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 46-53, 2014. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400010008>

Corpo de Afetos: entre o apego emocional e o movimento dançado★

Cecília de Lima Teixeira, ¹★ Gilead Marchezi Tavares, ^{II}

¹ Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

^{II} Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil

Resumo

O afeto é experienciado pelo bailarino em um nível energético básico: uma necessidade de respirar – inspirar o mundo no corpo e expirar o corpo no mundo. Neste movimento de afeto, o bailarino experiencia um processo de transformação corporal como necessidade vital. Este estudo confronta a percepção sensorio-somática do afeto como força de movimento experienciada pela prática da dança, com o afeto compreendido como vínculo emocional entre indivíduos estudado por um campo da psicologia do desenvolvimento. Atribuindo voz ao conhecimento da dança e usando a teoria de Metáforas Cognitivas de Lakoff e Johnson, procura-se aprofundar a origem do sentido de afeto e compreender como ocorre a sua transferência de sentido entre a dança e a psicologia. Em ambos campos, o afeto revela-se como força de sobrevivência, porém, a dança compreende o afeto no nível pré-pessoal, como força da relação corpo-mundo, enquanto uma parte da psicologia do desenvolvimento entende o afeto no nível de necessidades de um corpo já subjetivado.

Palavras-chave: afeto; intensidade; movimento; percepção sensorio-motora; transformação.

The Body's Affection: between emotional attachment and danced movement

Abstract

Affect is experienced by the dancer at a basic energetic level: a need to breathe – breathe in the world through the body and breathe out the body into the world. Through this movement of affect the dancer experiences a bodily transformation process as a vital need. This study confronts the sensory-somatic perception of affect as a force of movement experienced by the practice of dance, with the notion of affection taken as an emotional bond between individuals studied by developmental psychology. By giving voice to dance knowledge and by using the theory of Cognitive Metaphors of Lakoff and Johnson, it seeks to deepen the origin of the sense of affection and to understand how its transference of meaning between the dance and psychology occurs. In both fields, affection reveals itself as a survival force. However, dance perceives affection at a pre-personal level, as a force of the body-world relation, whereas developmental psychology perceives affection at a conscious level, i.e. at the level of a body that has already passed through a process of subjectivation.

Keywords: affection; intensity; movement; sensorimotor perception; transformation.

Introdução

A origem deste artigo deriva de vários anos de trabalho intenso como bailarina e coreógrafa, ao longo dos quais a necessidade de sentir o corpo se vem revelando enquanto força de afeto. Afeto surge como uma necessidade corporal de incorporar e desincorporar, de expandir e contrair, de absorver e expelir, e manifesta-se como força/ desejo intrínseco ao corpo vivo, que provoca movimento.

Por meio da dança descobri uma experiência de corpo em estado de intensa vibração, animado e excitado por uma força/necessidade de afetar e ser afetado (ESPINOSA, 1983). Este artigo resulta de uma investigação sobre como essa compreensão, que se faz na vivência corpórea dos afetos, se relaciona com a noção de afeto descrita pela filosofia e pela psicologia.

O que é esta sensação de afeto que se sente no pulso do corpo, na emoção e no pensamento? Como ocorre a passagem de sentidos entre afeto enquanto fenômeno so-

mático intrínseco ao pulsar do corpo na dança, e afeto enquanto um vínculo emocional de relação entre indivíduos explicada pela teoria de apego da psicologia?

Metáforas Cognitivas: a nossa capacidade intrínseca de trans-versar sentidos e atravessar domínios do saber

“A metáfora, sendo o instrumento de uma linguagem não lógica, pode tocar, isto é, explicar (ou provar) coisas que a linguagem lógica não toca nem explica” (TAVARES, 2006, p. 112).

Como é amplamente estudado e defendido pelas ciências cognitivas e neurociências, a gênese do conhecimento e da capacidade de articular pensamento advém do sentido experiencial intrínseco à percepção somática e sensorio-motora (DAMÁSIO, 2000, 2003, 2010; GIBBS, 2005; GIBSON, 1966; EDELMAN, 1992, MATTURANA; VARELA, 1980). Deste modo, também o sentido percebido através da linguagem verbal terá de ser desenvolvido com base no nosso sentido experiencial. A construção de sentidos articulados por meio de qualquer sistema linguístico e a própria capacidade de abstração dele derivado terá de ser fundada na experiência sensorio-somática. A capacidade metafórica vem sendo gradualmente reconhecida por alguns cientistas e acadêmicos

* Fontes de financiamento e apoio: Fundação para a Ciência e a Tecnologia – FCT (Portugal).

** Endereço para correspondência: Universidade de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana. Instituto de Etnomusicologia - Centro de Estudos em Música e Dança. Estrada da Costa, 1499-002 - Cruz Quebrada, Dafundo, Lisboa, Portugal. E-mails: ceciliateixeira@fmh.ulisboa.pt, gileadmt.2014@gmail.com
Os dados completos das autoras encontram-se ao final do artigo.



como o modo pelo qual é feita a transferência de sentido gerado no domínio experiencial e sensório-somático para o sentido projetado em conceitos linguísticos relativos a domínios abstratos.

O reconhecido neurocientista Robert Sapolsky (2011) refere-se à capacidade metafórica como uma aptidão funcional característica da espécie humana,¹ demonstrando que é esta capacidade que nos torna aptos a transferir conceitos somáticos e sensório-motores para âmbitos abstratos e morais. Sapolsky revela a metáfora como uma disposição intrínseca ao nosso funcionamento orgânico a qual faz com que os valores derivados da experiência sensório-somática sejam transferidos para um plano conceitual abstrato, sendo a partir desta aptidão que o ser humano consegue construir um sistema simbólico e abstrato. Por exemplo, diz o cientista, quando contemplamos repugnância moral ou ética, é ativada a mesma parte do cérebro que quando estamos comendo ou cheirando algo que nos repugna. O cérebro concebe este âmbito abstrato através de um modo muito concreto, literalmente ligado à experiência corporal e sensorial; daí os atos éticos ou morais estarem invariavelmente associados a conceitos relacionados com noções de pureza, sujidade, repulsa, proximidade etc. Outro exemplo de transferência metafórica é o âmbito de sensações físicas como modo de avaliar personalidade. Sensações presentes, por exemplo, em conceitos como rigidez (personalidade rígida ou flexível), temperatura (personalidade quente ou fria), firmeza (personalidade segura ou vacilante, fixa ou móvel), textura (personalidade suave ou áspera) etc. Sapolsky menciona também a capacidade de empatia e personificação como capacidades associadas à transferência metafórica intrínseca ao nosso funcionamento. Empatia permite fazer uma transferência entre o domínio do sentimento do próprio sujeito para o domínio do sentimento do outro (como alguém próximo), mas, ainda mais, permite transferir sentimento para o domínio do outro enquanto entidade abstrata, como, por exemplo, um grupo de pessoas ou animais desconhecidos ou imaginários. É a mesma parte do cérebro que atribui o sentimento, não apenas do próprio sujeito em estado de dor, mas também da imaginação de dor no outro. Personificação permite transferir características do domínio humano para outros domínios, como outros domínios vivos, materiais ou mesmo entidades abstratas. Sapolsky (2011) salienta:

This is an absolutely wild way in which this metaphor stuff, as abstract as you can get, is inadvertently being processed by the brain in the most concrete literal ways and outcomes all sorts of ways in which we are suddenly being shaped by these phenomena. And a lot of researchers in the field of neurobiology of moral behaviour note that essentially what we do with our conscious decision making is justify the intuition and visceral responses we already had (transcrição da autora).

¹ Nesta conferência, Sapolsky discute a capacidade metafórica associada à capacidade simbólica e à abstração como algo que distingue a espécie humana. A minha referência a este discurso não pretende dar ênfase à questão de distinção da espécie humana de outras espécies animais, mas sim ao modo como o autor aborda a natureza da metáfora.

A noção de “Metáforas Cognitivas” desenvolvida por Lakoff e Johnson (1980, 1999, 2003) clarifica como a noção de metáfora, ao revelar precisamente essa capacidade de transferir sentidos do seu domínio originário (sensório-somático) para domínios secundários, abstratos e imaginativos do pensamento, assinala não meramente uma figura de estilo poética da linguagem, mas constata uma capacidade cognitiva funcional, essencial ao pensamento abstrato. Ou seja, o sistema conceitual construído pela nossa articulação verbal de pensamento é criado principalmente através de um processo metafórico. A formação de conceitos formais pela nossa mente deriva principalmente do domínio sensório-motor, sendo que o mecanismo metafórico é um mecanismo cognitivo intrínseco que permite a transferência da experiência e imagens incorporadas pelo domínio sensório-motor para o domínio conceitual do pensamento verbal. Deste modo, os autores acima citados (1980, p. 477) consideram que o sistema linguístico é, de modo geral, formado por conceitos emergentes ou primários e conceitos secundários. Conceitos Primários, ou *Emergent Concepts*, são todos os conceitos fundados nas correlações sistemáticas com a experiência, ou seja, que se correlacionam diretamente com a experiência, dependendo de uma sensação sensório-motora e de imagens multissensoriais. São conceitos entendidos de um modo imediato, sem necessidade de uma associação metafórica, como, por exemplo, as noções de: cima, baixo, abrir, cair, agarrar, torcer, próximo, distante, quente, vermelho, aqui, ali, pesado, leve etc. Esta teoria indica que são estes conceitos, diretamente derivados da experiência e da sensação sensório-motora, que constituem a base estrutural do pensamento conceitual. Os conceitos secundários são todos aqueles que não surgem diretamente da experiência sensório-motora, mas que são concebidos por meio de uma translação metafórica, ou seja, o seu significado é construído através do processo cognitivo metafórico que vai buscar sentido nos conceitos emergentes. Por exemplo:

- Concebemos a noção de tempo como um movimento. Quando pensamos em tempo, inerentemente e inconscientemente o associamos a uma passagem: o tempo passa rápido, o tempo voa, o tempo parou.
- Concebemos a noção de alegria associada a uma postura, uma orientação corporal, um estado energético. Quando pensamos em alegria, inerentemente a associamos a uma sensação de abrir, uma direção para cima.
- Concebemos a noção de importante como grande.
- Concebemos a noção de dificuldade como peso.
- Concebemos a noção de organização como uma estrutura física.
- Concebemos a noção de conhecimento essencialmente como ver, agarrar, manipular.

- Concebemos a noção de afeto associada à temperatura. Dizemos que os latinos são quentes e os alemães frios.

Assim sendo, diria que há aqui uma reversão no modo de conceber sentido, pois, por exemplo: não é o quente que é uma metáfora para afeto, mas é o afeto que é concebido através da noção “quente”. Ou seja, é a partir da capacidade de transposição, transmutação de sentido (a que chamamos de metáfora), que conseguimos projetar o sentido de conceitos emergentes (derivados dos domínios sensorio-somáticos e experienciais) para edificar sentido de conceitos abstratos relativos a outros domínios da nossa capacidade imaginativa e de abstração.

Assim, como que em resposta à citação inicial deste capítulo, de Gonçalo Tavares (2006), os autores confirmam:

The fact that abstract thought is mostly metaphorical means that answers to philosophical questions have always been, and always will be, mostly metaphorical [...] Metaphorical thought is the principal tool that makes philosophical insight possible” (LAKOFF; JOHNSON, 1999, p. 7).

Esta capacidade de transferência inerente ao processo cognitivo vem corroborar a teoria da cognição corporificada, revelando o seu modo intrínseco de funcionamento, através do qual concebemos sentidos e pensamentos. É com base nesta capacidade de transferência inerente ao processo cognitivo que me fundamento para aprofundar como a noção de afeto atravessa o seu domínio sensorio-motor experienciado na dança e o seu domínio emocional abordado pela psicologia desenvolvimentista.

Os sentidos sensorio-motores com que construímos o conceito de afeto

Ao considerar esta transferência de sentido de um domínio para outro é essencial reparar que, muitas vezes, os conceitos secundários não têm apenas um conceito emergente associado, mas são compreendidos como uma composição dinâmica de várias sensações sensorio-motoras e de um intrincado experiencial desenvolvido ao longo da vida.

Portanto, a noção de afeto não é associada somente a um domínio sensorial, mas relaciona-se com vários domínios: temperatura (quente e frio), distância (perto ou longe); com uma experiência agradável de tato (associado a carícias, usualmente leve e lento); com formas arredondadas; com texturas fofas e macias, e até com determinadas zonas corporais, como o ventre.

Para mais, embora o sentido de conceitos secundários seja composto de percepções básicas de sentido sensorio-motor e experiencial, estas composições de sentido têm uma natureza dinâmica e plástica. Assim, por exemplo, a minha percepção de afeto não será exatamente igual à de outros, porque a minha experiência de quente, perto, redondo, fofo e de colo tem nuances particulares, diferentes de qualquer outra. É ainda importante realçar que a relação com as percepções sensoriais ao longo da vida vão se alterando de forma sutil, quase indescritível, e, como tal, também a compreensão de conceitos.

Por exemplo: na composição da minha noção de afeto, foco principalmente o sentido de “perto”, enquanto que outra pessoa poderá focar particularmente o sentido de “quente”. Ou ainda, por exemplo, no passado o meu sentido de afeto compunha-se majoritariamente na percepção de “colo”, e hoje pode estar mais focado na sensação de “carícia de uma mão”.

Então, o nosso processo cognitivo de construção de sentido se dá a partir de padrões de incorporação dinâmicos, de experiência multimodular e recorrente, que estabelece estruturas de entendimento e racionalização. O estudo que consiste em estruturar esta base de padrões recorrentes de onde se formam os sentidos é intitulado *Image Schemata*.

A schema consists of a small number of parts and relations, by virtue of which it can structure indefinitely many perceptions, images, and events. Image schemata operate at a level of mental organization that falls between abstract propositional structures, on the one side, and particular concrete images on the other (JOHNSON, 1990, p. 29).

Image Schemata estuda um padrão recorrente, forma e regularidades dessas experiências significativas. Contudo, como o autor demonstra, “it is important to recognize the dynamic character of image [*embodied*] schemata as structures for organizing our experience and comprehension” (JOHNSON, 1990 p. 29). Os padrões de formação de sentido são fundamentalmente compostos através de imagens multimodais, ou seja, são fundamentalmente gerados através do sentido emergente dos nossos movimentos, manipulação de objetos e interações corporais e sensíveis – porém estes geradores principais de sentido são também influenciados e esquematizados pela própria experiência incutida pela lógica inerente a cada linguagem e pelo contexto histórico e cultural em que vivemos.

A noção de afeto na teoria do apego da psicologia

Afeto é descrito nos dicionários gerais como um elemento do qual todas as manifestações emocionais são essencialmente compostas. No glossário online de psiquiatria,² afeto é relacionado com um estado emocional imediato, reconhecido subjetivamente pela pessoa e objetivamente por outros. No artigo *The nature of love*, Harlow (1958) equipara o sentimento de afeto com amor, proclamando que, apesar da sua natureza íntima e pessoal, o amor ou afeto é uma faceta predominante nos humanos, e, como tal, não deverá ser desconsiderada como tópico de pesquisa experimental.

A teoria do apego afetivo (*Attachment Theory*) foi originalmente desenvolvida pelo psicanalista britânico John Bowlby (1907-1990) como uma teoria abrangente sobre a natureza das ligações afetivas da infância, em que apego refere-se a um vínculo afetivo entre o bebê e a figura de apego (um cuidador, geralmente pensado como a mãe). Embora hoje em dia a importância do apego afetivo no desenvolvimento infantil se possa considerar como uma noção que faz parte do senso comum, na altura dos estudos iniciais de Bowlby vários psicanalistas defendiam que as manifestações extremas de stress por parte de crianças

²Disponível em: <http://www.priory.com/gloss.htm>.

órfãs ou sem figura de apego eram meramente sinais imaturos de mecanismos de defesa, operados para reprimir a dor emocional (FRALEY; GILLATH; KARANTZAS, 2016). O trabalho de Bowlby ofereceu outra perspectiva sobre esta questão do apego afetivo. Baseado em estudos etológicos e no trabalho de campo desenvolvido com crianças órfãs do pós-guerra, este cientista demonstrou que tais comportamentos de apego são comuns a uma grande variedade de espécies mamíferas, tendo uma função evolutiva. Inclusive, aquilo que chamou de “sistema de comportamentos de apego” é um fenômeno que se vai desenvolvendo através de um processo de seleção natural para aferir proximidade à figura primária de apego, e assim assegurar a sobrevivência (como, por exemplo, a proteção contra predadores, alimentação, exploração do ambiente etc.) até a idade de reprodução.

De modo geral, a concepção de apego afetivo é abordada por Ainsworth e Bowlby (1991) como sendo um profundo e duradouro vínculo emocional que relaciona uma pessoa com outra através do tempo e espaço. Bowlby (1969) caracteriza comportamentos específicos de relações de apego em crianças, as quais procuram proximidade com a figura de apego quando ameaçadas ou perturbadas. Por sua vez, o comportamento de cuidado parental de adultos em relação a crianças envolve uma atenção e reação sensível apropriada às necessidades da criança. Os padrões de apego desenvolvidos desde a primeira infância levariam a modelos internos de funcionamento, que guiarão as percepções individuais, emoções, pensamentos e expectativas de relacionamentos posteriores.

Na sua experiência com macacos bebês cujas mães biológicas foram substituídas por “mães inanimadas”, Harlow (1958) e Harlow e Zimmermann (1959) demonstraram que esta relação de apego afetivo é em parte desenvolvida como resultado de uma satisfação de determinadas necessidades primárias, como a necessidade de sucção e alimentação, conforto e contato físico (especificamente relacionados com a manutenção de temperatura corporal e contato com superfícies macias e fofas). Contudo, apesar de estes macacos terem desenvolvido uma relação de apego afetivo com objetos inanimados que lhes satisfaziam necessidades básicas de alimentação, proteção e identificação, mais tarde, na idade adulta, eles irão desenvolver padrões de comportamento atípicos e desajustados, sendo que, quando as fêmeas de “mães inanimadas” se tornaram elas próprias mães, revelaram comportamentos de negligência e abuso para com as crias.

Estes primeiros estudos sobre o apego vêm enfatizar a natureza afetiva humana como uma necessidade primária de sobrevivência. Simultaneamente induzem novas questões e trazem novo foco à necessidade e interesse em aprofundar conhecimentos sobre os fenômenos de afeto e emoção.

Bronfenbrenner e Evans (2000), impulsionados pelas novas descobertas científicas dos últimos anos, compreendem que o conceito de desenvolvimento na psicologia deixou de poder ser abordado meramente como um processo linear, esquemático, passando a ser abordado como um fenômeno mais complexo de interações multidimen-

sionais. Dentro dessa abordagem, recentes estudos sobre o apego afetivo vêm realçar a natureza do afeto como um processo interativo do desenvolvimento. Processo este em que a capacidade de sobrevivência é perspectivada como uma dinâmica de inter-relações entre níveis físicos, emocionais e cognitivos. Este “olhar para a vinculação humana em multiníveis ecologicamente situados e embutidos em um sistema dinâmico de redes de relações ocasionou maior compreensão da complexidade do fenômeno do apego” (PONTES et al, 2007, p. 76). Resumindo, atualmente o desenvolvimento do apego afetivo precisa ser considerado como um processo de inter-relação entre necessidades de sobrevivência física (como a alimentação e a proteção) e necessidades primárias de identificação e reconhecimento (que se manifestam primordialmente na procura de contato físico e na urgência em seguir e copiar movimentos e comportamentos). Este processo interativo resultará num desenvolvimento multidimensional entre as capacidades de aprendizagem cognitiva, comportamental e de regulação de emoções.

Nesse campo da psicologia, pode-se entender que as sensações sensorio-motoras são uma fundação para o afeto, porém perspectivando sempre um vínculo emocional que relaciona uma pessoa com outra. Vínculo este a partir do qual se satisfazem necessidades de sobrevivência física e necessidades primárias de identificação e reconhecimento.

O movimento de afeto do corpo dançado

Através da prática da dança e das práticas somáticas a ela associadas, o bailarino desenvolve uma consciência sensorial intensificada do movimento do corpo e do corpo como puro movimento. Como expressam Vera Mantero e José Gil (1998), o corpo em dança é um corpo que se prolonga através dos seus sentidos, uma consciência de corpo que vivencia os seus delírios e pulsões (MANTERO; GIL, 1998). Por meio da prática de intensificação proprioceptiva, o bailarino percebe o corpo como um estado de vibração constante, um pulsar de micromovimentos vitais. Esses micromovimentos são intrínsecos ao seu processo de equilíbrio homeostático. Processo este que trabalha à procura de equilíbrio sobre a urgência da sua constante renovação, intrínseca ao processo vivo do corpo –o seu processo de manutenção de vida é, pois, um processo de constante transformação. Ao se relacionar essa percepção de um corpo que vibra numa contínua transformação com o processo biológico de equilíbrio homeostático, torna-se então evidente que a percepção do corpo enquanto estado de vibração experienciado pelo bailarino não é algo místico ou transcendental; pelo contrário, é simplesmente uma intensificação perceptiva do corpo no seu processo fisiológico básico de se manter vivo (LIMA, 2013).

É claro que o bailarino não tem uma visão do tipo científica em que visualizaria e identificaria os detalhes do complexo processo biológico de equilíbrio homeostático; o que ele percebe não é um corpo definido, contido sob a superfície da pele, mas sim o movimento de transformação próprio ao seu processo de vida. O que ele vivencia é uma constante nuvem de micromovimentos de vibrações interativas entre o meio interno e o exter-

no. Ora, este seu movimento de transformação manifesta um outro âmbito de movimento: o movimento de trocas interativas entre aquilo que é considerado um ambiente interno e o ambiente externo. E esta transferência transformadora contínua entre o que é temporariamente interior e exterior revela-se como uma necessidade/força de vida do corpo – uma força de afeto.

O afeto é experienciado pelo bailarino em um nível energético básico: uma necessidade de respirar – inspirar o mundo no corpo e expirar o corpo no mundo – uma troca energética que alimenta o processo de transformação como processo vital do corpo. Esta necessidade de afeto revela-se como impulso vital, uma força intrínseca ao corpo vivo, que atua num jogo de oposições: sobre o movimento de absorver e expelir, de incorporar o meio ambiente e desincorporar-se do meio ambiente, ou ser incorporado por ele constantemente. A força de afeto abre o corpo ao mundo.

Similarmente, Mantero e Gil (1988) associam a noção de afetividade a uma força de abrir o corpo – “abrir o corpo é afetividade e a afetividade dá uma força extraordinária. Uma força física e uma força de influência. Uma força de influência e uma força de espírito” (MANTERO; GIL, 1998, p. 33). Neste abrir, o corpo intensifica a sua necessidade de ser atravessado pelo mundo, intensifica as suas pulsões de vida.

Tal percepção do corpo, em que a sua condição de vida é a sua própria necessidade de afeto, é uma sensação familiar na dança. A título de exemplo, o coreógrafo Rui Horta (2006) compreende a necessidade de incorporação como uma necessidade artística: “A necessidade que tenho a cada instante de cruzar a pele do outro, entrar. Esta fusão, que significa para mim o amor, significa estar vivo” (HORTA, 2006, p.12). Essa necessidade de fusão que Rui Horta expõe reflete uma interação orgânica intrínseca à natureza permeável do corpo. Para mais, a expressão de trespassar os limites do corpo como um ato de afeto associado ao sentido de estar vivo não é uma mera metáfora linguística, mas traduz a própria natureza de afeto como uma necessidade de incorporação e desincorporação intrínseca ao processo de sobrevivência.

Nos momentos de dança, a necessidade de um fluir energético de afetos torna-se amplificado. O corpo é sentido como um espaço poroso que continuamente se desdobra e se recria por meio de um processo de incorporação e desincorporação entre o seu interior e o exterior. Afeto é fisicamente experienciado como um processo de sobrevivência que surge de uma necessidade de afetar e ser afetado num *feedback* interativo entre um meio interno e um meio externo. Gera-se um sentido de intensidade: intensifica-se o movimento e a sensação de penetração na matéria do corpo, donde surge uma força de vida. Força essa que, por sua vez, se realimenta dessa intensidade. Assim, a percepção do corpo trespassa o seu limite material para intensificar o seu poder de vida como um processo de afeto – uma necessidade intrínseca e intuitiva de absorver – incorporar o mundo e expelir – desincorporar-se no mundo e ser incorporado por ele. A consciência de corpo torna-se a consciência desse estado fronteiro em cons-

tante movimento. Na intensidade da dança, o bailarino experiencia movimento não apenas como um deslocamento espacial, mas como movimento de transformação, impulsionado pela força do afeto. A força de afeto revela, assim, um sentido paradoxal, no qual se produz um movimento cíclico com duas orientações opostas:

- um vetor de energia de fora para dentro: uma necessidade de absorver, incorporar, integrar;

- um vetor de energia de dentro para fora: uma necessidade de expelir, desincorporar, desintegrar.

Desse modo, o sentido de afeto na dança não se concebe como composição de conceitos sensório-motores emergentes, mas revela-se na vivência e percepção intensificada do movimento, como uma força que instiga o próprio movimento. Afeto revela-se, então, como a força do movimento intensivo inerente à essência transformativa de um corpo animado, e alimenta uma contínua renovação corporal.

A noção de afeto na filosofia como um experienciar pré-pessoal de intensidade

A noção de afeto na filosofia vem ao encontro da experiência intensiva de movimento na dança.

Apesar de o afeto ser comumente interpretado por meio de uma perspectiva emocional (como um sentimento de ligação ou ternura), etimologicamente a palavra refere-se a uma predisposição para a influência, para receber ou produzir um efeito ou mudança. Esta noção etimológica de afeto está presente no obra de Espinosa (1983), especialmente em seu tratado sobre a “Ética”, em que apresenta a capacidade de afetar e de ser afetado no corpo como aquilo que define seu grau de potência. Nesse sentido, o que o filósofo se esforça em demonstrar é que o corpo é definido pelos afetos, ora de modo ativo (capacidade de afetar), ora de modo passivo (capacidade de ser afetado). “The transitive effect undergone by a body in a system – a mobile and open system – composed of the various, innumerable forces of existing and the relations between these forces. Affection is the state of a body in as much as it affects or is affected by another body” (SEIGWORTH, 2005, p. 161).

Brian Massumi (2002) desenvolve esta noção assinalando que o corpo é continuamente influenciado por milhares de estímulos, assimilando-os e revolvendo-os entre si. Desse modo, Massumi concebe afeto como um experienciar de intensidades, a intensidade da força e duração do efeito de estímulos. Tomkins (DEMOS, 1995) ilustra a índole intensiva de afeto estabelecendo um paralelo com os mecanismos da dor. Tal como a dor amplifica a nossa percepção do ferimento, também o afeto vai amplificar a consciência do sentir; sem afeto as emoções não são sentidas porque não têm intensidade. Concomitantemente, tal como Damásio (2003) demonstra, sem sentimentos as decisões racionais tornam-se problemáticas. Assim, Tomkins (DEMOS, 1995) explica que o afeto tem o poder de amplificar a percepção do nosso estado biológico, e desse modo vem influenciar o sentido somático que sustenta a base da consciência.

Segundo Massumi (2002), apesar de o afeto ser cotidianamente usado como sinônimo de emoção, afeto como intensidade segue uma outra lógica, pertence a uma outra ordem. Tanto o afeto como o estado de intensidade e a emoção como qualificação desse estado são fenômenos incorporados. Porém, intensidade revela-se no puro sentido intrínseco ao processo de incorporação que é então manifestado nas reações autônomas do sistema nervoso, e especialmente na pele. Por isso, o afeto precede a consciência e, desta forma, é uma experiência pré-pessoal, de natureza somática autônoma, irreduzível. A emoção é a intensidade dominada, qualificada e reconhecida. É um fixar da experiência através de uma qualidade sociolinguística que, a partir daí, é definida como pessoal e por isso tem um conteúdo subjetivado. O afeto permanece inconsciente e é estimulado por fatores sobre os quais o sujeito tem pouco controle, na medida em que foi pelos afetos subjetivado, enquanto que as emoções se tornam conscientes. Com isso, temos que a própria consciência é formada por meio dos afetos, que têm o caráter de forjar sentidos, como emoções e sentimentos. Também Eric Shouse (2005) aprofunda essa diferenciação abordando sentimento como uma sensação que foi verificada e confrontada com experiências anteriores. Sentimento e emoção são, por isso, pessoais e biográficos, porque cada pessoa tem um conjunto distinto de sensações prévias. O que um bebê experiencia não é assimilado como sentimento porque lhe falta ambos, a linguagem e a biografia de referência. Desse modo, o bebê referencia-se na experiência crua de afeto como intensidades somáticas. Shouse (2005) cita Virginia Demos (1995, p. 19), aludindo que: “Affects are comprised of correlated sets of responses involving the facial muscles, the viscera, the respiratory system, the skeleton, autonomic blood flow changes, and vocalizations that act together to produce an analogue of the particular gradient or intensity of stimulation impinging on the organism”.

Assim, o bebê, pensado como um corpo, nasce com a capacidade de afetar e ser afetado. Por meio destas manifestações somáticas, o bebê é capaz de expressar a sua natureza afetiva e, a partir dela, formar-se como sujeito com a construção da consciência que se segue à história de afetos por ele experienciados.

O sentido informe da natureza intensiva de afeto

Este aprofundar da diferença entre o caráter somático de intensidade pré-pessoal de afeto e a natureza mais consciente, biográfica e qualificável da emoção leva-nos a uma outra colocação: enquanto a emoção funciona numa lógica funcional narrativa, a lógica de afeto tem um sentido que não é semanticamente ou semioticamente ordenado.

A vivência de intensidade da percepção de movimento, ao revelar o corpo enquanto estado de transformação, penetra no movimento do tempo, entra-se num paradigma de sentido emergente do movimento fecundo de tempo. Por outras palavras, a vivência de afeto como um fenômeno de intensidade somática penetra no tempo, tornando-o um movimento que se dirige simultaneamente para o eterno e o petrificado. Num fragmento da sua obra

“Fazendeiros do ar”, Carlos Drummond de Andrade expressa de modo genial este sentido paradoxal intrínseco à experiência de intensidade: “Eterno é tudo aquilo que dura uma fração de segundo, mas com tamanha intensidade, que se petrifica, e nenhuma força jamais o resgata” (ANDRADE, 2012, p. 43).

Massumi (2002) aprofunda a percepção do movimento fecundo do tempo apreendendo-o como estado de suspensão ou um momento de potencial informe. Na percepção do corpo como movimento no tempo, experiencia-se um sentido que não é exatamente de passividade, porque está repleto de movimento vibratório e ressonâncias, e também ainda não é atividade, porque o movimento que contém não é um movimento que se reconhece num mundo de objetos ou que se predispõe a uma finalidade exclusiva. O sentido de suspensão surge, assim, como um vivenciar virtual, em que “the virtual is a lived paradox where what are normally opposites coexist, coalesce, and connect” (MASSUMI, 2002, p. 30).

Similarmente, Simondon (2007), ao abordar afeto como a vitalidade gerada pelo potencial de interação do corpo, elucida que a sua natureza somática é uma manifestação pré-pessoal, na medida em que resiste a uma tendência de confinamento a um corpo particular. Desse modo, o afeto manifesta uma dimensão de abertura emergente que não pode ser compreendida em termos de forma, mas como movimento de transformação.

Em suma, a natureza intensiva do afeto é experienciada como uma vivência de um evento virtual, de expressão emergente, que não segue uma lógica linear casual, mas uma lógica paradoxal, uma lógica em que o sentido surge como um ato em suspenso, na capacidade de fundir o formalmente oposto. Logo, a natureza intensiva do afeto concebe e concebe-se sob uma lógica de sentido incipiente cuja natureza foge a uma lógica de confinamento, ou estruturação linear.

Conclusão: Entre o sentido de transformação da intensificação sensorial e a formalização da significação

Tanto na dança como na psicologia desenvolvimentista o afeto exprime uma necessidade de relação sensorio-motora indispensável para a vida do organismo. Porém, naquela psicologia, o afeto é concebido como vínculo emocional de ligação entre sujeitos já formados (mãe-bebê, por exemplo), e na dança o afeto é experienciado como força/necessidade de movimento. Como atravessar estes dois campos de compreensão? A natureza de emoção explicada por Damásio (2000) vem elucidar esta questão. Emoções, de acordo com o autor, são coleções de complicadas respostas químicas e físicas a estímulos internos e externos causando mudanças corporais, de modo a regular o equilíbrio homeostático do organismo. Ou seja, são uma composição de movimentos do organismo em reação a estímulos internos e externos. Esta noção de emoção vem tornar claro que, ao intensificar a percepção de movimento, a dança encontra uma força que instiga o próprio movimento de relação corpo-mundo. O afeto revela-se, assim, como uma força pré-pessoal, e é experienciada não como uma necessidade pessoal, mas

como necessidade de animar o corpo, uma força inerente ao corpo enquanto estado de movimento. Já a psicologia parece não considerar o movimento intrínseco ao formar o corpo, mas aborda outro nível de afeto em que o corpo é considerado como algo já concretizado, como um indivíduo. O afeto seria então um vínculo a outro corpo gerado por emoções, ou seja, gerado por sentimentos intensos da composição de movimentos internos.

Entretanto, podemos compreender, com a ajuda de Tristão (2015), que a psicologia desenvolvimentista pode contribuir de modo importante se alinharmos algumas ideias do trabalho de Bowlby à filosofia espinosista no que se refere ao vínculo afetivo.

Desse modo, voltando-nos para as ideias do autor [Bowlby], podemos dizer que a criança, desde o nascimento, precisa construir um vínculo (o apego) com uma figura humana. Esse vínculo é, ele próprio, o “mundo social”, nosso elo de ligação, que está sempre em feitura. Ele fala de uma relação de confiança e de presença ativa/afetiva. Entendemos essa relação como uma relação de proximidade subjetivo-afetiva que favorece a constituição de uma zona comum e de confiança por onde circulam os fluxos de diferenciação que conferem liberdade aos processos de individuação. Tal zona comum deve ser construída cotidianamente. Ela nunca está pronta, finalizada, mas, ao mesmo tempo, quanto mais a experimentamos, mais potentes ficamos para a sua construção. Dessa forma, entendemos a importância de sua vivência na infância (TRISTÃO, 2015, p. 99).

De todo modo, a passagem do sentido de afeto enquanto relação emocional e enquanto estado de intensidade sensório-somática depara-se com uma dificuldade no nível da linguagem formal e do sentido de significação. Os vínculos emocionais são confinados a um corpo e funcionam segundo uma lógica funcional narrativa que se pode definir e, como tal, têm tendência a formar-se e esgotar-se na sua definição. Ao passo que o corpo tem uma lógica própria que não pode ser completamente capturado na linguagem; portanto, o afeto, no puro sentido intrínseco ao processo de incorporação, não tem um vocabulário cultural ou teórico específico. Esta problemática na passagem do sentido de afeto propõe um modo de partilha de sentidos que não se alcança tendo apenas a linguagem (abstrata, formal) como meio único de comunicação. Para tal, propomos aqui duas abordagens como exercícios de incorporação cognitiva de afeto, as quais intentam potenciar esta transferência entre modos de conceber o sentido do fenômeno de afeto:

A) A primeira abordagem alude à importância das práticas sensório-motoras. Neste sentido Shouse (2005) salienta que, ao desenvolver consciência desta diferenciação comunicativa, o poder de afeto reside exatamente no fato de que, ao ser transmissível de um modo sensorial, torna-se por isso mais direto que as emoções e os sentimentos, revelando ser uma poderosa e delicada força biológica e sociocultural com amplos potenciais por explorar. Esta é uma linguagem informe que se manifesta no limiar da consciência e que por isso é pré-pessoal. Uma

linguagem que não se confina a um sentido lógico, estruturado, mas que se gera pela partilha de sentidos do sentir sensorial. A força do vínculo afetivo reside precisamente na intensidade do sentido sensorial como um sentido basilar, pré-pessoal, em estado potencial, o qual, por ser tão intrínseco, torna-se inconsciente, difícil de agarrar. Porém, na sua intensidade, proporciona uma percepção do corpo como movimento de transformação, intensifica o corpo animado pela relação corpo-mundo.

B) A segunda abordagem relaciona-se com transposição metafórica do sentido de afeto. Como verificamos previamente, o bailarino experientia afeto como uma força vital de renovação de energias, sendo que esta experiência tem uma manifestação primária através do processo de respiração. Baseado no trabalho de Eugene Gendlin, Mark Johnson (1997, p. 168) sustenta que o nosso processo de cognição semântica é derivado de um modo afetivo de conceber sentido, um “felt sense [...] that exceeds our logical forms and patterns”. Este modo afetivo é especialmente experienciado por meio da metáfora investigada por Steven Fesmire: “mental disquietude is inhibited breathing” (JOHNSON, 1997, p. 167), a qual mostra uma forte correlação entre tensão mental/emocional (associada a ansiedade e stress) e restrição da respiração. Ainda segundo Johnson (1997, p. 166), o nosso entendimento de tensão mental em termos da experiência física que se relaciona com a inibição da respiração pode ser exemplificado através das seguintes linhas metafóricas:

Breathing:	Mental Functioning:
Flow of air	Flow of ideas
Constricted air flow	Disrupted flow of ideas
Inhibited breathing	Mental disquietude
Restored air flow	Revived free-flow of ideas

Este processo metafórico intrínseco ao nosso processo cognitivo revela claramente como o sentido sensorial emergente do afeto se torna transferido para o seu domínio emocional.

Johnson (1997, p. 167) expõe: “What cognitive semantics cannot capture in its generalizations, however, is the affective dimension of this experiential grounding of meaning”; no entanto, pode apontar para o experienciar do processo metafórico como *via* de construção de sentido. Acrescenta ainda que é urgente conhecer por meio dessa via, ou seja, aprender a pensar não apenas convencionalmente, mas sim experiencialmente. Pensar através de “embodied situations that are the locus of our experience, our thinking and our acting” (JOHNSON, p. 168). É, pois, ao incorporar o sentido de afeto que podemos compreender uma outra lógica de sentidos, em que o experienciar de sentidos sobrevém de uma índole paradoxal: um poder que vai ao encontro e contra a reprodução de uma estrutura e que é simultaneamente corpóreo e informe, basilar e indefinível. Contudo, entendemos

que também é importante não nos deixarmos fixar pelo sentido experiencial, pois também precisamos aprender a pensar “back and forward across the shifting boundaries” (JOHNSON, p. 168).

Ao verificar que a qualidade vinciativa do afeto apresenta em si uma necessidade primária de sobrevivência, a psicologia vem certificar o caráter basilar do afeto associado a uma experiência somática crua. Desse modo, a noção de afeto torna-se evidenciada não como um conceito abstrato ou transcendental, mas como um conceito físico emergente, i.e., uma percepção que, apesar de difusa e de pertencer ao limiar da consciência, é uma percepção somática inata, intrínseca à experiência de corpo. O sentido de afeto manifesta-se, assim, como um sentido transversal de sobrevivência, um sentido que liga o sentir intensivo do corpo enquanto relação com o mundo, inerente ao processo orgânico de respiração e alimentação, com um sentido que se estende pela pele, delineando-se numa necessidade de contato, um sentido “entre-corpos”.

Informações sobre as autoras:

Cecília de Lima Teixeira

 <https://orcid.org/0000-0002-5097-5602>

Professora Convidada da Universidade de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana – licenciatura em Dança. Em paralelo, tem colaborado como Professora Convidada na Universidade Aberta - curso de Doutoramento em Digital-Media Arte. Desde 2014 integra o *Editorial Advisory Board of the Journal of Dance & Somatic Practices*. Doutorada (como bolsista da FCT) pela Universidade de Lisboa – FMH, na especialidade de Dança. Mestre em coreografia pela Faculdade de Artes ArtEZ (Holanda), com bolsa da *Fundação Calouste Gulbenkian*. Desenvolve a sua carreira como coreógrafa e bailarina desde 1999, trabalhando com diversos criadores europeus. Em 2001 tornou-se cofundadora da companhia *Canvas Performing Art* (Holanda), onde, durante seis anos, cocriou diversas performances interdisciplinares. Em paralelo, lecionou em diversas universidades, destacando-se: *Amsterdam Faculty of Arts - Modern Dance* e *Arnhem ArtEZ Faculty of Arts* (NL). Tem vindo a desenvolver investigação no *Instituto de Etnomusicologia - Música e Dança* (INET-md), no campo da relação da prática de dança com fenomenologia, ciências cognitivas e práticas somáticas, como também no âmbito da educação pela arte e da dança em expansão tecnológica. O seu trabalho tem vindo a ser publicado em revistas de circulação internacional e em vários encontros científicos.

Gilead Marchezi Tavares

 <https://orcid.org/0000-0001-8168-3445>

 <http://lattes.cnpq.br/4587914500665718>

Possui graduação, mestrado e doutorado em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo. Pós-Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana/UERJ (2011) e no Instituto de Etnomusicologia – Centro de Estudos em Música e Dança/FMH/Universidade de Lisboa (2018). É professora Associada do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em processos psicossociais da participação e da exclusão, processos de subjetivação e instituições sociais e processos cognitivos, atuando principalmente nos seguintes temas: exclusão social, direitos humanos, direitos da infância e juventude e processos de aprendizagem. Coorganizadora do livro “*Cartas para pensar políticas de pesquisa em psicologia*” (2014) e Coautora dos livros “*Juventude e risco: abrindo a sede ao meio no deserto das práticas de assistência social*” (2017) e “*Entre riscos e vínculos: a atuação da psicologia na assistência social*” (2018).

Contribuições das autoras:

Cecília de Lima Teixeira foi responsável pela concepção, desenho, análise e interpretação dos dados. Gilead Tavares participou do desenho, revisão e aprovação da versão final do artigo.

Como citar este artigo:

ABNT

TEIXEIRA, Cecília de Lima; TAVARES; Gilead Marchezi. Corpo de Afetos: entre o apego emocional e o movimento dançado. *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói, v. 32, n. 1, p. 99-107, jan./abr. 2020. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5741>

APA

Teixeira, C. L., & Tavares, G. M. (2020, Janeiro/Abril). Corpo de Afetos: entre o apego emocional e o movimento dançado. *Fractal: Revista de Psicologia*, 32(1), 99-107. doi: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5741>

Referências

AINSWORTH, Mary D. Salter; BOWLBY, John. An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, v. 4, n. 46, p. 333-341, 1991.

ANDRADE, Carlos Drummond. *Fazendeiros do Ar*. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

BOWLBY, John. *Attachment and loss* (1907). London: Hogarth, 1969. v. 1.

BRONFENBRENNER, Urie; EVANS, Gary W. Developmental science in the 21st century: emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. *Social development*, v. 1, n. 9, p. 115-125, 2000.

DAMÁSIO, António. *The feeling of what happens: body and emotion in the making of consciousness*. London: Vintage Books, 2000.

DAMÁSIO, António. *Ao encontro de Espinosa*. Lisboa: Publicações Europa América, 2003.

DAMÁSIO, António. *O livro da consciência: a construção do cérebro consciente*. Lisboa: Circulo de Leitores, 2010.

DEMOS, Virginia E. (Ed.). *Exploring affect: the selected writings of Silvan S. Tomkins*. Cambridge: University Press, 1995.

EDELMAN, Gerald M. *Biologia da Consciência: as raízes do pensamento*. Lisboa: Instituto Piaget, 1992.

ESPINOSA, Baruch de. *Pensamentos metafísicos. Tratado da correção do intelecto. Ética. Tratado político. Correspondência*. 3. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1983. (Coleção Os pensadores).

FRALEY, R. Chris; GILLATH, Omri; KARANTZAS, Gery C. *Adult attachment: a concise introduction to theory and research*. New York: Elsevier Academic Press, 2016.

GIBBS Jr., Raymond W. *Embodiment and Cognitive Science*. Cambridge UK: Cambridge University Press, 2005.

GIBSON, James J. *The senses considered as perceptual systems*. Connecticut: Greenwood Press, 1966.

HARLOW Harry F. The nature of love. *American Psychologist*, v. 12, n. 13, p. 673-685, 1958.

HARLOW, Harry F.; ZIMMERMANN, Robert R. Affectional responses in the infant monkey. *Science*, v. 130, n. 3373, p. 421-432, 1959.

- HORTA, Rui. O corpo em constante aprendizagem e esquecimento – entrevista concedida a Cláudia Galhós. In: TNSJ et al. (Ed.). *Rui Horta x Quatro*. Porto: Centro de Edições do TNSJ, 2006.
- JOHNSON, Mark. *The body in the mind: the bodily basis of meaning, imagination, and reason*. Chicago: University of Chicago Press, 1990.
- JOHNSON, Mark. Embodied meaning and cognitive science. In: LEVIN, David M. (Ed.). *Language beyond postmodernism: saying and thinking in genclín's philosophy*. USA: Evanston Northwestern University Press, 1997. p. 148-175.
- LAKOFF, George; JOHNSON, Mark. Conceptual metaphor in everyday language. *The Journal of Philosophy*, v. 8, n. 77, p. 453-486, 1980.
- LAKOFF, George; JOHNSON, Mark. *Philosophy in the flesh: the embodied mind and its challenge to western thought*. New York: Basic Books, 1999.
- LAKOFF, George; JOHNSON, Mark. *Metaphors we live by*. Chicago and London: University of Chicago Press, 2003.
- LIMA, Cecília de. Trans-meaning – dance as an embodied technology of perception. *Journal of Dance and Somatic Practices*, v. 1, n. 5, p.17-30, 2013.
- MASSUMI, Brian. *Parables for the virtual: movement, affect, sensation*. London: Duke University Press, 2002.
- MANTERO, Vera; GIL, José. A riqueza de espírito, movimento intenso. In: LEPECKI, André (Ed.). *Theaterschrift extra – intensificação: performance contemporânea portuguesa*. Lisboa: Cotovia, 1998. p. 33-60.
- MATURANA, Humbert R.; VARELA, Francisco J. *Autopoiesis and cognition: the realization of the living*. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company, 1980.
- PONTES, F. et al. Teoria do apego: elementos para uma concepção sistémica da vinculação humana. *Aletheia*, n. 26, 67-79. 2007. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=115013567007>. Acesso em: 21 out. 2016.
- PSYCHIATRIC GLOSSARY. Disponível em: <http://www.priory.com/gloss.htm>. Acesso em: 5 mar. 2014.
- SAPOLSKY, Robert. *Are humans just another primate?*. Conferência [online]. 2 mar. 2011. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=YWZAL64E0DI>. Acesso em: 1 jul. 2015.
- SEIGWORTH, Gregory J. From affection to soul. In: STIVALE, Charles J. (Ed). *Gilles Deleuze key concepts*. Montreal & Kingston Ithaca: McGill Queen's University Press, 2005. p. 159-169.
- SHOUSE, Eric. Feeling, Emotion, Affect. *M/C Journal*, v. 6, n. 8, 2005. Disponível em: <http://journal.media-culture.org.au/0512/03-shouse.php>. Acesso em: 16 maio 2012.
- SIMONDON, Gilbert. *L'individuation psychique et collective*. Paris: Flammarion, 2007.
- TAVARES, Gonçalo M. *Breves notas sobre a ciência*. Lisboa: Relógio d'Água, 2006.
- TRISTÃO, Valeska Campos. *(Com) viver e (com) fiar uma rede quente na experiência sensível de vinculação afetiva: uma análise das práticas de acolhimento infanto-juvenil no município de Vitória/ES*. 2015. 121f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2015.