

ENSAIOS DE PSICOLOGIA

ESCRITAS CIENTÍFICAS



**Dayse Marinho Martins
Cristianne Almeida Carvalho
Jena Hanay Araujo De Oliveira
Organizadoras**

ENSAIOS DE PSICOLOGIA

ESCRITAS CIENTÍFICAS



**Dayse Marinho Martins
Cristianne Almeida Carvalho
Jena Hanay Araujo De Oliveira
Organizadoras**

Editor Chefe

Ivanio Folmer

Bibliotecária

Aline Graziele Benitez

Revisora Técnica

Gabriella Eldereti Machado

Diagramação e Projeto Gráfico

Gabriel Eldereti Machado

Imagem capa

www.canva.com

Revisão

Organizadores e Autores(as)

Conselho Editorial

Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva - Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

Profa. Dra. Alicia Eugenia Olmos - Universidad Católica de Córdoba

Prof. Dr. Astor João Schönell Júnior - Instituto Federal Farroupilha

Prof. Dr. Alan Ricardo Costa - Universidade Federal de Roraima

Prof. Dr. Camilo Darsie de Souza - Universidade de Santa Cruz do Sul

Prof. Dr. Carlos Adriano Martins - Universidade Cidade de São Paulo

Prof. Dr. Christian Dennys Monteiro de Oliveira - Universidade Federal do Ceará

Profa. Dra. Dayse Marinho Martins - Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Deivid Alex dos Santos - Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Dioni Paulo Pastorio - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Douglas Manoel Antonio de Abreu Pestana dos Santos - Faculdade Sesi-Sp de Educação

Profa. Dra. Elane da Silva Barbosa - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Profa. Dra. Francielle Benini Agne Tybusch - Universidade Franciscana

Prof. Dr. Francisco Odécio Sales - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará

Prof. Dr. Gilvan Charles Cerqueira de Araújo - Universidade Católica de Brasília

Prof. Dr. Leonardo Bigolin Jantsch - Universidade Federal de Santa Maria

Profa. Dra. Liziany Müller Medeiros - Universidade Federal de Santa Maria

Profa. Dra. Marcela Mary José - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof. Dr. Mateus Henrique Köhler - Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Dr. Michel Canuto de Sena - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Profa. Dra. Mônica Aparecida Bortolotti - Universidade Estadual do Centro-Oeste

Prof. Dr. Rafael Nogueira Furtado - Universidade Federal do ABC

Prof. Dr. Roberto Araújo Silva - Centro Universitário Lusíada

Prof. Dr. Sidnei Renato Silveira - Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Dr. Thiago Ribeiro Rafagnin - Universidade Federal do Oeste da Bahia

Prof. Dr. Tomás Raúl Gómez Hernández - Universidade Central “Marta Abreu” de Las Villas

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Ensaaios de psicologai [livro eletrônico] :
escritas científicas / organização Dayse
Marinho Martins, Cristianne Almeida Carvalho,
Jena Hanay Araujo de Oliveira. -- 1. ed. --
Santa Maria, RS : Arco Editores, 2023.
PDF

Vários autores.
Bibliografia.
ISBN 978-65-5417-138-0

1. Ensaaios 2. Psicologia I. Martins, Dayse
Marinho. II. Carvalho, Cristianne Almeida.
III. Oliveira, Jena Hanay Araujo de.

23-168460

CDD-150

Índices para catálogo sistemático:

1. Psicologia 150

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

 **10.48209/978-65-5417-138-0**

Esta obra é de acesso aberto.

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



ARCO EDITORES

Telefone: 5599723-4952

contato@arcoeditores.com

www.arcoeditores.com

APRESENTAÇÃO

Dayse Marinho Martins
Cristianne Almeida Carvalho
Jena Hanay Araujo De Oliveira

A obra “ENSAIOS DE PSICOLOGIA: escritas científicas” engloba práticas e reflexões realizadas por pesquisadores e profissionais no campo da Psicologia sobre os modos de subjetivação humana e o fazer da ciência Psicológica. Assim, fomenta o debate sobre a Psicologia enquanto ciência e profissão, ressaltando aspectos históricos e processos de intervenção profissional. Contemplam-se pesquisas sobre a Psicologia, sua história, seus diversos contextos e áreas de atuação.

Os ensaios apresentados englobam teorizações, relatos de práticas profissionais, análise de políticas públicas em saúde, legislação, questões socioemocionais, por meio de trabalhos teóricos, revisões bibliográficas, pesquisas documentais, práticas de formação em Psicologia, estudos de caso, relatos de pesquisa. Assim, nesta obra contribui-se com a produção do conhecimento sobre Psicologia, evidenciando seu pluralismo teórico-metodológico.

Caro(a) leitor(a), é com grande satisfação que apresentamos “ENSAIOS DE PSICOLOGIA: escritas científicas”, com o objetivo de oferecer um espaço para apresentação de pesquisas em Psicologia sob uma ótica interdisciplinar que compreenda as pessoas sob uma perspectiva biopsicossocial. Esperamos que este debate contribua para a difusão e o surgimento de outras publicações acerca desta temática tão importante para a ciência brasileira.

Boa leitura a todos/as!!!

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

PSICOLOGIA BRASILEIRA: FORMAÇÃO E PRÁTICA PROFISSIONAL, UMA LONGA HISTÓRIA.....10

Cristianne Almeida Carvalho

Juliana Salgueiro Melo

doi: 10.48209/978-65-5417-138-1

CAPÍTULO 2

ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA ESCOLA DE TEMPO INTEGRAL NO MARANHÃO: ELEMENTOS PARA UM DEBATE.....33

Natalia Abreu da Cunha

doi: 10.48209/978-65-5417-138-2

CAPÍTULO 3

ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR DIANTE DO LUTO NEONATAL: TRABALHO COM PAIS E EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.....47

Jena Hanay Araujo de Oliveira

Mayza Moreira Gois

Ronaldo Fellipe Oliveira do Nascimento

doi: 10.48209/978-65-5417-138-3

CAPÍTULO 4

PERSPECTIVAS PARA UMA FENOMENOLOGIA DA ESCUTA SOBRE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO ONLINE EM SÃO LUÍS - MA.....67

Dayse Marinho Martins

Rayane Rodrigues Sales

doi: 10.48209/978-65-5417-138-4

CAPÍTULO 5

REPERCUSSÕES EMOCIONAIS EM MULHERES PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19.....75

Gabriela Cardoso Borges

doi: 10.48209/978-65-5417-138-5

CAPÍTULO 6

AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL E O ENFRENTAMENTO À AUTOLESÃO E À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES.....88

Dayse Marinho Martins

doi: 10.48209/978-65-5417-138-6

CAPÍTULO 7

A ESCUTA FENOMENOLÓGICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A MORTE E O MORRER NO CONTEXTO DA UTI.....104

Dayse Marinho Martins

Jamille Fontes Leite Botelho

doi: 10.48209/978-65-5417-138-7

CAPÍTULO 8

SAÚDE E ADOECIMENTO DE BANCÁRIOS: ONTEM, HOJE E AMANHÃ...?.....114

Dayse Marinho Martins

Ramon Damião de Sena Santos

doi: 10.48209/978-65-5417-138-8

CAPÍTULO 9

SUICÍDIO NO TRABALHO: RESPONSABILIDADES E SENTIDOS.....132

Dayse Marinho Martins

Sofia Ravinny Leal De Sousa

doi: 10.48209/978-65-5417-138-9

CAPÍTULO 10

FELICIDADE ARTIFICIAL: A POSSÍVEL VIVÊNCIA DE FELICIDADE INAUTÊNTICA.....147

Talita da Silva Queiroz

Milena Assunção Procópio Barbosa

Jurema Barros Dantas

doi: 10.48209/978-65-5417-138-X

CAPÍTULO 11

PSICOLOGIA E INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA: LEVANTAMENTO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA.....165

Jena Hanay Araujo de Oliveira

Mayza Moreira Gois

doi: 10.48209/978-65-5417-138-A

CAPÍTULO 12

PREJUÍZOS NEUROPSICOLÓGICOS EM PESSOAS COM TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO.....185

Ana Carolina Mainetti

doi: 10.48209/978-65-5417-138-B

CAPÍTULO 13

EMPATIZANDO COM O EU DO FUTURO: REFLEXÕES SOBRE PESSOAS ENVELHECIDAS.....195

Dayse Marinho Martins

Carlos André dos Santos Jardim

doi: 10.48209/978-65-5417-138-N

SOBRE AS ORGANIZADORAS.....201

SOBRE OS AUTORES.....205

CAPÍTULO 1

PSICOLOGIA BRASILEIRA: FORMAÇÃO E PRÁTICA PROFISSIONAL, UMA LONGA HISTÓRIA

Cristianne Almeida Carvalho

Juliana Salgueiro Melo

Doi: 10.48209/978-65-5417-138-1

A história da Psicologia ou das ideias psicológicas, constitui-se de vários capítulos. O presente artigo não objetiva tratar de todos eles, mas de um momento relacionado à inserção da Psicologia no Ensino Superior no Brasil. Assim, com base na classificação de Antunes (2006), o recorte temporal denominado Institucional, quando as ideias psicológicas entram nas instituições, ao longo do século XIX, ilustra o ponto de partida da discussão aqui proposta.

Dessa forma, objetiva-se promover reflexão de natureza historiográfica acerca do percurso da Psicologia enquanto ciência e profissão no Brasil, passando por seu processo de formação. Para tanto, contextualizam-se as ideias psicológicas e o processo de disciplinarização da Psicologia no Brasil; descreve-se a inserção da Psicologia na Educação Superior Brasileira e o processo de regulamentação da profissão. Toda essa trajetória torna possível que as Diretri-

zes Curriculares Nacionais (DCNs) de graduação em Psicologia sejam contempladas de forma analítica.

As Ideias Psicológicas e o Processo de Disciplinarização

No século XIX, o Brasil passou por significativas mudanças ao deixar de ser Colônia para assumir a condição de Império. Mesmo sob as ordens da realza portuguesa, o Brasil adquiriu relativa autonomia, que possibilitou um desenvolvimento no plano cultural. Segundo Antunes (2014), com o fim da condição de colônia, houve o desenvolvimento de várias instâncias para da formação social brasileira, como a criação dos cursos superiores e a impressão de livros. Nesse cenário, identifica-se o ensino de conteúdos psicológicos em instituições tanto de nível superior quanto secundário.

Especificamente, sobre o ensino da Psicologia, enquanto disciplina autônoma no Brasil, Lisboa e Barbosa (2009) afirmam que seu início data da segunda metade do século XIX. Antes disso, o saber psicológico tratava-se de um objeto de estudo no âmbito de diversas áreas teóricas de cunho filosófico ou metafísico. Daí a justificativa de autores como Antunes (2006, 2014), Massimi (2008), Bock (2009) e Furtado (2012) utilizarem a terminologia ideias psicológicas.

Por isso, Massimi (2008) afirma que o estudo da institucionalização da Psicologia é uma perspectiva importante para a reconstrução da história da Psicologia Brasileira. Nesse processo, o conhecimento psicológico consistia na reelaboração do saber produzido basicamente na Europa. A mesma autora acrescenta ainda que:

A tendência à imitação de modelos culturais estrangeiros é acentuada pelo fato de que a sociedade nacional da época procurava estruturar-se como nação ocidental moderna. [...]. Nessa perspectiva, o passado colonial é avaliado negativamente e, na medida do possível, procura-se apagar seus tra-

ços – o que, ao nosso ver, representa umas das razões da evidente descontinuidade entre as ‘ideias psicológicas’ da época colonial e a ‘Psychologia’ ensinada e elaborada nas escolas do século XIX (MASSIMI, 2008, p. 75).

À vista disso, Jacó-Vilela (2012) adverte que, ao estudar a história nos países periféricos, faz-se necessário “colocar em cena questões políticas, de dependência, de autonomia ou colaboração e intercâmbio em relação ao centro, entendido aqui como alguns países da Europa e os Estados Unidos” (p. 30).

Assim, a presença das ideias psicológicas foi identificada nas teses das Faculdades de Medicina, instituídas com defesa obrigatória para alcançar o título de Doutor em Medicina, em 1832. Nessas produções é possível verificar um movimento das ideias psicológicas e do discurso católico sendo, gradativamente, substituído pelo discurso científico. Enfatiza-se que as referidas teses representam não o resultado de um processo de ensino, mas um fator de difusão do novo conhecimento psicológico (Jacó-Vilela, 2012).

Toda essa produção de conhecimento relacionava-se às grandes metrópoles mundiais, de livros importados e de professores que comumente apreciavam e propagavam o modelo de vida europeu. Essas novas ideias ricocheteavam em um país subdesenvolvido, demonstrando, entre outras questões, que o Brasil precisava se desenvolver e alcançar os patamares das grandes civilizações, através da educação de seu povo, de maioria analfabeta, e da higienização de seus centros urbanos precários.

Assim, o pensamento higienista fez nascer a Medicina Social, que se comprometeu com a defesa da necessidade de criação de hospícios como forma de sanear e normalizar a sociedade, uma vez que até meados do século XIX não havia qualquer preocupação específica aos considerados loucos, a maioria destes vagavam pela cidade desassistidos ou estavam em presídios. “Coube, pois, aos intelectuais engajados na causa republicana a reforma do Estado para superar os desafios de um país que via como atrasado econômica e cultural-

mente e conduzi-lo ao modelo civilizado de uma nação europeia” (Jacó-Vilela, 2012, p. 34).

Tendo o pensamento higienista como base, cria-se a Liga Brasileira de Higiene Mental no Rio de Janeiro, que constitui importante fonte de produção pesquisa e prática relacionada à Psicologia. Contudo, segundo Jacó-Vilela (2012), pouco se menciona a relação de proximidade entre a Psicologia e o higienismo, como se esse fato fosse uma mácula da história do saber psicológico. Mas o movimento higienista surge com cunho missionário, progressista, visando melhoria das condições de vida dos desassistidos. “Assim, pela análise da história de vida e de compromissos dos participantes da Liga, era quase uma impossibilidade afastar-se do pensamento higiênico naquele momento” (p. 35).

Entretanto, após desviar-se do objetivo inicial de melhoria da assistência ao doente mental e desembocar em interpretação racista, personagens relevantes da Psicologia, como Plínio Olinto (1886-1954), Ulisses Pernambuco (1892-1943), Manoel Bomfim (1868-1932), rompem com a Liga Brasileira de Higiene Mental.

Neste contexto, inaugurou-se em 1842, no Rio de Janeiro, o Hospício Pedro II, e a Psicologia atrelada ao saber da Medicina teve como essência servir de base à Psiquiatria, colocando mais uma vez os conhecimentos psicológicos a serviço de questões sociais referentes à moral, repressão, controle e individualização (Antunes, 2014).

Sobre a relação da medicina com a gênese da psicologia no Brasil, um comentário merece ser feito. Se por um lado, a medicina, através da psiquiatria, criou condições para o desenvolvimento da psicologia, por outro, ela buscou apropriar-se do universo psi. Com isso, sua estratégia passou a ser a de transformar a psicologia em especialidade médica (PEREIRA; PEREIRA NETO, 2003, p. 22).

O pensamento higienista também comparece nas escolas por meio da necessidade de expurgar e controlar os comportamentos inadequados, seja por meio de recompensas ou castigos. A Educação permanece sendo enfatizada

como meio de alcançar os patamares das nações admiradas e que já estavam nos moldes da nova ciência. Assim, no final do século XIX, um ano após a Proclamação da República, houve a Reforma de Benjamim Constant: uma nova legislação com o intuito de modernizar o sistema educacional brasileiro.

Dessa forma, no Brasil, a Psicologia ganhou força na área da Educação, com o objetivo de adequar o corpo docente às necessidades do sistema nacional, isso ainda nas Escolas Normais. Os conhecimentos psicológicos, nelas desenvolvidos, relacionavam-se ao método de ensino e compareciam em questões associadas à utilização de recompensas e castigos na prática educativa e à necessidade do educador de dominar as ações pedagógicas mais eficazes (Antunes, 2014).

Dessa forma, “o ensino da Psicologia ocorrerá principalmente nas Escolas Normais, visando à formação de futuras professoras primárias” (Jacó-Vilela, 2012, p. 35). Atualmente, o ensino da Psicologia permanece ligado às práticas educacionais, não só em escolas de nível técnico, como também, em cursos de licenciatura em Nível Superior.

Sobre o século XIX, pode-se destacar que suas significativas mudanças, marcadas por um desejo de autonomia de uma antiga colônia, serviram de solo fértil para o desenvolvimento dos conhecimentos psicológicos, através do contato com o Velho Mundo.

Antunes (2014) acrescenta que, nesse século a ideologia burguesa se iniciou baseando-se na propriedade privada, exaltando a particularidade dos indivíduos, conseqüentemente, enfatizando a necessidade de conhecer o homem dentro dessa nova perspectiva individual. Portanto, a Psicologia se apresenta como ciência autônoma, em um processo originado na Europa.

Além da transformação social e econômica, articulações favoráveis proporcionaram a constituição da Psicologia como ciência e prática no Brasil. Defendem Pereira e Pereira Neto (2003, p.21) que:

A história da prática profissional no Brasil do século XIX requer, ainda que sumariamente, uma análise da situação da psicologia internacional. É justamente no final desse século, no cenário de advento do positivismo, que se localiza o marco do início da psicologia científica. Ela buscava aproximar-se das ciências naturais, principalmente da fisiologia e da física.

Em resumo, Bock (2009) afirma que “o final do século XIX trouxe a República; e o século XX, a riqueza cafeeira e o desenvolvimento do polo econômico no Sudeste. A Psicologia adquiria o estatuto da ciência autônoma na Europa e, em seguida, nos Estados Unidos” (p. 18).

Na efervescência da relação entre Educação e Psicologia, estando essa última já calcada no molde positivista, surgem “nas Faculdades de Filosofia e em outras faculdades, como a de Educação física da Universidade do Brasil”, as cátedras de Psicologia, “o que favorece o mercado editorial, pois o ensino de Psicologia não se restringe mais às escolas Normais” (Jacó-Vilela, 2012, p. 37). Além disso, em 1934, na USP:

A Psicologia torna-se disciplina obrigatória durante os três anos dos cursos de Filosofia, Ciências Sociais e Pedagogia, além de estar inserida na grade curricular de todos os cursos de licenciatura. Fora de São Paulo, a Psicologia também mostrava sua força no meio universitário, com destaque para as Universidades do Brasil, Católica e Federal de Minas Gerais e Federal do Rio Grande do Sul (Lisboa & Barbosa, 2009, p. 720).

Desse modo, a Psicologia deixa o campo das ideias e começa seu processo de institucionalização a partir de sua inserção disciplinar em diversos saberes no ensino superior. Esse caminho proporcionará o surgimento de novos contextos de atuação da Psicologia no século XX, como também da formação em Psicologia mais tarde.

A Psicologia na Educação Superior

A inserção da Psicologia brasileira no âmbito do ensino superior ocorre na década de 30, como disciplina significativa para a formação de outros profissionais. Já a autonomia para tornar-se uma ciência com formação superior

independente começa a se estabelecer no final da década de 40, ainda na Era Vargas.

A partir da década de 50, no governo de Juscelino Kubistchek, a industrialização encontra seu auge, com a aceleração do desenvolvimento nacional, denominada “50 anos em 5”. Esse cenário favoreceu a legitimação da Psicologia no Brasil como ciência e profissão, deixando o lugar de disciplina apenas. Com isso, aparecem as questões referentes à formação do psicólogo e, consequentemente, ao campo de atuação desse profissional.

A Psicologia, que nos países da Europa e dos Estados Unidos já havia sido reconhecida como ciência autônoma, em solo brasileiro vai, gradativamente, ampliando suas possibilidades, impulsionada, também, por um contexto nacional de modernização estimulado pela industrialização. De acordo com Carvalho (2012), a modernidade propicia “momento de valorização da velocidade dos acontecimentos, do conforto e das facilidades. O mundo passa a viver em função dos ideais modernos e o Brasil, não imune a esses efeitos, lutou para inserir-se cada vez mais nessa Modernidade” (p. 93).

Neste cenário, a prática psicológica não se restringia apenas às demandas do mundo industrial, da pedagogia e da medicina, pois se vinculava às questões provenientes da formação em Educação física, também tendo como pano de fundo a necessidade de educar o corpo e formar cidadãos em prol do desenvolvimento da nação (Carvalho, 2012). Além disso, vale considerar que no setor jurídico, pela via da assistência social aos moradores de rua serviram de cenário e fonte de disseminação das ideias psicológicas.

Fato é que a Psicologia inicialmente insere-se em diferentes áreas do saber, tendo como convenção propiciar a adequação dos cidadãos brasileiros aos ideais positivistas e modernos de ordem e progresso. Assim, o conhecimento psicológico compromete-se com a elite brasileira ao fornecer base para esses ideais, por meio do controle, higienização e categorização da sociedade, tão necessários à reprodução do capital.

Nessa conjuntura de fortalecimento da identidade nacional e de modernização dos padrões industriais, há o retorno da preocupação com a reformulação do sistema de ensino e suas questões pedagógicas, para que este pudesse oferecer suporte às necessidades de desenvolvimento do país.

A Educação representava uma via de salvação para todos os problemas nacionais, as forças industriais emergentes a defendiam arduamente, tendo como interesse primordial o fornecimento da instrução necessária para a sua mão de obra. Por isso, Antunes (2014) afirma que a Educação, principalmente nas primeiras décadas do século XX, foi essencial para o desenvolvimento da Psicologia no Brasil. Sendo fundamental para sua condição científica e permitindo a revelação da sua autonomia teórico e prática.

Dessa forma, enfatiza-se o contexto educacional como um dos pilares ao lado da Medicina do saber psicológico no Brasil, propiciando difusão, fortalecimento e futura independência da Psicologia deixando o lugar de disciplina, que culminará na regulamentação da profissão do psicólogo, conforme detalhado na sequência.

A Regulamentação da Profissão do Psicólogo

Na busca desenfreada pelo progresso do século XX, percorrendo as trilhas da Medicina e da Educação, além de outros saberes, a ciência psicológica permanece como disciplina e servindo de base à causa da eficiência industrial, mas já adentra nas questões relativas à organização do trabalho na condição de ciência autônoma, ganhando impulso para o seu desenvolvimento.

Nesse sentido, enfatiza-se que as primeiras décadas do século XX estão imbuídas pelo pensamento científico de cunho positivista em busca do controle e objetividade, o que favorece a chegada dos primeiros testes psicológicos no Brasil. Como os testes representavam uma forma de mensurar aspectos do ser humano, ganham aceitação e reconhecimento, essencialmente nos campos médicos, educacionais e, na sequência, no industrial.

Paralelamente às primeiras divulgações sobre a regulamentação da profissão do psicólogo, surgem os cursos de especialização em Psicologia. O Instituto Sedes Sapientiae, de São Paulo, configura-se como principal instituição nesse momento. Já no Rio de Janeiro, a divulgação da Psicologia fica a cargo dos cursos de extensão oferecidos pelo Instituto de Seleção e Orientação Profissional da Fundação Getúlio Vargas (ISOP/FGV), sob a direção do psicólogo Emilio Mira y López (1896-1964), divulgador assíduo da Psicologia (Jacó-Vilela, 2012).

Diante dos cursos de especializações, do espaço disciplinar relevante que a Psicologia já ocupava, somados ao movimento de tornar a Psicologia uma ciência independente, o engajamento pelo exercício legitimado da profissão ganhou força, o que claramente inflamou a busca nacional de regulamentação da profissão em diversas áreas da Psicologia. Assim, na segunda metade do século XX a Psicologia buscou definir seus próprios limites e, no final dos anos 1940, os “psicologistas ou psicotécnicos”¹ apresentavam-se nos campos da clínica, da seleção e orientação profissional e nas escolas.

Vale ressaltar que as práticas psicológicas surgem independente da regulamentação da profissão no Brasil, bem como da existência de cursos de graduação. Profissionais de outras áreas, principalmente pedagogos, filósofos e médicos buscavam conhecer os saberes psicológicos através dos cursos de especialização existentes, estágios, leituras e grupos de estudo (Jacó-Vilela, 2012). Salienta-se, ainda que, no final da década de 1940, surgem as primeiras associações e periódicos na área de Psicologia. Tais acontecimentos configuram o que Antunes (2006) denomina período de consolidação, e o que Jacó-Vilela (2012) nomeia como período de institucionalização da Psicologia.

Apesar dessa movimentação favorável à consolidação e institucionalização da Psicologia, só em 1953 é apresentado o primeiro anteprojeto de lei sobre

¹ Antes da regulamentação da profissão de Psicologia, assim eram chamados os profissionais de outras áreas de conhecimento, pioneiros no fazer psicológico.

a formação e a regulamentação da profissão de psicologista, gerando desconfortos e alguns conflitos entre os interessados, além de propostas alternativas e contrapropostas. Ainda assim, foi considerado o passo inicial para regularizar a formação e a regulamentação da profissão do psicólogo

Dentre as contrapropostas apresentadas como resposta ao anteprojeto de lei de 1953, destaca-se a elaborada em conjunto pela Associação Brasileira de Psicotécnica (ABP) e o Instituto de Seleção e Orientação Profissional (ISOP²), que foi entregue ao Ministério de Educação e Cultura. Segundo Baptista (2010), após inúmeros embates, reuniões e pareceres “algumas mudanças foram propostas ao último projeto [1953], dentre as quais a divisão do curso de formação em três etapas: curso de bacharel, de licenciado e psicólogo” (p. 186).

Assim, diante desse cenário conflituoso, mas propulsor, a Psicologia enquanto curso de formação superior independente acontece em 1953, na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, mesmo sem a regulamentação do ensino e prática da profissão (Lisboa & Barbosa, 2009). Sobre tal situação, Mancebo (2008, p.54) pontua que

alguns cursos de Psicologia [...] antecederam à regulamentação e à própria delimitação do currículo mínimo de Psicologia. No entanto, trataram-se de casos isolados e o crescimento da formação universitária do psicólogo começa, efetivamente, somente após a regulamentação da profissão

Entretanto, mesmo com o surgimento da graduação em Psicologia, ainda se necessitava de esclarecimentos acerca de como aconteceria essa formação. Segundo Jacó-Vilela (2012), apesar de alguns buscarem formação no exterior, o ensino de Psicologia “continua muito parecido com o ensino anterior, só que agora os professores têm uma formação universitária [...], embora a maioria seja formada em Filosofia ou Educação e são autodidatas em Psicologia” (p. 38).

Aponta-se que o período de regulamentação da profissão da Psicologia “foi caracterizado por um longo e sinuoso percurso histórico com discussões, inúmeras idas e vindas de projetos, pré-projetos [...] e muita negociação até que

houvesse a aprovação oficial” (Baptista, 2010, p. 172). Portanto, o processo de regulamentação da profissão se atrelou ao de formação, ou seja, não há como tratar da Psicologia na Educação Superior deslocada do processo de regulamentação da profissão.

Essa relação entre a formação e a regulamentação pode ser constatada quando Furtado (2012) assevera que “as profissões adquirem prestígio e são valorizadas de acordo com a necessidade social de suas funções e conhecimentos. Assim ocorreu com a Psicologia. Quando regulamentada, em 1962, já era uma profissão” (p. 74).

Considerando esse diversificado contexto de influências, no dia 27 de agosto de 1962, sob a presidência de João Goulart, foi aprovada a Lei nº 4.119, dispondo sobre os cursos de formação em psicologia e a sobre a profissão do psicólogo. Para complementar a regulamentação, ainda no ano de 1962, foi emitido o Parecer nº 403 do Conselho Federal de Educação (CFE), estabelecendo o currículo mínimo e a duração da graduação em Psicologia.

Entretanto, Mello (1989) salienta que a Resolução nº. 403/62, que cria o Currículo Mínimo, não definiu os conteúdos a serem desenvolvidos nas disciplinas e nem fornece ementas e carga horária de cada uma delas, deixando a critério dos cursos ou das instituições as possibilidades de construção desses elementos junto aos seus programas pedagógicos para a graduação de Psicologia. Ainda assim, o currículo mínimo regulamentado em 1962, “perdurou em muitos cursos até o início das mudanças desencadeadas pelas DCN” (Cury & Ferreira Neto, 2014, p. 501). Tais mudanças só vieram acontecer no século XXI, em 2004.

Sobre o a estrutura curricular da formação em Psicologia, Esch e Jacó-Vilela (2012) pontuam que desde a primeira proposta, a disciplina de Ética comparece separada, não perpassando pelos demais conteúdos, uma característica ainda presente na maioria dos cursos, atualmente. Nesse sentido,

Mello (1989), corrobora enfatizando que “o problema ético não sucede ao da formação, mas o precede e o acompanha” (p. 17).

No desenrolar das propostas curriculares e do currículo mínimo, houve acentuada preocupação vinculada à produção do capital, mais especificamente a presença de disciplinas voltadas para a Educação e para o Trabalho. Além disso, manteve-se a cisão curricular entre formação básica e a aplicação, teoria e prática, tão própria do saber positivista, consolidando a formação em Psicologia a partir de uma visão tecnicista e fragmentada. Dentro dessa mesma lógica, exclui-se o saber da Filosofia como forma de dignificar a independência da Psicologia e sua cientificidade. Assim, tendo a história como fio condutor, Esch e Jacó-Vilela (2012, p.10) são categóricas ao afirmar que é:

[...] extrema relevância a revisão da história da constituição da profissão de psicólogo no Brasil, como um dispositivo não só para evitarmos apresentar, como novidade, aquilo que já estava presente em outros momentos, e em outras propostas, mas igualmente para, pela comparação, facultar a visualização de intenções e interesses nem sempre científicos.

Segundo Pereira e Pereira Neto (2003), em sua proposta de periodização embasada na sociologia das profissões, faltava ainda “ao psicólogo organizar-se em conselhos profissionais e criar um código de ética” (p. 25). Fato que ocorre na década seguinte, com a Lei nº 5.766, de 1971, sobre a criação do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Psicologia. E em 1975, institui-se o primeiro Código de Ética dos psicólogos, atualmente em sua terceira revisão datada de 2005.

Desde a regulamentação da profissão do psicólogo, tem aumentado o número de cursos de Psicologia e de profissionais, bem como a demanda pelo trabalho desse profissional. O que também pode ter influência do movimento de privatização do ensino no governo militar por meio da Reforma Universitária de 1968.

Coimbra (2008) enfatiza que os anos 1970 trouxeram, também, forte repressão às expressões políticas contrárias aos ideais do governo militar. Ques-

tionamentos sociais eram considerados práticas subversivas, passíveis de severas punições. As universidades foram afastadas dos centros das cidades como medida de precaução e criaram-se linhas de crédito para o financiamento estudantil nas universidades privadas. “Nesse contexto, muitos professores e líderes estudantis foram afastados de seus quadros e, conseqüentemente, muitas vozes foram caladas” (Fávero, 2009, p. 65).

Esse panorama propicia o fortalecimento de uma formação tecnicista e de baixa crítica social. Conseqüentemente, sobre a prática do psicólogo, Coimbra (2008) afirma que “há, [...], uma psicologização do cotidiano, em que tudo se torna psicologizável, em que os acontecimentos sociais são esvaziados e analisados unicamente pelo prisma psicológico-existencial” (p. 46).

Na década de 1980, Jacó-Vilela (2012) relata que há o crescimento da publicação em Psicologia no Brasil, mesmo que isso ainda significasse “traduzir livros básicos e manuais que cobrissem a ampla gama de disciplinas que compunham/compõem a grade curricular do curso de Psicologia” (p. 39).

Revelou-se, assim, uma necessidade de se conhecer mais profundamente a realidade brasileira, para que as produções e o ensino tratassem dela propriamente. Além disso, destaca-se que com o fim da ditadura militar foi possível expressar/publicar as críticas e inquietações referentes a uma Psicologia engajada socialmente e emancipadora.

Contudo, conforme destacam Pereira e Pereira Neto (2003), “os psicólogos brasileiros da década de 1980 não estavam conseguindo se manter exclusivamente da sua profissão. Era um sinal nítido de perda de autoridade e de valorização profissional” (p. 26). Além disso, Fávero (2009, p. 78) acrescenta que “nos anos 1980 a questão da universidade tornou-se tema de prioridade nacional, motivada pela grande insatisfação quanto à política do governo em relação às instituições universitárias”.

Diante desse contexto, iniciou-se um amplo debate sobre os problemas no exercício da Psicologia e a necessidade de rever os rumos de sua formação. As críticas apontavam para uma graduação fragmentada com ênfase na clínica, distante das questões políticas e descomprometida com a realidade social. Demonstrando, assim, a necessidade de o psicólogo contemplar em sua prática a pluralidade da Psicologia, desvencilhando-se dos compromissos de interesse da elite e voltando-se para a construção de uma nova realidade social.

As significativas mudanças e demandas na sociedade brasileira, e no mundo do trabalho, trataram de modificar as exigências feitas à Educação e, conseqüentemente, os saberes inseridos nesse contexto passariam por novas reformas educacionais. Diante disso, em 1996, promulgou-se a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), indicando a necessidade de reformulações curriculares das instituições universitárias.

Dessa forma, conforme exigência da LDB, o Ministério da Educação (MEC), em 1997, por intermédio da Secretaria de Educação Superior (SESu), dá início ao processo de formulação das diretrizes curriculares para os cursos de graduação, convocando as instituições de ensino superior para participarem dessa ação. Depois de muitos embates e discussões, em fevereiro de 2004, apresentou-se um documento consensual, entretanto, outras modificações se sobrepuseram e serão especificadas adiante, no que se refere à graduação em Psicologia.

Segundo Cury e Ferreira Neto (2014), “a principal mudança estrutural trazida pelas Diretrizes [...] foi substituir a tradição formativa fundamentada na transmissão de conteúdos nas disciplinas, para uma formação baseada em ‘competências e habilidades’” (p. 504). Assim, as DCNs passam a ser definidas de acordo com o curso superior e suas particularidades, com o intuito de nortear os caminhos que precisam ser percorridos pela graduação, de maneira a garantir a qualidade do Ensino Superior, substituindo os antigos currículos mínimos.

A Graduação em Psicologia Sob Novas Diretrizes?

No que tange à graduação de Psicologia, “do início das propostas para as Diretrizes Curriculares Nacionais [...] até a aprovação das diretrizes de 2004, houve a homologação de três pareceres que discorriam sobre o tema” (Cirino et al., 2007, p. 26).

O primeiro parecer (CNE/CES 1.314/2001) data de novembro de 2001, estabelecendo como obrigatória a formação do psicólogo para todos os cursos, incluindo a separação dos três perfis de formação profissional (bacharel em Psicologia, o professor de Psicologia e o psicólogo), como já estabelecia o currículo mínimo. Além disso, alegava-se a necessidade de incluir ênfases curriculares, configurando “oportunidade de concentração e aprofundamento de estudos em algum domínio de atuação profissional” (Brasil, 2001).

Este primeiro parecer apresenta uma forte preocupação com a cientificidade, a postura ética do profissional, ampliação dos impactos sociais dos serviços prestados à sociedade e com a formação de um profissional comprometido em dar continuidade à sua educação. Além disso, contrariando o percurso epistemológico e histórico da Psicologia e sua relação com a Filosofia, o parecer a define como um curso da área da saúde. Verifica-se, então, uma valorização evidente das bases biológicas e da ciência médica na formação do psicólogo brasileiro.

O segundo Parecer, de nº 72/2002, é aprovado em fevereiro de 2002, no qual é feita apenas uma modificação concernente às competências gerais a serem desenvolvidas pelo curso de Psicologia. Especificamente, na competência “comunicação”, foi retirada a exigência do domínio de pelo menos uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação. Permaneceu ainda, a distinção dos três perfis de formação: licenciado, bacharel e formação do psicólogo (Brasil, 2002).

Tal distinção entre os perfis gerou ampla discussão e, em fevereiro de 2004, foi aprovado o terceiro Parecer de nº 062/2004, no qual se apresentou “uma formação ampla do psicólogo, respeitando a multiplicidade de suas concepções teóricas e metodológicas, originadas em diferentes paradigmas e modos distintos de compreender a ciência, assim como a diversidade e suas práticas e contextos de atuação” (Brasil, 2004a).

E, em maio do mesmo ano, foi homologada a Resolução CNE/CES nº 8, fruto do parecer supracitado, extinguindo a distinção entre os três perfis, considerando apenas a habilitação de Bacharel em Psicologia e oferecendo a formação do professor de Psicologia, por meio de um projeto pedagógico complementar. Assim, apesar de previsto o exercício da licenciatura, a referida resolução não discute a viabilização dessa formação. Esta resolução propiciou a organização dos estágios e manteve a diferenciação da formação em Psicologia em ênfases curriculares (Brasil, 2004b).

Em agosto de 2007, o parecer nº 153/2007 foi aprovado, não significando modificações na resolução anterior, mas acrescentando o reconhecimento do estágio jurídico, como estágio curricular do curso de Psicologia (Brasil, 2007).

A formação do professor de Psicologia ofertada como projeto complementar, começou a gerar questionamentos por parte das Instituições de Ensino Superior, que exigiram uma revisão. Como resultado, surgiu o Parecer nº 338/2009 (Brasil, 2009), o qual teve sua resolução homologada em março de 2011, CNE/CES nº 5, abordando com detalhes o projeto pedagógico complementar para a formação de Professores de Psicologia, apresentando as determinações sobre os objetivos, eixos estruturantes, conteúdos curriculares, prática de ensino e carga horária (Brasil, 2011).

Em dezembro de 2019, por meio do parecer CNE/CES 171/2019, houve uma revisão das DCNs dos cursos de graduação em Psicologia e o estabele-

cimento de normas para o Projeto Pedagógico Complementar para formação de professores de psicologia. Tal parecer foi fruto de um trabalho coletivo e da colaboração de órgãos da área, contudo, o então Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional da Educação (CES/CNE) Joaquim José Soares Neto, emitiu despacho solicitando reanálise do documento, especialmente relacionada aos novos dispositivos vigentes e à continuidade de atividades remotas em função do contexto da pandemia do COVID-19 (Brasil, 2019a, 2022).

A solicitação de reajustes e de adoção de providências parece uma clara alusão à Portaria do MEC nº 2.117/19, que dispõe sobre a oferta de carga horária na modalidade de Ensino a Distância em cursos de graduação presenciais. Menciona-se que a portaria em questão não se aplica ao curso de Medicina. Além disso, a introdução de carga horária na modalidade a distância é considerada opcional, entretanto parece haver uma exigência para que a formação de Psicologia se posicione e demonstre uma espécie de planejamento sobre ações de ensino mediadas pela tecnologia (Brasil, 2019b).

Como resposta, divulgou-se em fevereiro de 2022 o parecer CNE/CES 179/2022, ainda tendo como referência o posicionamento de representantes de diversas organizações, como por exemplo: Conselho Federal de Psicologia (CFP), Associação Brasileira de Ensino em Psicologia (ABEP) e Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (IBAP).

De acordo com o parecer atual, mantém-se o caráter generalista do curso, que deve se organizar em um núcleo comum, tendo pelo menos duas ênfases curriculares. Destaca-se a inclusão do Serviço-Escola de Psicologia, integrando ações de formação, pesquisa e extensão. A exigência explícita de cursos presenciais desaparece nesse parecer, deixando margem de interpretações e possibilidades para cursos na modalidade remota. Mantém-se a duração mínima de 5 anos, com 4.000 horas referenciais, tendo, pelo menos, 20% da carga horária

efetiva dedicada aos estágios supervisionados básicos e específicos, mantendo-se o Trabalho de Conclusão de Curso como requisito para a formação do psicólogo (Brasil, 2022).

Nesse sentido, a orientação é de que Projeto Pedagógico do Curso privilegie a formação científica, a interdisciplinaridade, a multidisciplinaridade e a utilização dos avanços tecnológicos. Já com relação à formação de professores em Psicologia, apenas informa-se que esta poderá ser oferecida concomitante ou posteriormente ao curso superior, com projeto pedagógico complementar e diferenciado, sem ser uma obrigatoriedade (Brasil, 2022).

Entretanto, até o momento, o parecer CNE/CES 179/2022 ainda aguarda homologação do MEC para instituir, de forma revisada/atualizada, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia.

Considerações Finais

Todas as modificações ocorridas nas Diretrizes Curriculares da Graduação são reflexos do percurso histórico e epistemológico da construção da própria Psicologia. A formação do psicólogo ainda apresenta os vieses da valorização das ciências médicas. Além disso, a preocupação em superar o questionamento positivista acerca da cientificidade da Psicologia suscita conflitos com os seus fundamentos filosóficos, o que gera lacunas epistemológicas. O afastamento da Filosofia, reverbera ainda na questão ética, que persiste em ser percebida apenas como uma disciplina da graduação ou como um manual, o que reduz toda a sua abrangência e significado.

Sabe-se que documentos regulatórios são feitos a várias mãos, sendo frutos de negociações, lutas e estratégias, impasses e debates, dentro de um horizonte histórico. Contudo, não podem ser ignoradas as relações de poder existentes nesse processo e nem deixar passar o que Esch e Jacó-Vilela (2012) chamam de interesses não científicos.

Assim, em uma visão otimista espera-se que as reformas possam ir além de troca de títulos de disciplinas; que as Diretrizes Curriculares possam se emancipar dos interesses escusos de privatização da educação e que os debates que as envolvem alcancem a comunidade e priorize uma formação crítica e de qualidade, atendendo à demandas sociais e do mercado de trabalho. Tem-se ainda a esperança de que as regionalidades, a diversidade étnica e de gênero sejam considerados de forma evidenciada e não apenas transversal, no ['=con- texto das graduações.

Almeja-se que as análises da dimensão histórica da Psicologia possam propiciar produção de novos sentidos e que a Psicologia possa avançar nessas discussões, reconhecendo que o aprimoramento do universo acadêmico é permanente e deve ser de iniciativa coletiva. Assim, espera-se que as reflexões aqui apresentadas permaneçam em discussão, visando os rumos da Psicologia e que as análises contextualizadas das DCNs possam gerar novos estudos e o fortalecimento da formação acadêmica, do psicólogo e da sua atuação na sociedade.

Referências

CARVALHO, Cristianne Almeida (2012) – **Para além do tempo regulamentar: uma narrativa sobre a história da psicologia do esporte no Brasil**. Tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

ANTUNES, M. A. M.. (2006). A consolidação da psicologia no Brasil (1930-1962): sistematização de dados e algumas aproximações analíticas. *Psicologia da Educação*. (22). 79-94. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752006000100005&lng=pt&tlng=pt

ANTUNES, M. A. M. (2008). Algumas Reflexões acerca da minha formação como pesquisadora em história da psicologia. In Campo, R. H. Freitas (org), *História da psicologia: pesquisa, formação, ensino* pp. 84-93. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de pesquisa sociais. Recuperado de: <https://books.scielo.org/id/c2248/pdf/freitas-9788599662830-07.pdf>

ANTUNES, M. A. M. (2014). *A psicologia no Brasil: leitura histórica de sua constituição* (5a. ed.), São Paulo: EDUC.

BAPTISTA, M. T. D. S. (2010). A Regulamentação da Profissão Psicologia: Documentos Que Explicitam o Processo Histórico. *Psicologia ciência e profissão*. 30 (n. esp.). 170-191. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000500008>

BOCK, A. M. B. (2009). Psicologia e sua ideologia: 40 anos de compromisso com as elites. In Bock, A. M. B. (Org.), *Psicologia e o compromisso social* (2a ed.) São Paulo: Cortez.

BRASIL (2001). Ministério da Educação. *Parecer CNE/CES n. 1.314/2001*. Diretrizes Curriculares para o Curso de Graduação em Psicologia. Brasília: DF. Recuperado em <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1314.pdf>

BRASIL (2002). Ministério da Educação. *Parecer CNE/CES nº 72/2002*. Retificação do Parecer CNE/CES de 1.314/2001 relativo às Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia. Brasília: DF. Recuperado em <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0072.pdf>

BRASIL (2004a). Ministério da Educação. *Parecer CNE/CES nº 62/2004*. Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia. Brasília: DF. Recuperado em <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/ces062.pdf>

BRASIL (2004b). Ministério da Educação. *Resolução CNE/CES Nº 8/2004*. Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Psicologia. Brasília: DF. Recuperado em http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=7690-rces004-08-pdf&category_slug=marco-2011-pdf&Itemid=30192

BRASIL (2007). Ministério da Educação. *Parecer CNE/CES nº 153/2007*. Consulta referente à Resolução CNE/CES nº 8/2004. Recuperado em http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2007/pces153_07.pdf

BRASIL (2009). Ministério da Educação. *Parecer CNE/CES nº 338/2009*. Aprecia a Indicação CNE/CES nº 2/2007. Brasília: DF. Recuperado em http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=-2127-pces338-09&category_slug=dezembro-2009-pdf&Itemid=30192

BRASIL (2011). Ministério da Educação. *Resolução CNE/CES nº 5, de 15 de março de 2011*. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia. Brasília: DF. Recuperado em http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=7692-rces005-11-pdf&category_slug=marco-2011-pdf&Itemid=30192

BRASIL (2016). Ministério da Educação. *Parecer CNE/CES nº 784 /2016*. Solicita adoção de providências objetivando revogar o inciso V do artigo 4º da Resolução CNE/CES nº 5, de 15/3/2011. Brasília: DF. Recuperado em http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=58511-pces784-16-pdf&category_slug=fevereiro-2017-pdf&Itemid=30192

BRASIL (2019a). Ministério da Educação. *Parecer CNE/CES nº 1071/2019*. Revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos Cursos de Graduação em Psicologia e estabelecimento de normas para o Projeto Pedagógico Complementar (PPC) para a Formação de Professores de Psicologia. Brasília: DF. Recuperado em http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=139201-pces1071-19&category_slug=dezembro-2019-pdf&Itemid=30192

BRASIL (2019b). Ministério da Educação. Portaria nº 2.117/2019. Dispõe sobre a oferta de carga horária na modalidade de Ensino a Distância - EaD em cursos de graduação presenciais ofertados por Instituições de Educação Superior - IES pertencentes ao Sistema Federal de Ensino. Brasília: DF. Recuperado em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.117-de-6-de-dezembro-de-2019-232670913>

BRASIL (2022). Ministério da Educação. *Parecer CNE/CES nº 179/2022*. Reanálise do Parecer CNE/CES nº 1.071, de 4 de dezembro de 2019, que trata das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de graduação em Psicologia e estabelecimento de normas para o Projeto Pedagógico Complementar (PPC) para a Formação de Professores de Psicologia. Brasília: DF. Recuperado em http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=236641-pces179-22&category_slug=fevereiro-2022-pdf&Itemid=30192

CIRINO, S. D., KNUPP, D. F. D., LEMOS, L. S., & DOMINGUES, S. (2007). As novas diretrizes curriculares: uma reflexão sobre a licenciatura em Psicologia. *Temas em Psicologia*, 15(1), 23-32. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2007000100004&lng=pt&tlng=pt

COIMBRA, C. M. B. (2008). Práticas Psi no Brasil do “milagre”: algumas de suas produções. In Jacó-Vilela, A. M.; Jabur, F. & Rodrigues, H. B. C (orgs.). *CLIO-PSYCHÉ: Histórias da Psicologia no Brasil*. 54-71. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de pesquisa sociais. Recuperado de: http://grupodetrabalhoeorientacao.com.br/Virginia_Fontes/capitulos-livros/Clio-e-Psyche.pdf

CURY, Bruno de Moraes & FERREIRO NETO, J. L. (2014). Do Currículo Mínimo às Diretrizes Curriculares: os estágios na formação do psicólogo. *Psicologia em Revista*, 20 (3), 494-512. <https://dx.doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9523.2014V20N3P494>

ESCH, C. F. & JACÓ-VILELA, A. M. (2012). A regulamentação da profissão do psicólogo e os currículos de formação psi. In Jacó-Vilela, A. M.; Cerezzo, A. C. & Rodrigues, H. (orgs). *CLIO-PSYCHÉ hoje: fazeres e dizeres psi na história do Brasil*. 3-12. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de pesquisa sociais. Recuperado de <https://static.scielo.org/scielobooks/hkyyb/pdf/jaco-9788579820618.pdf>

FÁVERO, M. L. A (2009). Quarenta anos da reforma universitária: significado questões e desafios. In Mancebo, Deise; Silva Júnior, J. R.; Oliveira, J. F. & Catani, A. M. (Orgs). *Reformas da educação superior: cenários passados e contradições do presente*. São Paulo: Xamã.

FURTADO, Odair (2012). 50 anos de Psicologia no Brasil: a construção social de uma profissão. *Psicologia ciência e profissão* 32 (n. esp.). 66-85. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000500006>

JACÓ-VILELA, A. M. (2012). História da Psicologia no Brasil: uma narrativa por meio de seu ensino. *Psicologia: Ciência e Profissão* 32 (n. spe), 28-43. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000500004>

LISBOA, F. S. & BARBOSA, A. J. G. (2009). Formação em psicologia no Brasil: Um perfil dos cursos de graduação. *Ciência e Profissão*. 29(4). 718-737. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000400006>

MANCEBO, Deise (2008). Formação em Psicologia: gênese e primeiros desenvolvimentos. In Jacó-Vilela, A. M.; Jabur, F. & Rodrigues, H. B. C (orgs.). *CLIO-PSYCHÉ: Histórias da Psicologia no Brasil*. 54-71. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de pesquisa sociais. Recuperado de: http://grupodetrabalhoeorientacao.com.br/Virginia_Fontes/capitulos-livros/Clio-e-Psyche.pdf

MASSIMI, Marina (2008). Estudos históricos acerca da psicologia brasileira: uma contribuição. In Campo, R. H. Freitas (org). *História da psicologia: pesquisa, formação, ensino*. 58-69. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de pesquisa sociais. Recuperado de: <https://books.scielo.org/id/c2248/pdf/freitas-9788599662830-07.pdf>

MELLO, S. L. (1989). Currículo: quais mudanças ocorreram desde 1962?. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 9 (1). 16-18. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-98931989000100004>

PEREIRA, F. M. & Pereira Neto, A (2003). O Psicólogo no Brasil: notas sobre seu processo de profissionalização. *Psicologia em Estudo*. 8 (2), 19-27. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722003000200003>

CAPÍTULO 2

ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA ESCOLA DE TEMPO INTEGRAL NO MARANHÃO: ELEMENTOS PARA UM DEBATE

Natalia Abreu da Cunha

Doi: 10.48209/978-65-5417-138-2

Introdução

As escolas de tempo integral surgiram com uma proposta de formação interdimensional do aluno, englobando vários aspectos como questões cognitivas, físicas, bem como éticas e socioemocionais. É no espaço escolar que formamos laços de amizade, e vivemos momentos que cooperam para nosso desenvolvimento socioemocional e cognitivo, afinal a aprendizagem se dá de múltiplas formas. Tal fato se dá em virtude de que:

O conceito mais tradicional encontrado para a definição de educação integral é aquele que considera o sujeito em sua condição multidimensional, não apenas na sua dimensão cognitiva, como também na compreensão de um sujeito que é sujeito corpóreo, tem afetos e está inserido num contexto de relações. Isso vale dizer a compreensão de um sujeito que deve ser considerado em sua dimensão biopsicossocial. (GONÇALVES, 2006, p. 130)

Desta forma, desde a década de 1920, com as contribuições de Anísio Teixeira e Darcy Ribeiro, algumas décadas posteriores, atualmente nos departamentos com um quantitativo crescente de escolas de tempo integral, também conhecidas como escolas integrais. Tais escolas tem sido objeto de atenção do poder público, uma vez que a própria Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDBEN nº 9.394 de X de Y de 1996 preconiza e estimula a criação de oferta de vagas em instituições de ensino integral, é o que observamos nos artigos 35-A e artigo 87.

Na Lei (BRASIL, 1996, grifo nosso), está descrito no artigo 35-A, §7º que “os currículos do ensino médio deverão considerar a formação integral do aluno, de maneira a adotar um trabalho voltado para a construção de seu projeto de vida e para sua formação nos aspectos físicos, cognitivos e socioemocionais”, bem como no artigo 87, §5º - “serão conjugados todos os esforços objetivando a progressão das redes escolares públicas urbanas de ensino fundamental para o regime de escolas de tempo integral”

Tal menção ao ensino integral só reforça o que é observado na ampliação de oferta de escolas de tempo integral. De acordo com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP, em 2022, 6,9% das escolas públicas tem entre 20% e 50% de alunos em tempo integral, além da tendência ao crescimento para a oferta na modalidade do Ensino Médio (BRASIL, 2023). Para o ensino fundamental, por exemplo, a proporção de alunos em tempo integral matriculados, 9 estados superam a média nacional, com 14,4%, sendo o Maranhão um deles, com 38%.

Observa-se, portanto, um movimento evolutivo que traz fortes indícios da intencionalidade na ampliação da oferta de vagas em tempo integral.

Na tessitura desta pesquisa bibliográfica, ao se buscar compreender a dinâmica do processo educacional em 2020 e 2021, um dos pontos mencionados foi a imprecisão dos dados em relação às escolas de Tempo Integral, uma vez

que o Censo Escolar de 2020 e 2021 relatam:

Considerando o contexto atual da pandemia e o impacto dela sobre aspectos relacionados ao currículo e à carga horária, os destaques apresentados nesse resumo técnico tiveram alguma modificação. Por exemplo, foram removidos os destaques relativos ao percentual de matrículas em tempo integral, em virtude da dificuldade de mensuração desse indicador para escolas com atividades remotas ou híbridas. (BRASIL, 2021, p.13, grifo nosso)

Durante a Pandemia do Covid-19 foram estabelecidas, por meio da Lei nº 14.040 de 18 de agosto de 2020, normas educacionais excepcionais a serem adotadas durante o estado de calamidade pública: Entre as normas, as escolas, conforme os sistemas de ensino, estavam desobrigadas a ofertar aulas presenciais com o intuito de limitar a disseminação do vírus, segregando os alunos e professores. (BRASIL, 2020)

A educação que caminhava para um espaço mais democrático para ensino, tornou-se um espaço que retornava ao formato de “transmissão de informações”, para os quais professores falavam em salas virtuais cada vez mais vazias e sobrecarregavam-se cada vez mais, trabalhando mais horas e tornando sua casa um espaço de trabalho também. (TEIXEIRA, 2020).

A Lei nº 13.935 de 11 de dezembro de 2019, que versa sobre a prestação de serviços de Psicologia e Serviço Social nas redes públicas de educação básica, considerando a relevante participação dos profissionais na escola, frisa que as redes públicas de educação básica contarão com os serviços de equipe multidisciplinar para a melhoria da qualidade do processo de ensino-aprendizagem, devendo os sistemas de ensino se adequar até final de 2020 (BRASIL, 2019). Neste contexto, observa-se a necessidade de uma especial atenção ao bem estar para alunos, família e escola, bem como a valorização do psicólogo para suporte emocional no ambiente escolar, uma vez que este profissional traz diversas contribuições para o espaço escolar.

Andaló (2012, p.46) nos fala que para a escola se beneficiar de fato do trabalho do Psicólogo, ela precisa

[...] de um profissional experimentado, com preparo amplo e diversificado, uma vez que a Psicologia escolar é então encarada como uma área de intersecção entre a Psicologia clínica e a Psicologia organizacional, por trabalhar e lidar com uma instituição social complexa, hierarquizada, resistente à mudança e que reflete a organização social como um todo. Nessa perspectiva é importante considerar o indivíduo sem perder de vista, entretanto, sua inserção no contexto mais amplo da organização.

Um trabalho eficiente nessa linha teria que partir de uma análise da instituição, levando em conta o meio social no qual se encontra e o tipo de clientela que atende, bem como os vários grupos que a compõem, sua hierarquização, suas relações de poder, passando pela análise da filosofia específica que a norteia, e chegando até a política educacional mais ampla.

Ou seja, é necessário que atuação do psicólogo seja assertiva em considerar o contexto em que cada partícipe da realidade daquele aluno se encontra, não só especificamente no espaço escolar, mas na sua vivência em demais áreas.

No Maranhão, as escolas estaduais de tempo integral que ofertam o Ensino Médio, possuem suporte de equipes do Núcleo Socioemocional da Secretaria Estadual de Educação, realizando ações pontuais para atender as demandas das escolas. Desta forma, como a prática do Psicólogo nas escolas integrais contribui para a formação dos alunos? Como eles atuam e quais as repercussões de sua ação efetiva na escola? Neste sentido, faz-se necessário refletir sobre a importância do papel do Psicólogo nas escolas de tempo integral, bem como sua contribuição para o ensino integral a fim de obter-se uma melhor compreensão da relevância deste profissional na educação. Portanto, esta pesquisa se pauta na busca pela melhor compreensão da relevância e contribuições do trabalho do profissional de Psicologia a partir da sua atuação nas escolas de tempo integral.

Metodologia

Como método para o desenvolvimento desta pesquisa, foi feito um levantamento de artigos científicos que tratam da ação do psicólogo no espaço escolar por meio de pesquisa Bibliográfica que, segundo Lakatos e Marcone (2017, p. 216).

Abrange toda a bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas livros, pesquisas, monografias, teses, artigos científicos impressos ou eletrônicos, material cartográfico e até meios de comunicação oral: programas de rádio, gravações, audiovisuais, filmes e programas de televisão. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto, inclusive conferências seguidas de debates que tenham sido transcritas de alguma forma.

Desta forma, foram utilizadas como fontes bibliográficas a imprensa digital, vídeos e instrumentais criados pelos sujeitos da pesquisa, com vistas a esclarecer dados sobre o tema da atuação do Psicólogo nas escolas de tempo integral do Maranhão.

Socioemocional no Contexto da Escola Integral

A escola é o espaço onde passamos boa parte do tempo na infância e adolescência, espaço em que nos constituímos como aprendizes dentro de uma educação formal. Mas faz-se necessário ressaltar a estreita relação entre a escola e as relações de trabalho.

O entendimento a respeito da escola integral no Brasil parte das discussões iniciadas nas décadas de 1920 e 1930. A educação integral proposta, estava relacionada com a oferta de uma formação holística e global, relativa à ampliação das percepções sociais e culturais da época. Essa proposta visava romper com as correntes elitistas e autoritárias que residiam na proposta de controle social. As correntes liberais continham em seu escopo a ideia de uma

educação integral mais centrada na coparticipação do sujeito na sociedade, fazendo-o perceber-se como participe dos contextos sociais em que se fazia presente. (CAVALIERE, 2010)

Entre os liberais, Anísio Teixeira é o nome de destaque por suas contribuições teóricas e técnicas sobre a dinâmica dessa modalidade de ensino, resultando na consolidação da implantação das escolas de tempo integral. Foi diretor da Instrução Pública do estado da Bahia, e em 1927, ao viajar para os Estados Unidos, assistiu cursos na Universidade de Coimbra e visitou várias escolas por meses. No ano seguinte, conheceu a obra de John Dewey e W. H. Kilpatrick ao receber o diploma de Master os Arts da Universidade de Columbia, teóricos que influenciaram fortemente sua bases teórico-filosóficas na reforma da educação proposta por Anísio Teixeira. (GONCALVES, 2006)

Em seu retorno ao Brasil e durante toda sua trajetória enquanto intelectual da educação, Anísio Teixeira reuniu esforços para, gradualmente, implantar uma proposta educacional que realmente rompesse com a realidade da época. No início dos anos 1920, havia-se difundido um conceito de “libertação do povo da ignorância”. Segundo CAVALIERE (2010), a ideia da alfabetização é uma forma de salvar o povo, como se todos os problemas da humanidade se encerrassem livrando o povo da ignorância, o que trazia um viés autoritário para a educação escolar.

A partir de 1950, as primeiras experiências com jornada escolar ampliada foram implantadas no Centro Educacional Carneiro Ribeiro em Salvador, na Bahia. A industrialização presente na vida urbana começou a apresentar um mercado de trabalho ainda mais exigente, o que favoreceu a oferta de uma educação em tempo ampliado, sendo ofertado a crianças e adolescentes uma formação que lhes oportunizasse melhores condições competitivas no mercado de trabalho. Além deste aspecto, a proposta de uma educação integrada seria uma resposta à evasão e ao fracasso escolar (TEIXEIRA, 2007)

Com o avanço das leis educacionais, a partir da LDBEN 9.394/1996, as políticas públicas de incentivo à implantação de ampliação da jornada escolar para educação integral de tempo integral estão cada vez mais presentes. O Plano Nacional de Educação 2014-2024 possui 20 metas, das quais a de número 6, trata sobre a oferta da educação em tempo integral e da relação desta com os entes federados.

De acordo com o PNE, meta 6, a oferta de educação integral deve alcançar pelo menos 50% das escolas públicas, atendendo no mínimo 25% dos alunos da educação básica até 2024 (BRASIL, 2014). Porém em 2021, conforme dados atualizados do portal Agência Senado, o percentual de alunos das escolas públicas em tempo integral era de apenas 15,1%, muito inferior ao esperado. De forma equivalente, o quantitativo de escolas que atendem aos 25% de alunos da educação básica com oferta de educação integral alcançam um total de 22,4%¹.

Esses dados demonstram certa morosidade em relação ao que foi pactuado em 2014, indicando uma fragilidade em relação a proposta inicial de ampliação de oferta de educação integral. Porém, por meio dos espaços permitidos pelo poder legislativo, os estados vêm se mobilizando com ações para fortalecimento dos aspectos afetivos, físicos, éticos e demais dimensões que compõem o ser humano nas escolas.

No que diz respeito ao ensino médio no estado do Maranhão, *locus* desta pesquisa, atualmente existem 91 escolas integrais com oferta de vagas em vários municípios maranhenses. Segundo dados da SEDUC-MA, atualmente destas, 57 escolas são no formato integral propedêutico, e 34 são para oferta de curso técnico na modalidade integrada, gênero em que além de sua formação

¹ Informação disponível no Portal Senado Notícias. Disponível em <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2023/02/17/as-20-metas-do-pne-e-a-avaliacao-do-inep>> acesso em 30 de julho de 2023

propedêutica, o aluno também cursa disciplinas para sua formação técnica.² De acordo com o IBGE, em 2021, quase 280 mil jovens estavam matriculados no ensino médio.

Para atender as demandas relativas ao bem estar social dos alunos, o Núcleo Socioemocional de responsabilidade da Secretaria Estadual de Educação (SEDUC-MA), atualmente atende a rede de escolas de tempo integral atua em dois grupos: Um com o encargo de gerenciar as ações nos Centros Educa Mais, escolas que tem como proposta de educação em tempo integral a oferta do ensino propedêutico, parte diversificada do currículo e itinerários formativos; e outro que atua nos Institutos Estaduais de Educação, Ciência e Tecnologia – IEMA, que oferecem cursos técnicos em formato integrado, no qual os alunos estudam componentes de ensino médio propedêutico e de formação técnica e profissional.

O Núcleo Socioemocional foi criado em 2020, sendo formado por uma equipe multidisciplinar com a presença de psicóloga, assistente social e um profissional da fisioterapia. O intuito do Núcleo, segundo o Portal da Secretaria de Educação, é

[...] contribuir com a formação e o desenvolvimento dos estudantes das escolas de tempo integral, propondo um modelo de integração entre as habilidades cognitivas e socioemocionais, baseado na proposta de ‘Educação para o século XXI’, que é contemplada pela BNCC (Base Nacional Comum Curricular) (MARANHÃO, 2021, grifo do autor)

Com o intuito de atender as demandas das escolas, o Núcleo é responsável pela implantação de ações voltadas ao bem estar nas escolas, com vistas a transforma-las em espaços mais acolhedores, bem como para dar atenção devida a casos de abuso e demais formas de violência. Entre as atividades, estão projetos realizados nos Centros Educa Mais e IEMAs, tais como os que discorreremos a seguir.

² As informações estão disponíveis nos portais da Secretaria Estadual de Educação do Maranhão – SEDUC por meio do site <<https://www.educacao.ma.gov.br/>> , acesso em 31 de ago. de 2023.

Escuta Solidária

O Projeto de Escuta Solidária foi criado para dar oportunidade aos estudantes das escolas de tempo integral de compartilhar sobre sua vivência no período pandêmico a partir de suas percepções cotidianas, considerando o cenário mundial daquele momento. Segundo relatado em canais de divulgação da SEDUC-MA, o que despertou para a criação do referido trabalho foi a percepção da equipe multidisciplinar do núcleo sobre a importância de manter uma rotina saudável de estudos e bem-estar dos estudantes, elementos que geravam um grande desafio no entendimento da equipe. (MARANHÃO, 2021)

Os alunos, por meio desse projeto, também tinham a possibilidade de enviar ao Núcleo um vídeo de 1 a 2 minutos para externar suas experiências, material este que era recebido, editado e divulgado nas redes sociais com o intuito de incentivar a comunicação e o equilíbrio emocional diante das circunstâncias do período pandêmico. No vídeo, relatam como tem sido sua experiência no contexto pandêmico.

Segundo Márlcio Pinheiro, que é aluno atendido pela rede, relata ao portal da SEDUC-MA, o projeto acima trouxe muitas contribuições para o bem estar dos estudantes:

“Em meio a essa pandemia pelo qual estamos passando, tornou-se, ainda mais preciso pôr em prática o exercício da empatia, olhar o outro de uma forma mais acolhedora, praticar a escuta, e é isso que o ‘Escuta Solidária’ tem realizado. Por meio desse Projeto posso compartilhar com outros alunos fatos do meu dia a dia, reflexões e até dicas para manter o foco nessa nova forma de ensino remoto. E não só eu, mas todos os alunos da rede integral do Maranhão”

[...]

“Me sinto, de fato, acolhido, e tenho ainda mais certeza de que estou no caminho certo para a realização do meu Projeto de Vida!”, (PINHEIRO, 2021).

Emaranhando Vidas

De acordo com o material de divulgação do Projeto, o projeto é oriundo do diagnóstico de casos de automutilação, tendência ao suicídio entre outros comportamentos de risco identificados nos alunos por meio das Unidades Regionais de Educação – UREs em 2018. Segundo o documento, houve 41 casos de suicídio, 62 casos de tentativa de suicídio e 124 casos de automutilação.

Conforme o descritivo do trabalho desenvolvido pela Secretaria, as atividades são de caráter formativo e educativo-informativo em parceria com profissionais da educação e família, bem como orientações sobre acompanhamento online (MARANHÃO, 2022).

Guia do Autocuidado Durante a Pandemia

O Guia de autocuidado durante a pandemia é um compêndio instrucional para alunos com orientações sobre como manter uma rotina de estudos de forma organizada, prezando pelo bem estar desse aluno. O material, formulado pelo Núcleo Socioemocional do IEMA teve como propósito atender aos discentes com dicas, tais como a utilização e organização de um planner, atenção para o uso excessivo das redes sociais e eletrônicos por serem causa de distração dos usuários, e sobre como lidar com as emoções.

Todos os projetos listados, apresentam seu escopo pautado nas maiores demandas identificadas pelo Núcleo, estando tais materiais disponíveis no portal da SEDUC. Após relatos realizados nas redes sociais da SEDUC, Centros Educa Mais e IEMAs pelos próprios alunos sobre a importância dessas ações, percebe-se que há um movimento efetivo na educação maranhense que alcança esses alunos e fortalece o trabalho desenvolvido pelo Núcleo Socioemocional.

Considerações Finais

O ser humano, em sua multidimensionalidade, deve ser compreendido como um ser complexo e, portanto, nenhuma definição simplista será capaz de discorrer a respeito de sua complexidade natural. Mesmo a escola sendo o espaço compreendido como ambiente formal de aprendizagem e produção de conhecimento, também é um local onde infância e adolescência se desenvolvem por meio das relações sociais e dinâmica cultural, cumprindo a escola com sua função socializadora e instrutiva (PÉREZ GÓMES, 2001).

Desta forma, o comportamento do aluno está intimamente ligado ao seu cognitivo, pois, já se compreende a profunda interferência que o emocional causa sobre o intelectual. Foi por meio deste entendimento que a educação, hoje, é encarada também como uma das múltiplas dimensões humanas e deve ser considerada em consonância com as questões de cunho emocional.

Quando a SEDUC-MA, em um esforço de compreender o comportamento dos alunos das escolas públicas de nível médio, identificou diversas situações que exigiam especial atenção, lançou mão da criação do Núcleo Socioemocional que passou a atuar de maneira bem pontual, por meio de escutas e cartilhas instrutivas.

Como resultado de sua intervenção, pautados a partir da Lei nº 13.935/2019, vários instrumentais criados tiveram como objetivo atender melhor esses alunos, escolas e famílias que tinham dificuldade em lidar com as situações de risco por parte dos discentes.

É verdade que, em casos onde há uma necessidade de atendimentos mais efetivos e pontuais, a família deve ser orientada para acompanhamento de um profissional que cuide especificamente de situações de risco, pois é dissonante supor que uma equipe de poucos profissionais possa suprir uma demanda cres-

cente de jovens oriundos do período pandêmico e que eventualmente possam ser também vítimas de bullying.

Porém, a iniciativa de verificar as situações mais críticas, realizar uma pesquisa para compreender a gravidade da situação, são passos importantes na escalada de uma educação que considera a importância de intervir nas questões referentes ao bem estar do aluno, aspecto que contribui com a qualidade da vida estudantil e do ambiente em que esse ensino acontece: a própria escola

Diante do exposto, conclui-se que é de grande valor a atuação do psicólogo nas redes de ensino integral pela atuação do profissional no contexto educacional com vistas a melhoria dos índices de aprendizagem e acima de tudo, prezando pelo aluno em todos os seus aspectos. Espera-se assim, que esta pesquisa fortaleça a ação dos psicólogos na discussão a respeito das contribuições deste profissional para a comunidade escolar, tendo em vista que este é um ambiente de relações sociais e aprendizagem, com vistas à melhoria da dinâmica e vivência escolar dos alunos do ensino integral no Maranhão.

Referências

ANDALÓ, C. S. DE A.. O papel do psicólogo escolar. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 4, n. 1, p. 43–46, 2012. Disponível em < <https://www.scielo.br/j/pcp/a/G3tr4Kcqc8NSq3fCmnYBqYk/?lang=pt#>>, acesso em 2 de ago. de 2023.

BRASIL. **Lei n. 13.005, de 25 de junho de 2014**. Aprova o Plano Nacional de Educação –PNE e dá outras providências. Brasília, DF: MF/MP/MEC, 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113005.htm. Acesso em: 6 jul. 2023.

BRASIL. **Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF: MEC, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm. Acesso em: 30 jul. 2023.

BRASIL. **Lei n. 13.935, de 11 de dezembro de 2019.** Dispõe sobre a prestação de serviços de psicologia e de serviço social nas redes públicas de educação básica. Brasília, DF. 2019. Disponível em: Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113935.htm>. Acesso em: 30 de jul. 2023.

BRASIL. **Lei n. 14.040, de 18 de agosto de 2020.** Estabelece normas educacionais excepcionais a serem adotadas durante o estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020; e altera a Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009. Brasília, DF. 2020. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/114040.htm>. Acesso em: 16 de jul. 2023.

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). **Censo Escolar da Educação Básica 2022:** Resumo Técnico. Brasília, 2023.

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). **Censo Escolar da Educação Básica 2020:** Resumo Técnico. Brasília, 2021.

CAVALIERE, A. M.. Anísio Teixeira e a educação integral. **Paidéia** (Ribeirão Preto), v. 20, n. 46, p. 249–259, maio 2010. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S0103-863X2010000200012>>, acesso em 02 de ago. de 2023.

GONÇALVES, A. S. Reflexões sobre educação integral e escola de tempo integral. **Cadernos Cenpec**, São Paulo, v. 1, n. 6, p. 129-135, 2006. Disponível em: <http://cadernos.cenpec.org.br/cadernos/index.php/cadernos/article/view/136>. Acesso em: 03 de ago. de 2023.

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

MARANHÃO. Núcleo Socioemocional da Seduc lança o Projeto ‘Escuta Solidária’. 05 de mar. de 2021. Disponível em <<https://www.educacao.ma.gov.br/nucleo-socioemocional-da-seduc-lanca-o-projeto-escolha-solidaria/#:~:text=O%20Núcleo%20Socioemocional%2C%20criado%20desde,de%20integração%20entre%20as%20habilidades>>, acesso em 31 de jul. de 2023.

MARANHÃO. **Manual do Projeto Emaranhando Vidas**. SEDUC MA, São Luís MA. E-book. 2022. Disponível em < https://www.educacao.ma.gov.br/wp-content/uploads/2022/06/Manuel-E_Vidas.pdf>, acesso em 01 de ago. de 2023.

PÉREZ GÓMEZ. A. I. **A Cultura Escolar na Sociedade Neoliberal**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

PINHEIRO, Márlcio. **Núcleo Socioemocional da Seduc lança o Projeto ‘Escuta Solidária’**. [Entrevista concedida a Secretaria Estadual da Educação do Maranhão] SEDUC – MA. Março, 2021. Disponível em <<https://www.educacao.ma.gov.br/nucleo-socioemocional-da-seduc-lanca-o-projeto-escolha-solidaria/#:~:text=O%20Núcleo%20Socioemocional%2C%20criado%20desde,de%20integração%20entre%20as%20habilidades>>, acesso em 08 de jul. de 2023.

TEIXEIRA, Anísio. **Educação não é privilégio**. 7 ed. Rio de Janeiro: UFRJ, 2007.

TEIXEIRA, Anelise Lusser. Educação, saúde mental e pandemia: algumas considerações. In: INSFRAN, Fernanda Fochi Nogueira; PRADO, Paulo Afonso do; FARIA, Sâmela Estéfany Francisco, LADEIRA, Thalles Azevedo. SENTINELI, Tiago Afonso (Org). **Fraturas expostas pela pandemia: escritos e experiências em educação**. Organizadores Fernanda Fochi Nogueira Insfran... et al. Campos dos Goytacazes (RJ): Encontrografia, 2020. 320 p. Disponível em <<http://encontrografia.com/wp-content/uploads/2020/10/ebook-Fraturas-expostas-pela-pandemia.pdf#page=201>>, acesso em 01 de ago. de 2023.

CAPÍTULO 3

ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR DIANTE DO LUTO NEONATAL: TRABALHO COM PAIS E EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Jena Hanay Araujo de Oliveira

Mayza Moreira Gois

Ronaldo Fellipe Oliveira do Nascimento

Doi: 10.48209/978-65-5417-138-3

Introdução

O presente capítulo busca promover a reflexão acerca do suporte fornecido ao grupo familiar e aos profissionais de saúde, pelo psicólogo hospitalar. O foco é no luto neonatal, pois há poucos estudos sobre essa temática. Para isso, serão aprofundadas algumas especificidades relevantes ao cumprimento deste objetivo: a delimitação do trabalho do psicólogo em contexto hospitalar; a conceituação e caracterização do luto; a formação e o trabalho de intervenção do psicólogo hospitalar para a construção de estratégias de enfrentamento com os

pais enlutados; assim como a atuação com a equipe multidisciplinar no cuidado com as famílias. Este estudo foi realizado por meio de pesquisa bibliográfica nos bancos de dados: Google Scholar, Scielo.br, Pubmed, Medline, Scopus e Cochrane, com as palavras-chave: luto, psicologia hospitalar, pais enlutados, equipe multidisciplinar. O trabalho se caracteriza como uma pesquisa qualitativa, e bibliográfica, visto que busca a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas em meios escritos e eletrônicos, discutir um determinado tema (SILVEIRA; CORDOVA, 2009). Os artigos encontrados a partir das palavras-chave foram lidos na íntegra e selecionados os artigos que tratavam sobre a referida temática deste capítulo. Em seguida, realizou-se fichamentos dos artigos selecionados e a partir dos fichamentos construiu-se esse capítulo.

O ambiente hospitalar é um local em que se lida com a vida e a morte, onde a fragilidade humana é apresentada pela situação de doença que acomete os pacientes, assim como gera sofrimento e angústia para os seus familiares e cuidadores. Além disso, tem-se a equipe de saúde que desempenha o papel fundamental no tratamento dos pacientes. Contudo, ainda é comum a distância por parte de alguns profissionais da medicina para com os pacientes, uma vez que esse sujeito hospitalizado se desconstrói numa despersonalização, em que seu nome se converte em número de leito e/ou a patologia que o acomete (ANGERAMI-CAMON, 2010). O incômodo é inerente à hospitalização, pois este processo impacta as mais diversas dimensões do paciente em adição à enfermidade orgânica. Consequentemente, em muitos casos, o sofrimento não encontra um fim em concordância com a alta do hospital.

Portanto, nesse cenário faz-se necessário o trabalho do psicólogo no contexto hospitalar. A inserção desse profissional junto aos hospitais gerais iniciou-se na década de 1950, através da implantação do Serviço de Psicologia no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

(MARCON, LUNA, LISBOA, 2004). No contexto atual ainda é difícil compreender as delimitações de suas funções perante a equipe de saúde (VIEIRA, WAISCHUNNG, 2018).

De acordo com Vieira (2010) o psicólogo hospitalar tem como objetivo principal a minimização do sofrimento provocado pela internação. Além disso, preenche algumas lacunas através do exercício de sua função, complementando as práticas de saúde no hospital com o seu olhar para o paciente, entendendo que o mesmo possui uma história de vida, singular, e mesmo que esta doença seja incapacitante sempre haverá possibilidades de resgate, adaptação e de manutenção da dignidade e qualidade de vida (PORTO; LUSTOSA, 2010).

Nesse espaço, as práticas da saúde são centralizadas em três níveis de atenção: primária, secundária e terciária, a partir das quais o profissional da psicologia se orienta. O primeiro nível de intervenção psicológica diz respeito à promoção da saúde, uma tarefa que não é focada em um indivíduo, mas nos planos de educação e, enfim, na saúde geral (ALVES; EULÁLIO, 2011). O segundo nível está relacionado às práticas realizadas nos ambulatorios e/ou centro de especialidades, nos quais o psicólogo faz o acompanhamento do paciente a fim de facilitar a sua adesão ao tratamento. Enquanto no nível terciário, o psicólogo endereça os problemas de alta complexidade derivada dos outros âmbitos, ou seja, o novo conjunto de experiências advindas de uma condição de saúde (ALVES; EULÁLIO, 2011). Os âmbitos secundário e terciário de atenção à saúde possuem uma maior relevância para a discussão proposta, visto que parte da responsabilidade sobre esses níveis cabe ao psicólogo hospitalar (CASTRO; BORNHOLDT, 2004). Nesse sentido a sua atuação permite realizar:

Atendimento psicoterapêutico; grupos psicoterapêuticos; grupos de psicoprofilaxia; atendimentos em ambulatório e unidade de terapia intensiva; pronto atendimento; enfermarias em geral; psicomotricidade no contexto hospitalar; avaliação diagnóstica; psicodiagnóstico; consultoria e interconsultoria. (CASTRO; BORNHOLDT, 2004, p. 50)

Por essas funções é importante estabelecer parâmetros necessários para distinguir o fazer em psicologia hospitalar. Diferentemente dos padrões de um *setting* terapêutico tradicional, realizado pela psicologia clínica, o atendimento no hospital é focal, breve e muitas vezes emergencial” (VIEIRA, 2010, p. 513). O psicólogo hospitalar se dirige a um paciente que não se apresenta a ele de maneira espontânea e, além disso, suas condições mostram um comprometimento a nível orgânico; não obstante, possui uma demanda psicológica específica (GORAYEB, 2001).

No tocante ao trabalho multidisciplinar numa realidade institucional hospitalar, é importante destacar que a intervenção médica não é a única via necessária para o sucesso de um tratamento: a equipe é uma entidade de importância indiscutível para que o cuidado alcance todas as necessidades do paciente (FOSSI, 2004). De acordo com Vieira (2010) o psicólogo junto com a equipe identifica a demanda do paciente e, assim, podem constantemente trocar conhecimentos e discutir sobre a melhor via para o atendimento daquela pessoa.

Para que haja uma maior compreensão acerca da experiência do paciente, é importante se dirigir a âmbitos que se relacionam a ele numa teia interdependente, como a família. Mais que um suporte ao adoecido, o psicólogo hospitalar presta um serviço de apoio aos familiares, uma vez que “a doença representa um ataque à estrutura da personalidade e à estrutura familiar” (LUSTOSA, 2007, p. 4). Dependendo dos laços estabelecidos entre os membros de uma família, estes adoecem em sintonia com a condição comprometida do paciente (MENDES; LUSTOSA; ANDRADE, 2009). Conforme Lustosa (2007, p.5), “a situação da família se constitui de estresse permanente, sofrimento interno, elevação de ansiedade, medos do desconhecido, e apreensão quanto às decisões a tomar, e situações a enfrentar”. Nesse frágil momento, é necessário aos familiares que lancem mão de defesas e estratégias inadequadas e, a partir desse

movimento, a insegurança, a fragilidade e a culpa passam a protagonizar a vivência frente a um ente hospitalizado (LUSTOSA, 2007).

Segundo Mendes, Lustosa e Andrade (2009), o papel do psicólogo para com a família está centralizado no trabalho de medos, fantasias e angústias, bem como uma reorganização egóica diante do sofrimento. É importante também ajudar a estabelecer uma aproximação saudável entre paciente e família, através da qual é possível facilitar a comunicação de um diagnóstico e/ou solucionar problemas emocionais relacionados ao vínculo. Ademais, fornecer apoio ao grupo familiar parece produzir consequência direta e fundamental sobre a recuperação do paciente, portanto atender às necessidades dos familiares é um fator essencial (FERREIRA; MENDES, 2013).

Características do Luto e o seus Dilemas Dentro do Hospital

O luto é uma fase natural que precisa ser elaborada. Ela não deve ser apressada nem deslegitimada, ela acontece à maneira da pessoa e no ritmo de cada um (SANTOS, MUNER, 2020). Nesse sentido, Kübler-Ross (2017) postula os estágios do luto: o primeiro estágio é o de negação e isolamento, em que o enlutado nega o que está acontecendo com ele e tende a se isolar para não ouvir as pessoas comentarem sobre a sua condição. O segundo estágio é o da raiva, sendo expressa tanto para o profissional da saúde (o portador da notícia), como para si próprio, externar a raiva pode gerar alívio para o seu sofrimento. O terceiro estágio diz respeito à barganha, é muito natural e intrínseco do ser humano; a pessoa implora para um ser superior ou para um profissional, a fim de mudar a sua realidade. O quarto estágio é a depressão que pode ser provocada pela evolução do quadro da doença de seu filho, pelo fato da internação e por todo o sofrimento vivenciado após sua perda, é difícil a pessoa aceitar que

seu filho morreu. E o quinto e último estágio é a aceitação, em que a pessoa compreende que a morte é uma condição do ser humano.

Sobre essas fases, é importante destacar que nem todas as pessoas vão passar por todas elas e de forma sequencial, pois o luto é um processo em que o indivíduo não se dá conta de que está vivendo. Por outro lado, não há tempo determinado para que alguém possa superar o luto, ele é singular e depende da relação que o enlutado mantinha com a pessoa, podendo ser um processo de meses e até de anos. A diferença entre um luto normal e um luto patológico/complicado é quando acontecem reações graves nas fases do luto, que impedem a pessoa de funcionar, de reagir e, há uma grande dificuldade em retomar a sua vida após a perda (CARNAÚBA, PELIZZA, CUNHA, 2016).

No luto enquanto processo natural/normal, o indivíduo tem consciência da perda e este fator auxilia uma elaboração bem sucedida, mesmo com toda a dor e sofrimento presente neste processo. Já o luto complicado pode ser definido como a reação de fuga do processo de elaboração, pois desta forma o indivíduo está negando sua dor (SILVA, 2018). A pessoa fica presa em um ciclo de prejuízos, perde a vontade de fazer atividades rotineiras, de ir ao trabalho e ainda pode adquirir problemas como abuso de álcool, drogas e, há também a dificuldade de seguir tratamentos que fazia anteriormente, como para diabetes, hipertensão, entre outros.

O tratamento para o luto patológico pode ser realizado através de psicoterapia com especialistas em luto. O objetivo deve ser restaurar a autoconfiança da pessoa enlutada, ajudá-la a planejar atos futuros e a se abrir para novas possibilidades, bem como aprender a lidar com a morte (DA SILVA, CARNEIRO, ZANDONADI, 2017).

De antemão, é necessário compreender o sentido que a gravidez tem para os futuros pais. O feto é desenvolvido ao longo do período da gestação. A

criança é idealizada, assim como diversas projeções são feitas acerca do crescimento e do futuro dessa pessoa que vai nascer. Para a mulher, a maternidade é perpassada pelo imaginário social, podendo ser intensificadas pelos movimentos do feto, imaginação do sexo, características físicas do bebê e da própria função de mãe (BISOTTO, CARDOSO, ARGIMON, 2021; NARCHI, ROSA, CAMPOS, 2018; SOARES, 2016; MUZA *et al.*, 2013). Contudo, a notícia de que a criança tem uma má formação, bem como algum outro comprometimento orgânico que impossibilite que ela venha a se desenvolver e poder vir a óbito, entra em choque com os sonhos e desejos que esses pais tiveram. Diversas emoções podem ser elencadas diante desse fato como estresse, ansiedade, medo e vergonha (SANTOS, CARVALHO, 2018; RIOS, SANTOS, DELL'AGLIO, 2016; AZEVEDO, 2016).

A informação de que seu bebê não viverá por muito tempo abala profundamente a autoestima da mulher, sua capacidade maternal e sua feminilidade (BARTILOTTI, 2007). De acordo com Santos e Carvalho (2018), as reações da família diante do fato podem ser as mais variadas, como por exemplo responsabilizar a equipe de profissionais pelos problemas que seu bebê teve, a fim de culpabilizar um terceiro.

Diante disso, questiona-se: qual seria o papel de um psicólogo que atua em contexto hospitalar com esses pais? De acordo com Vieira e Waischunng (2018), é importante analisar que a formação na área da saúde foca na cura e não na morte. Lidar com a finitude não é por vezes abordado dentro do ambiente acadêmico. O interesse geralmente é na recuperação e na restauração da saúde. A falta de alternativas para o tratamento e a morte dos pacientes pode ser analisada pelos profissionais como erro ou fracasso, de maneira que falar sobre a finitude pode tornar-se difícil para eles. Isso pode acarretar em um distanciamento afetivo com os pacientes e seus familiares, como forma de defesa

para o sofrimento psíquico, ocasionando o aparecimento de algumas doenças ocupacionais para esses profissionais (MEDEIROS, LUSTOSA, 2011). Especialmente quando se analisa a formação de estudantes de psicologia, destaca-se ainda uma abordagem incipiente do luto e da morte. Esse retrato parece estar relacionado à cultura ocidental que não permite se falar da morte, sendo menos inadmissível ainda quando diz respeito às crianças (MARÇOLA *et al.*, 2016; INÁCIO, *et al.*, 2015).

Com isso, no ambiente hospitalar há o contraste entre a vida e a morte. O profissional da psicologia deve ter um bom suporte teórico para lidar com essas demandas, assim como a implicação com o cuidado dos pacientes e de seus familiares (SANTOS, CARVALHO, 2018). O compromisso deve ser em promover um espaço de escuta interessada na pessoa, em que esses pais possam expressar suas emoções e sentimentos em relação ao luto, dando espaço para a singularidade das manifestações que cada pessoa possa apresentar (KOVÁCS, 1999 apud INÁCIO *et al.*, 2015). Nesses espaços, as reações pós-óbito podem se tornar mais amenas e, conseqüentemente, favorecerem uma melhor elaboração do luto (VIEIRA, WAISCHUNNG, 2018).

Nesse sentido, o processo de luto não é determinado por um tempo cronológico, pois depende da relação que os pais tiveram com a perda do bebê. Além disso, nesse momento é importante salientar a dinâmica familiar, pois o suporte social, principalmente dos familiares, dos pais, é uma das formas de se trabalhar com o luto. De acordo com Monteiro, Magalhães e Machado (2017) uma família integrada se adapta mais rapidamente ao luto do que uma família menos integrada, a qual pode responder posteriormente com problemas físicos e/ou emocionais. Quando se trata de um luto neonatal, ele por vezes não é reconhecido pela sociedade, uma vez que pode compreender que não houve tempo suficiente para desenvolver o laço afetivo com o feto, por isso, a mãe pode pla-

nejar outra gravidez para compensar a perda, assim como dar atenção a outros filhos, caso a mesma os tenha (MELO, VAZ, 2019; MUZA, 2013).

O relato de um trabalho terapêutico desenvolvido por Rios, Santos e Dell'aglio (2016) ilustra como uma mãe, após a segunda perda de um bebê, não teve um espaço dentro do seio familiar para expressar seus sentimentos e falar sobre o filho que perdeu. (ACIOLE, BERGAMO, 2019). O luto mal elaborado pode ocasionar na repercussão do enfrentamento de novos conflitos vividos pela pessoa que, ao enfrentar uma situação similar, pode reativar o luto anterior (RIOS, SANTOS, DELL'AGLIO, 2016).

Por outro lado, na relação entre os cuidadores e a equipe multiprofissional, destaca-se a sobreposição do modelo biomédico no tratamento dos pacientes, em que o enfoque é na patologia e nos procedimentos técnicos, em detrimento dos sentimentos, dos receios da pessoa doente, de seus familiares e da maneira como vivenciam a situação saúde-doença (MORITZ, 2007). Por um lado, o desenvolvimento da tecnologia aplicada à medicina possibilitou a cura de várias doenças ou sua estabilização, mas ao mesmo tempo, parece ter gerado estruturas mecânicas e práticas profissionais tidas como distantes dos pacientes e de suas famílias (MONTEIRO, MAGALHÃES, MACHADO, 2017).

Quanto aos cuidados paliativos, a falta de soluções para a cura não significa dizer que nada pode ser feito a esse paciente, e sim que resta a essa pessoa os cuidados paliativos que visam diminuir a dor e sofrimento causado pelo avanço da doença e na melhoria da qualidade de vida (SILVA; CARVALHO, 2018). Além disso, não implica em abandonar aquele bebê ou os seus pais, mas de entender que se pode trabalhar a finitude. Nesse sentido, com esses progenitores, se tem como alternativa o trabalho com o luto antecipatório, por exemplo. O termo em questão pode ser definido como o luto que ocorre antes da morte do ente adoecido, sendo então vivenciado durante o período do pre-

núncio da morte. No luto antecipatório, é possível lidar com a perda de forma gradual, o que pode contribuir para uma melhor elaboração psíquica e redução do sofrimento causado pela perda (BISOTTO, CARDOSO, ARGIMON, 2021; SANTOS et al., 2019; CARDOSO *et al.*, 2018). Kovács (2009) discorre que esse é um momento importante para o trabalho com os sentimentos ambíguos que ocorrem com os pais, dentre eles a culpa.

Outra estratégia importante no trabalho com os familiares enlutados são os rituais de despedidas, pois ajudam na elaboração da perda. Culturalmente, as cerimônias fúnebres se ocupam dessa função assim como outras maneiras encontradas pelas famílias para se despedir do ente (MONTEIRO, MAGALHAES, MACHADO, 2017). Quanto a esses pais que perdem seu bebê durante a incubação, o psicólogo deve atuar na perspectiva de escutar a dor e o sofrimento dessas pessoas, oferecendo um espaço em que possam elaborar essa perda, bem como facilitar o contato deles com a criança (considerando as restrições médicas).

Por outro lado, quando a mãe e o pai perdem a criança enquanto feto, esse processo pode ser mais difícil e doloroso. A elaboração do luto pela morte de uma criança antes de seu nascimento tem uma dinâmica diferente, pois “a construção de vínculos afetivos fortes e de recordações de convivência mútua fica impossibilitada, uma vez que lembranças não podem ser evocadas posteriormente e a ausência da criança é profundamente sentida, como se fosse retirada parte do corpo” (Duarte & Turato, 2009). Contudo, a prerrogativa permanece a mesma para os profissionais da psicologia, no sentido de oferecer a escuta como forma de ajudar os pais e familiares a se apropriar da situação que estão vivendo, de modo que, posteriormente, eles consigam falar do fato ocorrido, assimilá-lo e, algum tempo depois, aceitá-lo (MUZA, 2013).

De modo geral, falar de morte ainda é um tabu dentro da sociedade ocidental, ainda mais aos pais que perdem seus filhos nos primeiros dias de

vida: eles não têm a sua dor validada, sendo considerada menos “dolorida” em relação a outros contextos de luto (MELO, VAZ, 2019; AZEVEDO, 2016). Além disso, destaca-se o tratamento da equipe de profissionais do hospital que ainda possuem dificuldades para lidar com um caso clínico irreversível.

Há poucas pesquisas sobre o luto neonatal. Esse resultado pode ser analisado pela própria formação dos cursos da área de saúde assim como a psicologia, pois o foco é na cura e no bem-estar, limitando reflexões sobre a finitude e a morte, sendo que ambas estão interligadas e fazem parte do campo de atuação dessas profissões (RIOS, SANTOS, DELL’AGLIO, 2016).

Em relação aos cuidados que os profissionais da psicologia podem realizar, destaca-se escuta interessada como central na atuação. O psicólogo deve oferecer acolhimento desde a chegada da família ao ambiente hospitalar, dando assistência no diagnóstico, no prognóstico e após a morte, dando um espaço em que os pais possam refletir e elaborar o seu luto, sendo alguns caminhos possíveis desse processo, o luto antecipatório (caso ainda seja possível) e o ritual para a despedida do bebê (SANTOS; CARVALHO, 2018). Além disso, destaca-se a importância do trabalho terapêutico com os pais - depois que saem do hospital – uma vez que, a proximidade de outros familiares pode ajudar na construção de novos sentidos para o sofrimento e a dor (RIOS, SANTOS, DELL’AGLIO, 2016). Por fim, não há manuais que indiquem como se deve trabalhar com os pais enlutados, pois as singularidades precisam ser acolhidas. No entanto, a disponibilidade da escuta é o ponto central que move o trabalho do psicólogo e, com ela, a relação de ajuda promove a liberdade que vem a auxiliar o processo do luto.

Diante da perda do bebê após o nascimento, os pais entram em um profundo sofrimento. Nesse momento, é crucial humanizar o tratamento com os pais e ouvi-los. Os profissionais da equipe multidisciplinar são os principais responsáveis por auxiliar esses pais que perderam seus filhos a lidarem com o

luto. A equipe trabalha com o sofrimento, dando suporte nesse momento de dor, se comprometendo com o bem-estar daqueles progenitores. Conforme Almeida, Moraes e Cunha (2016, p.125):

Diante do momento de óbito do bebê [...] preocupa-se em garantir a privacidade dos familiares, atender seus desejos e solicitações naquele momento. Entende que a família necessita vivenciar os estágios de luto e empenha-se em ajudá-los a passar por eles da melhor maneira possível. (ALMEIDA; MORAES; CUNHA, 2016, p.125)

Comumente, o luto no hospital muitas vezes é interpretado como restrito aos cuidados paliativos e que apenas os profissionais especializados irão lidar com o luto, sendo que o fenômeno da morte pode acontecer com qualquer paciente que adentra o hospital, como no caso das mortes em neonatos. Certamente, quando se perde um ente querido em um contexto hospitalar, esse fato mobiliza toda a equipe de assistência daquele paciente, começando pelo médico, que é o profissional imbuído da responsabilidade de comunicar o óbito à família. Uma reação comum das famílias, é não aceitar a morte e culpabilizar a equipe de saúde por não ter impedido que aquela morte acontecesse (SANTOS, CARVALHO, 2018).

De antemão, é importante destacar que a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde (1990) trouxe um contexto de mudança na concepção e organização da saúde no Brasil, visando contribuir para a eficácia dos cuidados, de modo que os usuários do serviço devem ser vistos como sujeitos (ACIOLE, BERGAMO, 2019). Contudo, acompanhar os bebês que estão em seu processo de morrer é um evento doloroso para todos que o vivenciam, inclusive para a equipe médica. Esses cuidados paliativos permitem a possibilidade da aceitação desse processo como um ato humano, sendo parte da vida. Por meio deste enfoque, o que se favorece no momento da morte é a criação de um espaço para as despedidas, a preparação para a separação e a atenção às necessidades dos familiares (KOVÁCS, 2003).

Destarte, a comunicação entre os profissionais da saúde e os pais ainda carecem de cuidado, principalmente com relação a notícias ruins quanto ao estado da criança. Todavia, falar da morte nos hospitais ainda é um tabu, pois os profissionais não foram preparados em sua formação para lidar com ela. Pesquisas apontam que frequentemente profissionais se dizem despreparados diante da morte e do morrer. Assim sendo, Kovács (2011 apud VIEIRA, WAISCHUNNG, 2018) observou que profissionais de saúde têm dificuldade em abordar as famílias acerca do agravamento da doença e da proximidade da morte, principalmente nas unidades de pediatria e em UTI neonatal.

O acolhimento e o afeto são essenciais. O luto pede um tempo para a despedida e os profissionais da saúde precisam ajudar os pais a entenderem todas as emoções que eles estão sentindo diante da perda do filho. Portanto, o contexto exige cuidado da comunicação da equipe multidisciplinar com os progenitores enlutados, pois cuidar dessa família pode ajudar nesse processo. Por isso, a proximidade deve ser uma conduta dentro da equipe de saúde, buscando afastar possíveis estruturas hierárquicas, sendo transparente, afetivo e dinâmico na comunicação (AZEVEDO, 2016).

Nesse contexto, pela estrutura da sua formação, o psicólogo pode se aproximar da equipe multiprofissional oferecendo, assim como faz com as famílias assistidas, a escuta empática, disponibilizando um espaço em que os mesmos possam trazer questões relacionadas à sua prática (INÁCIO et al., 2015). O psicólogo pode ajudar a minimizar o sofrimento da equipe que lida com a morte, promovendo “encontros de equipe” (staff meetings), onde há espaço para os profissionais falarem e trocarem suas experiências (ORTIZ, ABILIO, SOBREIRA, 2016).

Conclusão

A formação em Psicologia ainda tem limitações quanto às discussões sobre a morte e o luto. Esse cenário pode ser compreendido por vezes pelo contexto ocidental que parece ainda ter dificuldade de permitir que haja espaço para falar desses assuntos, os quais são considerados como tabus. O desafio ainda é maior com os profissionais que, junto do psicólogo, formam uma equipe multidisciplinar.

Devido a sua formação, os profissionais da saúde são atravessados muitas das vezes pela ideia ainda de que o sucesso na carreira corresponda diretamente a promover cura para os indivíduos com adoecimento. Quando o paciente não responde aos tratamentos ofertados, o adequado é buscar os cuidados paliativos para que o assistido possa viver da melhor forma com a patologia e promover qualidade de vida. Mas para os trabalhadores, esse cenário pode ser sinal de fracasso, ocasionando por vezes sofrimento e, como defesa, podem se distanciar do paciente e/ou seus cuidadores.

Com as novas políticas empregadas na área da saúde, o tratamento humanizado ainda precisa ser desenvolvido dentro do hospital, onde ainda é predominante a postura preconizada pelo modelo biomédico, ou seja, focando na doença e não na pessoa com sua história e singularidade. No que diz respeito às Unidades de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN, destacam-se as poucas pesquisas desenvolvidas sobre esses locais.

Diante disso, o profissional da psicologia precisa de suporte teórico que sustente a sua prática e uma escuta interessada nesses pais, desde o momento que eles adentram no hospital e após a perda (no processo de luto), com o oferecimento de psicoterapia individual ou de grupo, bem como outras estratégias que podem ser formuladas juntamente com a equipe multidisciplinar. Com a

equipe de saúde, segue a mesma lógica que é ofertada aos pais e /ou cuidadores, se aproximando desses profissionais e disponibilizando a escuta empática. Não há manuais para o trabalho no contexto hospitalar, não há controle das situações que podem acontecer nesse espaço. Buscar o aprimoramento profissional e ter uma postura ética é o melhor caminho perante os desafios que atravessam o cotidiano de um psicólogo hospitalar.

Referências

ACIOLE, Giovanni Gurgel; BERGAMO, Daniela Carvalho. Cuidado à família enlutada: uma ação pública necessária. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 43, n. 122, p. 805-818, set. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912212>. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000300805&tlng=pt>. Acesso em: 20 mar. 2023.

ALMEIDA, Fabiane de Amorim; MORAES, Mariana Salim de; CUNHA, Mariana Lucas da Rocha. Cuidando do neonato que está morrendo e sua família: vivências do enfermeiro de terapia intensiva neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. SPE, p. 122-129, 2016.

ALVES, RF., EULÁLIO, MC. Abrangência e níveis de aplicação da Psicologia da Saúde. In ALVES, RF., org. Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 65-88. ISBN 978-85-7879-192-6. Available from SciELO Book. Acesso em: 27 mar. 2023.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. O psicólogo no hospital. In: ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. Psicologia Hospitalar: teoria e prática. 2. ed. São Paulo: Cenage Learning, 2010. Cap. 1, p. 15-28.

AZEVEDO, Nára Selaimen Gaertner de. **O CUIDADO COM O LUTO PARA ALÉM DAS PORTAS DAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA::** uma aposta e uma proposta. 2016. 115 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. Disponível em:<<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/148127>>. Acesso em: 10 mar. 2023.

BARTILOTTI M. R. M. B. (2007). Intervenção psicológica em luto perinatal. In F. F. Bortoletti (Org.). *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Manole.

BISOTTO, Luisa Bento; CARDOSO, Nicolas de Oliveira; ARGIMON, Irani Iracema de Lima. Luto antecipatório materno: uma revisão integrativa nacional. **Rev. Nufen: Phenom. Interd.**, Belém, v. 1, n. 13, p. 98-113, dez. 2020. Disponível em: <<https://submission-pepsic.scielo.br/index.php/nufen/issue/download/334/53>>. Acesso em: 14 mar. 2023.

CARNAÚBA, Raquel Arruda; PELIZZA, Cláudia Camargo Arthou Sant'Anna; CUNHA, Samai Alcira. Luto em situações de morte inesperada. **PSIQUE**, v. 1, n. 2, p. 43-51, 2016.

CASTRO, Elisa Kern de; BORNHOLDT, Ellen. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 48-57, Sept. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 mar. 2023.

DA SILVA, Solange; CARNEIRO, Maria Izabel Pereira; ZANDONADI, Antônio Carlos. O luto patológico e a atuação do psicólogo sob o enfoque da psicoterapia dinâmica breve. **Revista Farol**, v. 3, n. 3, p. 142-157, 2017.

Duarte, C. A. M., & Turato, E. R. (2009). Sentimentos presentes nas mulheres diante da perda fetal: uma revisão. *Psicologia em Estudos*, 14(3), 485-490.

FERREIRA, Priscila Dias; MENDES, Tatiane Nicolau. Família em UTI: importância do suporte Psicológico diante da iminência de morte. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 88-112, jun. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 mar. 2023.

FOSSI, Luciana Barcellos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 29-43, jun. 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582004000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 mar. 2023.

GORAYEB, R. (2001). A prática da Psicologia Hospitalar. Em M. L. Marinho & V. E. Caballo (Orgs.), *Psicologia Clínica e da Saúde* (pp. 263-278). Londrina/Granada: UEL-APICSA.

INÁCIO, Amanda Caroline *et al.* PSICOLOGIA E CUIDADOS PALEATIVOS EM UTI NEONATAL. **Ries**, S.L., v. 4, n. 2, p. 80-95, set. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/download/715/382/3351>>. Acesso em: 12 mar. 2023.

KÓVACS, M. J. **Educação para a Morte**: um desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer: O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes**. WWF Martins Fontes, 2017.

LUSTOSA, Maria Alice. A família do paciente internado. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 3-8, jun. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 mar. 2023.

MARÇOLA, Ligia *et al.* ANÁLISE DOS ÓBITOS E CUIDADOS PALIATIVOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL. **Sociedade de Pediatria de São Paulo**, São Paulo, v. 2, n. 35, p. 125-129, maio 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822017000200125>. Acesso em: 12 mar. 2023.

MARCON, Claudete; LUNA, Ivana Jann; LISBÔA, Márcia Lucrécia. O psicólogo nas instituições hospitalares: características e desafios. **Psicologia: Ciência e profissão**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 28-35, abr. 2004.

MEDEIROS, Luciana Antonieta; LUSTOSA, Maria Alice. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. **Rev. Sbph**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 203-227, 2011. Semestral. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n2/v14n2a13.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2023.

MELO, Cristina Teixeira Vieira de; VAZ, Paulo Roberto Gibaldi. Perda gestacional e neonatal, um sofrimento como outro qualquer. **Matrizes**, [S.L.], v. 13, n. 2, p. 91-112, 2 set. 2019. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1982-8160.v13i2p91-112>. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/matrizes/article/view/148462>>. Acesso em: 19 mar. 2023.

MENDES, Juliana Alcaires; LUSTOSA, Maria Alice; ANDRADE, Maria Clara Mello. Paciente terminal, família e equipe de saúde. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 151-173, jun. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 mar. 2023.

MONTEIRO, Mayla C.; MAGALHÃES, Andrea S.; MACHADO, Receba N. A Morte em cena na UTI: a família diante da terminalidade. **Temas em Psicologia**, [S.L.], v. 25, n. 3, p. 1285-1290, 2017. Associação Brasileira de Psicologia. <http://dx.doi.org/10.9788/tp2017.3-17pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2358-18832017000301285&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 13 mar. 2023.

MUZA, Júlia Costa *et al.* Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 3, n. 15, p. 34-48, ago. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000300003>. Acesso em: 20 mar. 2023.

NARCHI, Milena David; ROSA, Denise de Paula; CAMPOS, Lourdes Helena de. ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO ACOMPANHAMENTO DE PAIS DE NEONATOS COM MALFORMAÇÃO FETAL. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, [S.L.], v. 27, n. 1, p. 39-41, 1 mar. 2017. Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. <http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20172701s39-41>. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-847765>>. Acesso em: 20 mar. 2023.

ORTIZ, Camila Cristina Lescano; ABILIO, Elenita Sureke; SOBREIRA, Fernando Augusto Gomes. As contribuições da psicologia junto à equipe de saúde diante da morte, luto e perdas de seus pacientes. **Saúde Redes**, p. 273-280, 2016.

PORTO, Gláucia; LUSTOSA, Maria Alice. Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 76-93, jun. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2023.

RIOS, Tamires dos Santos; SANTOS, Cláudia Simone Silveira dos; DELL'AGLIO, Débora Dallbosco. Elaboração do processo de luto após uma perda fetal: relato de experiência. **Revista de Psicologia da Imed**, S.L., v. 1, n. 8, p. 98-107, jul. 2016. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5619250.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2023.

SANTOS, Jhennifer Lima Figueira; MUNER, Luana Comito. Luto. **Revista Cathedral**, v. 2, n. 4, p. 108-118, 2020.

SANTOS, Maiara Rodrigues dos; WIEGAND, Debra Lynn-McHale; SÁ, Natália Nigro de; MISKO, Maira Deguer; SZYLIT, Regina. Da hospitalização ao luto: significados atribuídos por pais aos relacionamentos com profissionais em oncologia pediátrica. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 1-9, abr. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018049603521>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100480>. Acesso em: 20 mar. 2023.

SILVA, Camila Daniely Bodemer. Luto: uma descrição sobre os processos de elaboração do enlutado. **Revista FAROL**, v. 6, n. 6, p. 61-77, 2018.

SILVEIRA, Denise Tolfo; CORDOVA, Fernanda Peixoto. A pesquisa científica. In: GERHARDT Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. Métodos de pesquisa (org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Cap. 2. p. 31-42. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloads-Serie/derad005.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2023

SOARES, Mariana. **Do filho ideal ao filho real**: lutos necessários diante da ameaça de doença do bebê. 2016. 45 f. Monografia (Especialização) - Curso de Programa de Aprimoramento Profissional em Psicologia Clínica, Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”, São Paulo, 2016. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ses-34501>>. Acesso em: 14 mar. 2023.

VIEIRA, André Guirland; WAISCHUNNG, Cristiane Dias. A atuação do psicólogo hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva: a atenção prestada ao paciente, familiares e equipe, uma revisão da literatura. **Rev. Sbph**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 132-153, jan. 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-08582018000100008-&lng=pt&nrmiso>. Acesso em: 19 mar. 2023.

VIEIRA, Michele Cruz. Atuação da Psicologia hospitalar na Medicina de Urgência e Emergência. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, São Paulo, v. 8, n. 6, p. 513-519, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n6/a1602.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2023.

CAPÍTULO 4

PERSPECTIVAS PARA UMA FENOMENOLOGIA DA ESCUTA SOBRE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO ONLINE EM SÃO LUÍS – MA

Dayse Marinho Martins

Rayane Rodrigues Sales

Doi: 10.48209/978-65-5417-138-4

Introdução

A modalidade de atendimento on-line tem ganhado bastante espaço na atuação profissional em diversas áreas, não sendo extinta desse âmbito de atendimento a psicologia também após início de período pandêmico dispôs a Resolução Nº 04/2020 Conselho Federal de Psicologia- CFP que regulamenta os serviços psicológicos prestados por meio das Tecnologias da Informação e Comunicação - TICs. A resolução acrescenta ainda, a condição de cadastro do profissional de psicologia na Plataforma ePsi, para assim realizar os atendimentos na modalidade on-line. O CFP (2020) atenta para as necessidades aos enunciados que a plataforma propõe.

Ao cliente devem-se expor os serviços e como serão desenvolvidos e os respectivos valores. Ressaltando que os valores não são ocultos e sim podem ser expostos, mas de uma maneira a não utilizar o preço do serviço como forma de propaganda, infringindo assim o código de ética da categoria profissional. É importante considerar a readaptação da rotina do profissional da psicologia, e a segurança na modalidade on-line para poder oferecer atendimento qualificado seja individual/grupal e ou em momentos de crise no que diz respeito à coleta e tratamento dos dados pessoais obtidos.

Atendimento Psicológico Online

Com o aparecimento de múltiplas ferramentas digitais a possibilidade de prestação de serviço de psicologia mediada pelas Tecnologia de Informação e Comunicação - TICs pode contribuir para a remodelação do panorama de prestação de cuidados de saúde mental (FIOCRUZ, 2020). O Conselho Federal de Psicologia - CFP, apresenta três (3) documentos divididos entre Resolução e Notas Técnicas a respeito do atendimento psicológico por meio de tecnologias da informação e comunicação - TICs.

A primeira resolução lançada pelo Conselho Federal de Psicologia, foi no ano de 2012 estabelecendo categorias de serviços psicológicos que poderiam ser realizados por meio das TICs. Entre eles destacam-se orientações psicológicas, serviços de seleção pessoal, aplicação de testes, supervisão de trabalho psicológico e atendimento eventual de clientes em trânsito e/ou de clientes que momentaneamente se encontrassem impossibilitados de comparecer ao atendimento presencial (BRASIL, 2012).

Vale ressaltar que o profissional de Psicologia deveria realizar um cadastro no seu Conselho Regional de Psicologia - CRP, para poder exercer os serviços citados acima. Tal cadastro teria duração por três (03) anos, sendo esse

renovável por igual período. Ainda com base na Resolução nº 11/2012 do CFP, nesse período o atendimento psicoterapêutico online, só poderia ser realizado em caráter experimental.

O Conselho Federal de Psicologia - CFP em 2018, no uso de suas atribuições legais revoga a resolução descrita acima. Na Resolução Nº 11/2018, resolve regulamentar os serviços psicológicos por meio das tecnologias de informação e comunicação desde que não firam as diretrizes éticas dispostas no código de ética da classe, abrangendo dessa vez mais serviços e tendo como obrigatoriedade o cadastro atualizado do profissional, desta vez sendo junto ao Conselho Federal de Psicologia -CFP, explicitando que o profissional que mantiver serviços em caráter virtual sem a efetivação do cadastro referido estará cometendo falta disciplinar.

Um Olhar Epistemológico sobre o Atendimento Online

O exercício do profissional de psicologia diante dos meios de tecnologia da informação pode ser compreendido com base nos fundamentos da Fenomenologia de enquanto atitude filosófica fundada por Edmund Husserl (1859 - 1938). Conforme Ziles (2007), a influência da fenomenologia Husserliana ganhou espaço e reconhecimento que hoje em dia torna-se difícil avaliá-la em toda sua extensão de compreensão de fenômenos. O ideal husserliano exprime-se pela determinação em dar uma fundamentação rigorosa à filosofia e, através dela, a todas as demais ciências.

Tomado por sua ânsia de rigor absoluto, por um ímpeto próprio de sua formação matemática, Husserl encontrava-se, nas primeiras décadas do século XX, convencido de que a fundamentação da filosofia deveria implicar necessariamente em uma plena racionalidade da mesma, em uma clarificação do sentido íntimo das coisas por meio de uma reflexividade radical que daria consistência à própria filosofia. Husserl não se contentaria, a partir de então, com coisa alguma que não se revelasse em seu *sentido próprio* à consciência como um dado absolutamente evidente (para usar uma expres-

são sua, que não se revelasse “em pessoa”), mantendo-se, com isso, fiel ao propósito de garantir não o rigor ao modo das ciências ditas “positivas” (o rigor do método experimental), mas sim, o rigor absoluto necessário à pretensão de fundamentação do saber filosófico a partir do que é suscetível de ser conhecido de modo originário (TOURINHO, 2012).

O termo fenomenologia foi usado pela primeira vez por Edmund Husserl, na obra *Invenções Lógicas* (1901), no lugar do termo *Psicologia Descritiva* que era usado até então. Ziles (2007) afirma que a consciência funda sentido como compreensão de algo que é (sentido do ser), através da intencionalidade, ou seja, através de sua orientação intencional para encher o vazio. O conceito de intencionalidade da consciência, por isso, é fundamental e constitutivo na fenomenologia de Husserliana.

Para Husserl, a fenomenologia é uma descrição da estrutura específica do fenômeno (fluxo imanente de vivências que constitui a consciência) e, como estrutura da consciência enquanto consciência, ou seja, como condição de possibilidade do conhecimento, o é na medida em que ela, enquanto consciência transcendental, constitui as significações e na medida em que conhecer é pura e simplesmente apreender (no plano empírico) ou constituir (no plano transcendental) os significados naturais e espirituais (ZILES, 2007).

Para melhor compreender a Fenomenologia de Husserl, é preciso entender como ele apresenta a estrutura da consciência como intencionalidade, de forma que todo valor a dar ao Ser tem como base suas funções intencional, sendo assim, o Eu se manifesta como condição de possibilidade de ter em vista o mundo, sendo esse o fenômeno. Desta forma, toda a filosofia husserliana resume-se, em grandes linhas, como filosofia transcendental enquanto análise da constituição da subjetividade transcendental. Seu princípio metodológico é a tentativa de descrever a vida da consciência como se apresenta à reflexão (ZILES, 2007).

Com base na visão husserliana, a atitude natural, não-fenomenológica, faz o homem olhar o mundo de maneira ingênua como mundo dos objetos. A fenomenologia, ao contrário, busca uma fundamentação totalmente nova, não só da filosofia, mas também das ciências singulares. Enquanto as ciências positivas consideram os objetos como independentes do observador, a fenomenologia tematiza o sujeito, o eu transcendental, que coloca os objetos. De acordo com Zilles (2007), o primeiro passo do método fenomenológico consiste em abster-se da atitude natural, colocando o mundo entre parênteses (*epoché*). Isso não significa negar sua existência, mas metodicamente renunciar ao seu uso. Ao analisar, após essa redução fenomenológica, a corrente de vivências puras que permanecem, constata que a consciência é consciência de algo. Esse algo chama-se de fenômeno.

A fenomenologia de Husserl consiste em um método interrogativo do fenômeno que jamais se reduz aos fatos. Nesse empreendimento, o estudioso destaca pelo menos três procedimentos metodológicos que são imprescindíveis na psicologia e demais ciências humanas. De acordo com Giorgi (2006) o método fenomenológico são apresentados nas seguintes etapas:

1. *Epoché*: suspensão da atitude natural e conhecimentos prévios;
2. Redução fenomenológica: centramento no objeto, tal como surge à consciência e na subjetividade desta que experiência o objeto intencional;
3. Análise eidética: através da variação livre imaginativa, alcançar as estruturas invariantes, as essências do objeto de estudo;
4. Descritivo: descrição dos fenômenos tal como visados pela consciência intencional;
5. Intersubjetividade: alcançar conhecimentos generalizáveis e passíveis de passarem pela crítica entre pares.

O modo de acesso às vivências dos profissionais de psicologia que realizam o atendimento on-line, se pauta na descrição da experiência. Significa portanto, abster-se dos significados da realidade, pela experiência vivida.

Tendo como base a Fenomenologia Husserliana, o olhar sobre o atendimento psicológico online não se baseia em hipóteses, pois parte da suspensão dos *aprioris* a fim de perceber o fenômeno tal qual ele se desvela à consciência. Sendo assim, busca-se por meio da escuta suspensiva compreender as vivências dos profissionais de psicologia diante dessa atuação.

Considerações Finais

O foco atual nas modalidades de atendimentos psicológicos online traz consigo questões que buscam por estudos mais aprimorados em todo o Brasil. É válido refletirmos sobre os limites dessa possibilidade de cuidado. Oliveira (2020), caracteriza o psicólogo como um profissional do encontro, cuja presença face a face é fortemente associada ao vínculo terapêutico com o cliente. O que leva ao seguinte questionamento: quais as implicações para o atendimento psicológico on-line por meio das TICs?

O contato virtual apresenta vantagens como a facilidade de acesso, custo-benefício, exposição pessoal entre outros. Essa proposta contempla que os atendimentos psicológicos podem seguir as diversas maneiras da modalidade on-line síncrona e assíncrona. No síncrono o psicólogo (a) e o cliente se comunicam em tempo real, seja por mensagem de texto, chat, áudio ou vídeo conferência. Já o assíncrono o psicólogo (a) e o cliente não interagem ao mesmo tempo (caso da terapia por e-mail).

Por outro lado, Oliveira (2020) acredita na importância do contato físico, ou seja, a importância do corpo nas relações sociais e afirma que mesmo através dos aparelhos tecnológicos ele se faz presente mediante a fala, ao modo de digitar ou por videoconferência. Todavia, o atendimento online demonstra nuances que precisam ser pensados no que tange a presença e a relação estabelecida.

Diante de inúmeras questões levantadas, percebo a necessidade corroborar com uma pesquisa que busque trazer respostas ou até somente orientações mais seguras para a prática do profissional de psicologia diante dos atendimentos realizados por meio das TICs. Nessa perspectiva, busco compreender as vivências de profissionais da área diante desse serviço, e como tem se dado todo o manejo para a realização de cada atendimento, uma vez que é relevante que o profissional busque plataformas que proporcionem segurança e que tenham tecnologias com selos de garantia e privacidade dos dados e como tem se dado em relação à orientação que o profissional da psicologia deve realizar com o cliente.

Referências

CFP. Conselho Federal de Psicologia – **Resolução nº 11, de 11 de maio de 2018**. Acesso em: 15/05/2023.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. **Recomendações aos psicólogos para o atendimento online: saúde mental e atenção psicossocial na pandemia Covid 19**. Acesso em: 26/06/2023.

HUSSERL, E. **A ideia da fenomenologia** (1907). Tradução de Artur Mourão. Lisboa: Edições 70, 2000.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. Imprensa: São Paulo, Cortez 2002.

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**. 22. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

OLIVEIRA, Lucas S. **Psicologia e pandemia: atendimentos online como possibilidade de cuidado**. Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul. Diaphora. Seção 1. Artigos. Porto Alegre V.9. Jul/Dez 2020.

TOURINHO, Carlos Diógenes Côrtes. **A Consciência e o Mundo na Fenomenologia de Husserl: influxos e impactos sobre as ciências humanas**. Estudos e Pesquisas em Psicologia, v.12 n.3. Universidade Federal Fluminense, 2012. Acesso em 22/06/2023.

ZILES, Urbano. **Fenomenologia e Teoria do Conhecimento em Husserl**. Rev. abordagem gestáltica. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. v.13 n.2 Goiânia dez. 2007. Acesso em: 22/06/2023.

CFP. Conselho Federal de Psicologia . **Resolução Nº 04/2020 de 26 de Março de 2020. Dispõe sobre a regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio da Tecnologia da Informação e Comunicação durante a pandemia do COVID-19**. Brasil, 2020.

CAPÍTULO 5

REPERCUSSÕES EMOCIONAIS EM MULHERES PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

Gabriela Cardoso Borges

Doi: 10.48209/978-65-5417-138-5

Introdução

Em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan na China foi detectado o vírus SARS-CoV-2 em amostras de lavado broncoalveolar de pacientes com Pneumonia. Esse agente trata-se de um betacoronavírus, neste trabalho iremos nos referir a doença como, COVID-19. O vírus ocasiona no organismo uma infecção respiratória aguda, altamente transmissível e de ocorrência mundial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Em 30 de janeiro de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) realiza um Comitê de Emergência do Regulamento Sanitário Internacional RSI (2005), na qual declara o surto do novo coronavírus como uma Emergência de

Saúde Pública de interesse Internacional, na reunião inclui diretrizes de aconselhamentos para realização de detecção precoce, medidas de isolamento, gerenciamento de casos e realização de compartilhamento de informações com a OMS (OMS, 2020). Posteriormente, em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada como uma pandemia, devido a sua gravidade e propagação mundial, na qual atingia 114 países (OMS, 2020).

Ainda em março de 2020, o Ministério da Saúde declara estado de transmissão comunitária no Brasil. Dessa forma, foram adotadas medidas sanitárias para contenção da transmissão, tais como: isolamento domiciliar de pessoas com sintomas leves e daqueles que residem em conjunto pelo período de 14 dias. Além disso, pessoas com mais de 60 anos foram recomendadas a manter o distanciamento social, visando a restrição do acesso de lugares com aglomeração (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Com aumento crescente de casos, o número de profissionais de saúde atuantes no Sistema Único de Saúde foi ampliado, foram adotadas estratégias para construção e ampliação dos hospitais, convênios com a rede privada, obtenção de equipamentos e insumos. No entanto, muitos desafios evidenciaram as fragilidades estruturais do sistema de saúde, como a divisão desigual de profissionais e territorial da média e alta complexidade. A exposição a risco enfrentada pelos profissionais da saúde devido escassez de EPI's, aumento da demanda de trabalho e condições insalubres de serviço (OLIVEIRA, *et al.* 2020; Ximenes Neto *et al.*, 2021).

Na China, os efeitos emocionais da pandemia na saúde dos profissionais tem sido fonte de investigação (XIAOMING *et al.*, 2020). O estudo transversal realizado por Lai *et al.* (2020) com 1257 profissionais de 34 hospitais, com objetivo de avaliar a saúde mental dos profissionais que atuavam no enfren-

tamento da COVID-19, realizaram o levantamento do nível de depressão, ansiedade, insônia e angústia, por meio das escalas de Transtorno de Ansiedade Generalizada, Questionário de Saúde do paciente de 9 Itens, Escala de impacto do evento de 22 itens e a *Insomnia Severity Index*. Os participantes apresentaram 50,4% de sintomas de depressão, 44,6% de sintomas de ansiedade, 71,5% de angústia e 34,0% de insônia. Constatou-se que trabalhadoras, enfermeiras apresentaram sintomas mais graves de depressão, ansiedade, angústia e insônia e mais de 70% da amostra relataram sofrimento psicológico.

Num estudo quantitativo com 49.767 profissionais cadastrados no Sistema Único de saúde do Brasil para averiguar as experiências traumáticas durante a pandemia, como: as vivências de medo e a emergência de sintomas de estresses pós-traumático. Os resultados demonstraram que 20,9% da amostragem caracterizavam-se com perfil traumatizado, nesse grupo foram correlacionadas variáveis como: sexo feminino, menor escolaridade, estado civil(solteiros e divorciados). Destacam-se ainda a presença de sintomas somáticos, além das vivências de medo em transmitir o vírus para alguém próximo e a perda de pessoas próximas acometidas de covid-19 (PINTO et al, 2021)

As mulheres ocupam um papel fundamental da força de trabalho na área da saúde, nos Estados Unidos mulheres representam 75% da população geral de profissionais e 40 % dentre os médicos e cirurgiões, embora essa seja uma área, ainda, com predominância masculina. O contexto pandêmico potencializou as dificuldades de gênero, diante da escassez de EPI, não foi atentado que algumas mulheres necessitavam de equipamentos menores, que portanto a utilização de máscaras N95 inadequadas colocavam em risco sua integridade física. Além disso, mulheres apresentavam dificuldades para utilizar o banheiro durante o período menstrual, pois a retirada do EPI, causava insegurança diante

da possibilidade de infecção do equipamento. As mudanças na rotina de trabalho geraram uma sobrecarga e acúmulo de outras funções, como os cuidados domésticos, educação dos filhos e rotina de trabalho. Com isso, motivou um aumento no número de mulheres que abandonaram a carreira profissional nos Estados Unidos. O que impacta na assistência à saúde, tendo em vista que o período pandêmico aumentou a escassez de profissionais (RABINOWITZ & RABINOWITZ, 2021)

No Brasil 40,5% das famílias são chefiadas por mulheres, em sua maioria são solteiras e com renda abaixo das famílias chefiadas por homens (IPEA, 2015). A predominância feminina prevaleceu em estudo realizado pela Fio Cruz com 25 mil participantes, para avaliar as condições de trabalho dos profissionais da saúde, 77,6% corresponderam ao sexo feminino. O estudo aborda apontamentos sobre as condições de trabalho, falta de segurança no ambiente de trabalho devido à escassez de equipamentos, além do medo da infecção viral. Quanto a saúde mental dos trabalhadores as principais dificuldades apresentadas referem-se à alteração do sono, irritabilidade, choro frequente, dificuldade para se concentrar, falta de satisfação com o trabalho (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2021)

Diante disso, visando identificar as dificuldades apresentadas entre homens e mulheres durante a pandemia FLORES et al, 2022, realizaram um estudo com 428 indivíduos. O estudo aponta que mulheres apresentam maior grau de crença na efetividade do isolamento social, maior preocupação com as pessoas que não estavam cumprindo o isolamento, maior preocupação com o número de casos e mortes ($P < 0,01$). Por outro lado, os homens apresentaram maior preocupação com as consequências econômicas da pandemia, assim como saídas mais frequentes de casa. Quanto aos impactos no trabalho, 78,8%

dos participantes estavam empregados, mulheres apresentaram maior preocupação em perder o emprego. Além disso, mulheres apresentaram aumento das tarefas de casas. O estudo problematiza a potencialização das diferenças de gênero e o impacto maior na vida de mulheres, seja pelo acúmulo de funções e pelo excesso de preocupações.

Diante das reflexões encontradas, considera-se relevante analisar a literatura existente, visando ponderar o estado emocional de mulheres profissionais da saúde. O estudo se propõe a contribuir na problematização das diferenças de gêneros e particularidade enfrentadas por mulheres na pandemia de COVID-19. O estudo se torna relevante pelo longo tempo de pandemia, pelas mudanças ambientais ocasionados pelo contexto, como as restrições, o isolamento social, que geraram impactos psicológicos na população.

Metodologia

De acordo com (MENDES et al, 2008) uma revisão integrativa consiste na síntese e avaliação de material científico (experimentais ou não-experimentais) acerca de determinada questão, com objetivo de recompilar informações de maneira que possa contribuir para o aprofundamento do tema estudado. Dessa forma, são distinguidas seis fases cruciais para elaboração de uma revisão integrativa: a primeira etapa consiste na elaboração da pergunta norteadora ou questão da pesquisa; busca ou amostragem na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados e apresentação da revisão.

Desse modo, seguindo tais passos para nortear o estudo, formulou-se a seguinte questão: Como as profissionais da saúde estão vivenciando a pandemia de COVID-19?

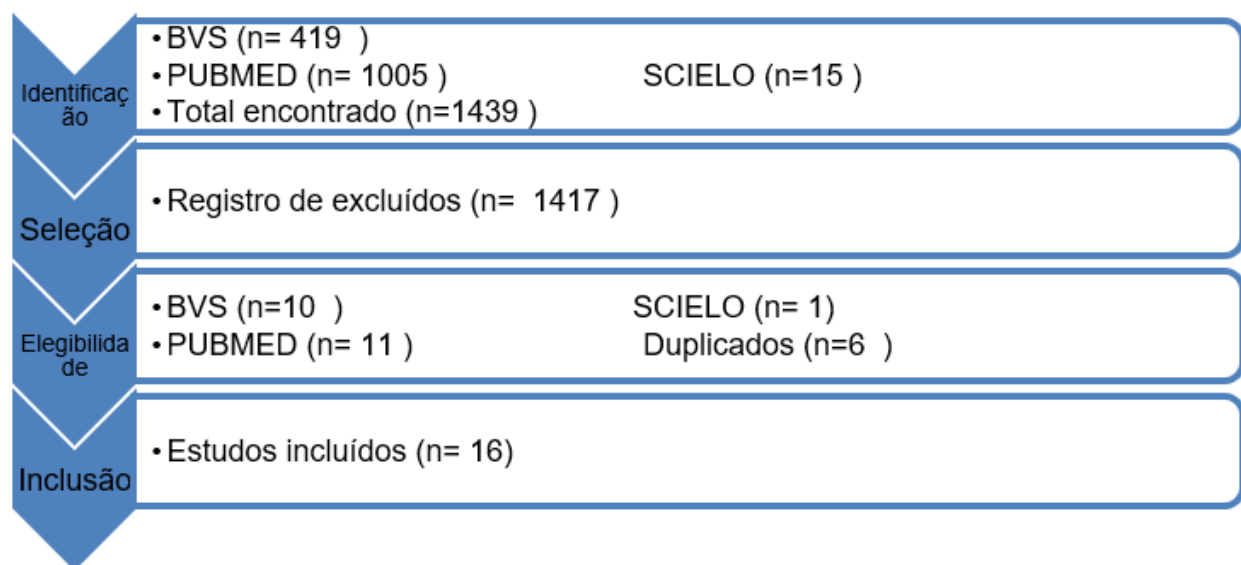
As seleções dos artigos ocorreram no segundo semestre de 2021, através do acesso *online* em bases de dados importantes na área da saúde: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Eletronic Library Online* (Scielo) e Publicações Médicas (Pubmed). Como estratégia de busca, realizou-se o cruzamento dos seguintes descritores controlados em português e inglês : profissional da saúde, mulheres e Covid-19.

Para a seleção dos artigos, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: a) artigos na íntegra que retratassem a temática; b) publicados no período de pandemia ; b) nos idiomas português, inglês e espanhol. Assim, foram excluídos: a) trabalhos pagos para leitura; b) incompatíveis com a temática em estudo; c) disponíveis apenas em resumo; d) publicados fora do intervalo temporal; e) estudos de revisão bibliográfica. Os textos existentes em mais de uma base de dados foram contabilizados apenas uma vez.

Resultados e Discussão

Na busca realizada inicialmente, utilizando-se a associação dos seguintes descritores em português e inglês : “profissional da saúde ”, “mulheres” e “covid-19” foram localizados: 419 artigos na BVS; 1005 artigos na Pubmed e 15 no Scielo, totalizando 1439 artigos encontrados. Após análise, seguindo os critérios de inclusão foram excluídos 1418 artigos que não norteavam os objetivos da pesquisa, permanecendo 21 artigos elegíveis para o estudo. Desse quantitativo foram excluídos 6 artigos duplicados em base. Por fim, resultou na amostragem final de 16 artigos selecionados. A figura 1 ilustra as fases percorridas na busca dos arquivos:

Figura 1 – Fluxo da busca por pesquisas



Fonte: Elaborado pela autora

Para organização dos dados dos artigos selecionados, utilizaram-se planilhas do programa da Microsoft Excel para assegurar que a totalidade dos dados relevantes, fossem extraídos com precisão para a checagem das informações. Portanto, foram contemplados os seguintes aspectos: título, autoria, periódico, ano, objetivo do estudo. Os artigos selecionados foram lidos na íntegra e seus achados foram analisados, sintetizados e a apresentação e discussão dos resultados foram feitas de forma descritiva, possibilitando a avaliação dos resultados encontrados.

No que se refere ao ano de publicação, vamos designar pelos estudos que contemplaram a primeiro ano da pandemia e estudos realizados no segunda ano. De acordo com o quantitativo de artigos encontrados, 15 artigos (93,75%) de coletas realizados no ano de 2020 e somente 1 estudo (6,25%) realizado no ano de 2021. Quanto a incidência dos países, os Estados Unidos apresentaram 37,5%, Brasil com 18,75%, Canadá 12,5%, seguindo da Índia, Turquia, Paquistão, Japão e Europa com 6,25% cada.

Quanto ao tipo de estudo, 13,33% tratam-se de um estudo misto quantitativo e qualitativo, 26,6% estudos qualitativos e 53,3% estudos quantitativos. O número de participantes entre os estudos variou de 7 a 1809 participantes. Em relação a área profissional, 56,25% dos estudos foram realizados exclusivamente com médicas (os) (Smith et al, 2021; Frank et al, 2021; Jiwani et al, 2021; Khan et al, 2021; Halley et al, 2021; Soares et al, 2021; Garrido et al, 2021; Linos et al, 2021; Mavroudis et al, 2021), 6,25% com médicas e cirurgiões-dentistas (Nishida et al, 2021), 12,5% com enfermeiras (Barra e Lopes, 2020; Fagundes et al, 2020) e 25% multiprofissionais da saúde (Takmaz et al, 2021; Shabaz et al, 2021; Hennein et al, 2021; Canavêz et al, 2021).

Os estudos realizados exclusivamente com médicos destacam as dificuldades enfrentadas pela categoria. No levantamento, com grupo focais realizado por Smith et al (2021) para analisar os aspectos subjetivos das dificuldades enfrentadas por essas profissionais. Foram recrutados 27 médicas num hospital da Columbia Britânica, as médicas apontam que umas das principais implicações da pandemia durante a primeira onda, foi a dupla jornada de serviço. As mães em relacionamentos heterossexuais retrataram o aumento da responsabilidade em readequar as rotinas de cuidados infantis. Essas mães tiveram que lidar com o fechamento dos escolas e horários restritos de funcionamentos das creches, associadas as mudanças de turnos de trabalho e com o aumento da demanda de serviço. Essas mulheres relatam ainda a responsabilidade pelos cuidados dos familiares idosos e a impossibilidade de terceirização desses serviços por conta da pandemia. As participantes relatam as dificuldades em delegar funções, embora tivessem com quem dividir as tarefas, o que retratava o desejo por cuidar e estar perto dos filhos em contraponto a obrigação de trabalhar. As mulheres que ocupavam cargos de lideranças apontaram uma posição mais atenciosa com os colaboradores, esboçando um cuidado maior com os profissionais da equipe, em contraponto sentiam suas condutas desvalorizadas e não reconhecidas.

As participantes discutem a necessidade do apoio do governo para as medidas preventivas como isolamento e uso de máscaras. Relatam a escassez de EPI's e necessidade do fortalecimento da segurança do profissional. A necessidade de uma escuta ativa dos profissionais da saúde que lidam diretamente com o paciente para que as políticas públicas atendam melhor suas necessidades, assim como melhoria do suporte para tele saúde. Em suma, apontam a necessidade de subsídios que ajudem a apoiar os gastos adicionais com as despesas infantis (HALLEY, 2021).

Na investigação proposta por Soares et al (2021) com 1799 médicos para avaliar a os impactos da pandemia em famílias de duplos médicos as mulheres foram mais propensas a relatar preocupações com segurança, emprego, saúde pessoal, além de possuir um maior risco de apresentar esgotamento durante a pandemia. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Nishida et al, 2021 para investigar os efeitos da pandemia na carreira de médicas e dentistas trabalhadores da Universidade Medica de Sapporo. O Estudo realizado com 264 participantes, reitera a sobrecarga de mulheres comparada aos homens, o estudo problematiza que em famílias de pais- médicos, na qual ambos trabalhavam, os pais declararam que suas companheiras exerciam o papel principal no cuidado dos filhos. Enquanto que em famílias de mãe-médicas, onde ambos trabalham, as mulheres assumiam os cuidados de seus filhos sozinhas. O acúmulo de funções das profissionais de saúde impacta um reflexo negativo na ascensão da carreira das mulheres.

Os estudos realizados com médicas retratam impactos da pandemia em suas carreiras, sobretudo no acúmulo de funções. Os desafios enfrentados por essas mulheres se alinham a presença de sintomas psicológicos como ansiedade, depressão, burnout associada ao aumento da demanda de trabalho e acúmulo de funções (KHAN et al, 2021; JIWANI et al., 2021; LINOS et al, 2021).

Os estudos dessa amostra que apresentaram maior quantitativo de participantes (SOARES et al, 2021; HALLEY, 2021; LINOS et al, 2021) foram realizados exclusivamente com médicos retratando os desafios enfrentados pelas mulheres dessa categoria profissional que atuam na pandemia de COVID-19. O que não descarta a possibilidade que outras profissionais da saúde, enfrentem desafios semelhantes, torna-se importante destacar como outras profissionais da saúde, Enfermeiras, Psicólogas, Fisioterapeutas e categorias minoritárias tem conciliado sua jornada de trabalho com o âmbito familiar.

Conclusão

No ano de 2020 o Brasil contava com o número de 502,475 médicos, com uma proporção de relação médico por mil habitantes de (2,4), outros países como os Estados Unidos apresentava (2,6), Canadá (2,7), Reino Unido (2,8) (CFM,2020). É notória a concentração de estudos de larga abrangência com os profissionais médicos, o que pode retratar um maior corporativismo e defesa de suas necessidades. Isso nos permite refletir sobre equidade e defesa das necessidades de outras categorias minoritárias.

A projeção de profissionais da Enfermagem o Brasil é de 2.619.894 (COFEN,2022). Uma das categorias com grande representatividade no Brasil, baseado nisso Fagundes et al (2020) realizaram um estudo para analisar as demandas enviadas ao Cofen, a respeito das experiências de gestação, lactação, puerpério durante a pandemia de covid. Desse modo, foi realizado um relato de experiência de 16 denúncias enviadas para ouvidoria do Cofen, dessas, oito tinham como pauta a insegurança em permanecer na assistência e o direito ao afastamento profissional. Seis manifestações retratavam sobre questões laborais de mulheres lactantes e gestantes e risco de infecção das mesmas bem como a cobrança de um posicionamento do órgão diante disso.

Outro ponto destacado nos estudos analisados, foi o comparativo entre homens e mulheres para avaliar os efeitos da pandemia, foram encontradas diferenças significativas em relação a divisão de tarefas domésticas, sendo elas mais inclinadas a realizarem os cuidados dos filhos e uma maior vulnerabilidade emocional apresentando maior presença de sintomas depressivos do que os homens. Além disso, os estudos problematizam a necessidade dessas profissionais diminuírem suas horas de trabalho para conciliar com as tarefas domésticas, o que corrobora com a problemática da falta de profissionais para atuar durante a pandemia (Frank et al, 2021).

No estudo de Jiwani et al (2021) no qual foram analisadas 1041 questionários por meio eletrônico, contando com 643 homens e 393 mulheres, 74% das mulheres eram responsáveis pela educação dos filhos, enquanto homens representaram 31%. Além disso, 3,5% das mulheres tiveram que deixar seus trabalhos para coordenar as atividades domésticas.

As mulheres apresentam maior inclinação a expressar esgotamento emocional. O estudo de Khan et al (2021) apontou alta prevalência de sinais de burnout em médicos, numa amostra de 302 participantes, dois a cada três médicos expressaram sinais latentes, tais como baixa realização pessoal com a profissão e desejo em abandonar a medicina, principalmente no público feminino. Corroborando com isso, Mavroudis et al. (2021) destacam em sua investigação que mulheres Cirurgiãs apresentaram elevado nível de estresse, embora não desempenhassem responsabilidades parentais.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo COVID-19. Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas COVID-19. Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 454, de 20 de março de 2020**. Brasília, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA- **Explore número de médicos no Brasil, mas distorções na distribuição dos profissionais ainda é desafio para gestores.** Disponível em <<https://portal.cfm.org.br/noticias/explode-numero-de-medicos-no-brasil-mas-distorcoes-na-distribuicao-dos-profissionais-ainda-e-desafio-para-gestores/#:~:text=O%20Brasil%20tem%20hoje%20mais,2020%2C%20eles%20somam%20502.475%20profissionais>>.

Exposed to Coronavirus Disease 2019. **JAMA network open**, v. 3, n. 3, p. e203976, mar. 2020.

FLORES, Diana et al. Pandemia de Desigualdades: Questões de Gênero e os Impactos Psicossociais da COVID-19. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 13, n. 2, p. 108-123, dez. 2021. ISSN 2175-5027. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/4450/2883>. Acesso em: 07 jan. 2022. doi:<https://doi.org/10.18256/2175-5027.2021.v13i2.4450>.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ- FIOCRUZ –**O impacto da pandemia entre os profissionais de saúde.** Glossário de acesso aberto. <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude> Acesso em 01/01/2022.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA (IPA). **Retrato das desigualdades de gênero e raça.** Brasília: Ipea, 2015. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/retrato/indicadores_chefia_familia.html> Acesso em: jan 2022.

LAI, J. et al. **Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers.**

LOPES, Edmar Aparecido de Barra e. Vivências de sofrimento e adoecimento em ambiente de trabalho: uma análise do cotidiano profissional de enfermeiras e enfermeiros num contexto pandêmico em dois centros de referência no atendimento a pacientes de Covid-19. **Cad. psicol. soc. trab.**, São Paulo , v. 23, n. 2, p. 218-235, dez. 2020 .

OLIVEIRA, Wanderson Kleber de et al . Como o Brasil pode deter a COVID-19. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 29, n. 2, e2020044, maio 2020. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742020000200002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 30 mar. 2021. Epub 24-Abr-2020. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-497420200002000023>.

PINTO, A. L. B et al. Increased risk of health professionals to feel traumatized during the COVID-19 pandemic. **Sci Rep**. Sep 14;11(1):18286. 2021. Disponível em < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34521958/> > acesso em 08 janeiro 2022.

RABINOWITZ LG, RABINOWITZ DG. Women on the Frontline: A Changed Workforce and the Fight Against COVID-19. **Acad Med**. 2021 Jun 1;96(6):808-812. doi: 10.1097/ACM.0000000000004011. PMID: 34031302; PMCID: PMC8140642.

WHO. **Declaração da Organização Mundial da Saúde sobre a segunda reunião do Comitê de Emergência do Regulamento Sanitário Internacional** (2005) com relação ao surto de novo coronavírus (2019-nCoV). Publicado em 30 de janeiro de 2020. Acessado em 20 de abril de 2021. [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-regulamentos-saude-\(2005\)-comite-de-emergencia-sobre-o-surto-de-novo-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-regulamentos-saude-(2005)-comite-de-emergencia-sobre-o-surto-de-novo-coronavirus-(2019-ncov)).

WHO. **Discurso de abertura do Diretor-Geral da OMS no briefing para a mídia sobre COVID-19** - 11 de março de 2020. Publicado em 11 de março de 2020. Acessado em 20 de abril de 2021. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.

XIAOMING, Xu et al. “The psychological status of 8817 hospital workers during COVID-19 Epidemic: A cross-sectional study in Chongqing.” **Journal of Affective Disorders**, vol. 276 (2020): 555-561. doi: 10.1016/j.jad.2020.07.092.

XIMENES NETO, F.R.G., et al. Denúncias da enfermagem brasileira sobre a exposição a riscos laborais durante a pandemia de COVID-19. **Nursing (São Paulo)** ; 24(280): 6191-6198, set.-2021.

CAPÍTULO 6

AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL E O ENFRENTAMENTO À AUTOLESÃO E À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

Dayse Marinho Martins

Doi: 10.48209/978-65-5417-138-6

Introdução

A prática de autolesão tem sido evidenciada em diversos contextos sociais na contemporaneidade, ganhando destaque no cotidiano de instituições como a família e a escola, sendo ainda, objeto retratado pela mídia. No Brasil, os índices de autolesão estão descritos no Boletim Epidemiológico nacional da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) vinculada ao Ministério da Saúde (MS).

Segundo o documento, consta no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) que entre 2011 e 2016 ocorreram 1.173.418 notificações. Nesse universo, 116.113 (65,9%) de casos envolveram mulheres (BRASIL,

2017a). Os dados evidenciam a questão como problema de saúde pública que requer a inclusão na agenda governamental enquanto “estado de coisas que passa a preocupar as autoridades” (RUA, [20--?], p. 06). Até 2020, as mulheres seguem como população mais relacionada ao fenômeno, com destaque para a faixa etária que compreende jovens de 15 a 29 anos. Os registros apontam lesões leves, desde morder a própria boca a graves como esfolar ou queimar a própria pele, sem intenção suicida. Como motivação sinalizada, está a prática de aliviar sensações de vazio, indiferença, bem como, sentimentos negativos e angústias relacionadas a suas vivências.

Para além de atentar às questões individuais, é importante perceber a incidência da autolesão em mulheres considerando questões sociais. Historicamente silenciadas, o discurso social apresenta a mulher no âmbito do determinismo biológico evidenciando sua desigualdade diante do homem. Tal postura tem sido questionada, tornando evidente a ampliação das perspectivas de estudo e de políticas direcionadas às mulheres. Segundo Abrantes (2012), as pesquisas recentes enfocam a mulher enquanto protagonista e abordam questões referentes à educação, ao trabalho e a saúde feminina. Além disso, a abordagem da participação política da mulher surge objetivando a superação da perspectiva fundada na divisão dos papéis sociais que estabeleceu o domínio do espaço público ao homem e do espaço privado à mulher.

Com base nos aspectos evidenciados, busca-se compreender enquanto questão norteadora como o fenômeno da autolesão tem sido retratado no âmbito da legislação que norteia as políticas de saúde no Brasil enquanto dispositivo que pode resguardar o combate às violências contra a mulher. A partir desse cenário, é possível evidenciar as formas de enfrentamento da questão em termos de saúde pública, especialmente quanto à proteção aos direitos e ao combate à violência contra as mulheres. O interesse pela temática surgiu a partir de

estudos em Psicologia Clínica sobre o cuidado a ser adotado com conteúdos emocionais e os apriorismos na compreensão dos casos de autolesão com mulheres. Abordou-se a temática em pesquisa para monografia na Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), dando-se prosseguimento ao estudo, enquanto Psicóloga Clínica e especialista em educação do Instituto de Educação Ciência e Tecnologia do Maranhão (IEMA).

Desse modo, neste artigo, evidencia-se a perspectiva de autolesão presente em normativas do sistema de saúde no Brasil, bem como, as práticas de notificação dos casos. Realiza-se ainda, a contextualização das práticas autolesivas no Estado do Maranhão conforme os documentos que norteiam o enfrentamento da questão na saúde pública. A problematização se pauta no conceito de mundo-da-vida suscitado pela Fenomenologia em Edmund Husserl de modo a superar a postura naturalizante de compreensão da autolesão nas políticas públicas brasileiras. Assim, fomenta-se a percepção das políticas de enfrentamento à autolesão, o acolhimento humanizado e a concepção de saúde num sentido biopsicossocial que favoreça o protagonismo das mulheres.

A pesquisa caracterizou-se como qualitativa por considerar uma amplitude de significados relacionados a fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (SEVERINO, 2002). O mundo contemporâneo favorece a percepção do corpo enquanto uma mercadoria, ou seja, um objeto que pode ser reparado, concertado e, quiçá, comprado. Contudo, é preciso repensar que o corpo não é algo a ser classificado, mas sim, compreendido como expressão do ser. Para tanto, buscou-se fundamento na Fenomenologia de Edmund Husserl que preconiza o corpo enquanto entidade que experiencia o mundo não estando apartado dele. Por meio da atitude fenomenológica, considera-se a diversidade de contextos e de sujeitos no cenário da contemporaneidade (BORBA, 2010).

Os conceitos fenomenológicos de mundo-da-vida e ser-no-mundo se opõem ao positivismo, superando posturas de naturalização do ser humano. Nesse movimento, considera-se uma postura que valoriza as vivências emocionais e intuitivas do sujeito. Desse modo, não cabe classificar, apontar e enquadrar os fenômenos psíquicos do sujeito. É necessário, ao contrário, perceber tais fenômenos em suas vivências, no que tange ao processo de encadeamento entre ambos, na construção da percepção do mundo pelo sujeito.

Assim, realizou-se pesquisa bibliográfica com revisão da literatura complementada pela pesquisa documental englobando legislação, registros, normas e ações do Ministério da Saúde. Os referidos documentos foram obtidos no aplicativo Planalto Legis enquanto banco de documentos da legislação brasileira vigente. Paralelamente, a análise focalizou planos de enfrentamento à autolesão nas esferas federal e estadual.

A Autolesão no Corpus da Legislação Brasileira

A produção literária do século XXI em periódicos científicos apresenta a autolesão enquanto fenômeno retratado em relatos de casos clínicos nos estudos de Nucci e Dalgalarondo (2000), Diniz e Krelling (2006), Goi e Scharlau (2007), Teixeira, Meneguette e Dalgalarondo (2012), evidenciando a relevância de discussões sobre o tema. Os estudos apresentam a autolesão enquanto fenômeno crescente na atualidade, iniciando no período da adolescência com desdobramentos em danos psicossociais (REIS, 2018).

A questão consta na BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (2015) retratada enquanto “ato de lesar o próprio corpo, até o ponto de cortar ou destruir permanentemente um membro ou outra parte essencial do corpo”. Por sua vez, Thyssen e Camp (2014) ressaltam a autolesão enquanto tema escasso na literatura científica e ao mesmo tempo, tabu: as pessoas que se autolesionam resistem

à busca de ajuda profissional e, quando procuram, relatam outros transtornos e por vezes, omitem que os ferimentos foram auto infligidos, gerando ausência de dados ou classificações equivocadas sob a forma de tentativas de suicídio.

O DSM 5 define a autolesão enquanto comportamento não suicida, repetido pelo indivíduo ao infligir lesões superficiais, embora dolorosas, à superfície do seu corpo. A autolesão é situada como estratégia de redução de emoções negativas, como tensão, ansiedade e autocensura: autopunição acompanhada de sensação imediata de alívio emocional (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

O dispositivo classificatório da Psiquiatria estabelece critérios para o diagnóstico de autolesão. Portanto, refere que deve ser considerado se no último ano, o indivíduo se engajou, em cinco ou mais dias, em dano intencional auto infligido à superfície do seu corpo, induzindo sangramento, contusão ou dor. Se para tanto, fez uso de estratégias como cortar, queimar, fincar, bater, esfregar excessivamente, com a expectativa de um dano físico menor ou moderado sem intenção suicida. A autolesão é um comportamento não aprovado socialmente, pela associação a atos simbólicos vinculados ao suicídio, diferente de práticas como piercing corporal, tatuagem, e escarificação, comuns em rituais religiosos ou culturais que objetivam comunicar identidade, status, crença ou valores (SANTOS et al, 2018).

Conforme o DSM-5, a autolesão intencional está associada a fatores tais como: dificuldades interpessoais, sentimentos ou pensamentos negativos, depressão, ansiedade, tensão, raiva, angústia ou autocrítica. Cabe perceber, se o indivíduo se autolesiona considerando enquanto expectativas: obter alívio de um estado de sentimento negativo ou resolver dificuldades interpessoais. Cedaro e Nascimento (2013, p. 206) afirmam que a principal distinção entre suicídio e autolesão é que: “uma pessoa que tenta suicídio procura acabar com todos os sentimentos, uma pessoa que se autolesiona procura se sentir melhor”.

O breve panorama da produção científica sobre autolesão demonstra inserção no campo da psicopatologia pautada no saber médico. Há preocupação em classificar, definir, enquadrar, associar o fenômeno a variáveis, subsidiando o diagnóstico. A autolesão é percebida como comportamento de caráter objetivo, biológico e obedecendo a classificações nosológicas. Tais interpretações reduzem as possibilidades de compreensão do fenômeno e de acordo com Araujo et al (2016), ao tratarmos a autolesão como um sintoma no âmbito médico, corremos o risco de silenciar o que essas práticas auto agressivas podem estar tentando comunicar.

O fenômeno da autolesão tem se mostrado inerente ao contexto social da contemporaneidade. É por vezes, visto de forma naturalizante em jovens, adultos e até crianças na rotina de escolas e famílias, seja por meio de práticas individualizantes ou até, mesmo mediante grupos para representar aceitação ou externar frustração.

Desafios que propõem práticas autolesivas em ambientes virtuais e aplicativos se mostram recorrentes e do mesmo modo, o atendimento psicológico de pessoas com queixas relacionadas a sofrimento corporal. De tal modo, relações e comportamentos fluidos do tempo presente estruturam as formas de subjetivação e definem as perspectivas de mal-estar. Entre elas, a autolesão surge como constante tema de notícias enquanto manifestação do sofrimento diante do fracasso na obtenção de um corpo perfeito ou de padrões de felicidade inscritos na lógica social.

Apesar da repercussão, a Organização Mundial de Saúde (OMS) não menciona em suas normativas, a autolesão. Faz referência ao suicídio enquanto “sério problema de saúde pública global [...] entre as vinte principais causas de morte em todo o mundo” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019, p.07). Ao referir a prevenção de comportamentos que culminam com o suicídio, a OMS reporta à autolesão que passa a constar em normativas da saúde.

O manual de intervenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) considera a questão quando refere “paciente em condição de intenso sofrimento, que se manifesta por meio de desejo, ideação ou planejamento de atos autolesivos direcionados ao objetivo de levar à morte” (BRASIL, 2016, p. 86). A atenção à autolesão nas normas do SAMU decorre da definição de ações de enfrentamento ao suicídio pelo poder público. Assim, o governo brasileiro em 2016, instituiu um Comitê Gestor de Trabalho, composto por representantes das Secretarias do Ministério da Saúde, Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e OMS visando à elaboração de um Plano Nacional de Prevenção e Enfrentamento do Suicídio no Brasil com agenda de ações estratégicas (BRASIL, 2017b). A iniciativa é fruto da gradual discussão evidenciada pela publicação da Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006 que instituiu as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio, considerando-o “problema de saúde pública, que afeta toda a sociedade e que pode ser prevenido” (BRASIL, 2006, p. 01).

O plano de prevenção tomou por base, dados do Boletim Epidemiológico nacional da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) vinculada ao Ministério da Saúde (MS). O referido documento consiste em estudo descritivo do perfil dos indivíduos que realizaram tentativas ou evoluíram para óbito por meio de suicídio, no período de 2011 a 2016. Os dados sobre óbitos foram captados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e sobre as lesões autoprovocadas, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) desenvolvido na década de 1990, com objetivo de fornecer informações para análise do perfil de morbidade, através da coleta e processamento de dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, ambos da SVS que compilam os registros realizados por meio da Ficha de Notificação de Violência interpessoal / autoprovocada:

Esta ficha é preenchida nos serviços de saúde (podendo ainda ser preenchida por outros serviços, como Unidade de Assistência Social, Estabelecimento de Ensino, Conselho Tutelar, Unidade de Saúde Indígena ou Centro Especializado de Atendimento à Mulher – dependendo da organização da rede local), quando da suspeita e/ou confirmação da ocorrência de violências doméstica, sexual e/ou outras violências, tanto interpessoais como autoprovocadas. Esta ficha é digitada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET) pelas equipes locais de saúde (BRASIL, 2019a, p. 04).

A autolesão é mencionada nos registros como uma das causas básicas dos óbitos por suicídio com base na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, na sua décima revisão (CID-10). Para tanto, o documento refere os seguintes códigos: lesão autoprovocada intencionalmente (X60 a X84) e sequela de lesões autoprovocadas intencionalmente (Y87. 0). O boletim apresenta uma análise descritiva dos casos de lesão autoprovocada, evidenciando:

Características sociodemográficas (raça/cor, escolaridade, idade, presença de deficiência/transtorno e zona de residência), características da ocorrência (local de ocorrência, violência de repetição e relação com o trabalho), segundo o sexo dos indivíduos (BRASIL, 2017a, p.01).

Nessa conjuntura, foi criada a Lei Nº 13.819, de 26 de abril de 2019. O dispositivo institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, com a participação da sociedade civil e de instituições privadas. A lei faz referência à autolesão em alguns de seus objetivos:

II – prevenir a violência autoprovocada;

IV – garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio;

VI – informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção;

VIII – promover a notificação de eventos, o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre automutilações;

IX – promover a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas (BRASIL, 2019c, p.01 grifo meu).

Além disso, institui a compulsoriedade do registro de autolesão no sistema de saúde, escolas e órgãos de assistência social em casos suspeitos ou confirmados. Para tanto, a norma contempla casos de:

III – o ato de automutilação, com ou sem ideação suicida (BRASIL, 2019c, p.02 grifo meu).

A lei apresenta avanços, por mencionar o qualificador “sem ideação suicida”. Até 2017, os documentos ressaltavam que a “ideação suicida não é objeto de notificação” (BRASIL, 2017a, p. 01). Assim, atualmente, a legislação suscita do poder público, atenção a pessoas em sofrimento psíquico, mas que ainda têm vontade de viver: incluindo na agenda pública, o atendimento a casos de autolesão.

Diante desse movimento, em 2019, o Governo do Maranhão por meio do Instituto Maranhense de Estudos Socioeconômicos e Cartográficos (IMESC) publicou Boletim Social do Maranhão com o tema “Suicídio no Maranhão: Informação em defesa da vida”. O documento propiciou a divulgação de indicadores atualizados da realidade social do Maranhão a fim de subsidiar a elaboração e o monitoramento das políticas públicas do Estado em relação ao suicídio. Assim, evidencia que em 2011, as notificações foram maiores entre os homens e a partir de 2012, é registrado considerável crescimento entre as mulheres. Tal fato evidencia a redução de silenciamentos nos casos de autolesão feminina que começaram a ter registros ampliados.

O levantamento demonstra que a maioria dos casos notificados sobre autolesão engloba o seguinte perfil: mulheres, faixa etária entre 20 e 29 anos,

escolaridade em nível Fundamental incompleto, pessoas pardas. Os dados registrados no Maranhão não apresentam discrepância em relação aos contextos nordestino e brasileiro (MARANHÃO, 2019). O espaço residencial predomina no levantamento enquanto local em que as pessoas mais realizaram a tentativa de suicídio por meio de lesão autoprovocada. Em termos de geográficos, as regiões Tocantins e Timbiras concentraram o maior número de notificações, tendo o município de Caxias 256 casos entre as mulheres (MARANHÃO, 2019).

Tomando por base os estudos de Rosa, et al (2016), Freitas e Borges (2014) e Minayo et al (2016), os documentos oficiais caracterizam a autoagressão como “fenômeno complexo e multicausal, tendo como determinantes os fatores sociais, econômicos, culturais, biológicos e a história de vida pessoal, fator de risco mais importante para o suicídio” (BRASIL, 2017a, p. 10). A legislação abre espaço para a interpretação da autolesão como expressão de um processo de crise, que se desenvolve de forma gradual, e não de forma intempestiva, podendo culminar com o suicídio. Com isso, suscita que “intervir precoce e adequadamente na situação, envolvendo a pessoa e seu conjunto de relações, é uma estratégia de prevenção do suicídio” (BRASIL, 2017a, p. 10). Para além do registro, o acolhimento da pessoa com autoagressão é aspecto de destaque nas normativas, sob uma perspectiva de atendimento humanizado.

As políticas públicas evidenciam o modelo de atenção biopsicossocial implementado no sistema de saúde brasileiro, ampliando o atendimento a casos de autolesão, sem necessariamente vincula-la à ideação suicida. Além disso, enfoca a necessidade de compreensão dos casos no cerne da constituição psíquica de pessoas em meio às suas histórias de vida. A ampliação da abordagem voltada para autolesão requer que se descortine uma nova compreensão da saúde humana. Trata-se de empreender uma proposta de atendimento e enfrentamento da autolesão voltada para as necessidades sociais.

Na trajetória histórica da sociedade ocidental, o lugar do corpo é compreendido a partir de representações mentalistas, fundadas na busca de essências e ideais. Dessa forma, as interpretações desconsideram o papel das vivências perceptivas na qual o corpo em sua imersão entra em contato com a realidade. Na abordagem da autolesão, é imperativo considerar as condições sócio históricas que estruturam as formas de subjetivação na atualidade e definem as perspectivas de mal-estar na cultura ocidental. No tempo presente, o corpo tem assumido um locus de constituição de discursos permeado por apelo imagético. Segundo Fernandes (2003), há uma cultura de superinvestimento do corpo que ao mesmo tempo o torna fonte de frustração e sofrimento. Com isso, ele se torna mecanismo de expressão do sofrimento.

No cerne dessa configuração, a percepção da autolesão precisa ser compreendida superando o sentido de transtorno, pois caracteriza uma expressão do corpo enquanto fenômeno marcado pelo diálogo em meio a conflitos na relação com o mundo. A autolesão externaliza o sofrimento do sujeito numa experiência de desvelamento emocional singular.

Nessa conjuntura, as mulheres diante de questões sociais caracterizam o público com maior incidência em casos de autolesão, externalizando impactos dos papéis distintos estabelecidos socialmente para homens e mulheres, por meio de posturas que as segregam, suscitando invisibilidade social e política e com isso, vulnerabilidade à violência, inclusive à autolesão. Além disso, o mal estar subjetivo inclui o cerceamento das oportunidades femininas cuja figura por vezes é percebida de forma restrita em sua vinculação à fragilidade, à maternidade e ao exercício de atividades domésticas. O referido cenário ilustra relações de desigualdade, evidenciando a hierarquização e a submissão das mulheres:

Pesquisas abordam a aniquilação simbólica das mulheres: produção cultural da mídia que marginaliza as mulheres por ausência ou estereótipos mantendo a divisão sexual do trabalho [...] Tuchmann relaciona a aniquilação à hipótese de reflexão de que a mídia reflete os valores dominantes da sociedade buscando atrair o público [...] na prática, as representações resultaram na reprodução de papéis sexuais: homens dominantes e mulheres subordinadas (STRINATI, 1999, p. 178-181):

Nessa sociedade sexista e patriarcal, torna-se fundamental ressignificar a concepção de corpo, superando parâmetros de classificação e dualidade. Assim, a Fenomenologia em Husserl trata da noção de corpo relacionando-a ao modo como apreendemos os objetos na experiência. O corpo se vincula ao mundo da vida na mediação entre a realidade e as faculdades sensíveis, isto é, pelo modo como o sujeito se dirige aos objetos. “O corpo aparece como “membro central” e “primordial” na apreensão da experiência intersubjetiva do mundo” (HUSSERL, 1931/2001, §58, p. 161). De tal modo, não cabe classificar sujeitos. A vivência tem traços singulares diante do corpo como portador de sensações, experienciadas de formas diversas.

Husserl inaugura com a Fenomenologia, uma concepção não dualista da corporeidade. “O corpo é, em primeiro lugar, o meio para toda percepção; ele é o órgão da percepção e está envolvido necessariamente em toda percepção [...] tudo o que é uma coisa real no mundo circundante do ego tem relação com o corpo” (HUSSERL, 1973, §18, p. 56). Trata-se de superar a percepção de que “eu tenho um corpo”, clarificando a consciência de que “eu sou um corpo”. No mundo-da-vida é por meio da corporeidade que o sujeito encontra o mundo, a si mesmo, e ao outro em meio ao mundo.

As políticas públicas brasileiras ressignificaram a percepção sobre a autolesão, compreendendo-a como fenômeno que conforme Goto (2008) aparece no campo da consciência. Portanto, possibilitam abertura a ações humanizadas marcadas por posturas de acolhimento e de atenção à experiência da pessoa que se autolesiona.

Diante disso, a legislação e as políticas públicas de enfrentamento à autolesão possibilitaram o avanço no acolhimento aos usuários do SUS, em especial às mulheres, por se constituírem opostas a padronizações ou enquadramentos, compreendendo os episódios de autolesão a partir das vivências das pessoas atendidas. Assim ressignificam as perspectivas de saúde e corpo ao considerar as experiências dos usuários, além de fortalecer dispositivos de enfrentamento à violência em relação às mulheres.

Considerações Finais

No cerne desta pesquisa, a autolesão foi abordada a partir de um sentido fenomenológico, pela descrição do fenômeno no contexto contemporâneo em sua problematização no contexto das políticas públicas de saúde. O mundo da vida “Lebenswelt” se constrói no horizonte de experiência centrada no eu. A compreensão da autolesão, nessa perspectiva, considera a vivência para a consciência da pessoa que a pratica, pois, é por meio do mundo-da-vida que ocorrem os sentidos dados para os fenômenos.

No cerne dessa configuração, a percepção da autolesão precisa superar uma compreensão fundada na imperfeição do corpo e no sentido de transtorno, pois, caracteriza uma forma de expressão do sujeito por meio do corpo num fenômeno marcado pelo diálogo com os conflitos na relação com o mundo. A autolesão externaliza o sofrimento do sujeito numa experiência de desvelamento emocional singular dos desdobramentos de suas vivências no mundo da vida. Nesse contexto, deve ser compreendida a maior incidência da autolesão entre mulheres, diante das relações desiguais estabelecidas na sociedade sexista e patriarcal. Diante disso, as políticas e práticas da saúde pública no Brasil evidenciam avanços no enfrentamento da questão, por não se pautarem em classificar, apontar e enquadrar os fenômenos psíquicos das pessoas atendidas, suscitando acolhimento e fortalecendo dispositivos de enfrentamento à violência contra a mulher.

Referências

ABRANTES, Elizabeth S. **“O dote é a moça educada”**: mulher, dote e instrução em São Luís na Primeira República. São Luís: EDUEMA, 2012.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (**DSM-V**). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

ARAÚJO, J. et al. O corpo na dor: automutilação, masoquismo e pulsão. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 21, n. 2, 2016.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)**. In: <http://decs.bvs.br>. 2015. Acesso em Ago 2019.

BORBA, Jean Marlos Pinheiro. A fenomenologia em Husserl. **Rev. NUFEN**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 90-111, 2010.

BRASIL. **Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Lei nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2019c.

BRASIL. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192** - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. **Roteiro para uso do SINAN NET**: análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a.

BRASIL. Suicídio: saber, agir e prevenir. **Boletim Epidemiológico**. Vol 48. N 30. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

CEDARO, J. J. NASCIMENTO, J. P. G. do. Dor e Gozo: relatos de mulheres jovens sobre automutilações. **Psicologia Usp**, v. 24, n. 2, p. 203-223, 2013.

DINIZ, B. S. de O. KRELLING, R. Automutilação de dedos e lábio em paciente esquizofrênico. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 5, 2006.

FERNANDES, M. H. **Corpo**. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2003.

FREITAS, APA; BORGES LM. Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. **Estud Pesqui Psicol**. Ago 2014.

GOI, P. D.SCHARLAU, C. T. Síndrome de Ekbom acompanhada de automutilação. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, n. 1, 2007.

GOTO, T. A. **Introdução à psicologia fenomenológica**: a nova psicologia de Edmund Husserl. Cap 1. São Paulo: Paullus, 2008.

HUSSERL, Edmund. (1931). **Meditações cartesianas**. Tradução de Frank de Oliveira. São Paulo: Madras, 2001.

HUSSERL, Edmund. Husserliana 16. **Ding und Raum**: Vorlesungen. Ed. Ulrich Claesges. Den Haag: Martinus Nijhoff, 1973.

MARANHÃO. **Boletim Social do Maranhão**: Suicídio no MA – Informação em defesa da vida. Vol 01. IMESC, São Luís, 2019.

MINAYO, MCS, et al. Tédio enquanto circunstância potencializadoras de tentativas de suicídio na velhice. **Estud Psicol**. Mar 2016.

NUCCI, M. G.DALGALARRONDO, P. Automutilação ocular: relato de seis casos de enucleação ocular. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. 2, 2000.

REIS, Carlos E. S. Do corpo objeto ao corpo vivido: aproximações entre automutilação e fenomenologia. **Revista IGT na Rede**, v. 15, nº 29, 2018.

ROSA, NM, et. al. Tentativas de suicídio e suicídios na atenção pré-hospitalar. **J Bras. Psiquiatr.** Set 2016.

RUA, M. das G. **Análise de políticas públicas:** conceitos básicos. [S. l: s. n.], [20--?]. Mimeo.

SANTOS, A. A. et al. Automutilação na Adolescência: compreendendo suas causas e consequências. João Pessoa: **Revista Temas em Saúde**, volume 18, número 3, 2018.

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico.** 22. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

STRINATI, Dominic. **Cultura popular: uma introdução.** São Paulo: Hedra, 1999.

TEIXEIRA, E. H. MENEGUETTE, J. DALGALARRONDO, P. Matricídio, seguido de canibalismo e automutilação de pênis e mão em paciente esquizofrênico motivado por delírios religiosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, n. 3, p. 185-188, 2012.

THYSSEN, L. S. CAMP, I. V. Non-Suicidal Self-Injury in Latin America. **Salud Mental**, v. 37, n. 2, p. 153-157, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide in the world:** global health estimates. Geneva: World Health Organization, 2019b. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326948>. Acesso em: 10 jan 2022

CAPÍTULO 7

A ESCUTA FENOMENOLÓGICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A MORTE E O MORRER NO CONTEXTO DA UTI

Dayse Marinho Martins

Jamille Fontes Leite Botelho

Doi: 10.48209/978-65-5417-138-7

Introdução

O termo clínica tem origem na terminologia grega “klinê” que significa leito, remetendo à atividade médica à cabeceira do doente na busca de um diagnóstico, um prognóstico e um tratamento. Tal compreensão norteia historicamente o fazer da Psicologia, tornando-a herdeira do modelo médico a partir das ciências naturais que a caracterizaram enquanto fazer científico, cabendo-lhe observar, analisar e intervir os aspectos relacionados à saúde mental dos sujeitos (DORON & PAROT, 1998).

Contudo, atualmente nota-se que o espaço clínico fomenta discussões de aspectos sociais, onde o enfoque deixa de ser meramente médico biológico e passa a ser pautado em determinantes sociais de saúde, sendo considerado os

fatores culturais, econômicos, éticos/raciais, psicológicos, comportamentais e espirituais (BRASIL, 2009).

Nesse contexto, com a mudança de olhar, a Clínica Ampliada passa a ser uma realidade e entende-se que “a proposta da Clínica Ampliada busca se constituir numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas” (BRASIL, 2009, p. 10), evitando uma abordagem que privilegie excessivamente algum conhecimento exclusivo e sim valorizando as diversas perspectivas a fim de possibilitar um manejo adequado dos casos, indo de acordo com o princípio da integralidade, capaz de assistir o sujeito de forma global, havendo necessariamente um trabalho interdisciplinar e, portanto, multiprofissional (BRASIL, 2009).

Pensando no conceito de Clínica Ampliada, nota-se como a clínica pode estar inserida em diversos espaços, indo para além de um modelo individual. Assim sendo, as Unidades de Alta Complexidade que compõe os serviços de saúde, podem ser campo para atuação dos profissionais de Psicologia.

Historicamente a inserção dos psicólogos nos hospitais brasileiros ocorreu entre os anos de 1952 e 1954 e se desenvolveu mais significativamente a partir dos anos 80 do século XX, obtendo a sua consolidação nas primeiras décadas do século XXI (REIS et al. 2016). Sua atuação está fundamentada no cuidado ao paciente, família e equipe. No que se refere ao cuidado aos profissionais de saúde, cujo é o foco deste trabalho, entende-se que uma das possibilidades do trabalho do psicólogo é de auxiliar no enfrentamento do sofrimento frente os diversos contextos envolvidos no cenário hospitalar, visando a qualidade da assistência ao paciente e família.

Destacando a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde em geral estão internados os pacientes com maior gravidade clínica, com maior risco de intercorrências e onde a iminência da morte está sempre presente, os aspectos

emocionais dos sujeitos envolvidos na hospitalização tornam-se ainda mais frequentes. Nesse sentido, os profissionais da saúde, vivenciam aspectos ligados a morte, terminalidade, sendo potencializadores de diversos sentimentos e de possíveis reverberações na sua prática profissional (MONTEIRO, 2015).

Neste trabalho, busco trazer uma reflexão sobre a importância da escuta dos profissionais de saúde diante do contexto de morte e terminalidade dos pacientes. Para tanto, adoto como fundamento, a escuta fenomenológica quanto método e postura clínica. No primeiro momento abordarei acerca dos aspectos relacionados a equipe diante da morte e do morrer na UTI e posteriormente sobre a escuta fenomenológica como facilitadora da tomada de consciência sobre a vivência subjetiva.

A Equipe Multiprofissional de Saúde Diante da Morte e do Morrer na UTI

A morte é um fato inevitável e inerente ao curso da vida do ser vivo. Ela faz parte do desenvolvimento humano e o acompanha no seu ciclo vital. Apesar de ser um evento previsto na vida de qualquer sujeito, a cultura ocidental a considera como um tabu devendo ser evitada e excluída das conversas cotidianas.

Do ponto de vista histórico a morte não foi sempre vista dessa maneira. De acordo com Aries (2012) na Idade Média, a morte era percebida como um fenômeno natural, ocorrendo no ambiente familiar, sendo um ritual compartilhado por toda a família, incluindo as crianças. Ninguém morria só, a morte era um momento de celebração e momento máximo do convívio social.

A partir do século XX, com o desenvolvimento da urbanização e científico e a implantação de novas tecnologias de suporte à vida, contribuíram para que a mesma ocorresse nos hospitais. A morte então passa a ser um fenômeno técnico, considerando principalmente o enfoque biológico desta (ARIES, 2012).

Simultaneamente, com essa transformação, ocorre também uma mudança de atitude em relação a morte, em consequência, de seu lugar na sociedade. O que antes era compartilhado e exigido, nesse momento passa a ser interdito. A morte desloca-se do âmbito doméstico envolvendo a família, para o hospital, e passa a abranger também a equipe de saúde (ARIES, 2012).

Desse modo, os profissionais de saúde passam a vivenciar o processo de morte e morrer dos pacientes com mais frequência, assim como, passam a ser um personagem central no cuidado a pessoa com adoecimento. Estes são formados e preparados para curar e salvar vidas, contudo havendo o afastamento da dimensão da finitude humana (MONTEIRO, 2015).

No contexto hospitalar, em destaque a UTI, com o incremento tecnológico crescente e a manutenção da vida de modo mecânico por meio do uso de equipamentos e tratamentos cada vez mais complexos e custosos a ideia da morte ou mesmo a discussão sobre terminalidade ficaram cada vez mais afastadas e banidas (MONTEIRO, 2015).

Contudo, diariamente os profissionais de saúde deparam-se com situações relativas à morte, ao morrer e ao sofrimento humano. Tais questões são complexas e desafiadoras, pois envolvem o adoecimento e prognóstico dos pacientes, dilemas éticos relacionadas a assistência à saúde, assim como, as condições nos quais trabalham e as relações interpessoais entre paciente, família e equipe. Essas são descritas como “situações psicologicamente difíceis” por serem potencializadoras de diversos sentimentos, abrangendo algum grau de sofrimento psíquico, estresse e necessidade de adaptação (MONTEIRO, 2015).

Segundo Monteiro (2015), os profissionais de saúde colocam a morte como inimiga, sendo sua adversária, precisando combatê-la a todo custo. O afastamento e rejeição por parte da equipe acerca da morte tem correlação di-

reta com o processo de formação, baseado no modelo biomédico, tecnicista e mecanicista.

Nesse contexto, percebe-se o afastamento da dimensão total do sujeito, nela incluindo o processo de vida, morte e morrer. Tal processo faz com que, com frequência, os profissionais refiram que se sentem despreparados diante desses aspectos (SILVA E AYRES, 2010).

Por outro lado, de acordo com Kovács (2011) os profissionais de saúde sentem-se angustiados por terem que salvar vidas a todo custo, tendo que tomar decisões difíceis, como recusa ou suspensão de tratamento, envolvendo questões éticas e bioéticas, frequentemente sentindo-se sozinhos, impotentes e com dificuldade de comunicação com o paciente e família.

Embora presente no cotidiano hospitalar, a morte é um fenômeno que provoca estranheza para a equipe e, portanto, não é vivida de forma natural, ao falhar na tentativa de evitar a morte, os profissionais vivenciam aspectos da sua própria morte e finitude, o que pode ser doloroso (KOVÁCS, 2010).

Monteiro (2015) aborda na sua pesquisa acerca de como os profissionais podem criar mecanismos emocionais para lidar com o sofrimento associado a esse contexto. A autora refere que existe o afastamento das relações com o paciente e sua família como modo de minimizar a angústia, bem como, os pacientes são despidos de sua subjetividade e singularidade, marcando a despersonalização, havendo um distanciamento dos sentimentos, buscando estes serem evitados e controlados. Do mesmo modo, há a tentativa de eliminar decisões através da padronização de condutas, com a utilização de protocolos rígidos, a fim de reduzir ansiedade e o peso da responsabilidade e decisão diante do cuidado. Dessa maneira, percebo a relevância da discussão dos temas relacionados a morte e ao morrer dentro dos hospitais.

A Escuta Fenomenológica aos Profissionais de Saúde

A partir do exposto até aqui, enfatizo acerca da possibilidade de sofrimento dos profissionais de saúde diante a morte e morrer dos pacientes, podendo provocar adoecimento psíquico e físico e afetar de modo direto a qualidade da assistência.

Pensando a partir da perspectiva da Clínica Ampliada e dos eixos que a norteiam, ressalto o eixo de suporte para os profissionais de saúde, onde existe a criação de modos de apoio a equipe para que esses possam manejar as dificuldades nos diversos tipos de situação (BRASIL, 2009). Dessa forma, entendo que uma possibilidade de manejo diante a morte e o morrer é através da criação de espaços coletivos de escuta para equipe multiprofissional.

A escuta mostra-se como uma possibilidade de acolhimento para as vivências desses profissionais, de modo que possa promover a ampliação da consciência, onde gradualmente, estes poderão “mostrar-se cada vez mais em sua essência, permitindo o emergir aspectos alienados, desintegrados, os quais, por essa condição, necessitam de elaboração e assimilação” relacionados a vivência diante a morte e o morrer dos pacientes (CARDOSO, 2002, p. 5).

Aqui defino a escuta fenomenológica “como aquela que reconhece e prioriza os elementos e significados presentes na fala da pessoa, desprovida dos juízos de valor por parte do psicoterapeuta” (CARDOSO, 2002, p. 5). Este tipo de escuta se faz importante, pois à medida que busco a suspensão dos meus pressupostos, buscando conhecer o mundo do outro partindo da perspectiva dele, buscando ouvi-lo de forma genuína e interessada, cria-se uma atmosfera permissiva que facilita a revelação da pessoa na sua autenticidade, para ela ser quem ela é, incluindo suas impossibilidades.

Percebo isso como significativo, pois diante o contexto de finitude e terminalidade no campo hospitalar, a escuta pode oportunizar que os profissionais, ao serem escutados de modo profundo, com uma curiosidade autêntica e afetiva, ampliem os seus interesses pelas suas próprias experiências perante morte e o morrer, recuperando a capacidade de ouvirem a si próprios sobre as diversas experiências guardadas ao longo da sua trajetória profissional (CARDOSO, 2002).

Escutar profundamente uma pessoa convoca escutar não apenas as palavras, mas também os sentimentos, sensações, pensamentos e significados pessoais. Logo, proporcionar espaço de escuta para estes profissionais permite o acesso as suas diversas vivências e o seu modo de ser-no-mundo, buscando compreender e não interpretar, o que permitirá o des-cobrir a rede de significados intrínsecas à experiência, permitindo também o acesso à subjetividade destes frente esse contexto. “E isso, por si só, já é terapêutico, sendo, muitas vezes, mais eficaz que qualquer outro tipo de recurso metodológico do qual possa se lançar mão.” (CARDOSO, 2002, p. 5).

A importância da escuta nesse espaço fica evidente à medida que compreendemos que ela possibilita ir ao encontro dos modos de existir singulares de cada pessoa frente ao cenário de morte e morte na UTI, onde o foco do processo não é a “cura” de certa patologia, como a exemplo da tão atual e discutida Síndrome de Burnout¹ (BRASIL, 2022), mas o crescimento pessoal enquanto liberdade para lidar com as variadas situações que este contexto convoca (ALVEZ, 2013).

1 De acordo com o Ministério da Saúde, Síndrome de Burnout ou Síndrome do Esgotamento Profissional é um distúrbio emocional com sintomas de exaustão extrema, estresse e esgotamento físico resultante de situações de trabalho desgastante comum em profissionais que atuam diariamente sob pressão e com responsabilidades constantes, como profissionais de saúde.

Considerações Finais

O trabalho com a morte e o morrer é desafiador, ainda que urgente e necessário. A partir das reflexões discutidas compreendo a necessidade de espaços de escuta para as vivências dos profissionais de saúde, colaborando para que a equipe multiprofissional se aproxime, reflita e possibilite desenvolvimento pessoal, com autonomia para lidar com os aspectos relacionados a terminalidade na UTI.

É importante destacar que mesmo havendo teorias sobre as experiências dos profissionais de saúde diante a morte e o morrer na UTI, a escuta fenomenológica como método e atitude propõe o rompimento com o contato construído numa concepção técnico/explicativa e busca conhecer aquilo que aparece, que se mostra na vivências dos sujeitos, e não de acordo com o que ideias previamente determinam, constituindo-se numa disponibilidade para acompanhar o outro em seu cuidar das suas possibilidades mais próprias (ALVEZ, 2013).

Por meio da empatia é possível tomar contato com essas experiências alheias, havendo a compreensão destas e a maneira como são vividas por este outro, sendo privilegiado o sentido expresso e vivido do sujeito. Assim, como dito anteriormente, o foco da escuta aos profissionais de saúde diante a morte e o morrer não se refere a “cura” enquanto remissão do sofrimento psicológico diante dessa vivência, mas o crescimento pessoal enquanto liberdade para dispor mais livremente de si perante esse cenário (BARREIRA, 2018; ALVEZ, 2013).

Nessa perspectiva, concluo que pôr em foco o tema da morte e escutar a equipe multiprofissional de saúde frente este contexto possibilita falar da vida e da qualidade da mesma, promovendo que estes pensem e repensem, considerem e reconsiderem as suas práticas de cuidado.

Referências

ALVES, P. E. R. O método fenomenológico na condução de grupos terapêuticos. **Rev. SBPH**, vol.16 no.1, Rio de Janeiro – Jan./Jun. – 2013.

ARIÈS, P. **História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias**. Tradução Priscila Viana de Siqueira. - [Ed. especial]. - Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.

BARREIRA, C.R.A. Escuta Suspensiva. **Anais do V Seminário Internacional de Pesquisas e Estudos Qualitativos: Pesquisa Qualitativa na Educação e na Ciência em Debate**. (pp. 1-12). Foz do Iguaçu: UNIOESTE, 2018.

BRASIL. Clínica Ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Saúde de A a Z: Síndrome de Burnout. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sindrome-de-burnout>> Acesso em: 03/01/2023.

CARDOSO, C. L. A escuta fenomenológica em psicoterapia. **Revista do VII Encontro Goiano da Abordagem Gestáltica**, n. 8, pp.61-69, 2002.

DORON, R.; PAROT, F. (orgs.) Psicologia Clínica. Dicionário de Psicologia. Vol. I. São Paulo: Ática, 1998, pp. 144-145.

KOVÁCS, M. J. Instituições de saúde e a morte, do interdito à comunicação. **Psicologia Ciência e Profissão**; v. 31, n. 3, 482-503, 2011.

_____. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O mundo da saúde**. v. 34, n. 4, 2010.

MONTEIRO, M. **No palco da vida, a morte em cena: as repercussões da terminalidade em UTI para a família e para a equipe médica**. 2015. 201 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas, PUC, Rio de Janeiro, 2015.

REIS, J. A. R. et al. Prática e inserção do psicólogo em instituições hospitalares no Brasil: revisão da literatura. **Psicologia Hospitalar**, v. 14, n. 1, 2016.

SILVA, G. S. N ; AYRES, J.R.C.M. **Os estudantes de medicina e o encontro com a morte: dilemas e desafios.** In: FRANCO, M.H.P. (Org.). Formação e rompimento de vínculos: o dilema das perdas na atualidade. São Paulo: Summus, 2010. p. 43-71.

CAPÍTULO 8

SAÚDE E ADOECIMENTO DE BANCÁRIOS: ONTEM, HOJE E AMANHÃ...?

Dayse Marinho Martins

Ramon Damião de Sena Santos

Doi: 10.48209/978-65-5417-138-8

Introdução

Pensar na saúde do bancário apresenta-se como um desafio, tanto pela multiplicidade de fatores que contribuem para ao longo da história para a constituição de um quadro de adoecimento, sejam eles sociais e de mudanças ocorridas na estrutura deste ambiente de trabalho, na inclusão de novas tecnologias e inovações organizacionais, quanto das negligências e silenciamentos ainda constantes no que ainda se segue constituindo-se. É possível perceber nas produções acadêmicas, tanto contemporâneas quanto de alguns anos atrás que algumas formas de adoecimento dessa classe trabalhadora permanecem constantes e cada vez mais frequentes e que se potencializam conforme o avançar da sociedade e também com as novas situações que vão ocorrendo na factualidade do existir, tal qual o surgimento de doenças e a

necessidade de adaptação da vida, mudanças quanto às políticas que interferem diretamente neste trabalho, extinção e criação de novos cargos, mudanças nas condições de trabalho, dentre outros fatores.

O filósofo coreano Han (2017) nos aponta em seu livro que apesar dos receios da população de uma pandemia gripal, nós hoje não vivemos numa época viral, pois devido ao avanço técnico imunológico esse risco cada vez mais ficara para os tempos pregressos e que o que vivemos atualmente em nossa sociedade, uma sociedade de desempenho, é o período de maior agravamento de questões neuronais, como depressão, transtorno de déficit de atenção, Síndrome de Burnout, doenças psicossomáticas, dentre outras. Apesar de nos últimos anos termos sido assolados pela COVID-19, que se configura como uma condição pandêmica mundial, contrariando as afirmações de Han em seu livro, isso não anula o fato de que a sociedade que busca cada vez mais o desempenho e produtividade da população tem cada vez mais sofrido pelos adoecimentos psíquicos. Pelo contrário, a partir das formas de relações e da ausência de suporte e de suas fragilidades, a pandemia potencializa os quadros de adoecimentos psíquicos, e no trabalho não é diferente. Impactos na economia, perda de emprego, morte de colegas pela COVID e o adoecimento causado por ela também impactam a saúde mental do profissional bancário, pois apesar de muitos destes terem sido designado para o trabalho remoto, por se tratar de um trabalho essencial, o mesmo precisou ser mantido também de forma presencialmente desde de o início da pandemia, o que acabara por gerar impactos naqueles que ocuparam o lugar de linha de frente nos bancos, atendendo aqueles que buscavam por estes serviços.

Viapiana, Gomes e Albuquerque (2018) nos afirmam que os transtornos mentais são agravos de saúde altamente prevalentes em nossa sociedade contemporânea. É perceptível, também, o crescimento desse adoecimento

em nossa sociedade, sendo a principal causa de incapacitação de indivíduos no mundo e a terceira principal causa da carga global de doenças no ano de 2004. Entretanto, os autores nos apontam que a gravidade dos quadros desses adoecimentos tem repercutido relativamente pouco em estudos sobre as possíveis causas do adoecimento psíquico nos dias atuais, fazendo com que a relação entre esses adoecimentos, sofrimento mental e as condições de vida e de trabalho da população sejam pouco visualizadas. Os autores apontam para o avançar de uma sociedade embasada predominantemente pela racionalidade biomédica, isolacionista e “neurocausal” que orienta a compreensão sobre o sofrimento psíquico.

Com a moderna psiquiatria, há uma transição de referencial, de uma perspectiva psicodinâmica para uma neurobiológica, neurocientífica, o que reflete um movimento de localização, restrição e compreensão dos fenômenos psíquicos apenas ao âmbito orgânico, cerebral, sem levar em consideração os fatores circundantes do sujeito, como a condição de vida, o trabalho, vulnerabilidades e com isso constrói-se uma compreensão biologicista dos transtornos mentais como condição autônoma, anistóricas, isoladas do contexto socio-histórico cultural em que os sujeitos estão inseridos (VIAPIANA; GOMES; ALBUQUERQUE, 2018).

Seguindo a discussão, os autores (VIAPIANA; GOMES; ALBUQUERQUE, 2018) afirmam que em virtude da complexidade da temática, faz-se uso de referenciais muitas vezes antagônicos para que se dê conta da discussão da relação entre saúde do trabalhador ou da saúde mental e trabalho, incluindo aí a distinção mente e corpo da lógica cartesiana de compreensão desse sofrimento.

Dissociar mente e corpo, o sujeito de seu meio, pode ser um fator limitador para compreender o adoecimento e discriminador da pessoa em sofrimento, pois é comum recair sobre ela as acusações e apontamentos

quanto ao seu estado e a responsabilidade total pelo seu adoecimento. Nessa lógica pautada pelo apontamento do sofrimento por parte do trabalhador, boa parte do funcionamento do sistema bancário e do comprometimento de seus funcionários se dá, conforme veremos adiante, nessa lógica, sem haver efetivas mudanças na estrutura e no funcionamento adoeceador do contexto em que aquele fenômeno se apresenta, neste caso, no sistema bancário. Ao contrário, esse ambiente segue sendo um espaço de acometimento da saúde física, com comprometimentos musculoesquelético, como as Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) e os comprometimentos psíquicos ocasionados por transtornos depressivos, ansiosos, transtornos de humor, somatoformes, além de suicídio que vêm se tornando cada vez mais frequente e crescente neste público (SILVA-FORTES, 2017; VIAPINA; GOMES; ALBUQUERQUE, 2018; MORANTE; ALBUQUERQUE, 2021).

O Banco e os Bancários

As instituições bancárias, também conhecidas como “banco” hoje são frutos de uma construção contínua e que sofre mudanças, adaptações, estruturações e reestruturações ao longo de anos em seu processo de trabalho, fruto do avançar das instituições financeiras e suas funções sociais, dos avanços tecnológicos e informatização da vida e do trabalho e de construções ideológicas e repercussões sociais que reverberam nestas instituições e constituem as metas e nos tipos de serviços prestados por aqueles que neles estão inseridos. Essas mudanças e transformações vêm sendo percebida pelas metas crescentes no desenvolvimento do trabalho do bancário que tem cada vez mais aumentada a quantificação dos resultados do trabalho, diretamente relacionada com a informatização e mecanização do trabalho, o que acaba tendo ligação direta com o

aumento dos casos de agravos musculoesqueléticos (LER, DORT) e os transtornos mentais (MORONTE; ALBUQUERQUE, 2021).

Silva-Fortes (2017) nos aponta que, o processo de trabalho do bancário no Brasil pode ser compreendido em três momentos históricos. No primeiro momento, localizado por volta da década de 1960, era o período em que o trabalhador tinha o domínio da execução do seu trabalho, tendo em vista que nesta época, o avanço tecnológico inicialmente construído ainda não tinha maiores reverberações no desenvolvimento do trabalho dos bancários, sendo ele o agente principal do que seria desenvolvido e utilizado no seu ambiente laboral, vindo dele o conhecimento e as competências técnicas e práticas para o cumprimento de seu trabalho.

No segundo momento histórico que se estende até a década de 1980, há uma predominância do padrão de trabalho seguindo a lógica taylorista-fordista, tendo como critérios de desenvolvimento do trabalho as rotinas previamente definidas, e com o avançar da difusão e a inclusão tecnológica e informatização do trabalho bancário, o mesmo passa a ser desenvolvido cada vez mais em programas de computadores, provocando assim uma desqualificação do bancário, à medida em que parte do conhecimento e do protagonismo que antes era ferramenta primordial e presença primordial no desenvolvimento de seu trabalho, vai deixando de ser necessário e dando espaço para novas formas e modelos de trabalho.

Nessa fase, conforme nos aponta a autora, parte das atividades desenvolvidas pelo bancário foi sendo transferida para os clientes, tendo em vista que as informações passaram a estar em grande medida disponíveis em espaços virtuais. No terceiro momento histórico, a partir da década de 1990 em diante, é caracterizado pelo aumento da automação do trabalho bancário, acabando por gerar assim uma maior redução e eliminação dos postos de trabalho nas

instituições. O que acaba por, até o momento presente ainda ser uma constante mudança e motivos de insegurança por parte dos funcionários, haja a vista às constantes reestruturações nas instituições, mudanças de postos de trabalho, extinção de cargo ou acúmulo de cargos e funções, ou seja, aquilo que duas funções ou mais desenvolviam, recai agora sobre apenas um único funcionário. A autora Silva-Fortes (2017) nos afirma que é possível observar nesta fase uma extensiva intensificação do trabalho, no descumprimento “despretensioso” da jornada de trabalho e na diminuição salarial, constituindo assim um estado de agravamento da precarização do trabalho bancário.

Essa mudança e constituição histórica da instituição bancária e da forma de desenvolvimento laboral dos bancários acaba por proporcionar uma mudança identitária, da forma como o bancário vem se percebendo ao longo dos anos neste espaço em da precarização do trabalho destes profissionais, pois a forma antiga de desenvolvimento dessa função, pautada num trabalho burocrático e de confiança técnica por parte dos funcionários, com grandes ofertas de cargos desejados, a garantia de bons salários e uma carreira a longo prazo é contrastada com a nova forma como esse trabalho é estabelecido, das constantes reestruturações e automação desta função, transformando, ao longo do tempo, em meras funções técnicas (SILVA-FORTES, 2017). Essas mudanças na estruturação e implementação de tecnologias na instituição é alinhada com os desejos e formas de manutenção empresarial do banco e com as exigências do capital. Assim, segundo os preceitos teóricos do campo da saúde do trabalhador, a compreensão dessas relações de trabalho como processo saúde-doença, exige a consideração de determinantes sociais deste processo, abordando assim a promoção da saúde, o adoecimento, o sofrimento, o morrer das classes e grupos de trabalhadores que estão inseridos em diferentes processos produtivos, induzidos pelas relações de produção, são resultados de forças produtivas que agem e se constituem a cada novo momento histórico, extinguindo algumas formas

e surgindo outras ou aperfeiçoando as formas já desenvolvidas (MORANTE; ALBUQUERQUE, 2021).

Em minha experiência profissional, o qual atuei na saúde ocupacional da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) de 2019 à 2021, foi possível acompanhar de forma aproximada o quanto as constantes ameaças de perdas de cargos comissionados e o retorno ao cargo base de contratação desses funcionários, como escriturários, e da consequente perda de ganhos salariais e benefícios advindo do cargo comissionado, aumento da jornada de trabalho, mudanças nas obrigações e demandas, aumento das metas (mesmo em tempos de incertezas e perdas em diversos âmbitos em proporção mundial, como no caso da pandemia de COVID-19), risco de extinção de cargos e incerteza quanto aos direcionamentos desses bancários, apareciam constantemente tanto na sua atuação em campo, no espaço laboral, quanto nos atendimentos em que realizava nestes espaços, acabando por gerar grandes sofrimentos e adoecimentos físicos e psíquicos.

Nesse contexto, atendi uma bancária que vivenciava a angústia desse risco de avaliação e reestruturação de sua função e de outros dois colegas que exerciam o mesmo cargo no estado do Amapá. No plano de cargo do banco, ela informara que havia chegado no nível hierárquico mais alto possível naquele momento, atrás apenas do cargo de superintendente do banco em cada estado. O risco de que, caso houvesse uma extinção do cargo exercido por ela, não haveria possibilidade de progressão e sim de regressão da função que exercia, bem como de organização de vida que já havia sido organizada e adaptada conforme o valor de sua função comissionada, havendo o risco inclusive do retorno da função base, de escriturária, o que poderia levar a uma grande perda salarial e de benefícios, perda de longos anos de dedicação com cursos de formações tanto internos quanto externos a instituição, processos seletivos in-

ternos que havia feito ao longo de sua carreira bancária até chegar a função que alcançou. Este período coincide com o período de incertezas dado ao início da pandemia de COVID-19 e acabou por gerar episódios de ansiedade e sintomas somatoformes, com dificuldades para dormir, alimentar-se, agitação psicomotora, taquicardia, sensação de perda de controle, dificuldades para desenvolver suas atividades diárias, chegando a fazer uso de medicação ansiolítica, dada a angústia daquele momento.

O trabalho que já havia se tornado desafiador em virtude das mudanças e novas adaptações que a pandemia exigiu, cobranças excessivas do trabalho que perde o acompanhamento presencial e tenta um acompanhamento do trabalho remoto¹, bem como das horas excedentes de trabalho desenvolvidas em casa se somam a esse episódio. Esse período de incerteza perdurou durante mais de dois meses até que, após reunião e decisão da diretoria da instituição, a função foi reajustada, com mudança de nomenclatura do cargo, sem perda salarial, entretanto com o aumento da demanda de trabalho, estendendo-se a parte das agências bancárias de outro estado, mas que o município deste estado localizava mais próximo do Amapá do que da capital e superintendência do outro estado, que seria em Belém – PA. O relato após dias de angústia da bancária foi de que estava aliviada por não perder a função, entretanto, haveria aumento da demanda, o que não era incomum de acontecer no seu trabalho.

Como se percebe, apesar do movimento isolacionista de compreensão de adoecimentos e da dissociação desses fenômenos com o contexto social, quando o olhar é pautado por uma visão biomédica ou neurocientífica, é possível perceber nas discussões e no caso trazido o quanto esta instituição tem

¹ Com a perda do controle do trabalho, que antes era acompanhado de forma presencial junto funcionário, gestores e supervisores buscavam estratégias de acompanhamento do desenvolvimento do trabalho remoto, seja pelo excesso de atividades com prazos curtos de entrega, reuniões por videoconferência constantemente ao longo dos dias ou mesmo pelo status de “On-line” nos programas de comunicação interna do banco.

contribuído para o aparecimento de adoecimento, dada a forma que o trabalho automatizado é desenvolvido, bem como das inseguranças, violências e assédios que são cometidos nesses ambientes. Assim, segue-se explanando quanto às questões de saúde e adoecimentos desses trabalhadores, conforme apontam as pesquisas e dados produzidos.

Saúde e Doença do Trabalhador Bancário

Pensar o processo de saúde e adoecimento de bancários, deve ser pautado, conforme nos diz Cardoso (2015), no relato daqueles que vivenciam esse processo de trabalho e de adoecimento nesta instituição, para compreender a relação entre saúde e trabalho, faz-se necessário pautar-se no vivido pelos atores dessa realidade. É ele quem desenvolve o trabalho, é exigido o cumprimento de metas, sofre situações de assédio ou com as lesões causadas pelas repetições do trabalho, sofrendo assim pelos desgastes físico e mental, adocece, sofre acidentes e morre (CARDOSO, 2015). Pautar-se no discurso daquele que vive, faz-se necessário também pois há um não reconhecimento pela instituição bancária e assim uma desvalidação da associação de sintomas e agravos de saúde relacionados a esse ambiente de trabalho. Apesar das inúmeras denúncias e de estatísticas que apontam as frequentes e constantes situações de assédio, suas consequências para saúde do trabalhador bancário, a Federação Brasileira de Bancos - FEBRABAN não reconhece este fenômeno como problema generalizado da categoria bancária, afirmando que não há dados que caracterizem este fenômeno e ainda aponta para esta condição visivelmente apontada ao longo da sua história como modismo (SILVA-FORTES, 2017).

Não reconhecer, enquanto instituição e desvalidar dados estatísticos e estudos que mostram essa condição de adoecimento ligado ao trabalho é impossibilitar a implantação mudanças na estrutura adoecedora da instituição e

atribuir unilateralmente a responsabilidade desses adoecimentos aos funcionários. Moronte e Albuquerque (2021) nos dizem que no Brasil a categoria de trabalhadores bancária se mostra como uma categoria com alta incidência de adoecimento relacionada ao trabalho desenvolvido. Segundo os dados da previdência social, apresentados pelos autores, o setor bancário apresenta uma das taxas mais elevadas de doenças ocupacionais localizadas entre todas as atividades econômicas no Brasil (MORONTE; ALBUQUERQUE, 2021). Os autores apontam ainda que entre 2012 e 2016, os afastamentos por transtornos mentais e comportamentais com relação direta ao trabalho somaram 6.763 ocorrências, correspondendo assim a 12,77% dos benefícios concedidos por auxílio-doenças acidentário. Esse número só fica atrás dos afastamentos concedidos aos trabalhadores da administração pública em geral, o que nos mostra que os bancários constituem o segundo grupo de trabalhadores que mais são afastados por transtornos mentais relacionados ao trabalho desenvolvido, mostrando assim as consequências adoecedoras deste trabalho.

Apesar do discurso desvalidador da FEBRABAN quanto ao fato dos apontamentos desses fenômenos emergirem como modismo, estudos anteriores mostram o quanto que a categoria bancária vem sofrendo de longas datas em virtude do ambiente de trabalho hostil e precarizado. Em pesquisa sobre o perfil de absenteísmo em um banco estatal de Minas Gerais no período de 1998 à 2003, Silva, Pinheiro e Sakurai (2008), foi feito um estudo transversal, descritivo e quantitativo para buscar compreender a prevalência de causas de afastamentos neste banco. Houveram nesses anos, uma prevalência de afastamento do trabalho por doenças osteomusculares e dos distúrbios mentais e comportamentais.

Do total de 6.445 afastamentos, 1482 afastamentos (22,99%) foram em virtude das doenças osteomusculares e 991 afastamentos (15,38%) foram em

virtude de transtornos mentais e comportamentais. Há um predomínio também das categorias em número de dias afastados. Do total de 302.893 dias de afastamento, 168.697 dias (55,70%) foram das doenças osteomusculares e 58.395 dias (19,28%) em virtude dos transtornos mentais e comportamentais. O estudo aponta também que as funções menos categorizadas, como a função de escriturários, foram as que mais se afastaram do banco, tanto em número (aproximadamente 45%), quanto em dias de afastamento (aproximadamente 51%). A categoria que segue com grandes índices de afastamentos após os escriturários, apesar de se tratar de um cargo comissionado, são os cargos de assistente e caixas executivos, que recebem os menores valores na referência (comissão) da carreira no banco pesquisado.

Em outro estudo, Finazzi-Santos e Siqueira (2011) realizaram um estudo de caso dos fatores relacionados ao trabalho bancário e a decisão de cometer suicídio por parte de um funcionário que tirou a própria vida. O trabalho conclui que parte dos fatores relacionados ao trabalho podem ter permeado a decisão do bancário em cometer o suicídio, evidenciando assim elementos que são constitutivos da organização do trabalho. Os apontamentos que o estudo faz, evidenciam que dentre as possíveis causas desta ação diz sobre a inter-relação entre o trabalho e a história de vida do bancário, sendo a dedicação do mesmo ao trabalho integralmente extensiva quanto ao cumprimento de suas obrigações profissionais, com excedente de horas de trabalho, inclusive em dias não úteis, como finais de semana e feriados.

O vínculo afetivo entre o funcionário e a empresa fora incentivado ao longo das três décadas a qual o funcionário atuou na mesma, com estimulação ao sucesso desenfreado, a competição individual e pelo culto à excelência, conduzindo assim o funcionário a servidão voluntária ao trabalho. O caso apontado pelos autores difere do que comumente é encontrado como disparador das ide-

ações e do suicídio, como nos casos envolvendo assédio à integridade moral, desqualificação, desconfiança ou descrédito. Pelo contrário, trata-se neste caso de um custo alto pela manutenção do conhecido perfil de funcionário-padrão, num período aproximado de sua aposentadoria (FINAZZI-SANTOS; SIQUEIRA, 2011).

Coelho et al. (2018) em seu estudo transversal com objetivo de avaliar o estresse no trabalho e a associação com a Síndrome de Burnout em bancários, avaliou 217 trabalhadores bancários de agências públicas e privadas de 38 cidades de 14 estados brasileiros, respondendo um questionário eletrônico, sendo os instrumentos o Inventário de Burnout de Maslach (MBI), Escala de Estresse no Trabalho (EET) e um Questionário Sociodemográfico. Os autores apontam com os resultados que, o elevado nível de demandas associadas ao baixo controle e ao baixo apoio social, desencadeia elevados níveis de exaustão emocional, despersonalização e baixo nível de realização profissional, mostrando assim que a Síndrome de Burnout mostra-se como possível consequência do estresse ocupacional e se caracteriza pela predominância da exaustão emocional e despersonalização desses profissionais.

Silva-Fortes (2017) em sua tese Sofrimento e Adoecimento no Mundo do Trabalho, realizou pesquisa com os trabalhadores bancários que foram afastados, temporária ou definitivamente do emprego por motivo de saúde. A autora aponta, a partir de sua discussão e dos dados coletados, o quanto que a evolução do banco, sua estruturação, incorporação tecnológica e informacional e a automação do trabalho, acabam por gerar um ambiente cada vez mais adoecedor e comprometedor da saúde física e mental dos sujeitos que ocupam suas funções. Dentre as categorias elencadas por ela, localizam-se a partir do discurso dos participantes que, “o banco emburrece”, tendo em vista o trabalho automatizado e limitador das habilidades, repetições no seu desenvolvimento, passando

assim o trabalhador bancário a ocupar um lugar de vendedor de produtos mais do que antigamente quando havia uma exigência de competência técnica pessoal para o desenvolvimento do trabalho. Essa forma e foco apenas na venda e de um padrão no desenvolvimento do trabalho, não possibilita aos seus funcionários a oportunidade de fazer uso de suas criatividade e habilidades quanto ao ambiente de trabalho, impossibilitando assim flexibilidade e inovação. Há então uma separação entre o trabalho e o conhecimento, entre o fazer e o saber, característico da taylorização do trabalho.

Numa segunda categoria de resultado visualizado na coleta de dados da autora, encontra-se o assédio moral como um fator de adoecimento, tanto o vivenciado quanto o presenciado pelos colegas no curso do trabalho. A pressão para o cumprimento de metas, o excesso de cobranças no desenvolvimento de atividades, vendas e acessos aos programas internos², assédio moral organizacional. A autora aponta que é crescente o número de funcionários que se endividam em virtude da alta cobrança pela venda de produtos, o que acaba por fazer com que os próprios funcionários comprem estes produtos para que se alcancem as metas e apresentem um desempenho satisfatório no ambiente laboral. Além disso, há registros da ilegalidade por parte de gerentes adquirindo produtos em nome dos funcionários sem o seu consentimento, impulsionado pelo objetivo de bater as metas. Dentre as consequências do assédio moral encontram-se a queda na produtividade, na qualidade do trabalho, surgimento de doenças físicas e mentais, o aumento no número de acidentes de trabalho e em casos extremos o suicídio.

Em consequência dos fatores apresentados por Silva-Fortes (2017), encontra-se a próxima categoria apresentada por ela em seus resultados, que é a do processo de adoecimento e de afastamento do trabalho. A autora aponta

² Haja a vista que as metas no banco também dizem respeito a outras atividades como cursos em plataformas digitais, mesmo que não haja aplicabilidade efetiva por ambas as partes do que é abordado nestes cursos, acessos aos canais de comunicações da intranet, dentre outros.

que há três momentos no processo de adoecimento dos bancários. No primeiro momento, há uma tentativa do funcionário de manter o mesmo ritmo de produção no trabalho, sem perceber de maneira clara o adoecimento, o trabalhador pratica a automedicação para alívio de dores e desconfortos, encarando como uma reação “normal”. Num segundo momento, durante o reconhecimento do adoecimento, a dor no corpo toma proporções e facetas de sentidos diversos na vida do sujeito. Porém, há uma tentativa de negação desse corpo adoecido e um movimento de esconder dos colegas de trabalho, em virtude do receio das perdas que um adoecimento pode ocasionar na carreira bancária e em sua função. Por fim, o bancário só tem noção da gravidade do seu adoecimento, só dá visibilidade ao seu sofrimento, quando o processo culmina no seu afastamento do trabalho.

Esses relatos históricos e constantes na manutenção do adoecimento dos bancários mostram com contrariedade gritante e torna o posicionamento da FEBRABAN vexatório, pois os dados e estudos diversos dão conta de mostrar que este fenômeno não se trata de modismo, mas sim de uma ação negligenciada pela instituição. O que sobra disto, conforme mostra Silva-Fortes (2017) é a tentativa do bancário passar por cima de seu adoecimento, não o validando ou escondendo para que não haja maiores consequências ou perdas da função ou do cargo comissionado.

Em outra situação profissional vivenciada por mim na Cassi, ao atender um funcionário, hoje escriturário, que perdeu sua função comissionada após um episódio de surto psicótico, possivelmente motivado pelas mudanças estruturais e geográficas (mudando de um município do extremo norte do Amapá onde atuava como gerente de uma agência, para ser gerente de uma agência num município da Ilha do Marajó, no Pará). Havia indícios jurídicos que a tramitação desse processo de mudança e o acarretamento da perda da função

comissionada não poderia ocorrer conforme se deu. Entretanto, pelo desejo de retorno a uma função comissionada, que comprometeu sua estrutura financeira e o seu funcionamento de vida familiar, adaptada a organização financeira que tinham antes, o mesmo via-se angustiado e preocupado quanto a dar prosseguimento com o processo judicial contra o banco, pois há uma política interna de não haver ascensão profissional comissionado para funcionários que tenham processos contra a instituição. Nesse contexto também, somou-se o início da pandemia, em que o mesmo, que assim como os outros funcionários que possuíam comorbidades poderia ser designado ao trabalho home office, preferiu manter-se trabalhando presencialmente, afim de que pudesse, aparentemente, receber o reconhecimento da instituição e assim galgar um retorno de alguma função comissionada. Se expondo a riscos e deixando de proceder com os processos judiciais. Ações como esta acabam por reafirmar a exigência romântica da sociedade capitalista de haver nesses ambientes de trabalho, o funcionário-padrão que doa sua vida em prol do enriquecimento e lucro dessas instituições, mesmo que para isso haja um anulamento e o descuido consigo mesmo.

Considerações Finais

O presente trabalho buscou fazer uma construção e discussão da saúde e acometimentos dos bancários ao longo da história, comparando assim que o fenômeno do adoecimento destes profissionais foi ao longo da história e continua sendo hoje uma constante evidenciada pelas pesquisas e dados, apesar do não reconhecimento da instituição quanto às conseqüentes reverberações da forma constituída deste ambiente de trabalho. O não reconhecimento e o discurso menosprezador da FEBRABAN que trata o que os estudos vem ao longo dos anos mostrando, adoecimentos e afastamento do ambiente de trabalho bancário como modismo, inviabiliza uma compreensão do adoecimento enquanto fenô-

meno não mais biomédico, centrado na pessoa que adoece, mas a partir de determinantes sociais que influenciam diretamente no aparecimento de sintomas e agravos, sendo os bancários uma categoria que, conforme os dados mostram, apresenta-se como a segunda maior categoria profissional a ter afastamentos em virtude de adoecimentos. Apesar da ideia de modismo, é visualizado que, desde anos atrás, a categoria bancária já apresentava motivos semelhantes aos apresentados atualmente para afastamento laboral.

O Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos - DIEESE (2021), em sua pesquisa sobre a condição de trabalho e saúde de gerentes e assistentes de gerência da Caixa Econômica Federal do Rio de Janeiro aponta que, da categoria de doenças ou problemas físicos, 64% dizem ter dores nas costas, pernas, ou pescoço, hérnias, 49% dores nos ombros e braços, tendinite, LER/DORT e 43% dores na cabeça e enxaqueca. Desses, 52% atribui ao trabalho os problemas relacionados à dores nas costas, pernas ou pescoço e hérnia, já 40% relaciona as dores nos ombros e braços, tendinite e LER/DORT ao trabalho e cerca de 30% relacionam as dores de cabeça e enxaqueca.

Quanto às doenças e problemas de saúde mental ou psíquica, os dados do DIEESE (2021) apontam para a presença de 30% dos quadros de ansiedade/pânico, 13% de depressão, 7% de stress/tensão. 98% atribui o adoecimento psíquico à Caixa Econômica, destes, 74% apontam que as metas interferem na saúde mental e 38% dizem que já sentiam estes sintomas, mas que foi agravado com a chegada da pandemia. Os dados mostram também que 53% dos pesquisados já sofreram assédio moral e que 47% já tiveram conhecimento de algum caso de suicídio. Ou seja, tanto os dados de pesquisas mais antigas quanto os dados contemporâneos mostram o grau de comprometimento da categoria bancária, bem como de seus agravos. Não reconhecer ou desvalidar esse fenômeno nos faz questionar, já que no passado e no presente, o crescente e visível

quantitativo de trabalhadores que adoecem, são afastados ou se suicidam se evidenciam, como ficará o amanhã dessa categoria que, ano após ano sofre com diversas mudanças na sua estrutura e inovação tecnológica, porém sem o reconhecimento de sua condição humana e de direito?

Há sim, a necessidade de uma reestruturação não de metas e cargos, mas sim do funcionamento hostil e adoecedor, com políticas públicas voltadas para essa categoria que sofre e padece do comprometimento causado pelo sistema capitalista e a lógica de lucro, tendo em vista os dados apresentados em diversas pesquisas em que mostram essa categoria como a segunda mais acometida por afastamento de seu ambiente laboral.

Referências

CARDOSO, Ana Claudia Moreira. O trabalho como determinante do processo saúde-doença. **Tempo Social** [online]. 2015, v. 27, n. 1, Jan.-Jun. 2015, pp. 73-93. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ts/a/4zYdCRfPsMbWRBR9b-fPxNsf/?lang=pt#>>. Acesso em: 01 ago. 2022.

COELHO, Jorge Artur Peçanha de Miranda et al. Estresse como preditor da Síndrome de Burnout em bancários. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 306-315, Mar. 2018 Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572018000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 03 ago. 2022.

DIEESE. **Pesquisa Condições de saúde e trabalho de gerentes e assistentes da CEF-RJ**. Rio de Janeiro, Fev. 2021. Disponível em: <<https://www.dieese.org.br/perfildecategoria/2021/condicoesTrabalhoSaudeAgecefRio.html>>. Acesso em: 05 ago. 2022.

FINAZZI-SANTOS, Marcelo Augusto; SIQUEIRA, Marcus Vinícius Soares. Considerações sobre trabalho e suicídio: um estudo de caso. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional** [online]. 2011, v. 36, n. 123, Jun. 2011, pp. 71-83. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbso/a/fr763yxByJP9s6Sj4gfQ9h/?lang=pt#>>. Acesso em: 01 ago. 2022.

FORTES, Juliana Lemos Silva. **Sofrimento e adoecimento no mundo do trabalho**: estudo com bancários afastados do emprego por motivos de saúde relacionados ao trabalho. 2017. 310 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências Médicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-08062017-084953/pt-br.php>. Acesso em: 25 jul. 2022.

HAN, B. C. **Sociedade do cansaço**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

MORONTE, Elver Andrade; ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti. Organização do trabalho e adoecimento dos bancários: uma revisão de literatura. **Saúde em Debate** [online]. 2021, v. 45, n. 128, Jan.-Mar. 2021, pp. 216-233. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gXDj3BGrZPbMsB-45QHQBz/?lang=pt#>>. Acessado em: 29 jul. 2022.

SILVA, Luiz Sérgio; PINHEIRO, Tarcísio Márcio Magalhães; SAKURAI, Emília. Perfil do absenteísmo em um banco estatal em Minas Gerais: análise no período de 1998 a 2003. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2008, v. 13, suppl 2, Dez. 2008, pp. 2049-2058. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/7G7BJPGPLQrPCVRBBGfcXjH/abstract/?lang=pt#>>. Acesso em: 01 ago. 2022.

VIAPIANA, Vitória Nassar, et al. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. **Saúde em Debate** [online]. 2018, v. 42, n. spe4, Dez. 2018, pp. 175-186. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Y36fDqvZL5Js4n-nWpXrYpBb/?lang=pt#>>. Acessado em: 30 jul. 2022.

CAPÍTULO 9

SUICÍDIO NO TRABALHO: RESPONSABILIDADES E SENTIDOS

Dayse Marinho Martins

Sofia Ravinny Leal De Sousa

Doi: 10.48209/978-65-5417-138-9

Introdução

A definição do suicídio alcança facilmente a compreensão de quem escuta falar sobre ele. Entretanto, o ato de retirar a própria vida não é o fim, se colocado em questão toda uma rede de complexidades que perpassam o comportamento suicidário. Desde de ideações suicidas, violências auto infligidas, planos de autoextermínio, a conduta intencional de morte até o ambiente, as relações e o contexto em que essa pessoa vive.

O espaço entre o sofrimento psíquico e o gesto suicidário demanda compreensão, atenção e cautela. A Organização Mundial de Saúde (2013) considera o suicídio uma das principais causas de morte na maioria dos países; entende que sua causa é multideterminada e, portanto, uma questão de saúde pública.

No ano de 2005, o Ministério da Saúde criou a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio promovendo ações locais de prevenção e combate ao

suicídio. Nessa publicação, comparece a dificuldade em se estabelecer iniciativas de maior alcance no que tange a organização de uma rede de saúde que atenda de forma especializada e integral esses casos.

O modo de atuar diante dessa situação também apresenta divergências de perspectiva. Por um lado, as perspectivas individualistas que atuam de modo disciplinar e entendem o suicídio enquanto decisão individual, geralmente motivada por alguma psicopatologia. Por outro, as perspectivas que responsabilizam o social e pontuam a importância do sistema econômico-político na decisão de pôr fim à vida (FEIJOO, 2019).

Um estudo inédito da Fiocruz avaliou o número de suicídios durante a primeira onda de covid-19 em 2020. O objetivo da pesquisa era estimar a quantidade de suicídios no país e os padrões envolvidos. Chegou-se à conclusão de que, embora a taxa de suicídios no Brasil tenha caído, houve um aumento expressivo nas regiões Norte e Nordeste – onde o desenvolvimento socioeconômico é desigual.

Um dos autores da pesquisa, o psiquiatra Maximiliano Ponte, relatou em sua análise que “nosso trabalho evidencia a importância de tratar o suicídio para além de um problema de saúde individual, pois trata-se de uma questão com profunda relação com as desigualdades econômicas e de acessos aos serviços sociais e de saúde pública” (FIOCRUZ, 2022, n.p).

Como parte do econômico e social, um novo horizonte reflexivo se abre: o do trabalho e seus modos de subjetivação da pessoa. Isso porque, é cada vez mais notória a relação entre o trabalho e o humano; não como partes separadas, mas como bem destacado por Christophe Dejours (2010) como um todo indivisível.

Apesar de ocorrerem nos diversos meios socioprofissionais é comum observar um pacto de silêncio entre os envolvidos. Uma das primeiras questões

que emergem ao tratar desse assunto se refere à falta de pesquisas epidemiológicas sobre o suicídio. O número pouco significativo de ocorrências de eventos no trabalho parece ser um quesito importante para a não elucidação de seus sentidos.

Embora o suicídio no local de trabalho não tenha surgido com as novas formas de labor, só é possível perceber de maneira mais clara o enunciado de tais fenômenos a partir de 1995 nos setores industrial, terciário e de serviços. Momento em que o trabalho e a vida privada ganham contornos de separação e já não se confundem mais como acontecia no cenário agrícola, por exemplo.

Tal contexto não contribuía para o avanço em pesquisas estatísticas sobre essas mortes. Ainda no momento presente se destacam barreiras de ordem quantitativa e qualitativa na avaliação do gesto suicidário no trabalho, o que parece um modo de ignorar a existência de sofrimentos relacionadas ao trabalho. Falar sobre suicídio não só evoca a teoria de que cada caso possui uma classificação nosológica como exclui o papel do trabalho nas circunstâncias de passagem ao ato.

Não se trata aqui de ignorar quaisquer descompensações psíquicas que compareçam no entorno do suicídio, porém, tratar os casos que ocorrem no local de trabalho como mero detalhe pode ser um equívoco na avaliação de sua mensagem. Resumi-los a uma causalidade psíquica retira a possibilidade de se questionar a estruturação do trabalho, das relações sociais no trabalho e os modos de afetação desse ambiente nos trabalhadores em geral, não só nos mortos.

A ênfase para a falta de pesquisas epidemiológicas sobre o tema não se deve à necessidade de evidenciar quantitativamente esses eventos, mas de dar luz à sua existência e complexidade. Um único suicídio pode trazer à tona obscuridades do trabalho que antes não eram vistas, ou ainda, que foram dissipadas na coletividade. É o que sinaliza Dejours (2010, p. 15): “um único suicídio em

uma empresa constitui, de facto, um problema que afeta toda a comunidade de trabalho, uma vez que sua ocorrência reflete uma profunda degradação do conjunto do tecido humano e social do trabalho”.

Entendendo que dentro ou fora do trabalho, tais relações e significados são indissociáveis, a ampliação deste debate para esferas interdisciplinares – seja em organizações, universidades, ou mesmo no campo das políticas públicas – no que se refere ao processo de saúde-doença do trabalhador, possibilita aos profissionais uma oportunidade de pensar coletivamente em estratégias de cuidado que atendam aos sofrimentos decorrentes do trabalho no mundo contemporâneo.

Nessa perspectiva, o estudo do fenômeno do suicídio no trabalho é parte desta investigação. Urge questionar: quais os impactos da organização do trabalho na saúde do trabalhador, especialmente, no que diz respeito à saúde mental? E, ainda, quais os mitos ou verdades demasiadamente concretas têm se perpetuado no entendimento do suicídio na contemporaneidade?

Verdades Demasiadamente Concretas

Ana Feijoo (2019), em um rico diálogo existencial sobre o suicídio, traz à tona questionamentos importantes acerca deste fenômeno. A exemplo, a autora questiona: o que está em jogo quando alguém decide pôr fim à sua vida? Feijoo alerta para a latente necessidade de explicação e determinação de causas para o fato em detrimento da compreensão do sentido do existir, anterior a qualquer tentativa de categorização.

Entender a seriedade do suicídio e seus sentidos, significa pensar sobre ele sem pressa para encontrar suas causas. Ou ainda, sem pressa para estabelecer verdades ou crenças rígidas a qualquer tipo de modificação. Um modo de sedimentar tais verdades socialmente passa pela interpretação do suicídio como

um ato de coragem e de covardia. O que Foucault (1987) chama de contribuição para uma forma de organização social que concebe a vida como uma produção dócil, útil e moral.

No mundo moderno, para querer pôr fim a este bem tão supremo (que é a vida) é necessário coragem. Já que, pelo seu valor, esta deve ser mantida a qualquer custo. O que também pode ser interpretado como covardia se alguém não tem força suficiente para lidar com as adversidades características dessa existência e recorre ao suicídio. Essa forma de pensar reflete significativamente na economia e, por consequência, na força de trabalho.

Uma economia que sustenta o consumo desenfreado, a infinitude da juventude e da saúde. O que resulta na manutenção dos corpos dóceis e úteis através dos diagnósticos de coragem e covardia frente ao ato suicidário. Pôr fim à vida aparece modernamente como patologia a ser combatida (FEIJOO, 2019).

Ao seguir a lógica da produtividade, do não cessar e do desconhecer limites, abre-se espaço para a compulsividade. Como não esperar por patologias em um mundo compulsivo? Parece ambíguo. Se não, codependente. Quando o empreendimento de práticas corretivas destinadas a indivíduos esquece de suas relações, do seu coletivo e do seu sistema de nutrição, retira a possibilidade de as pessoas encontrarem seu sentido existencial próprio.

Designar o que é bom e mau, normal e patológico é reduzir, à uma responsabilidade individual, o fenômeno do suicídio. A discussão sobre quais ferramentas e programas de prevenção são adequados para lidar com estas experiências podem ser inúteis se contaminadas pelo véu moral do senso comum e da era moderna que, por vezes, guardam posicionamentos estigmatizantes, preconceituosos e generalistas sobre o desejo de morte voluntária.

Em uma reportagem ao Psi-Jornal do Conselho Regional de São Paulo, na sessão Conversando com o(a) Psicólogo(a) com o tema Suicídio: de quem é

o problema? o Psicólogo Nilson Berenchtein Netto (2011) sinaliza:

A partir do momento em que entendermos o suicídio como fenômeno histórico e social, além de orgânico e psíquico e deixarmos de lado concepções que o considerem como “feio”, “crime”, “pecado” ou “loucura”, nós teremos a chance de lidar com esse fenômeno de maneira mais efetiva. Não apenas com o propósito de impedir mortes, mas principalmente com o de garantir vidas (p. 2).

Berenchtein traz a importante reflexão de que, para além de impedir mortes, é preciso garantir vidas. Para além de estratégias tutelares ou policiaescas, é fundamental perceber os diversos recortes que comportam o suicídio, e o âmbito do trabalho é um deles. É a forma em que as pessoas se organizam socialmente, é um lugar (físico, psíquico e social) que ocupa um espaço central na vida das pessoas.

É através do mundo do trabalho que o capitalismo mostra sua força e influência. Não à toa, em períodos de crise econômica a pressão sobre os trabalhadores aumenta. Seja pela ameaça do desemprego, seja pelo poder de coerção que este exerce nos empregados. De modo que, o desemprego e seus fantasmas acabam surgindo enquanto possibilidade não só para quem está fora do mercado de trabalho, mas também para quem está dentro (BERENCHTEIN, 2011).

Ainda nessa mesma reportagem, o psiquiatra Deivisson Vianna Dantas Santos, coordenador da linha de cuidado em saúde mental do Hospital Ouro Verde (Campinas-SP), onde foi implantado em 2009 um programa de prevenção ao suicídio, fala sobre os perigos de se ater exclusivamente a dados quantitativos, considerando o alto índice de subnotificações e as tentativas de suicídio que não chegam a se concretizar. O que, em alguma medida, pode ocultar realidades e prejudicar avaliações. Também alerta para o fato de que tais notificações, por vezes deixam de ser feitas, com a intenção de proteger nomes de instituições ou empresas que não querem ser associadas a esse tipo de morte ou, ainda, por opção da família.

Santos (2011) utiliza o termo “políticas de recheio” para falar sobre a necessidade estratégias coletivas que não se sustentem apenas em números, mas na qualificação técnica e humanizada dos serviços prestados à população. Ainda que, somente a implementação de políticas públicas não deem conta de abarcar a complexidade do suicídio, pensar na qualidade dos serviços e capacitação de profissionais colabora para o entendimento da questão primeira: Por que as pessoas se matam?

Um questionamento que, para se permitir acessar, é substancial que permaneça em seu caráter de abertura. A fim de que se possa sempre perguntar sobre ele para, então, se deparar com suas possibilidades de respostas.

A Saúde Mental do Trabalhador

O suicídio tem sido tratado até então como responsabilidade das áreas da Saúde em diversas culturas, no Brasil não é diferente. Como visto nos parágrafos anteriores, a relação entre transtornos psicopatológicos e o suicídio é imediata, embora a Organização Mundial da Saúde e entidades afins o considerem enquanto fenômeno de causas múltiplas. O que se percebe através de pesquisas nacionais e internacionais são divergências entre as definições postuladas por estas mesmas instituições. Ao passo que estabelecem a necessidade de se ter um olhar multi, associam o ato de pôr fim à vida como fruto de alguma “perturbação mental”.

Ao fazer análises reducionistas e imediatas, o caráter multifatorial se perde, abrindo espaço para estratégias limitantes como propostas tutelares e/ou medicalizantes. Respostas simples e imediatas tendem a atender às exigências de um sistema econômico, deixando de lado as necessidades da população. O ataque direto aos sintomas do suicídio mantém em funcionamento um sistema econômico que não pode sofrer ameaças de interrupção.

É o que se percebe na esfera do trabalho. A máxima de que o suicídio é problema do suicida comparece incisivamente. Pessoas que dão sinais de que irão cometer suicídio são afastadas ou dispensadas de suas atividades independente do setor de trabalho (público ou privado) ao qual pertençam. O pudor ao falar sobre o assunto ainda é uma realidade que não se restringe às organizações, mas à uma forma de organizacional social que enxerga a partir de lentes conservadoras o suicídio.

A Coordenação de Saúde do Trabalhador, do Ministério da Saúde, fez um levantamento das tentativas de suicídio no contexto laboral no ano de 2018. A pesquisa relaciona o sofrimento psíquico no trabalho ao surgimento de transtornos mentais e, conseqüentemente, ao aumento no índice de trabalhadores que atentam contra a própria vida. Para a OMS, 90% dos casos de suicídio são motivados por transtornos mentais, já o estudo do Ministério da Saúde revela que fatores laborais têm sido os provocadores destes.

A Coordenadora Nacional de Saúde do Trabalhador, Karla Baêta, revelou em uma entrevista ao portal Metrôpoles (2018), a pouca qualidade de vida que o trabalhador experimenta no seu ambiente profissional. Cita que os sofrimentos aparecem em virtude de jornadas excessivas de trabalho, falta de estrutura ou de incentivo, cobranças excessivas de uma chefia superior, silenciamento de insatisfações voltadas ao trabalho, pouco tempo para executar tarefas, entre outros. E, complementa:

“Entretanto, sabe-se que há aumento de casos de suicídio entre os executivos de grandes corporações e no setor bancário. Provavelmente, esse aumento se deu pela reestruturação que o setor passou: privatizações em ambientes altamente competitivos, alta exigência de performances, intensificação de vendas e busca de resultados” (n.p).

Recentemente, um caso de suicídio no setor bancário corroborou com a fala da Coordenadora. O diretor de Controles Internos e Integridade da

Caixa Econômica Federal, foi encontrado morto na sede do banco estatal. O acontecimento ganhou alcance nacional devido à relação direta da diretoria com denúncias de assédio moral e sexual.

Situações de violência e sofrimento no trabalho, como as destacadas acima, não tem sido exceções nas organizações. Ainda que os dados quantitativos sejam cinzentos, não é disso que se trata o fenômeno do suicídio. Sua expressão, em um ou em cem casos, repercute e comunica contextos jamais consideradas anteriormente: o do trabalho e suas fontes de prazer e sofrimento.

Considerações Finais

Discutir o suicídio demanda alta disponibilidade de pesquisadores e profissionais. Seja no processo de pensar o fenômeno, seja na elaboração de propostas intervencionistas. São muitos desafios que se deparam àqueles que não querem recair na indiferença ou em instruções imediatistas. Pode ser muito tênue a linha que separa posturas tutelares de uma total indiferença com os casos, na perspectiva de que o desejo de escolha é algo estritamente pessoal.

Na tentativa de encontrar um responsável pela situação, diferentes modos de lida surgem. Quando o indivíduo é o responsável, as ações de combate à doença mental compõem o bojo das intervenções. Quando a responsabilidade está na família, a desatenção e os conflitos que não foram evitados ocupam o lugar principal da cena. E, quando o Estado é o responsável, diz-se que a falta de oportunidades socioeconômicas são facilitadores para o ato de retirar a própria vida. O que foi possível refletir, através de uma perspectiva fenomenológico-existencial, é que culpa e responsabilidade são modos diferentes de chegar até o fenômeno.

Ao atribuir causalidade aos fatos o que está em jogo são as culpas envolvidas no processo, não necessariamente seus motivos. No campo fenomenológico

gico em que foi proposto a discussão feita neste trabalho, cuidar não significa ser indiferente, tampouco passa pelos caminhos do controle e dominação do outro. Cuidar, aqui, versa sobre a possibilidade de se estar atento ao que o outro comunica enquanto decisão ou indecisão. O que comparece em seu sofrimento? O suicídio é a falta de respostas para o sofrimento ou a única resposta para pôr fim a ele? Quantas outras respostas são possíveis de serem encontradas quando se ultrapassa o senso comum e seus critérios de covardia ou coragem?

Ouvir o pedido, por vezes mudo, daquele que pede por um acolhimento atento afastando perspectivas moralizantes da medicina, das ciências jurídicas ou mesmo da religião, pode ser tão desafiador quanto fundamental aos profissionais que se propõem a trabalhar juntos aos chamados “potenciais suicidas”. A preparação de psicólogos para tal requer um desprendimento de julgamentos construídos historicamente, além de uma insaciável vontade de querer perguntar sobre o suicídio. Nesse sentido, perguntar sobre ele é, para além de encontrar respostas, permitir que seus sentidos compareçam.

Referências

BAÊTA, K. **Distúrbios no trabalho estimulam tentativas de suicídio**. Brasília: Metrópoles, 2018. Disponível em: <https://www.metrosoles.com/brasil/saude-br/disturbios-no-trabalho-estimulam-tentativas-de-suicidio-2>. Acesso em: 1 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mortalidade por suicídio no trabalho no Brasil**, 2007 a 2017. Boletim Epidemiológico, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.542 de 22 de dezembro DE 2005. **Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio**. 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2542_22_12_2005.html.

BERENCHTEIN, N. N. Entrevista. **Jornal Psi**, São paulo, ed. 170, p. 11-13, 2011.

DEJOURS, C.; BÈGUE, F. **Suicídio e trabalho: o que fazer**. Brasília: Paralelo 15, 2010. Dejours, C., & Bègue, F. (2010). o que fazer. Brasília: Paralelo 15.

FEIJOO, A. M. L. C. Suicídio: uma compreensão sob a ótica da psicologia existencial. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 71, ed. 1, p. 158-173, 2019.

FIOCRUZ. Portal fiocruz (ed.). **Fiocruz avalia excesso de suicídios no Brasil na primeira onda de Covid-19**. Amazônia: Fiocruz, 18 abr. 2022.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: Nascimento da prisão**: Nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1987.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Plano de ação de saúde mental da OMS**. Geneva: OMS, 2013.

SANTOS, M. F. Suicídio de quem é o problema?. **Jornal Psi**, São paulo, ed. 170, p. 11-13, 2011.

CAPÍTULO 10

FELICIDADE ARTIFICIAL: A POSSÍVEL VIVÊNCIA DE FELICIDADE INAUTÊNTICA

Talita da Silva Queiroz

Milena Assunção Procópio Barbosa

Jurema Barros Dantas

Doi: 10.48209/978-65-5417-138-X

Introdução

Pensar o conceito de Felicidade na contemporaneidade e sua possível vivência artificial é antes de tudo compreender que esse conceito não é algo fixo, mas que passou e continua a passar por uma construção histórica. Se na Grécia Antiga ser feliz estava atrelado à sabedoria, e na Idade Média à eternidade, na Contemporaneidade felicidade é, antes de tudo, algo atravessado constantemente pelo presente. Visto que o futuro é algo incerto, o presente é a concepção máxima de onde se pode buscar a felicidade e o gozo desejado. O que parece ser apresentado pela atual sociedade é uma certa intolerância ao sofrimento, uma vez que o mercado de consumo disponibiliza uma gama de aparatos para reduzir ao máximo a possibilidade do sofrimento. Desta maneira,

o consumo orientado pela lógica capitalista capturou mais um nicho de mercado, a infelicidade. Contudo, será que essa busca é algo verdadeiro? Passa por uma construção subjetiva ou é uma mera reprodução de uma sociedade que não compreende como lidar com o sofrimento?

Essas inquietações são encontradas na escrita do médico anestesista, Ronald W. Dworkin, mais especificamente em seu livro intitulado “Felicidade artificial: o lado negro da nova classe feliz”, onde apresenta sua concepção sobre como a felicidade e, conseqüentemente, a infelicidade estão sendo experienciadas pela contemporaneidade. Para ele, o termo Felicidade Artificial trata-se da construção de caminhos alternativos para lidar com a infelicidade, a qual é compreendida (por parte de alguns médicos e, conseqüentemente, alguns pacientes) como uma doença, e que necessita ser tratada. O tratamento para tal doença vai desde a medicalização às terapias alternativas. Ora, esse conceito surge justamente da impossibilidade de lidar com o sofrimento como sendo algo constitutivo da existência humana. De acordo com Dworkin (2007), tomar a infelicidade como doença e tratá-la com drogas psicotrópicas faz todo sentido. Retira-se todo o contexto sociocultural e foca-se apenas no que é mais “palpável”, que é o lado físico. Logo, a infelicidade passa a ser uma questão neurológica, onde o nível de neurotransmissores, de uma maneira geral, ditará se o sujeito é feliz ou não.

Ao longo de sua fala, Dworkin traz exemplos reais para fundamentar sua crítica a já consolidada Felicidade Artificial. O paciente que aceita viver uma vida guiada pela artificialidade, vive uma mentira. Dessa forma, pensar felicidade na contemporaneidade é pensar sobre temporalidade. “O objetivo universal na vida é a felicidade permanente, embora seja impossível encontrá-la. (...). A felicidade permanente é uma quimera.” (DWORKIN, 2007, p. 261).

À vista disso, ao se pensar a infelicidade partindo da busca por esse sentir-se feliz no dia-a-dia, valendo-se das mais diversas formas de alcançar uma quase-felicidade, não é de se surpreender os meios pelos quais alguns sujeitos valem-se para se livrar de suas dores. Se a felicidade necessita ser vivida no presente, o sofrimento não só precisa ser eliminado, como também necessita ser de forma rápida. “A coisa mais assustadora a respeito da infelicidade não é a sensação de senti-la, mas a incapacidade de entendê-la.” (DWORKIN, 2007, p. 262).

Para ampliar a noção de Felicidade Artificial e sua repercussão na vida do sujeito é interessante a realização de diálogos com outros autores como Adorno e Horkheimer. Os quais em seu livro *Dialética do esclarecimento*, de 1947, trazem para sua articulação a história do fisiologista francês Pierre Flourens, pioneiro no campo da anestesia. O qual foi consagrado pelos seus estudos sobre a utilização do clorofórmio como forma de anestesia. Contudo, de acordo com uma carta escrita por Pierre Flourens e publicada no livro acima citado, encontramos um posicionamento que vai de encontro ao propagado pelo senso comum ao que se refere ao uso de anestésias:

As drogas utilizadas agem unicamente sobre centros motores e de coordenação, bem como sobre a capacidade residual da substância nervosa. Sob a influência do clorofórmio, ela perde uma parte importante se sua aptidão a registrar vestígios de impressões sensoriais, mas de modo nenhum a capacidade sensorial enquanto tal. (ADORNO, HORKHEIMER, 1947, p. 108)

Ou seja, mesmo estando sob o efeito do clorofórmio o corpo sente dor, muitas vezes até mais do que sem o uso do mesmo, o que acontece é a incapacidade de lembrar-se. Há um mascaramento da dor e não a sua eliminação. Isso, em certa medida, assemelha-se ao que a Felicidade Artificial finda por fazer. O paciente permanece sofrendo, o que muda é a sua percepção sobre essa dor. Quando Dworkin traz exemplos de pacientes que se valem dessa Felicidade

Artificial, o que mudou foi apenas o uso de algum psicotrópico ou até mesmo alguma terapia alternativa. Porém, o problema em si, a dor, o sofrimento, nada ou pouca coisa mudou. Deparar-se com essas informações e não pensar em Pierre Flourens é impossível. Finda-se que os pacientes que fazem uso de algum dispositivo artificial para alcançar a felicidade, em certa medida, permanecem em sofrimento. Um sofrimento anestesiado, mas que continua a existir. Como Dworkin (2007) afirma nesse trecho:

O que caracteriza a Felicidade Artificial é seu poder de se opor à vida. Quando desfrutam da Felicidade Artificial, as pessoas conseguem não se sentir miseráveis mesmo quando a vida é miserável. Medem sua miséria em graus, durante uma experiência dolorosa de vida, sem nunca atingir o ponto de ebulição. Não importa o quanto as coisas fiquem mal, a Felicidade Artificial faz as pessoas sempre se sentirem bem; você jamais conseguirá incutir nelas o sentimento de total desesperança (DWORKIN, 2007, p.12)

Ora, o que temos é uma comunidade que “esqueceu-se” que a vida é mais que uma moeda de dois lados – ser feliz e ser infeliz- é um campo repleto de variáveis e que todas possuem certo sentido. Antes que se possa pensar, não há nessas palavras uma apologia ao sofrimento, um retorno ao mal do século presente nos ultrarromânticos, mas a compreensão que o sofrimento faz parte da vida humana, que viver sem sofrer é ilusório.

Felicidade Artificial e sua Apropriação no Campo Médico

O Autor Dworkin (2007) traça uma linha do tempo em que situa as transformações ocorridas no meio médico, onde aos poucos a linha divisória entre os profissionais aptos para prescrever drogas psicotrópicas tornou-se inexistente e a briga por território entre a psiquiatria e os “doutores” da medicina foi inevitável. O autor separa esses momentos em fases para melhor especificar os fatos que ocorreram. Na primeira fase, acreditando que o problema da infelicidade

provinha dos neurotransmissores, médicos da atenção primária começaram a prescrever amplamente drogas psicotrópicas sobre a égide desta ser uma anormalidade, uma doença. Com tal postura a medicina reconquistou a confiança da população e recebeu um passe livre para atuar como especialista no assunto. Uma parcela dos médicos da atenção primária, descontentes com a prática da prescrição de drogas para a infelicidade e compreendendo o exagero como um ataque ao *status quo da* profissão, buscaram mudar a situação se utilizando também do apoio da população, como fez o grupo atual de médicos, porém, usando uma nova ideologia, a medicina alternativa. Dessa forma, encerra-se a primeira fase da revolução da prática médica. A próxima fase introduziu um elemento muito importante para compreender o desenrolar do nosso tema, a felicidade artificial. Trata-se da descoberta do major Henry K. Beecher, médico anestesista que atuou ao lado dos aliados na guerra em Anzio, denominada “Operação Shingle”. Atacados pela força alemã, soldados chegavam aos montes à mesa de cirurgia de Beecher que, nesse passo, acabou ficando sem morfina. Começou a injetar, então, água salgada nos soldados, antes da cirurgia, dizendo-lhes que era morfina. Por mais incrível que pareça, os homens suportavam as operações como se tivessem de fato recebido anestesia. O médico concluiu que a psicologia do homem ferido auxilia na capacidade de suportar a dor.

O fato de estar longe da frente de guerra e relativamente livre do perigo de morte no hospital, lhes proporcionava uma felicidade que ajudava a tolerar o sofrimento.

Na década de 80, um pequeno grupo de médicos da atenção primária, apoiados na descoberta de Beecher, propôs que a felicidade ajudaria não só a prevenir as doenças, como também auxiliaria a curá-las. Esses médicos uniram suas ideias a uma teoria científica denominada *psiconeuroimunologia* para justificar a produção da ideologia sobre fazer felizes as pessoas doentes. Aliás, a

todas as pessoas, já que a felicidade seria capaz de prevenir as doenças. Diante do panorama da nova ideologia, a infelicidade não era vista como uma “doença”, porém, sua presença traria riscos para a saúde. Dessa forma, ainda se tratava de algo que a medicina deveria cuidar.

O uso de água salgada por Beecher foi um dos primeiros usos do placebo como forma de ajudar em uma condição médica. Os placebos são drogas ou procedimentos que na verdade não são úteis para a questão para a qual foram prescritos. O ponto chave é a felicidade que os usuários sentem ao consumi-las, por isso o fato de acreditarem no procedimento ser um fator importante. Munidos dos dados do caso de Beecher, os médicos do final da década de 80, utilizaram-se de placebos para tratar problemas que julgavam ter a infelicidade como origem. Porém, os placebos agora estavam bem mais complexos que a água salgada. A medicina alternativa pintou uma nova face aos placebos e seduziu de forma mais elegante os pacientes.

Mais ou menos no mesmo período do uso constante da medicina alternativa como forma de aplacar o sofrimento, surgiu também a medicina mente-corpo que consistia na crença que o equilíbrio entre a saúde mental e a saúde física proporcionaria felicidade. Entre as práticas estavam a meditação, a psicoterapia, as orações e a hipnose. Nos anos 1980, a palavra *estresse* ficou popularizada e tornou-se corriqueira. A mídia chegou a chamar de epidemia de estresse. Com o estresse ligado aos problemas diários e sendo legitimado pela mídia e pela comunidade científica, logo se tornou um vilão induzindo as pessoas à infelicidade. Diminuir o estresse seria prezar por uma boa saúde.

Mas, qual o problema em fazer as pessoas se sentirem mais felizes? Por que isso seria ruim, afinal? Como afirma Dworkin (2007, pg. 96) “Minha preocupação com a medicina alternativa envolve o tratamento da infelicidade comum, e não as doenças físicas.” O problema está em transformar os dissabores

diários em um mal potencial para a saúde. A infelicidade própria do fato de experimentar a vida passa a ser compreendida como prejudicial e perde seu valor enquanto necessária para movimentar as mudanças da vida. A medicina alternativa e a medicina mente-corpo entendem a infelicidade de forma um pouco diferente. Enquanto que para a primeira esta seria uma doença, para a segunda seria um fator agravante. Nos dois casos a infelicidade deveria ser combatida sobre a explicação da boa saúde.

Outra ideologia começou a erguer-se em resposta aos excessos na prescrição de drogas psicotrópicas e surgiram mais ou menos no mesmo período que a prática da medicina alternativa. Enquanto um grupo usava as técnicas da medicina alternativa para lutar contra a infelicidade, outro grupo buscava o apoio da população para endossar a ideia de solução através da ginástica. Chegamos então à terceira fase da revolução da prática médica.

A ideologia da ginástica mostrou-se mais resistente que as outras por dar mais autonomia aos seus usuários. Se nas outras duas as pessoas dependiam do intermédio dos médicos ou das pílulas para alcançar a felicidade artificial, nesta o acesso seria de forma direta, dependendo de si mesmo. O sujeito na ideologia da ginástica é protagonista na construção da sua felicidade. O controle exercido por este método não se apresenta com contornos tão claros como antes, justamente por não depender primordialmente de uma intervenção externa.

A descoberta do receptor opiáceo em 1973 desencadeou muitos questionamentos e foi fundamental para os acontecimentos dessa fase. Com os relatos de corredores que afirmavam que durante uma maratona sentiam muita euforia, mais ainda durante a segunda parte da maratona, pesquisadores começaram a relacionar as endorfinas com os receptores opiáceos. A promoção do bem-estar, da felicidade, presente nos relatos dos atletas, se daria quase como um efeito das endorfinas agindo sobre a supressão da dor causada pelo ácido láctico durante longos exercícios.

Apesar de em 1980 o psicólogo de esportes David Pragman ter oficialmente formulado a teoria da endorfina, estudos mais adiantes mostraram as contradições existentes nessa teoria. A essa altura, a população já apoiava a terapia de exercícios deliberadamente. Haviam entregado em suas mãos uma fórmula de como sentir-se feliz, como produzir sua própria felicidade e ainda justificaram cientificamente tal fenômeno com um apelo fisiológico. Não é de se estranhar que a população não largaria assim tão fácil essa ideologia. Mas, o que levou alguns médicos a abraçarem os efeitos da endorfina e a apoiarem o senso comum, mesmo com suas contradições? Isso ocorreu porque a ligação entre a felicidade e um fator fisiológico como as endorfinas servia perfeitamente como justificativa para encorpar a ideia do uso das drogas psicotrópicas.

A prática de exercícios físicos era algo que os médicos não podiam controlar. Uma parcela poderia até não concordar e não prescrever as atividades físicas para a infelicidade em seu consultório, porém isso não impedia que a população se utilizasse da prática. Estudos posteriores apoiaram a prática, já outros nem tanto, mas a popularidade foi o elemento determinante para a permanência da ideologia da ginástica que foi ganhando espaço nos consultórios médicos.

Faz-se importante ressaltar que não se afirma nesta discussão que fazer exercícios físicos é um problema, ou que ele não possui benefícios para as pessoas que o praticam. A problemática em questão está no objetivo almejado com os exercícios, a felicidade artificial. Quando a felicidade é colocada no rol de conquistas a serem buscadas, ou como a única forma saudável de se viver, todos os dissabores do dia a dia são compreendidos como malignos e dignos de serem combatidos. Pedalar com o único objetivo de fugir da infelicidade é como concorrer em uma maratona e nunca conseguir cruzar a linha de chegada.

Até então, os exercícios eram orientados como forma de manter uma boa saúde e promover o bem-estar, dessa forma, pedalar ou correr três vezes por

semana já se faziam suficientes, por exemplo. Segundo Dworkin, os exercícios ofereciam uma forma de felicidade artificial à população americana, porém apenas uma pequena parcela estava envolvida de forma mais intensa com a rotina de exercícios, transformando a prática em um estilo de vida. Seria o que o autor denomina de *Cultura do Fitness*. O *fitness* seria uma exacerbação, um exagero na prática dos exercícios. Mas o que leva uma pessoa a transformar uma prática que extravasa os limites do próprio corpo em um modo de existir? Qual elemento entra em voga e atribui sentido a um modo de existir baseado em séries de aparelhos sustentadas com muita disciplina e esforços diários?

Dworkin explica que o excesso está longe de ser por uma questão de viver uma vida mais saudável, mas sim tem a ver com orgulho. O modo de existir na cultura do fitness é diferente do da vida real. Enquanto ter sucesso na vida real seria ter um bom emprego ou uma família bem estruturada, no mundo do fitness seria conseguir levantar x quilos a mais na próxima semana de academia. Sobre isso, o autor afirma:

A vida real é dividida em feriados, metas de trabalho e festas de família. A vida na ginástica é dividida em realizações atléticas. Nos dois casos, as pessoas esperam pelos acontecimentos e depois lembram deles, uma experiência que dá peso e profundidade ao tempo que passa e ajuda as pessoas a ter uma sensação crescente de existir. Embora busquem um ritmo simulado, os entusiastas dos exercícios desfrutam o mesmo senso de conquistas e de progresso, como as pessoas na vida real. Experimentam o drama da vida - toda a gama de pompa e solenidade, paixão e triunfo - que inflama a felicidade artificial. (Dworkin, 2007, p. 117)

Manter-se satisfeito com uma realidade paralela, onde as metas são mais palpáveis, mais alcançáveis e até mais fáceis de controlar, parece ser uma saída bem inteligente, e seria, se não fosse o fato de que não são plenamente reais. Ainda assim, bater essas metas traz orgulho para as pessoas. A felicidade artificial no mundo fitness é atravessada pelo olhar do outro e por isso mesmo pode ser cruel, por depender do julgamento popular para legitimar o seu sucesso.

Mas, como falado anteriormente, as atividades físicas eram indicadas como forma de manter a saúde em dia e apenas uma parcela fazia uso do excesso de exercícios. Porém isso começou a mudar quando alguns médicos deixaram de sugerir para policiar os modos de vida das pessoas. Para viver bem é necessário seguir uma rotina de bons costumes, somente dessa forma os sujeitos teriam uma vida longa. Manter um estilo saudável deixa de ser apenas uma recomendação e passa a configurar-se como um status moral. Ora, os médicos são seres dotados de ciência e moralidade, como não saberiam o que é melhor para seu paciente? Dworkin faz críticas fortes à classe médica, afirmando que:

Ao inventar a Felicidade Artificial, os doutores pensaram que tinham resolvido o problema da infelicidade, que tudo tinha sido arranjado, todas as eventualidades tinham sido previstas, e que só faltava fazer uns pequenos retoques. (...) No entanto, o inexplicável espírito humano os enganou; os doutores julgaram os seres humanos de forma completamente errada. E nada prova mais que isso do que o fato de que os doutores, apesar de todos os seus feitos, continuam incapazes de responder à mais básica questão sobre a vida, a questão que dá à vida sua coerência e quando respondida torna possível a felicidade e o contentamento: como deveria alguém viver? (DWORKIN, 2007, p. 264)

O enruste da moralidade trouxe à prática dos exercícios um teor de obrigação e deixou uma terra fértil para alguns fenômenos que conhecemos na contemporaneidade como a corpolatria, a apologia ao corpo magro e os transtornos alimentares. Enunciava-se a tecnificação do fenômeno da felicidade, ao ser capturado pela comunidade médica. Como bem explica Dantas (2014):

Assim, buscar a tão sonhada felicidade deixou de ser uma possibilidade existencial e passou a ser um dever pessoal a partir dos modelos facilmente vendidos pelo social. Enclausurar a vida num estatuto prévio de felicidade e pensar uma sociedade que produz ‘doentes’ por toda parte na medida em que não reconhece a mesma como processo de mudança e imprevistos...” (DANTAS, 2014, p. 131)

Com mais essa ideologia consolidada, combater a infelicidade parecia ser cada vez mais possível. A queixa de infelicidade cada vez mais se tornava

questão para tratar-se em consultório. Com isso, o campo médico munido com as drogas psicotrópicas, a medicina alternativa e os exercícios obsessivos, criaram, por assim dizer, caminhos alternativos para encontrar um tipo de felicidade que demanda menos esforço existencial, a Felicidade Artificial.

Quanto Custa ser Feliz? Felicidade Artificial, Novas Formas de Subjetivação e Mercado de Consumo

Levando em consideração tudo o que já foi posto, pode-se compreender que há tempos a felicidade deixou de ser uma possibilidade, para caminhar a passos largos para um lugar onde ser feliz é uma obrigação, que não só deve ser vivida no presente como demonstrada para o outro. Diante disso, Bruckner (2002, p.34) assinala sobre a felicidade que “temos que produzi-la no duplo sentido do termo, suscitando-a e exibindo-a”. A antropóloga Paula Sibília (2016) dialoga de forma interessante com Bruckner (2002) ao discutir sobre o advento das redes sociais e sua influência nos modos com que os sujeitos contemporâneos expõem sua intimidade.

Em sua obra “O show do eu: a intimidade como espetáculo”, Sibília (2016) costura seu pensamento caminhando pelas transformações ocorridas nos modos de subjetivação no contemporâneo. Importante manter em foco que tais transformações acompanham mudanças sociais, econômicas, tecnológicas e morais que desmontaram boa parte das certezas que os sujeitos possuíam sobre a realidade. A “produção” da felicidade no contemporâneo a partir do olhar de Sibília (2016) faz parte da prerrogativa de que hoje já não há mais a necessidade de sermos de fato felizes, parecermos felizes já basta. Já que temos acesso a uma parcela estática das experiências de vida das pessoas que são exibidas nas redes sociais. Os filtros do **Photoshop** e demais aparatos tecnológicos cumprem bem o papel de editar a realidade, deixando-a belamente idealizada.

Dessa forma, se na modernidade a sociedade ainda estava voltada para uma interioridade, gestando a construção de si no interior de suas casas, refletindo sobre suas questões ao escrever diários, comunicando-se através de cartas, compartilhando do seu íntimo com um número limitado de espectadores, na contemporaneidade experienciamos o fenômeno da extimidade; onde os perfis nas redes sociais podem revelar os mínimos detalhes das vidas de seus usuários a milhares de pessoas no mundo todo. Para Sibília (2016) essa mutação na forma de lidar com o privado trouxe novas formas de subjetivação dos sujeitos. Estes, estariam passando de uma subjetivação *introduzida* para uma *alterdirigida*, gestada a partir da expectativa do olhar do outro. A mídia, neste ínterim, constitui-se como campo de exposição e incitação de modos tidos como legítimos de ser e estar no mundo. As regras sociais que antes eram ditadas pelas instituições tradicionais, como a família e a igreja, transmutaram-se (Lipovetsky, 2004) e são disseminadas em larga escala a partir do olhar individual de cada usuário. Pode-se falar em uma multidão sedenta pela felicidade e, ao mesmo tempo, totalmente confusa com como alcançá-la. Em uma escala de milhões de usuários, quem estaria mais correto sobre como ser feliz plenamente? A dúvida e a insegurança quanto à felicidade e ao futuro estão amplamente instaladas.

Se antes a felicidade poderia ser uma recompensa divina, ou frutos da sabedoria, um estado que poderia ou não fazer parte da vida, hoje ela precisa fazer parte e é responsabilidade de cada um buscá-la de forma ávida e incessante. Há quase que um empreendedorismo de um “eu” feliz. E mais uma vez a aceitação e consagração de uma felicidade artificial finda por fazer sentido, dessa forma, mais vale uma vida artificial e anestesiada do que uma que não compreendo, ou que não posso expô-la. Sobre essa dificuldade de acolhimento dos infortúnios da vida no meio social, “Brunckner (2002) fala sobre uma “civilidade do agradável”, pautada no encobrimento da infelicidade. Nas suas palavras:

Contra as lamúrias e os aborrecimentos seria preciso prometer solenemente ser feliz e ensinar essa arte às crianças. Os homens que adotam a decisão de ser bem-humorados e de nunca se queixar deveriam ser recompensados. [...] não exibir os infortúnios diante dos outros, fazer cara alegre, a fim de manter uma sociabilidade gentil. Razão pela qual essa civilidade do agradável serve mais ao preceito do que ao sistema. (BRUCKNER, 2002, p. 34)

De acordo com Bezerra (2010) a vida é antes de tudo um projeto, um constante devir, do qual surgem interrogações acerca do passado, do presente e, sobretudo, do futuro. Interrogações essas que vão atingir o campo dos sentimentos, levando em consideração que ser projeto implica estar sempre incompleto, sempre em falta. Se for posto uma vida “mais fácil”, um caminho já trilhado e com menos desencontros e sofrimentos, pode-se dizer que a escolha feita é uma escolha artificial. Pois a crítica de Dworkin vai muito além do que uma crítica ao uso de medicamentos, em especial ao uso de psicofármacos, sua crítica diz respeito a escolha de uma vida inautêntica que é embasada por um ar científico, que confere aval a uma fuga de si mesmo. Diante desses pensamentos é natural surgir algumas inquietações. Como deve o sujeito colocar-se diante da vida? Como tomar essa folha em branco e criar um modelo autêntico? E, por fim, onde encontrar uma felicidade real? Parece até uma fala vinda do senso comum, mas as possíveis respostas sempre atravessaram a seguinte afirmação: em si mesmo! Se a Felicidade Artificial é, antes de tudo, algo que sempre parte de fora, de um lugar que não é o sujeito, uma felicidade mais autêntica não faria, justamente, o caminho inverso? Colocando o sujeito como ponto de partida e de possíveis sentidos.

Falar desse voltar-se a si na contemporaneidade causa um certo estranhamento. Essa vida que vai de encontro ao que é vendido no presente, em certa medida, é um ato revolucionário. É nadar contra a corrente, é ir contra o que se é mais fácil e até mesmo aceitável. Contudo, esse “olhar para si” é mascarado pelos caminhos que a Felicidade artificial oferece, o que acaba sendo um caminho contraditório, como explica Brunkner:

Enfim, um objetivo como esse, ao pretender eliminar a dor, termina por substituí-la, a despeito dele, no âmago do sistema. A tal ponto, que hoje em dia o homem sofre também por não querer sofrer, da mesma maneira como se pode adoecer de tanto procurar a saúde perfeita. Nosso tempo conta, por sinal, uma estranha fábula: a de uma sociedade inteiramente voltada para o hedonismo e para a qual tudo se torna irritação, suplício. Infelicidade não é mais somente infelicidade: é pior ainda, é o fracasso da felicidade. (BRUCKNER, 2002, p. 10)

A Felicidade Artificial desponta para dar conta destes estados de negação da infelicidade, proporcionando além de um estado de controle, segundo Appio (2014) um “entorpecimento”, impedindo que os sujeitos percebam que estão sendo controlados e vigiados, e estabelecendo assim, uma vinculação de submissão na qual as relações são vistas como úteis e suscetíveis.

(...) produção de uma felicidade etérea e efêmera que ilude e abastece a pessoa por um curto espaço de tempo. Logo, para sair do seu estado de crise a solução será consumir uma vez mais. Com essa urgência em consumir e em inovar o ser humano desenvolveu uma felicidade aparente puramente artificial, pois, o trocar de metas é constante, o superar dos anseios é muito maior do que a durabilidade do prazer. (GONÇALVES, 2013, p.115).

Sem demora, essa produção de inúmeras tendências se apropria das peculiaridades da Felicidade Artificial e passa a vender de forma perversa caminhos e receitas para a felicidade. Dentre elas, podemos destacar o desenfreado uso de medicamentos que podem vir a entorpecer a existência, provocando um constante estado de engodo; a globalização que proporciona uma felicidade geral e não singular, sendo de todos e de nenhum; da febre das redes sociais que de acordo com Gonçalves (2013) possui uma multidão que “tenta, desesperadamente, preencher o vazio real com uma vida perfeita no virtual”.

Como já denunciado pelos estudiosos Sibília (2016), Lipovetsky (2004) e Bauman (2008) o intercâmbio entre a ampliação do uso dos meios midiáticos, a revolução tecnológica em todos os seus âmbitos e a lógica de consumo capitalista formam uma combinação perigosa. Como Bauman (2008) assevera a seguir:

Na sociedade de consumidores, ninguém pode se tornar sujeitos sem primeiro virar mercadoria, e ninguém pode manter segura sua subjetividade sem reanimar, ressuscitar e recarregar de maneira perpétua as capacidades esperadas e exigidas de uma mercadoria vendável... A característica mais proeminente da sociedade de consumidores – ainda que cuidadosamente disfarçada e encoberta – é a transformação dos consumidores em mercadorias (BAUMAN, 2008, p.20).

Tal reflexão permanece atual com vários toques de refinamento das estratégias de controle no presente. Os blogs, tão mencionados e que já traziam bastante surpresa nas primeiras produções de Sibília (2008), ainda existem, mas as redes baseadas em imagens ganharam bastante espaço, consagrando a experiência de vida do outro como nicho de mercado. Se há quinze anos os produtos que prometiam beleza, bem-estar, juventude e, assim, felicidade, eram vendidos a partir da imagem distante dos atores de novelas e das celebridades, hoje estes são abordados por “pessoas comuns”, já que a web converteu “eu, você e todos nós nas personalidades do momento” (Sibília, 2008, pg. 22). As celebridades de hoje estão ao alcance das mãos, podemos contatá-las apenas com uma mensagem, são autônomas e precisam apenas de telas e seguidores atentos em quantidade. Consume-se não apenas a roupa, a maquiagem ou o perfume importado das influencers, mas seu relacionamento, suas viagens, sua visão de alimentação saudável.

O fenômeno do imperativo da felicidade precisa de constante análise, assim as atualizações provenientes das produções científicas são muito importantes. Um estudo de revisão integrativa bastante recente, realizado em 2021 e publicado na revista *Diálogos e ciência* de 2022, levantou uma questão significativa a respeito do modo como a felicidade está sendo compreendida na atualidade. Os autores Silva, Juriti, Silva e Santos guiaram seus estudos a fim de investigar os impactos da concepção da felicidade individual como lógica de vida contemporânea na subjetividade e na coletividade.

Através dos estudos foi encontrado que a concepção atual de felicidade individual se mostra danosa nos níveis individuais e coletivos. Percebe-se a perda de projetos coletivos de felicidade, a ausência de valores universais e a perda da meta da criação de utopias. Ocorre, dessa forma, um resgate do estilo de vida pautado no hedonismo, visando a realização dos prazeres individuais e a curto prazo.

Inclusive, a recorrência das palavras felicidade, consumo e coletividades nos títulos dos artigos encontrados chamam a atenção, acendendo a importância de relacionarmos o comportamento de consumo dos sujeitos contemporâneos com o modo como estes estão buscando a felicidade. Acselrad e Vale (2018) e Souza e Oliveira (2018), autores que tiveram seus artigos analisados, afirmam que os sujeitos contemporâneos são compelidos ao consumo como forma de alcançar a felicidade, uma vez que os meios midiáticos cumprem o papel de relacionar a compra a estados de felicidade e bem-estar. Outro ponto, é o caráter impositivo do estado de felicidade, acontecendo ao passo em que a felicidade, mesmo que aparente nas redes sociais, é exaltada, enquanto os estados de tristeza são rechaçados.

Acselrad e Vale (2018) se debruçam em seu estudo sobre a investigação da felicidade em sua relação com a sociedade de consumo. Para tal, realizaram uma investigação com estudantes universitários usando a técnica de dois grupos focais. Em suas análises perceberam a relação insistente que os participantes dos grupos fizeram entre o que consumiam e a experiência de felicidade plena. Como nesse trecho “Eu vou dizer uma coisa agora que vocês vão me matar, mas eu acho que felicidade está muito ligada a consumo”; “Nós precisamos consumir, somos induzidos a achar que sim para estarmos plenos” (Acselrad e Vale, 2018, pg. 9).

Um dado interessante é que os estudantes não se restringiram a pensar no consumo apenas de objetos e dinheiro, mas também associaram o sentir-se per-

tencentos ao mundo com experiências que são atravessadas pelo consumo, os “bens materiais da cultura” (Acsehrad e Vale, 2018, pg. 9), como filmes, livros e músicas. Afirmaram que mesmo para as atividades de lazer gratuitas, como ver um pôr do sol, faz-se necessário possuir dinheiro para chegar até o local etc. O consumo, nessa perspectiva, é visto como onipresente na vida das pessoas, associando-se a um vício.

Na impossibilidade de serem felizes plenamente, em um estado de bem-estar compulsório, os sujeitos contemporâneos sofrem. Se angustiam diante de sua condição de incompletude, sempre permanente (Heidegger, 1995). Assim, a felicidade constante é impossível não apenas por ser desejada em uma sociedade moldada a partir da exploração e que atualmente é marcada pelo mercado de consumo, mas por conjuntamente, rejeitar a própria condição da existência humana. A busca por tamponar a infelicidade transforma-se em motor que sustenta o consumo. Este, sustentado primordialmente pelo lucro a qualquer custo, acaba por ser produtor e mantenedor do “mal” que promete sanar. A felicidade artificial, mais uma vez, mostra-se uma saída aplicável, apesar de ilusória e fadada ao fracasso.

É a partir desse pensamento crítico que é possível afirmar que se antes a felicidade era uma possibilidade, e que segundo Bruckner (2002), fazia sonhar e estava ligada a “um desejo sempre vivo e voraz”, hoje temos uma sociedade que tomou para si uma felicidade que fala muito mais sobre uma obrigação do que de um desejo.

Pascal Bruckner (2002, p. 47-48) nos aponta que “não somos os donos e nem temos poder sobre nossas alegrias, que estão sempre a se esquivar dos encontros que marcamos com elas, mas aparecem quando menos as esperamos”. Ao afirmar isso o autor joga uma luz sobre um ponto interessante: não possuímos o controle de nossas vidas. Por mais que esse desejo, em alguma medida,

atravesse a vivência humana, ele é isso, um desejo. E talvez seja esse desejo que em alguma medida esteja ligado ao fato de não aceitar a infelicidade como uma possibilidade, ou ainda mais, ao fato de não conseguir compreendê-la, findando por recorrer a métodos externos e artificiais.

Considerações Finais

À guisa de conclusão, procura-se aqui demonstrar pequenas sínteses sobre modos diferentes de existir e de apropriar da chamada felicidade, e que a Felicidade Artificial é apenas uma dessas maneiras. O intuito desta discussão não foi de afirmar que a Felicidade Artificial é um modo errado de se viver, mas sim, de sinalizar suas possíveis problemáticas. Desta maneira, é provável que existam pessoas que consigam passar uma vida inteira mergulhada na artificialidade onde a Felicidade Artificial, pode por vezes suprir certas necessidades para aqueles que preferem ter suas vidas guiadas por caminhos impessoais e já postos.

Todavia, trata-se sempre de uma questão de escolha, de querer estar ou não em determinada situação e/ou lugar. Assim, desfrutar da felicidade, depende de um posicionar-se, de um questionar-se, de um olhar diferente que cada um tem perante as suas questões, e principalmente perante a si mesmo. Logo, se a pessoa busca uma resposta pronta, por uma vida inautêntica com trajetos aparentemente mais fáceis e vazios de sentidos próprios, mas cheio de sentidos previamente estabelecidos então, talvez, a Felicidade Artificial seja para esta o caminho mais acessível. Mas, se houver como dizia Heidegger (1995) um “estranhamento”, ou seja, um questionamento da própria existência, um questionamento desses caminhos artificiais, a fim de que, a partir do constante movimento de interrogar aquilo que está dado, de não se conformar com qualquer coisa que foge de sua autenticidade, torna-se possível, por via de cami-

nhos exclusivamente particulares e privativos, a possibilidade de experienciar momentos felizes.

O nosso principal objetivo neste trabalho, foi problematizar a respeito da Felicidade Artificial que vem gradativamente enraizando suas ideologias nas vidas das pessoas, promovendo assim, um distanciamento das questões fundamentais da existência. Assim como, apontar a sua falida promessa de tornarem as pessoas realmente felizes, que Bruckner (2002) expõe como o “fracasso da felicidade”, ou pior ainda, de querer tornar as pessoas “cronicamente felizes” Bruckner (2002), e demonstrando que na maioria das vezes a Felicidade Artificial é fomentadora da própria infelicidade, pois ela tira do indivíduo o poder de escolha sobre si mesmo.

A pessoa que aceita a Felicidade Artificial faz a opção consciente de viver uma mentira. O único desafio que lhe resta é convencer a si mesma de que a mentira não é de fato uma mentira, e que sua felicidade é real, o que, de fato, não é. Algumas vezes, a Felicidade Artificial cega um indivíduo para as consequências de sua decisão, influenciando o processo de tomada de decisão. (DWORKIN, 2007, p. 254-255)

Assim, considerando que a Felicidade Artificial está tão consolidada na atualidade, a pergunta permanece: é possível ser feliz? Isto porque a Felicidade Artificial está tão marginalizada que hoje ela se tornou o seu avesso, e que quem a procura parece estar fadado a ser infeliz. Desta forma, evidencia-se um diálogo com a fenomenologia existencial a partir de uma hermenêutica do sentido para uma melhor compreensão desta resposta.

Não se trata aqui da busca de uma veracidade a respeito da felicidade, mas sim, de atentar-se aos modos como cada sujeito manifesta suas próprias possibilidades de se sentir feliz. E falamos aqui, numa definição pluralizada de “Felicidades”, apresentada de forma intencional para destacar a impossibilidade de se supor um único caminho, por direções pressupostas e já dadas que indubitavelmente são encontradas na Felicidade Artificial, uma vez que, este

percurso é um trajeto solitário na qual nenhum outro poderá usufruir das mesmas sensações e sentimentos. Desta maneira, o mais importante e que caracteriza a possibilidade de ser feliz, é o significado daquilo que se dá na experiência, sendo manifestada impreterivelmente de forma autêntica e originária.

Para isso Heidegger (1995), ressalta que somente pela disposição afetiva da “angústia” é possível esta abertura para a singularização, promovendo um rompimento do impessoal, e então no ser-si-mesmo, a possibilidade de ser feliz. “Só na angústia subsiste a possibilidade de uma abertura privilegiada na medida em que ela singulariza. Essa singularização retira a pre-sença de sua de-cadência e lhe revela a propriedade e impropriedade como possibilidades de seu ser.” (HEIDEGGER, 1995, p. 255).

A angústia singulariza a pre-sença em seu próprio ser-no-mundo que, na compreensão, se projeta essencialmente para possibilidades. Naquilo pelo que se angustia, a angústia abre a pre-sença como ser-possível e, na verdade, como aquilo que, somente a partir de si mesmo, pode singularizar-se. (HEIDEGGER, 1995, p. 251-252)

À vista disso, para a fenomenologia não importa o que acontece, ou seja, os fatos e caminhos que levam a uma vida feliz, mas sim, como acontece no âmbito da vivência. Logo, a partir de uma atitude fenomenológica, que tem o intuito de sempre visar novas possibilidades de acesso do sujeito em seus infinitos horizontes de sentidos, torna-se possível pensar a felicidade não como um lugar a se chegar ou um estado permanente do ser. A felicidade se desvela como caminho, trajetória e processo onde o maior propósito é o encontro consigo mesmo.

Logo, não é explicando, direcionando e nem pressupondo meios e caminhos para se alcançar a felicidade, mas buscando sempre compreender a partir da própria experiência vivida, de forma “encarnada” como indicara Merleau-Ponty (1999), que se é possível desfrutar de momentos únicos chamados de felicidades. Trata-se, com inspiração fenomenológica, de uma vinculação entre

a possibilidade de felicidade com a genuína singularização. Assim, Clóvis de Barros Filho nos aponta de forma magistral sobre o que é a felicidade em muitas de suas palestras: “Trata-se de um instante de vida que vale por ele mesmo”. E reafirma sobre este instante em sua obra, “uma centelha de vida imprevisível”. Que escape a qualquer fórmula. Quer coletiva, quer individual. Uma vida que vale por si mesma” (2012, p.126). Desta maneira, acreditamos que a felicidade é um instante de vida que você gostaria que durasse um pouco mais, que repetisse uma outra vez, que não acabasse. Mas não durará, nem repetirá, e acabará. Pois estes instantes, são virginais e irrepetíveis, e foge ao nosso controle. Basta apenas esperar, quem sabe, a possibilidade de um outro instante acontecer, mesmo de forma fugidia, ou simplesmente não. Pois se durar, repetir ou não acabar, poderá ser apenas...Felicidade Artificial.

Referências

ACSERALD, M; VALE, F. C. **A representação social da felicidade e a sociedade de consumo na visão de jovens universitários**. Pesquisas e Práticas Psicossociais 13(1), São João del Rei, janeiro-abril de 2018.

ADORNO, Theodor W. HORKHEIMER, Max. **A Dialética do Esclarecimento**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995.

APPIO, Alexandre. J. **O entorpecimento consentido**. Revista Saúde e Desenvolvimento, Curitiba - PR, Uninter, vol.6, n.3: (185 - 200) jul/dez 2014.

BARROS FILHO, Clóvis de. MEUCCI, Arthur. **A vida que vale a pena ser vivida**, Petrópolis - RJ: Vozes, 2012.

BAUMAN, Zygmunt. **Vida para Consumo: a transformação das pessoas em mercadoria**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2008.

BEZERRA, Benilton. **A Psiquiatria e a Gestão Tecnológica do bem-estar**. In: Ser Feliz Hoje: Reflexões sobre o Imperativo da Felicidade. Rio de Janeiro: FGV, 2010.

BRUCKNER, Pascal. **A euforia perpétua: ensaios sobre o dever de felicidade**, Rio de Janeiro: Difel, 2002.

DANTAS, Jurema B. **Tecnificação da vida**: Uma discussão sobre o fenômeno da medicalização na sociedade contemporânea, Curitiba - PR: CRV, 2014.

DWORKIN, Ronald W. **Felicidade Artificial**: O lado negro da nova classe feliz. 1ª Edição. São Paulo: Planeta do Brasil, 2007.

GONÇALVES, Antônio B. **A Degradação da globalização e a felicidade artificial do consumo**: um olhar crítico sobre o humanismo ante a crise econômica. Revista Científica A Barriguda. Campina Grande – PB. v. 3, n. 1, ano 3: (108 - 128) – 2013.

HEIDEGGER, M. **Todos nós...ninguém**. Um enfoque fenomenológico do social. São Paulo: Editora Moraes, 1981.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. Petrópolis - RJ: Editora Vozes, 1995. LIPOVETSKY, G. (2004). **Os tempos hipermodernos**. São Paulo: Barcarolla.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**, 2- ed. - São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SIBILIA, Paula. **O Show do Eu** – A intimidade como espetáculo. 1.ed, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008.

SIBILIA, Paula. **O Show do Eu** – A intimidade como espetáculo. 2.ed, revi. Rio de Janeiro: Contraponto, 2016.

SILVA, A. S. JURITI, I. A. SILVA, S. N. SANTOS, D. A. S. **Felicidade individual como lógica de vida contemporânea e seus impactos na subjetividade e coletividade: uma revisão integrativa**. Revista Diálogos & Ciência Fluxo Contínuo - vol. 2 n. 1 – 2022. Disponível em: <https://periodicos.unifc.edu.br/index.php/dialogoseciencia/article/view/53>. Acesso em: 27/10/22.

CAPÍTULO 11

PSICOLOGIA E INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA: LEVANTAMENTO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA

Jena Hanay Araujo de Oliveira

Mayza Moreira Gois

Doi: 10.48209/978-65-5417-138-A

Introdução

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é um problema de saúde pública global que afeta a qualidade de vida das pessoas. O tratamento para esse adoecimento envolve mudanças em vários contextos, como o familiar, o ocupacional e o social (SENSU, 2017).

O tratamento oferecido para as pessoas com IRC na maioria dos serviços de saúde, está centrado em apenas aspectos biológicos (PAULA et al., 2017). Nesse sentido, a inserção da Psicologia nesse contexto de cuidado em saúde se faz necessária, uma vez que, a Psicologia pode colaborar orientando e dando suporte às pessoas diagnosticadas com IRC, a fim de auxiliar no processo de adaptação ao novo estilo de vida (SENSU, 2017).

Diante da necessidade do trabalho da Psicologia no contexto da Insuficiência Renal Crônica, é relevante conhecer a produção científica em Psicologia sobre essa temática, além do que levantar sua contribuição no cuidado em saúde e assistência psicológica a essa população (PAULA et al., 2017).

A Insuficiência Renal Crônica, se caracteriza pela lesão nos rins, que são os órgãos responsáveis pela regulação dos hormônios que controlam a pressão arterial, o metabolismo ósseo e a produção de glóbulos vermelhos no corpo humano (MORSCH; VERONESE, 2011). Em relação ao tratamento para a IRC, ele pode acontecer de forma conservadora ou substitutiva. O tratamento conservador é realizado quando existe a possibilidade de cura ou melhora da função renal (SOUZA; OLIVEIRA, 2017). Já o tratamento substitutivo, pode acontecer por meio da diálise peritoneal, hemodiálise e do transplante renal (GORAYEB et al, 2015).

A Psicologia da Saúde é a área da ciência psicológica que se debruça sobre o binômio saúde-doença, ela está inserida em um cenário onde predomina o saber biomédico, de adoecimentos físicos. Nesse contexto, a Psicologia tem como objetivo escutar o sofrimento e auxiliar no enfrentamento de possíveis agravos do curso da doença daquele que está sendo assistido por uma equipe de saúde (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019).

No contexto da Insuficiência Renal Crônica, a Psicologia pode dar suporte a pessoa desde o momento da descoberta do adoecimento, bem como, ao longo de todo o seu processo de tratamento. Diante dessa patologia, a Psicologia intervém de forma a auxiliar a pessoa na resignificação da doença e na criação de estratégias que promovam adesão ao tratamento e melhora na qualidade de vida (DOS SANTOS QUEIROZ; DE SOUZA RIBEIRO, 2021).

Esta pesquisa consiste em um levantamento da produção científica de artigos sobre Psicologia e Insuficiência Renal Crônica. Esse tipo de levanta-

mento utiliza-se da análise quantitativa com o objetivo de mapear a produção de determinado tema e apresentá-la a partir de análises estatísticas descritivas (VOSGERAU; ROMANOWSKI, 2014).

O levantamento da produção científica foi realizado através da busca de artigos publicados em bases de dados indexadoras de periódicos. A coleta dos dados aconteceu em Outubro de 2022. A pesquisa se delimitou a artigos científicos publicados em três bases de dados: INDEX - Psicologia, SciELO.org e Portal de Periódicos CAPES, no período compreendido entre 2011 a 2021. Definiu-se essas três bases de dados, em razão da possibilidade de busca fazendo o uso da combinação de descritores. A pesquisa dos artigos foi efetuada através de descritores estabelecidos previamente, que foram: “psicologia” e “insuficiência renal crônica”. A seleção dos descritores se deu ao maior número de artigos encontrados quando estes foram inseridos nas plataformas de busca.

Os critérios de inclusão dos artigos foram: (a) artigos que estivessem com o seu texto completo disponível de forma gratuita e online; (b) artigos publicados no período de 2011 a 2021. Os critérios de exclusão dos artigos foram: (a) artigos que se repetiram nas bases de dados; (b) artigos publicados fora do período de anos estabelecidos e; (c) artigos que não abordassem questões psicológicas.

A pesquisa na base de dados eletrônica INDEX - Psicologia, obteve como resultado oito artigos, na SciELO.org encontrou-se 13 artigos e no Portal de Periódicos CAPES obteve-se como resultado 42 artigos. Em seguida, os artigos tiveram os seus títulos e resumos lidos, com o objetivo de incluir ou excluir algum estudo de acordo com os critérios pré-estabelecidos para a pesquisa.

No total, foram encontrados 63 artigos, dos quais, 23 artigos foram excluídos por repetição, três artigos foram excluídos por não abordarem questões psicológicas e um artigo foi excluído por estar fora dos anos utilizados como

critério de inclusão. Por fim, foram selecionados 20 artigos da base de dados Portal de Periódicos CAPES, nove artigos da SciELO.org e sete artigos da IN-DEX – Psicologia.

Após esta etapa, os 36 artigos da amostra foram categorizados no Microsoft Excel, de acordo com as seguintes dimensões de análise: distribuição por países das revistas em que os artigos foram publicados; distribuição por anos de publicação dos artigos; distribuição por revistas em que os artigos foram publicados; distribuição por áreas das revistas; distribuição pela quantidade de autor(es); distribuição por tipo de delineamento de pesquisa; distribuição por tipo de população e; distribuição por tipo de estudo.

Resultados e Discussão

A amostra de 36 artigos foi publicada em revistas de oito países da região Ibero-americana, como pode ser observado na Tabela 1:

Tabela 1 – Quantidade de artigos por país.

Países das Revistas	f	%
1. Brasil	19	52,78%
2. Colômbia	4	11,11%
3. Chile	1	2,78%
4. Cuba	1	2,78%
5. Espanha	2	5,56%
6. México	6	16,67%
7. Portugal	2	5,56%
8. Uruguai	1	2,78%
Total	36	100,00%

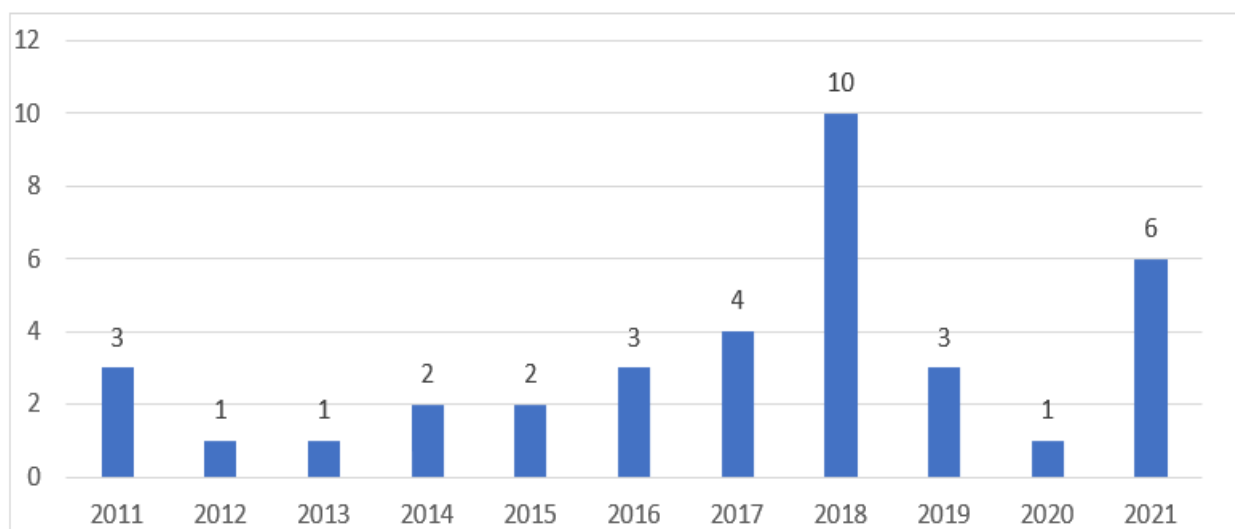
Fonte: elaboração das autoras (2022).

A partir desses dados, pode-se observar que o país que mais publicou artigos relacionados com a temática Psicologia e IRC foi o Brasil (19 artigos), seguido do México (seis artigos) e Colômbia (quatro artigos), todos países da América Latina. Esse resultado, corrobora com a literatura internacional que aponta que o Brasil é o atual líder em produção científica na área da Psicologia na América Latina (CANO et al., 2022; GUTIÉRREZ; LANDEIRA-FERNÁNDEZ, 2018; VANDENBOS; WINKLER, 2015).

Percebeu-se que esse resultado, também converge com a literatura que trata sobre a quantidade de produção científica no geral, onde, ela afirma que houve um progresso da quantidade e qualidade da produção científica do Brasil a partir do ano de 2011 (SCHNEEGANS; LEWIS; STRAZA, 2021). Assim como, no comparativo entre os demais países da América Latina, o Brasil foi o que mais publicou no período de 2013 a 2018 (WEB OF SCIENCE GROUP, 2019).

Vale destacar, a ausência de publicações da Argentina na amostra, pois, segundo o estudo de Cano et al. (2022), o país ficou entre os cinco países que mais fazem publicações na área da Psicologia na América Latina. A ausência de artigos da Argentina na amostra talvez possa ser explicada pelo fato de uma parcela da produção científica do país ser publicada no formato de livro (MASSANARI et al., 2017). No entanto, é importante ressaltar que a liderança quantitativa de publicações brasileiras na amostra, pode ter relação com o fato de que os descritores utilizados para a busca estavam em língua portuguesa.

Conforme, o recorte temporal da pesquisa (2011-2021), foram publicados por ano, a seguinte quantidade de artigos: 2011, três artigos (8,33%); 2012, um artigo (2,78 %); 2013, um artigo (2,78 %); 2014, dois artigos (5,56%); 2015, dois artigos (5,56%); 2016, três artigos (8,33%); 2017, quatro artigos (11,11%); 2018, 10 artigos (27,78%); 2019, três artigos (8,33%); 2020, um artigo (2,78%) e; 2021, seis artigos (16,67%). A Figura 1 ilustra a distribuição por anos dos artigos.

Figura 1– Distribuição de artigos por ano.

Fonte: elaboração das autoras (2022).

Esses resultados demonstram que as publicações sobre Psicologia e IRC, apresentaram um comportamento de produção estável entre os sete primeiros anos da amostra (2011-2017), com uma média de 2,2% artigos publicados por ano. No entanto, no ano de 2018 aconteceu um pico na produção, com um total de 10 artigos publicados, já no ano seguinte, em 2019, as publicações voltaram ao padrão dos sete primeiros anos da amostra.

Vale ressaltar que, no ano de início da pandemia de SARS-CoV-2 (Covid 19), em 2020, houve uma queda no número de publicações, com apenas um artigo publicado, porém, no ano seguinte, em 2021, as publicações voltaram a crescer, com seis artigos publicados ao longo do ano.

No que se refere ao padrão quantitativo de publicação por ano sobre Psicologia e IRC, Correa e Silveira (2019), observaram em seu artigo, acerca das dificuldades de aceitação do diagnóstico de IRC, com o filtro de anos entre (2010-2018) um padrão constante de publicação. No entanto, o artigo de Cremasco e Baptista (2018), sobre depressão e DRC, com o recorte temporal de pesquisa entre (2006-2016), obteve um resultado que diverge com o padrão de constância de publicação anteriormente citado. Os autores observaram uma

concentração de publicações nos anos de 2010, 2011 e 2012, com 57,15% do total da amostra de 21 estudos. Vale ressaltar que essa pesquisa incluiu artigos em língua portuguesa, inglesa e espanhola e, essa abrangência de idiomas talvez explicaria a concentração das publicações nesses três anos.

Ademais, é importante destacar que é difícil generalizar um padrão de constância de publicação de artigos sobre Psicologia e IRC, pois a temática pode ser explorada de acordo com vários objetivos de pesquisa, como pôde-se observar nos dois artigos supracitados. Logo, dependendo dos descritores e do recorte temporal de anos utilizados para realizar levantamentos sobre o tema, os padrões quantitativos de publicação irão ser distintos.

Como pode ser visto na Tabela 2, os 36 artigos da amostra foram publicados em 29 revistas diferentes. Acerca da distribuição dos artigos nas revistas, observou-se que, as revistas que mais concentraram as publicações foram: *Psicología y Salud* (México) com cinco artigos (13,89%); *Enfermería Nefrológica* (Espanha) com dois artigos (5,56%); *PSICO USF* (Brasil) com dois artigos (5,56%) e; *Revista da Abordagem Gestáltica* (Brasil) com dois artigos (5,56%). Ressalta-se que, os 19 artigos publicados pelo Brasil estão distribuídos em 17 revistas diferentes.

Tabela 2 – Quantidade de artigos por revista.

Revistas	f	%
1. PSICOLOGIA (Portugal)	1	2,78%
2. Psicologia, Saúde e Doenças (Portugal)	1	2,78%
3. Saúde e Sociedade (Brasil)	1	2,78%
4. Horizonte Sanitário (México)	1	2,78%
5. CES Psicologia (Colômbia)	1	2,78%
6. Texto & Contexto - Enfermagem (Brasil)	1	2,78%

7. Psicologia: Ciência e Profissão (Brasil)	1	2,78%
8. Psicologia & Sociedade (Brasil)	1	2,78%
9. Psicologia em Estudo (Brasil)	1	2,78%
10. Polis e Psique (Brasil)	1	2,78%
11. VINCULO – Revista do NESME (Brasil)	1	2,78%
12. Psicologia: Reflexão e Crítica (Brasil)	1	2,78%
13. PSICO USF (Brasil)	2	5,56%
14. Psicologia Argumento (Brasil)	1	2,78%
15. PSICO - Porto Alegre (Brasil)	1	2,78%
16. Revista Psicologia da IMED (Brasil)	1	2,78%
17. Psicología y Salud (México)	5	13,89%
18. Paidéia cadernos de Psicologia e Educação (Brasil)	1	2,78%
19. Investigación y educación en enfermería (Colômbia)	1	2,78%
20. Revista da Abordagem Gestáltica (Brasil)	2	5,56%
21. Archivos de medicina - Manizales (Colômbia)	1	2,78%
22. Ciências Psicológicas (Uruguai)	1	2,78%
23. Revista Terapia Psicológica (Chile)	1	2,78%
24. Enfermería Nefrológica (Espanha)	2	5,56%
25. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde (Brasil)	1	2,78%
26. Psicología desde el Caribe (Colômbia)	1	2,78%
27. ID on line. Revista de Psicologia (Brasil)	1	2,78%
28. Medicentro Eletrônica (Cuba)	1	2,78%
29. Psicologia e Saber Social (Brasil)	1	2,78%
Total	36	100,00%

Fonte: elaboração das autoras (2022).

As 29 revistas em que os artigos estão distribuídos se concentram em quatro áreas do conhecimento, como pode ser observado na Tabela 3.

Tabela 3 – Quantidade de áreas das revistas.

Áreas das Revistas	f	%
1. Ciências Médicas e da Saúde	1	3,45%
2. Enfermagem	3	10,34%
3. Psicologia	21	72,41%
4. Saúde Pública/Coletiva	4	13,79%
Total	29	100,00%

Fonte: elaboração da autora (2022).

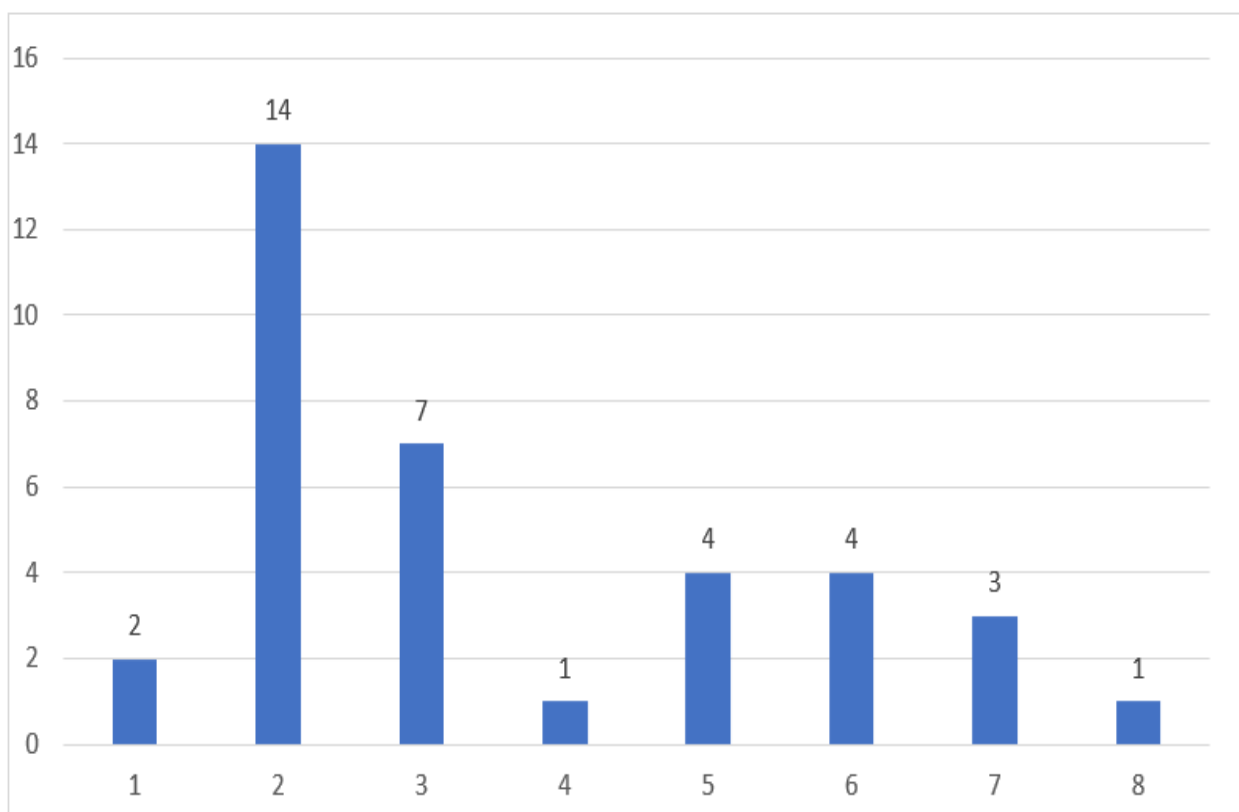
A área do conhecimento que predominou foi a Psicologia com 21 revistas (72,41%), esse resultado, provavelmente, se deve ao fato de um dos descritores da presente pesquisa ser “psicologia”. A concentração dos artigos sobre a temática em questão nas revistas de Psicologia, converge com o resultado encontrado na pesquisa de Cremasco e Baptista (2018). Esse resultado também demonstra o crescente aumento de pesquisas da área da Psicologia sobre a IRC.

Vale ressaltar o número de 4 revistas (13,79%), da área da Saúde Pública/Coletiva, pois, contrasta com o que a literatura afirma, Santin e Caregnato (2019), trazem que a área da Saúde Pública é uma das que mais produzem pesquisas na América Latina.

No que se refere ao número de autores por artigo, a quantidade variou de um autor até oito autores. Essa distribuição de autores por artigo, apresentou-se da seguinte forma: com um autor foram dois artigos (5,56%); com dois autores foram 14 artigos (38,89%); três autores foram sete artigos (19,44%); com qua-

tro autores apenas um artigo (2,78%); com cinco autores foram quatro artigos (11,11%); com seis autores foram quatro artigos (11,11%); com sete autores foram três artigos (8,33%) e; com oito autores apenas um artigo (2,78%). A Figura 2 ilustra a distribuição por número de autor(es) nos artigos da amostra.

Figura 2 – Distribuição de autor(es) por artigo.



Fonte: elaboração da autora (2022).

Nota-se que o padrão de autoria dupla e tripla são predominantes na amostra, representando 58,33% do total. Esse resultado dialoga com a literatura, Ávila-Toscano et al. (2014), observaram em seis revistas de Psicologia da Colômbia o padrão de 2,3 autores por estudo. Já na área da Saúde Coletiva, Iriart e Trad (2020) notaram que em uma amostra 3.987 artigos, cerca de 52,95% tinham até dois autores e 70,75% até três autores. Essa quantidade de autores por artigo pode ter relação com a produção dos artigos ter sido em grande parte realizada por professores orientadores e alunos, bem como, por parcerias entre professores de diferentes universidades, o que converge com

a literatura que diz que os artigos científicos majoritariamente são produzidos pelas universidades (GUTIÉRREZ; LANDEIRA-FERNÁNDEZ, 2018).

No entanto, esse padrão de autores observados na presente amostra diverge com o que Batista et al. (2019) constatou, em sua pesquisa com artigos de Psicologia produzidos pela UFMG, onde a autoria única predominou. Esse comportamento de publicação com autoria única talvez possa ser explicado pelo índice baixo de colaboração internacional nas publicações do Brasil (WEB OF SCIENCE GROUP 2019).

A Tabela 4 ilustra a distribuição dos artigos em razão do tipo de delineamento de pesquisa.

Tabela 4 – Quantidade de artigos por tipo de delineamento de pesquisa.

Tipo de Estudos	f	%
Estudos Empíricos	34	94,44%
Estudos Teóricos	2	5,56%
Total	36	100,00%

Fonte: elaboração das autoras (2022).

Conforme a Tabela 4, a maioria dos artigos da amostra adotaram procedimentos empíricos de coleta de dados, seja por meio de entrevistas, aplicação de instrumentos de avaliação psicológica ou intervenções psicológicas. A predominância dos artigos empíricos, converge com os resultados encontrados por Sáez-Ibáñez et al. (2018), durante a análise bibliométrica da “Revista de Psicologia da Universidade do Chile”, onde a maioria dos artigos publicados na revista eram empíricos. O predomínio da pesquisa empírica na amostra, talvez tenha relação com a herança dos métodos das Ciências Naturais que compuseram boa parte da construção da história das pesquisas em Ciências da

Saúde (SILVA; CASTRO-SILVA; MOURA, 2018). Outra hipótese seria que as revistas científicas tem como prioridade de publicação os artigos empíricos.

No que concerne às temáticas trabalhadas nos artigos empíricos da amostra, eles abordam principalmente a avaliação de propostas de intervenção psicológica com os pacientes com IRC; a avaliação da relação entre depressão e IRC, juntamente com as representações sociais da doença; a investigação das atribuições de significados ao transplante renal; a avaliação das qualidades psicométricas de um instrumento em pessoas com IRC; a descrição dos níveis de depressão em pessoas com IRC em HD (hemodiálise) e as relações com os fatores sociodemográficos e tempo de HD; a avaliação da qualidade de vida e satisfação com o corpo da pessoa em tratamento para IRC; a avaliação da qualidade de vida e a sobrecarga percebida pelo cuidador da pessoa com IRC e; a identificação das principais estratégias de enfrentamento de pacientes com IRC, entre outros.

Os artigos teóricos da amostra tratam sobre a trajetória e a situação atual da Psicologia no campo da Nefrologia e a necessidade de se consolidar como uma especialidade, assim como, sobre as estratégias de adaptação utilizadas pela criança em hemodiálise. De modo geral, as temáticas trabalhadas nos 36 artigos da amostra convergem com a literatura nacional (ALMEIDA; PALMEIRA, 2018; CREMASCO; BAPTISTA, 2018; MATURANA et al., 2016). Diante do exposto, são muitos o objetivo trabalhado nos artigos da amostra, no entanto, é importante destacar a ausência de estudos específicos com as pessoas em tratamento conservador, ou seja, aquele que faz o tratamento de controle das medidas clínicas (medicamentos, modificações na dieta e estilo de vida) para retardar o avanço da doença renal crônica.

Na Tabela 5 pode-se observar a distribuição dos artigos por tipo de população que os estudos investigaram.

Tabela 5 – Quantidade de artigos por tipo de população.

População dos Estudos		f	%
Cuidadores		2	5,56%
Pacientes Adultos		24	66,67%
Pacientes Adultos Idosos		1	2,78%
Pacientes Adultos e Cuidadores		3	8,33%
Pacientes Adolescentes		1	2,78%
Pacientes Adolescentes e Cuidadores		1	2,78%
Pacientes Crianças		1	2,78%
Pacientes Crianças e Cuidadores		1	2,78%
Profissionais da Saúde		2	5,56%
Total		36	100,00%

Fonte: elaboração das autoras (2022).

A maioria dos artigos empíricos trabalharam com a população adulta, o que converge com a literatura científica, uma vez que a população adulta parece ser a mais acometida pela IRC. De acordo com o Censo Brasileiro de Diálise (2022), a faixa etária mais prevalente com IRC em tratamento de hemodiálise e diálise peritoneal é a adulta, entre 20 a 44 anos (20,8%) e 45 a 64 anos (42,5%) de um total de pacientes estimado de 144.779 em julho de 2020. Já na população dos Estados Unidos, estima-se que 15% dos adultos (37 milhões de pessoas) tenham IRC e, as pessoas com 65 anos ou mais (38%) são a maioria, seguido das pessoas com 45 a 64 anos (13%) e 18 a 44 anos (7%) (CENTROS DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS et al., 2019).

Embora, seja importante destacar que apesar da população adulta predominar nos índices de IRC globais, também é preciso ampliar os estudos com outras populações como: as crianças, os adolescentes, os idosos e as gestantes. Uma vez que, cada fase do desenvolvimento provoca mudanças distintas na forma de ser/existir no mundo e o acometimento por uma doença crônica também impactará no curso dessas fases.

No que se refere ao tipo de amostragem dos artigos, a maioria deles utilizou-se da amostra não probabilística, esse tipo de amostra de acordo com Andrade e Pegolo (2020), pode não ser considerada representativa de uma população. Nesse sentido, a realização de pesquisas com amostragem aleatória da população com IRC se faz necessária, a fim de se obter resultados mais generalizados sobre essa população.

A Tabela 6 ilustra as categorias em que os 36 artigos podem ser classificados. Definiu-se como estudos de caracterização/correlação os artigos que tinham como objetivo caracterizar a população de pacientes com IRC e/ou de seus cuidadores ou relacionar variáveis com essa população, como por exemplo, a incidência de depressão. Já os estudos de construção, adaptação e validação de instrumentos consistem em pesquisas que testaram se instrumentos psicológicos seriam válidos para avaliar a população com IRC. Os estudos teóricos são caracterizados por conceituarem definições sobre a atuação da Psicologia na Nefrologia e sobre a caracterização das estratégias de enfrentamento das crianças com IRC. Por fim, os estudos interventivos são aqueles que realizaram algum tipo de intervenção psicológica com os pacientes renais crônicos e/ou com seus cuidadores. Como pode ser observado na Tabela 6, a maioria dos estudos tinham como objetivo caracterizar a população e testar correlações de variáveis.

Tabela 6 – Categorização por Tipo de Estudo.

Distribuição dos artigos	f	%
Caracterização/ Correlação	28	77,78%
Construção, adaptação e validação de escalas	2	5,56%
Intervenção	4	11,11%
Teóricos	2	5,56%
Total	36	100,00%

Fonte: elaboração das autoras (2022).

Conclusão

O estudo concluiu que o número de artigos identificados sobre a temática “Psicologia e Insuficiência Renal Crônica” ainda é uma amostra relativamente pequena se comparada ao recorte temporal de (2011-2021) em que a pesquisa se propôs a investigar. Esse resultado leva a pensar que a Psicologia ainda carece de publicações.

A concentração dos artigos na região da América Latina foi um resultado esperado, tendo em vista que os descritores utilizados estavam em língua portuguesa, bem como a base de dados se concentravam sobre revistas da América Latina. A predominância do Brasil em relação ao número de publicações também convergiu com a literatura que trata sobre a produção de conhecimento científico na América Latina.

No entanto, o número pequeno de artigos que se propuseram a expor relatos de intervenções psicológicas chamou a atenção, pois os impactos emocionais causados pela IRC podem levar as pessoas a precisarem de acompanhamento psicológico. Desse modo, esperava-se uma quantidade maior de artigos que demonstrassem intervenções psicológicas, nas suas diversas modalidades.

Vale ressaltar que, a presente pesquisa teve como limitação a utilização de apenas três bases de dados científicas, de modo que, a realização de uma nova pesquisa que agregasse mais bases de dados, certamente enriqueceria os resultados. No entanto, esta pesquisa alcançou seu objetivo, que foi conhecer os artigos publicados entre os anos de 2011 a 2021 sobre a Psicologia e a Insuficiência Renal Crônica. Pôde-se perceber na amostra, que os estudos que a Psicologia vem desenvolvendo são, em sua maioria, estudos descritivos e de correlações de variáveis psicológicas, em detrimento de intervenções psicológicas com os pacientes renais crônicos.

O estudo concluiu ainda que a área da Psicologia ainda necessita realizar mais pesquisas direcionadas a assistência psicológica, para que sejam produzidas publicações a respeito de propostas de intervenção com a população com IRC uma vez que, essas pessoas realizam um tratamento de saúde contínuo e dependendo da modalidade invasivo, pode gerar impactos em vários âmbitos de suas vidas. Diante dessa lacuna percebida, através do levantamento da produção científica, pode-se sugerir pesquisas de campo em ambulatórios e hospitais que prestam assistência em saúde às pessoas com IRC, a fim de conhecer com maior clareza que trabalhos vem sendo realizados pela Psicologia com essa população

Por fim, esse trabalho teve como finalidade abrir a discussão a respeito da produção de conhecimento da Psicologia sobre a Insuficiência Renal Crônica, de modo a fomentar o interesse por essa área de cuidado em saúde.

Referências

ALMEIDA, Laina Silva de, e PALMEIRA, Aline Tonheiro. O Sofrimento Psíquico, a doença renal e as possíveis contribuições do trabalho do psicólogo. **Científico**. V. 18, nº 37. Fortaleza CE, 2018. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/110796891-O-sofrimento-psiquico-a-doenca-renal-cronica-e-as-possiveis-contribuicoes-do-trabalho-do-psicologo.html>>. Acesso em: 20 de nov. de 2022.

ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de; PEGOLO, Giovana Eliza. **A pesquisa científica em saúde: concepção, execução e apresentação**. 2.ed. [recurso eletrônico] / Campo Grande, MS: Ed. UFMS, 2020.

ÁVILA-TOSCANO, José Hernando; MARENCO-ESCUDELOS, Ailed; MADARIAGA OROZCO, Camilo. Indicadores bibliométricos, redes de coautorías y colaboración institucional en revistas colombianas de psicología. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v. 32, n. 1, p. 167-182, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242014000100013&lang=pt>. Acesso em: 02 de nov. 2022.

BATISTA, Maria Clarice Lima et al. Análise de redes na produção científica dos egressos de Pós-Graduação da Psicologia de uma universidade pública do Brasil. **Ciência da Informação**, v. 48, n. 3, 2019. Disponível em:<<https://revista.ibict.br/ciinf/article/view/4874/4493>>. Acesso em: 20 de nov. de 2022.

CANO, Juan Fernando León et al. Producción científica colombiana en psicología en Scopus desde el 2015 al 2019. **Revista Española de Documentación Científica**, v. 45, n. 2, p. e323-e323, 2022. Disponível em: <<https://redc.revistas.csic.es/index.php/redc/article/view/1355>>. Acesso em: 20 de nov. de 2022.

CENTROS DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS et al. Doença renal crônica nos Estados Unidos, 2019. Atlanta, GA: **Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, Centros de Controle e Prevenção de Doenças**, v. 3, 2019. Disponível em: <<https://fluoridealert.org/studytracker/38332/>>. Acesso em: 20 de nov. de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS**. 2019. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/ServHosp_web1.pdf>. Acesso em: 31 de out. 2022.

CORREA, Rosimar Viana Baptista; SILVEIRA, Barbara. A dificuldade de Aceitação no Processo Saúde e Doença Diante o Diagnóstico Renal Crônico: A Importância do Psicólogo. **Revista Mosaico**, v. 10, n. 2Sup, p. 32-39, 2019. Disponível em: <<http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RM/article/view/1741/1326>>. Acesso em: 20 de nov. de 2022.

CREMASCO, Gabriela da Silva; BAPTISTA, Makilim Nunes. Depresión y enfermedad renal crónica: revisión integrativa de la literatura. **Psicologia: teoria e prática**, v. 20, n. 3, p. 360-376, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v20n3/pt_v20n3a14.pdf>. Acesso em: 20 de nov. de 2022.

DOS SANTOS QUEIROZ, Jéssica; DE SOUZA RIBEIRO, Juliana Fernandes. Assistência Psicológica na Hemodiálise: um espaço possível para a ressignificação. **Revista Mosaico**, v. 12, n. 1, p. 86-92, 2021. Disponível em: <<http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RM/article/view/2397/1566>>. Acesso em: 02 de nov. 2022.

GORAYEB, Ricardo. Et al. **A Prática da Psicologia no Ambiente Hospitalar**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015.

GUTIÉRREZ, Germán; LANDEIRA-FERNÁNDEZ, Jesús. Psychological research in Latin America: Current and future perspectives. **Psychology in Latin America**, p. 7-26, 2018. Disponível em: <<http://www.soupro.com.br/nnce/Arquivos/Artigos/2018/189.pdf>>. Acesso em: 20 de nov. de 2022.

IRIART, Jorge Alberto Bernstein; TRAD, Leny Alves Bomfim. Perfil da produção bibliográfica em Ciências Sociais e Humanas em Saúde e a percepção de pesquisadores: avanços, limites e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/NcmDLrV6bHYswt-d9HksLS4C/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 31 de out. 2022.

MATURANA, Ana Paula Pacheco Moraes; CALLEGARI, Bianca; SCHIAVON, Vanessa. Atuação do psicólogo hospitalar na insuficiência renal crônica. **Psicologia Hospitalar**, v. 14, n. 1, p. 94-116, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1677-74092016000100006>. Acesso em: 20 de nov. de 2022.

MORSCH, Cássia Maria Frediani; VERONESE, Francisco José Veríssimo. Doença renal crônica: definição e complicações. **Revista HCPA**. Porto Alegre. Vol. 31, no. 1 (2011), p. 114-115, 2011. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/158449/000898660.pdf?se>>. Acesso em: 10 de nov. de 2022.

PAULA, Tailah Barros de et al. Potencialidade do Lúdico como Promoção de Bem-Estar Psicológico de Pacientes em Hemodiálise. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, p. 146-158, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/MRwyPFSFpFTcLzqWjTBS9bJ/?lang=pt>>. Acesso em 02 de dez. 2022

SÁEZ -IBÁÑEZ, Ángeles et al. Principales indicadores bibliométricos de la Revista de Psicología (1990-2016). **Revista de psicología (Santiago)**, v. 27, n. 2, p. 61-75, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0719-05812018000200061&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 20 de nov. de 2022.

SANTIN, Dirce Maria; CAREGNATO, Sônia Elisa. **Perfil científico da América Latina e Caribe no início do século XXI**. Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação (20.: 2019 out. 21-25: Florianópolis, SC). Anais [recurso eletrônico]. Florianópolis: ANCIB 2019. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/202722/001106555.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 20 de nov. de 2022.

SCHNEEGANS, S.; LEWIS, J.; STRAZA, T. **Relatório de Ciências da UNESCO: A corrida contra o tempo por um desenvolvimento mais inteligente–Resumo executivo e cenário brasileiro** [Internet]. 2021. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000377250_por>. Acesso em: 20 de nov. de 2022.

SILVA, Alexandre da; CASTRO-SILVA, Carlos Roberto; MOURA, Ludmila de. Pesquisa qualitativa em saúde: percursos e percalços da formação para pesquisadores iniciantes. **Saúde e Sociedade**, v. 27, p. 632-645, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/XZh9NzxWmDrbV7HD9wS4Yxp/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 31 de out. 2022.

SENSU, Programa de Pós-Graduação Lato et al. **Atuação do psicólogo hospitalar em hemodiálise: a utilização de material psicoeducativo na adesão ao tratamento e qualidade de vida de pacientes renais crônicos**. 2017. TCC. Disponível em: <<https://repositorio.fps.edu.br/handle/4861/658>>. Acesso em: 02 de nov. 2022.

SOUZA, Fernanda Tabita Zeidan de; OLIVEIRA, Jena Hanay Araujo de. Síntomas depressivos y ansiosos en el paciente renal crónico en tratamiento conservador. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 17-31, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2177-093X2017000300002&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 10 de nov. de 2022.

VANDENBOS, Gary R.; WINKLER, Jason M. Análise do Status de Periódicos e Pesquisas em Psicologia na América Latina. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 28, p. 82-93, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/283859124_An_Analysis_of_the_Status_of_Journals_and_Research_in_Psychology_from_Latin_America>. Acesso em: 20 de nov. de 2022.

VOSGERAU, D. S. R.; ROMANOWSKI, J. P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Rev. Diálogo Educacional**, v. 14, n. 41, 2014. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/1891/189130424009.pdf>>. Acesso em 02 de dez. 2022.

WEB OF SCIENCE GROUP. **A Pesquisa no Brasil: promovendo a excelência**. Clarivate Analytics, 2019. 42 p. Disponível em: <<https://propp.ufms.br/files/2019/09/Pesquisa-no-Brasil.pdf>>. Acesso em: 10 de nov. de 2022.

CAPÍTULO 12

PREJUÍZOS NEUROPSICOLÓGICOS EM PESSOAS COM TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

Ana Carolina Mainetti

Doi: 10.48209/978-65-5417-138-B

Introdução

Traumas graves e imprevisíveis ocorrem em poucos minutos, mas suas consequências podem durar a vida toda. Diferentemente da maioria dos transtornos mentais, o diagnóstico do Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) requer a ocorrência de um evento. Além disso, este acontecimento deve cumprir os requisitos de gravidade e deve haver resposta subjetiva traumática na vítima. (MONSON; RESICK; RIZVI, 2016).

Segundo Miranda e Lima (2020) é confirmada a hipótese da interação entre cognição e emoção, mostrando que estados emocionais aversivos estão correlacionados com um prejuízo no desempenho cognitivo. A interface cognição-emoção ocorre dentro de uma lógica de inter-relação e interdependência, de maneira que estados emocionais impactam nas funções cognitivas, bem como

prejuízos cognitivos podem deixar os indivíduos mais suscetíveis a determinados estados emocionais.

Estudos indicam que existem defasagens cognitivas relacionadas a experiências aflitivas, como no estresse crônico (SILVA; TORRES, 2020), em idosos com vivência de maus-tratos na infância (PASCOAL et al., 2019), em adolescentes com histórico de maus-tratos (OLIVEIRA, 2013) e em jovens universitários vítimas de violência física e sexual (COSTA et al., 2020). Com base no fato de que experiências adversas afetam a cognição, pretende-se descobrir se as vivências traumáticas que resultam no diagnóstico de TEPT marcam o desempenho cerebral de alguma forma que a neuropsicologia possa detectar.

Relacionar o funcionamento cerebral com a cognição, emoções, personalidade e comportamento, bem como fornecer subsídios para a compreensão do funcionamento intelectual, cognitivo e emocional dos pacientes são funções da neuropsicologia, uma especialidade da psicologia. Para isso, são utilizados conhecimentos advindos das neurociências e da prática clínica. A avaliação das funções neuropsicológicas envolve principalmente habilidades de atenção, percepção, linguagem, raciocínio, abstração, memória, aprendizagem, habilidades acadêmicas, processamento da informação, visuoconstrução, afeto, funções motoras e executivas. A neuropsicologia busca investigar tanto o funcionamento normal, como possíveis alterações e disfunções do sistema nervoso de todas as faixas etárias e diferentes populações clínicas. (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO PARANÁ, 2018).

O presente artigo teve como finalidade realizar um levantamento dos estudos realizados sobre os prejuízos neuropsicológicos avaliados em pessoas com diagnóstico de Transtorno do Estresse Pós-Traumático.

Este tema se mostra importante porque nem sempre os sobreviventes de traumas expõem espontaneamente sua história. Isso ocorre para evitarem

recordações, por sentirem constrangimento, por não reconhecerem que suas dificuldades psicológicas podem estar associadas ao evento traumático e pela dificuldade de confiar nos outros, incluindo o terapeuta. (MONSON; RESICK; RIZVI, 2016). O TEPT pode não ser diagnosticado como matriz originária dos problemas psicológicos dos pacientes e ao ser subdiagnosticado, acarreta como foco clínico apenas seus efeitos secundários, como ansiedade e depressão. Quanto mais precoce a intervenção, menor a probabilidade de efeitos patológicos futuros na vida do paciente (MACHADO, 2015). Portanto, entender mais sobre os prejuízos cognitivos destes pacientes pode colaborar no diagnóstico precoce e no tratamento apropriado. É um assunto especialmente relevante nesta fase pandêmica, pois segundo Santos e Fatuch (2021) ainda não é possível determinar o real impacto da pandemia do novo coronavírus para o desenvolvimento do TEPT, mas há indícios de que haverá abalos psicológicos graves. Santos e Anjos (2020) afirmam que há um risco elevado para o desenvolvimento de TEPT nas populações devido aos eventos inerentes ao contexto da pandemia que são estressores e potencialmente traumáticos.

Através de uma pesquisa bibliográfica de produções científicas e publicações em periódicos brasileiros dos últimos 10 anos, foram analisados estudos referentes aos prejuízos cognitivos detectados em pessoas diagnosticadas com TEPT.

Eventos Traumáticos e Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT)

Os eventos mais prováveis para o desenvolvimento de situações traumáticas podem ser divididos em três grupos: eventos intencionais provocados pelo homem, eventos não-intencionais provocados pelo homem e eventos provocados pela natureza. No primeiro, entre os eventos intencionais provocados pelo

homem, encontramos: guerra civil, estupro, tortura, assalto, crime violento, terrorismo, alcoolismo, uso de drogas, suicídio e mutilação. No segundo grupo, entre os eventos não intencionais provocados pelo homem, estão: incêndios, explosões, queda de pontes e viadutos, acidentes de trânsito, aéreo e aquático e perda de parte do corpo em acidente de trabalho. No terceiro, incluem-se os desastres naturais como: enchente, terremoto, epidemia, avalanche, erupção vulcânica, ataque de animais e furacão. (SCHIRALDI, 1999 *apud* SBARDELLOTO *et al.*, 2011, p.67).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-DSM-5 (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014) o primeiro critério diagnóstico do TEPT envolve a vivência de um evento traumático ou o testemunho presencial de outra pessoa vivendo o trauma ou o conhecimento de que o evento traumático ocorreu com um ente querido ou ser exposto de forma repetida a detalhes de um evento traumático, como no caso de um socorrista. O segundo critério é a presença de um ou mais destes sintomas intrusivos relacionados ao trauma: lembranças, sonhos, revivências sentidas como se o trauma estivesse acontecendo novamente, sofrimento psicológico intenso e reações fisiológicas intensas frente a sinais que se assemelhem ao evento traumático. O terceiro critério diagnóstico refere-se à evitação persistente de estímulos associados ao trauma, como lembranças, pessoas, objetos, lugares e atividades. O próximo critério diz respeito a alterações negativas no humor e na cognição, como: incapacidade de recordar detalhes importantes do evento traumático, crenças negativas em relação a si e aos outros, estado emocional negativo persistente, cognição distorcida de culpa, diminuição do interesse em atividades significativas, sentimentos de distanciamento ou alienação em relação aos outros e incapacidade persistente de sentir emoções positivas. O quinto critério envolve alterações na excitação e na reatividade, como; hipervigilância, comportamento autodestrutivo ou imprudente, perturbações do sono, problemas

de concentração, resposta de sobressalto exagerada e irritabilidade. Todos os sintomas descritos devem ter duração superior a um mês e causar prejuízos em áreas importantes da vida.

Esta psicopatologia pode ser confundida com outros diagnósticos pela multiplicidade de seus sintomas (DURAN, *et al.*, 2020) e é um quadro de difícil prevenção porque não é possível impedir certas situações traumáticas que podem ocorrer durante a vida. (BORGES, CERQUEIRA, BEDIM, 2019).

Prejuízos Cognitivos em Pacientes Diagnosticados com TEPT

Em um estudo com mulheres brasileiras com diagnóstico de TEPT e histórico de sobreposição de situações violentas, realizado por Emygdio *et al.* (2019), foram encontrados os seguintes *déficits* cognitivos associados ao TEPT: prejuízos na memória operacional e na memória prospectiva, em comparação com o grupo controle. Estas funções cognitivas são de intensa importância para o desempenho de atividades cotidianas.

Silva (2019) estudou adolescentes diagnosticados com TEPT em decorrência de violência sexual. Em comparação com o grupo controle observou-se que elas apresentam lentificação motora e cognitiva em tarefas automáticas e voluntárias que atingem diretamente a atenção, a aprendizagem, a memória verbal e funções executivas.

Foi realizada uma avaliação neuropsicológica das funções cognitivas em vítimas de violência urbana diagnosticadas com TEPT e concluiu-se que quando comparados ao grupo controle, apresentaram comprometimento nas seguintes funções: inteligência, memória visual, memória verbal e velocidade de processamento. (LOPES, 2016).

Um estudo realizado por Bertagnolli (2013) com pessoas expostas a eventos traumáticos e com alta sintomatologia pós-traumática mostrou resulta-

dos sobre o funcionamento cognitivo de pacientes com TEPT, apontando para prejuízos na velocidade de processamento e flexibilidade cognitiva. Esses *deficits* podem conduzir a dificuldades na aplicação de novas estratégias cognitivas necessárias para enfrentar os gatilhos ambientais e cognitivos que remetem ao evento traumático.

Em uma avaliação neuropsicológica de funções executivas em pacientes que vivenciaram traumas diversos, mas predominando assaltos e violência sexual, o resultado mostrou prejuízo cognitivo em comparação com o grupo controle na atenção concentrada, formação de conceitos abstratos e velocidade de processamento. (MENEZES, 2013).

Conclusão

Pessoas podem desenvolver o TEPT em decorrência de ter sido vítima ou testemunha de atos violentos ou de situações traumáticas que representaram ameaça à sua vida ou à vida de outros. Os eventos traumáticos podem ser divididos em três grupos: eventos intencionais provocados pelo homem, eventos não-intencionais provocados pelo homem e eventos provocados pela natureza.

Com base nos resultados obtidos, essa revisão contribuiu para a afirmação de que pessoas com o diagnóstico de Transtorno do Estresse Pós-Traumático têm comprometimentos em suas funções cognitivas. Memória (operacional, prospectiva visual e verbal), atenção, velocidade de processamento, aprendizagem e inteligência estão entre as funções cognitivas prejudicadas nos pacientes com TEPT. A flexibilidade cognitiva, formação de conceitos abstratos e funções executivas, como consequência, também se encontram com prejuízos.

Isto corrobora com Soares, Santos e Donadon (2021, p. 21) em seu levantamento bibliográfico de quinze artigos sobre alterações cognitivas associadas ao TEPT cuja conclusão indica que:

“indivíduos com TEPT apresentam alterações em diversas funções, tais como: memória verbal e declarativa; atenção verbal e visual; recuperação imediata da memória; flexibilidade cognitiva e das funções executivas; além da instalação de esquemas cognitivos negativos, que são os causadores dos sintomas físicos, emocionais e sociais.”

Vale salientar que os prejuízos podem ou não apresentar um caráter definitivo. Pessoas que viveram assalto, sequestro, violência sexual, violência física, tentativa de homicídio e testemunha de homicídio foram avaliados neuropsicologicamente por Mozzambani (2016) em dois momentos diferentes. Visando comparar o desempenho cognitivo com o passar do tempo, observou-se que na segunda avaliação os pacientes tiveram diminuição dos sintomas de TEPT e apresentaram melhora na capacidade de tomada de decisão, resolução de problemas, planejamento futuro e manipulação de informações.

A neuropsicologia, através de seus métodos de investigação, consegue identificar, medir e avaliar diversas facetas do funcionamento intelectual e cognitivo, colaborando no diagnóstico e na identificação das áreas a serem reabilitadas. Como os eventos traumáticos não podem ser evitados, os estudos da neuropsicologia do TEPT se fazem necessários a fim de auxiliar na detecção de prejuízos no desempenho cognitivo, bem como no tratamento precoce deles. No campo da psicologia clínica, o olhar neuropsicológico pode contribuir para investigar se as queixas cognitivas dos pacientes podem ser sequelas de TEPT.

Recomendam-se mais estudos relacionando o TEPT e a neuropsicologia, tendo em vista que a pandemia de COVID-19 possivelmente resultará em maior índice de pessoas com esta psicopatologia em todo o mundo.

Referências

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais- DSM-5**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BERTAGNOLLI, A. C. C. **Sintomatologia pós-traumática e funcionamento executivo**. 2013. 74 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

BORGES, T. F.; CERQUEIRA, T. F.; BEDIM, D. T. N. Transtornos do estresse pós-traumático in LÓSS, J. C. S. *et al.* (Org). **Principais transtornos psíquicos na contemporaneidade**. Campos dos Goytacazes: Brasil Multicultural, 2019. vol.1, cap 8, p. 87-96.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO PARANÁ. **Caderno temático de neuropsicologia**. Curitiba: CRP-PR, 2018.

COSTA, L. J. D. *et al.* Violência, funções executivas e rendimento acadêmico em estudantes universitários. **Avaliação Psicológica**, Itatiba, vol.19, n.2, p. 170-178, abr.-jun. 2020.

DURAN, E. P. *et al.* Perfil de pacientes com diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático atendidos em um ambulatório de ansiedade e trauma. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**. Salvador, vol. 19, n. 4, p. 597–601, 2020.

EMYGDIO, N. B. *et al.* Efeitos do transtorno de estresse pós-traumático na memória. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, vol. 39, p. 1-13, 2019.

LOPES, A. P. **Transtorno de estresse pós-traumático: aspectos neuropsicológicos e terapia cognitivo-comportamental para catástrofes naturais**. 2016. 131 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) – Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

MACHADO, M. R. Transtorno de estresse pós-traumático e tratamento cognitivo comportamental: uma revisão. **Diaphora**, Porto Alegre, v. 4, n. 2, p. 22-26, ago.- dez. 2015.

MENEZES, I. C. **Avaliação neuropsicológica de funções executivas e da variabilidade simpático/parassimpática cardíaca de pacientes com transtorno de estresse pós-traumático.** 2013. 154 f. Dissertação (Mestrado em Neurociências) - Instituto de Ciências Básicas da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

MIRANDA, B. M.; LIMA, A. C. R. A. identificação de prejuízos cognitivos decorrentes de estados emocionais aversivos demonstrados em estudos empíricos brasileiros. **Revista Psicologia e Saúde em Debate**, Patos de Minas, vol. 6, n.1, p. 256-271, jul. 2020.

MONSON, C. M.; RESICK, P. A.; RIZVI, S. L. Transtorno do estresse pós-traumático. In: BARLOW, D. H. (Org.). **Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. cap.2, p.62-113.

MOZZAMBANI, A. C. F. **Estudo prospectivo de atenção e funções executivas em vítimas de violência urbana com transtorno do estresse pós-traumático.** 2016. 93 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Psicologia Médica, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2016.

OLIVEIRA, P. A. **Perfil neuropsicológico e psiquiátrico de adolescentes submetidos a maus tratos.** 2013. 189 f. Tese (Doutorado em Ciências)- Programa de Psiquiatria, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

PASCOAL, F. J. *et al.* Associação entre maus-tratos na infância e declínio cognitivo no idoso: uma revisão integrativa. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, vol.12, n.3, p. 619-628, set.-dez. 2019.

SANTOS, B. M. C.; FATUCH, M. O. C. Gripe espanhola, sars-cov-2 e a ocorrência do transtorno do estresse pós-traumático. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.8, p.79440-79457, ago. 2021.

SANTOS, V. C.; ANJOS, K. F. dos. Transtorno de estresse pós-traumático no contexto da Covid-19. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, Cachoeira, vol. 11, n. 1, p. 6-12, ago. 2020.

SCHIRALDI, G. R. **The post-traumatic stress disorder sourcebook: a guide to healing, recovery, and growth**. New York: Mc Graw Hill, 1999 *apud* SBARDELLOTO, G. *et al.* Transtorno de estresse pós-traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência. **Psico-USF**, Campinas, v.16, n.1, 67-73, jan.- abr. 2011.

SILVA, F. M. R. G. **Aspectos neuropsicológicos em adolescentes vítimas de violência sexual com TEPT**. 2019. Dissertação (Mestrado) – Programa de Psiquiatria e Psicologia Médica, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

SILVA, M. S. T; TORRES, C. R. O. V. Alterações neuropsicológicas do estresse: contribuições da neuropsicologia. **Revista Científica Novas Configurações – Diálogos Plurais**, Luziânia, v. 1, n. 2, p. 67-80, 2020.

SOARES, D. C. S.; SANTOS, L. A.; DONADON, M. F. Transtorno de estresse pós-traumático e prejuízos cognitivos, intervenções e tratamentos: uma revisão da literatura. **Revista Eixo**, Brasília, v. 10, n. 2, p. 15-24, mai.-ago. 2021.

CAPÍTULO 13

EMPATIZANDO COM O EU DO FUTURO: REFLEXÕES SOBRE PESSOAS ENVELHECIDAS

Dayse Marinho Martins

Carlos André dos Santos Jardim

Doi: 10.48209/978-65-5417-138-N

Introdução

O presente trabalho corresponde a um exercício reflexivo sobre pesquisa de Mestrado em andamento no Programa de Pós Graduação em Psicologia, da Universidade Federal do Maranhão. A construção da pesquisa perpassa o viés qualitativo, com referencial identificado em levantamento inicial dos estudos em Psicologia sobre o envelhecimento.

Inicialmente, são tecidas considerações sobre a ‘empatia’ enquanto conceito e, sobretudo, uma atitude necessária, também, nos tempos em que vivemos, onde cada vez mais vemos movimentos que desconsideram o outro, alastrando o sentimento individualista. Num segundo momento, são fomentadas discussões sobre o envelhecimento enquanto possibilidade da existência. Também são trazidas algumas dificuldades que permeiam a compreensão so-

cial sobre o fenômeno do envelhecimento. Trazendo um desfecho, o terceiro ponto consolida o pensamento geral do texto, fazendo interlocuções entre os temas envelhecimento e empatia, propondo a alternativa de pensar em processo de envelhecimento como possibilidade de pensarmos em nós mesmos daqui a algum tempo.

Empatia: uma atitude necessária

O mundo parece mergulhar cada vez em águas individualistas, onde correntes marítimas distanciam os sujeitos uns dos outros, tornando o oposto disso – a coletividade – algo passível de estranheza. No transporte coletivo, em relação aos assentos; em bancos e supermercados, em relação às filas; nas vias públicas, em relação à travessia de pedestres. Diante da automaticidade nestes e noutros espaços, olhar ao lado e perceber se alguma outra pessoa precisa da cadeira, da vaga ou da passagem, pode ser pensado com um movimento revolucionário.

Muitos adjetivos poderiam ser atribuídos a um(a) sujeito que assim se portasse, tais como: simpático(a), bondoso(a), caridoso(a), “gente fina”. Entretanto, nada parece mais sugestivo do que a palavra ‘empatia’, enquanto atitude e ação que se direciona ao outro sem preocupações com a autoimagem, com a reputação perante a sociedade.

O vocábulo ‘empatia’, no campo da ciência psicológica, carrega consigo grande importância, já que para a prática do profissional da Psicologia, seu comparecimento é basilar na relação entre profissional e o cliente/paciente/usuário do serviço. Mediante tamanha magnitude, muitos autores e autoras se propuseram a falar sobre o tema, apresentando conceitos nem sempre convergentes ou similares, mas dispostos a compreender e divulgar de maneira científica o fenômeno do empatizar.

De acordo com Sanchez (2014, p. 107):

Ao se falar em empatia, o sujeito, como meditante, atua na esfera descritiva, percebe seus conteúdos e, no transcorrer da sua vida de consciência, se dá conta do modo como ocorre a percepção e a co- percepção. A empatia pressupõe, portanto, essa vivência própria do eu, bem como a vivência por analogia, a percepção do outro em mim e os atos comportamentais em geral.

A empatia, portanto, não se aproxima de algo pensado, elaborado, arquivado sobre o merecimento do outro. Se direciona a um movimento natural ou próximo disso, já que por ser imediata, traz consigo a intencionalidade do ato. A esse respeito, Ranieri & Barreira (2012, p. 28), chegam à seguinte conclusão:

O que pode ser apreendido é um movimento que passa pela empatia e vai à compreensão da experiência do outro, um testemunho daquilo que o outro vive frente a nós. Além dessa abertura para o outro, há a possibilidade de desenvolvimento de uma autoavaliação, um autoconhecimento frente ao outro, pela constatação e consideração da percepção do outro diante de nossa experiência.

A tarefa de conceituação, em relação a esta temática, tem ganhado gradativamente robustez e destaque nas pesquisas do campo psicológico. Agora, portanto, é necessário que cada vez mais o conceito extrapole os limites das palavras e invada o nosso cotidiano. Ser empático e promover empatia no meio em que vivo é necessário, é urgente para que o que há de mais humano não se perca, que é a própria humanidade.

Velhice, uma Versão Vindoura

No mundo, diversos fatores têm contribuído para o envelhecimento da população global. De acordo com dados da ONU¹, o número de idosos deve

¹ A Organização das Nações Unidas (ONU) é uma organização internacional fundada em 1945 para intermediar as relações internacionais, harmonizar a ação das nações diante de objetivos comuns, atuar para o desenvolvimento mundial e garantir a paz. Disponível em: < <https://livredetrabalho infantil.org.br/conteudos-formativos/glossario/onu/>>. Acesso em: 2 jan. 2023

dobrar até a metade do século, passando dos 841 milhões, em 2013, para 2 bilhões em 2050.

Na realidade brasileira, segundo o IBGE²:

A população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017 [...]. Em 2012, a população com 60 anos ou mais era de 25,4 milhões. Os 4,8 milhões de novos idosos em cinco anos correspondem a um crescimento de 18% desse grupo etário, que tem se tornado cada vez mais representativo no Brasil.

Diante desta conjuntura do fenômeno do envelhecimento em constante crescimento, muitos desafios vêm à tona. De demandas sociais a individuais, a nova configuração etária social tem se modificado, apresentando algumas problemáticas a serem pensadas pela sociedade como um todo e, especificamente, o poder público.

Partindo do pressuposto de que o envelhecimento da população continuará em crescimento, o enfrentamento para com o etarismo³ se apresenta como um grande desafio. Discutindo este preconceito e outros atravessamentos, Rougemont (2012, p. 22) afirma a ocorrência de:

[...] manutenção de características próprias e a necessidade de interferir e controlar o envelhecimento, evitando a manifestação de seus sinais, principalmente fisicamente. O excesso de plásticas e intervenções cirúrgicas transforma a pessoa em algo que ela não é; é artificial. Por outro lado, possuir excessos de marcas do envelhecimento contraria o ideal de uma aparência jovem. No comportamento, há que se adequar à sua trajetória de vida e a idade que possui, sem deixar que o envelhecimento reduza suas possibilidades e atividades. Tem-se o desafio de assumir o envelhecimento e sua trajetória de vida sem envelhecer, ao menos no que se refere a um modelo tradicional de envelhecimento, relacionado à decadência e à improdutividade.

2 O IBGE é uma entidade da administração pública federal, vinculada ao Ministério da Economia, que possui quatro diretorias e dois outros órgãos específicos singulares. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE se constitui no principal provedor de dados e informações do País, que atendem às necessidades dos mais diversos segmentos da sociedade civil, bem como dos órgãos das esferas governamentais federal, estadual e municipal. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/acesso-informacao/institucional/o-ibge.html> >. Acesso em: 3 jan. 2023.

3 Conjunto de estereótipos ou prejuízos baseados na idade. (MCNAMARRA; WILLIAMSON, 2019).

O retardar ou mesmo não querer envelhecer, em muitas pessoas da sociedade, comparece no discurso, nas práticas ou na negligência com o tema. Por detrás deste distanciamento, certamente, há muitos motivos. Para Ramos (1999, p. 85) “a velhice é visualizada pela sociedade brasileira de forma negativa. Em regra, as pessoas fazem tudo para evitar a velhice, apesar de a natureza empurrar os homens, salvo motivo de força maior, para essa etapa da vida”. Assim, embora contraditório, à medida em que sabemos que a velhice irá chegar a todos nós – exceto em casos de óbito “precoce”, uma parcela de nós insiste em se distanciar deste fato, trazendo consequências, inclusive, no tempo presente.

Ao negar ou rechaçar a realidade que diz respeito sobre quem eu serei “amanhã”, nós, no tempo atual, podemos estar produzindo diversas formas de preconceito, culminando em sofrimento psíquico neste grupo de pessoas. Não exercitamos, portanto, o pensamento de que daqui há algumas décadas, caso ainda estejamos vivos, essa gama de malefícios também possa nos alcançar.

De um modo geral, tratar sobre a temática do envelhecimento precisa ser pensada como um “processo”, repleto de possibilidades, de vivências e experiências possíveis ainda nesta fase da vida. Ao hesitarmos de falar em velhice, devemos, antes de tudo, ter em mente de que estamos falando de quem nós provavelmente seremos daqui a um punhado de tempo.

Considerações Finais

Pensar, discutir e promover ações que envolvam sujeitos envelhecidos se faz cada vez mais necessário nos dias em que vivemos. Quer seja por questões econômicas, familiares, de saúde física ou psíquica, tratar desse assunto se apresenta como um desafio nas sociedades contemporâneas, que veem as taxas de aumento do número de pessoas envelhecidas crescerem ano após ano.

O sentimento individualista tem se alastrado, deixando os mais vulneráveis à mercê da própria sorte. Importar-se com o próximo tem se apresentado

como um golpe no complexo sistema do “cada um por si”. Portanto, atitudes empáticas ganham contornos notáveis, ao passo que “se colocar no lugar do outro” sugere ser uma tarefa árdua, que dispende muita energia e tempo. Levar em consideração o próximo – com toda sua existência enquanto pessoa – apresenta-se como um movimento importante na construção de um mundo que seja de todos.

Empatizar com quem seremos no futuro é, acima de tudo, produzir constante movimento em direção a pensar em pessoas envelhecidas no tempo presente. Assegurar o direito de elas conseguirem assento nos coletivos, terem prioridade nas filas e conseguirem atravessar numa faixa de pedestre, são apenas exemplos práticos do cotidiano.

Talvez, o maior esforço de nossa parte não esteja no movimento corpóreo, porém na capacidade de nos enxergarmos naquelas pessoas, de modo a não sermos regidos por uma moralidade social, mas sim na pureza empática que se espera entre seres humanos.

Referências

MCNAMARRA, T. K.; WILLIAMSON, J. B. **Ageism: Past, Present, and Future**. New York: Routledge, 2019.

RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. A velhice na constituição. **Seqüência: estudos jurídicos e políticos**, v. 20, n. 38, p. 85-106, 1999.

RANIERI, Leandro Penna; BARREIRA, Cristiano Roque Antunes. A empatia como vivência. **Memorandum: Memória e História em Psicologia**, v. 23, p. 12-31, 2012.

ROUGEMONT, F. dos R. Da longevidade à velhice. **Primeiros Estudos**, [S. l.], n. 2, p. 12-27, 2012. DOI: 10.11606/issn.2237-2423.v0i2p12-27.

SANCHEZ, Devair Goncalves. A experiência da empatia em Edmund Husserl. **Ekstasis: revista de hermenêutica e fenomenologia**, v. 3, n. 2, p. 99-111, 2014.

SOBRE AS ORGANIZADORAS

Dayse Marinho Martins



Doutora em Políticas Públicas - UFMA realizando Estágio pós-doutoral em História no PPGHIST UEMA, Mestra em Cultura e Sociedade - UFMA. Licenciada em PEDAGOGIA, HISTÓRIA e FILOSOFIA, Bacharela em PSICOLOGIA com formação de psicóloga, graduanda em GEOGRAFIA, SOCIOLOGIA, COMUNICAÇÃO SOCIAL RÁDIO E TV, doutoranda em História e Conexões Atlânticas: culturas e poderes UFMA, com 25 Especializações em áreas das Ciências Humanas e Sociais além de Formação em Mídias digitais e tecnologias educacionais pela Universidade de Coimbra.

Professora da rede municipal de São Luís - MA, Especialista em Educação da Secretaria de Estado da Educação SEDUC MA, atuando como Psicóloga da Equipe Multidisciplinar da Unidade Regional de Educação de São Luís, Psicóloga Clínica CRP 22/03627. Pesquisadora e Membro Efetiva da Academia Maranhense de Ciências ocupando a cadeira de nº 42, patroneada por Claude Abbeville.

Docente externa permanente do Programa de Pós-graduação em Psicologia PPGPSI UFMA - Mestrado, atuando na Linha de Pesquisa Avaliação e Clínica Psicológica com estudos sobre Fenomenologia da clínica com orientação husserliana; fenômenos clínicos, psicopatológicos e corpo no mundo da vida contemporâneo; Clínica social e políticas públicas; Redes sociais, tecnologias digitais e fenômenos psicopatológicos; Psicoterapia on line;

Realiza pesquisas sobre currículo, ensino-aprendizagem, história da educação, filosofia medieval, história do Maranhão, tecnologias educacionais, gamificação e ensino de história, educação digital, políticas públicas, fenomenologia husserliana, psicologia infantil, psicologia escolar, psicologia clínica, saúde mental, arqueologia lacustre maranhense e educação patrimonial.

Líder do Grupo Interdisciplinar de Pesquisa em Inovação – AMC

Membra dos Grupos:

- História, Religião e Cultura Material - REHCULT/ UFMA.

- Grupo de Estudos e Pesquisas em Fenomenologia e Psicologia Fenomenológica - GEPPF/ UFMA

- Círculo de Estudos Husserlianos – CEH

- Núcleo de Pesquisas e Estudos em Gênero e Educação do Maranhão – NUPEGEM

- Grupo de Estudos e Pesquisas em Linguagem, Interação e Estratégias de Comunicação – DIVERSUS.

<https://orcid.org/0000-0002-3774-7824>

E-mail: daysemarinho@yahoo.com.br

Cristianne Almeida Carvalho



Psicóloga clínica e do esporte (CRPMA 22/0166). Doutora em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ, 2012), Mestrado em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ, 2002). Possui graduação em Psicologia pelo Centro Universitário de Brasília (UNICEUB, 1993). É professora associada II do curso de graduação e Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), desde 2002; Exerceu a função de Conselheira Presidente do Conselho Regional de Psicologia do Maranhão (CRPMA) .

Membra da Associação Brasileira de Psicologia do esporte (ABRAPESP), a qual foi vice presidente na gestão 2009-2011. Possui experiência profissional na área clínica desde 1993 e na psicologia do esporte desde 2000, pesquisadora de história da psicologia, com ênfase na atuação e formação profissional em Psicologia e psicologia do esporte no que tange aos fenômenos do esporte e da atividade física.

<https://orcid.org/0000-0003-2793-7904>

E-mail: cristianne.ac@ufma.br

Jena Hanay Araujo de Oliveira



Possui graduação em Psicologia com Formação de Psicóloga pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho-UNESP. Doutorado em Psicologia como Profissão e Ciência e Mestrado em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Tratamento e Prevenção Psicológica, atuando principalmente nos seguintes temas: psicologia clínica, psicologia da saúde, psicossomática, avaliação psicológica, obesidade e transtornos alimentares, psicoterapia psicodinâmica breve, produção científica, validação de escalas de uso clínico.

Professora Associada I do curso de graduação e Pós Graduação em Psicologia PPGPSI da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), onde exerce também a função de Coordenadora do PPGPSI.

<https://orcid.org/0000-0002-6088-1802>

E-mail: jena.hanay@ufma.br

SOBRE OS AUTORES

Ana Carolina Mainetti

Psicóloga Clínica CRP 08/17342, especialista em Neuropsicologia.

E-mail: anacarolinamainetti@gmail.com

Carlos André dos Santos Jardim

Mestrando em Psicologia PPGPSI/ UFMA, Bolsista CAPES.

E-mail: carlos.jardim@discente.ufma.br

Cristianne Almeida Carvalho

Doutora em Psicologia Social; Docente DEPSI e PPGPSI/ UFMA.

E-mail: cristianne.ac@ufma.br

Dayse Marinho Martins

Doutora em Políticas Públicas UFMA, realizando estágio pós-doutoral em História no PPGHIST/ UEMA, Doutoranda em História PPGHIS/ UFMA, Mestra em Cultura e Sociedade UFMA, com Especializações em áreas das Ciências Humanas além de Formação em Mídias digitais e tecnologias educacionais pela Universidade de Coimbra no Programa Professor Cidadão do Mundo FAPEMA. Licenciada em Pedagogia, História e Filosofia, Bacharela em Psicologia com formação de psicóloga, graduanda em Geografia, Sociologia, Comunicação Social Rádio e TV. Professora SEMED São Luís, Especialista em Educação da SEDUC MA, Docente externa permanente PPGPSI/ UFMA, Psicóloga CRP 22/03627.

E-mail: daysemarinho@yahoo.com.br

Gabriela Cardoso Borges

Mestranda em Psicologia PPGPSI/ UFMA.

E-mail: gabrielac.borges@yahoo.com.br.

Jena Hanay Araujo de Oliveira

Doutora em Psicologia; Docente DEPSI e PPGPSI/ UFMA.

E-mail: jena.hanay@ufma.br

Jurema Barros Dantas

Professora Adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará. Coordenadora do Laboratório de Estudos em Psicoterapia, Fenomenologia e Sociedade da UFC (LAPFES).

E-mail: juremabdantas@gmail.com

Jamille Fontes Leite Botelho

Mestranda em Psicologia PPGPSI/ UFMA.

E-mail: jamille.leite@discente.ufma.br

Juliana Salgueiro Melo

Mestra em Psicologia PPGPSI/ UFMA.

E-mail: julianasalgueiro@msn.com

Mayza Moreira Gois

Graduada em Psicologia. E-mail: mayzamoreira@outlook.com

Milena Assunção Procópio Barbosa

Psicóloga, graduada pela Universidade Federal do Ceará. Mestranda em psicologia e políticas públicas pela Universidade Federal do Ceará.

E-mail: assuncaoprocopio@gmail.com

Natalia Abreu da Cunha

Mestra em Educação PPGE UEMA, Arte/ educadora, Professora de Arte do Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão (IEMA) atuando como Técnica na equipe do Modelo Institucional.

E-mail: naty.cunha@gmail.com

Ramon Damião de Sena Santos

Mestrando em Psicologia PPGPSI/ UFMA, Bolsista FAPEMA.

E-mail: ramon.sena@discente.ufma.br

Rayane Rodrigues Sales

Mestranda em Psicologia PPGPSI/ UFMA, Bolsista CAPES.

E-mail: sales.rayane@discente.ufma.br

Ronaldo Felliipe Oliveira do Nascimento

Mestrando em Psicologia PPGPSI/ UFMA.

E-mail: ronaldo.olliveira@hotmail.com

Sofia Ravinny Leal De Sousa

Mestranda em Psicologia PPGPSI/ UFMA.

E-mail: sofia.ravinny@discente.ufma.br

Talita da Silva Queiroz

Psicóloga, graduada pela Universidade Federal do Ceará. Mestranda em psicologia clínica pela Universidade Federal do Maranhão.

E-mail: talitaqueiroz.esv@gmail.com

ENSAIOS DE PSICOLOGIA

ESCRITAS CIENTÍFICAS

