

psicologia
revista

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Reitora

Maria Amalia Pie Abib Andery

Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da PUC-SP

Direção

Patrícia Jundi Penha

Vice-direção

Plínio de Almeida Maciel Junior

A *Psicologia Revista* tem por objetivo contribuir com a produção do conhecimento em Psicologia, através da publicação de trabalhos de pesquisadores e pensadores, tanto da PUC-SP quanto de outras instituições do país e do exterior, que possuam relevância e qualidade reconhecidas pela comunidade acadêmica. A composição preferencial de cada número procura incluir quatro relatos de pesquisa e/ou ensaios teóricos e/ou revisões bibliográficas de autores nacionais, um artigo de instituição estrangeira e um relato de experiências de ensino, serviço ou extensão. Todos os artigos passam por avaliação de conteúdo e relevância, realizada por pareceristas, e por uma revisão editorial, que verifica a adequação do texto às normas. A revista adota a normatização da APA e tem periodicidade semestral.

Forma de difusão: eletrônica.

Apoio

Pró-Reitoria de Pós-Graduação PUC SP

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Reitora Nadir Gouvêa Kfoury – PUC-SP

Psicologia Revista / Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da PUC-SP. – N. 1 (1995)
– São Paulo: EDUC

1995 –
Interrrompida de 2001 a 2003
Recuperada em 2004 (volume 13, número 1)
Semestral

ISSN 2594-3871

1. Psicologia – periódicos. I. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Faculdade de Psicologia.

CDD 150.05

Indexadores

Base, Crossref, Diadorim, Dimensions, DOAJ, Fatcat.wiki, Google Scholar, Latindex, LatinREV, LILACS, Miguilim, Index Psi Periódicos, ROAD, Sudoc, Ulrich's Periodicals Directory, Wikidata

ISSN 2594-3871

33
1

psicologia
revista



revista da faculdade de ciências humanas e da saúde – PUC-SP

psicologia revista

Editora chefe

Marilda Pierro de Oliveira Ribeiro, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Vice editor

Marcelo Camargo Batistuzzo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Conselho Executivo

Emerson Ferreira da Costa Leite, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Camila Santos Lima Fonteles, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Marcelo Camargo Batistuzzo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Maria Cristina Pinto Gattai, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Maria da Graça Marchina Gonçalves, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Pedro Eduardo Silva Ambra, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Ricardo Radin Bueno, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Solange Aparecida Emilio, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Conselho Editorial

Antonio Virgílio Bittencourt Bastos, Universidade Federal da Bahia

Carlos Roberto Drawin, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, Brasil

Claudia Lemos, Instituto de Estudos de Linguagem – Universidade de Campinas, Unicamp, Brasil

Eduardo Vianna, City University of New York, New York

Elaine Gomes dos Reis Alves

Iray Carone, Instituto de Psicologia – Universidade de São Paulo, USP, Brasil

Liana Fortunato Costa, Universidade de Brasília, UnB, Brasil

Lisandro Vales, Universidad de la Republica, Uruguay

Luiz Roberto Monzani, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas – Universidade de Campinas, Unicamp, Brasil

Magali Ravit, Université Lumière Lyon 2, França

Mathilde Neder, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Pedrinho Árcides Guareschi, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil

Peter Kevin Spink, Fundação Getúlio Vargas, Brasil

Ubiratan D'Ambrosio, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Wanda C. Rodríguez Arocho, Universidad de Puerto Rico, Porto Rico

Editoração Eletrônica

Waldir Alves

Correspondência:

psicologia revista

Rua Monte Alegre, 984, Sala T-52

CEP 05014-901 – São Paulo – SP

Fone (11) 3670-8155 – Das 9:00 às 18:00

E-mail: psicorevista@pucsp.br

Sumário

Artigos Teóricos

Reflexões a respeito da velhice na pandemia de Covid-19.....9

Reflections on old age in the Covid-19 pandemic

Reflexiones sobre la vejez en pandemia Covid-19

Aline Cristina Monteiro Rossi

Paulo Roberto Carvalho

O estado da arte da psicologia brasileira: Relações de ancestralidade e decolonialidade27

The state of the art of Brazilian psychology: Relations of ancestry and decoloniality

El estado del arte de la psicología brasileña: Relaciones de ancestralidad y decolonialidad

Luciano Alvim Fiscina

Arley Andriolo

Alessandro Malpasso

De Grupo a Processo Grupal: análise da produção de Silvia Lane..... 50

From group to group process: analysis of Silvia Lane's production

De grupo a proceso de grupo: análisis de la producción de Silvia Lane

Eliane Pereira

Revisões Críticas da Literatura

CID e DSM: breve percurso histórico das classificações dos transtornos mentais..... 75

ICD and DSM: a brief historical tour of the classifications of mental disorders

ICD y DSM: un breve recorrido histórico por las clasificaciones de los trastornos mentales

Maria do Socorro Mendes Côrtes

Carla Cristie de França Silva

Relatos de Pesquisa Empírica

Reações psicológicas em pacientes transplantados renais durante isolamento hospitalar103

Psychological reactions in kidney transplant patients during hospital isolation

Reacciones psicológicas en pacientes trasplantados de riñón durante el aislamiento hospitalario

Brenda Fernandes

Luciana Freitas Fernandes

Yadja do Nascimento Gonçalves

Concepções e práticas em saúde mental na atualidade:
perspectivas de psicólogos orientados pela psicanálise128

Conceptions and practices in mental health today:

perspectives of psychoanalysis-oriented psychologists

Concepciones y prácticas de la salud mental en la actualidad:

perspectivas de psicólogos orientados por el psicoanálisis

Julia Braconi Bernardes

Olga Aparecida Angeli

#automutilação: um estudo sobre a representação da autolesão em uma comunidade virtual de praticantes	151
<i># self-mutilation: a study on the representation of self-injury in a virtual community of practitioners</i>	
<i># automutilación: un estudio sobre la representación de la autolesión en una comunidad virtual de practicantes</i>	
<i>Felipe Moreira Borges Nascimento Fabbrini Ivelise Fortim</i>	

Relatos de Experiências Profissionais

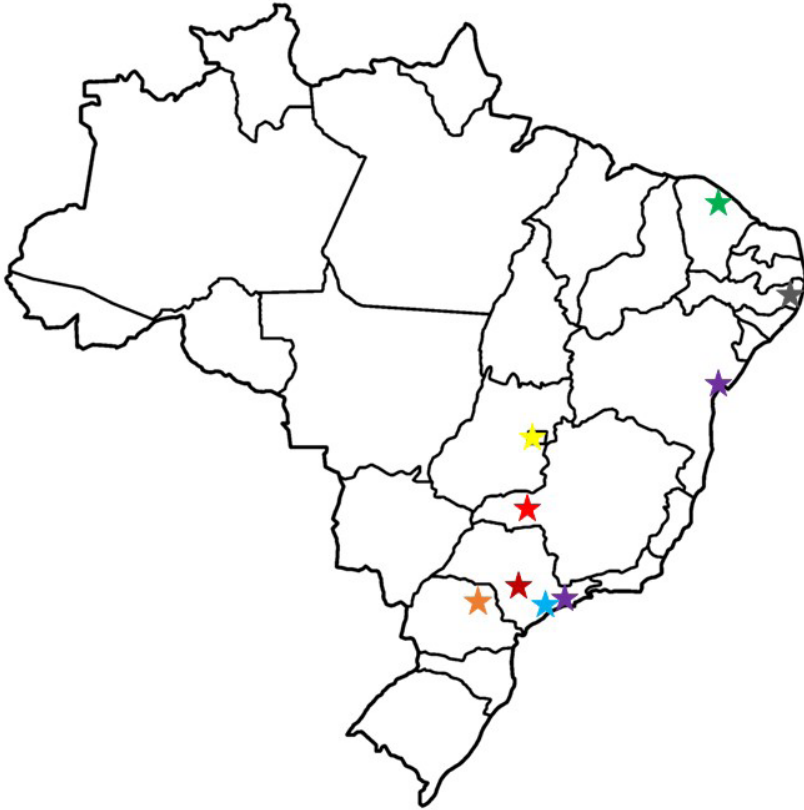
Escuta clínica diante da morte: experiência de uma psicóloga residente em enfermaria de cuidados paliativos	178
<i>Clinical listening in the face of death: experience of a psychologist residing in a palliative care ward</i>	
<i>La escucha clínica ante la muerte: experiencia de un psicólogo que reside en una sala de cuidados paliativos</i>	
<i>Jakeline Maria da Silva Josene Ferreira Batista</i>	

Jovens Autores

Depressão e contemporaneidade: a psicanálise como forma de tratamento a partir de uma leitura de Byung-Chul Han	199
<i>Depression and contemporaneity: psychoanalysis as a form of treatment from a reading of Byung-Chul Han</i>	
<i>Depresión y contemporaneidad: el psicoanálisis como forma de tratamiento a partir de una lectura de Byung-Chul Han</i>	
<i>Lucas Koltun Sanvesso Marcos Nalli</i>	

Apresentação

Representação da proveniência dos artigos deste número:
universidades e estados



LEGENDA

Amarelo - Universidade Católica de Brasília, DF.

Azul - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP.

Cinza - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, PE.

Laranja - Universidade Estadual de Londrina, PR.

Roxo - Universidade de São Paulo, SP / Universidade Federal da Bahia, BA

Verde - Universidade Federal do Ceará, CE.

Vermelho - Universidade Federal de Uberlândia, MG.

Vinho - Faculdade de Medicina de Marília, SP.

Reflexões a respeito da velhice na pandemia de Covid-19

Reflections on old age in the Covid-19 pandemic

Reflexiones sobre la vejez en pandemia Covid-19

*Aline Cristina Monteiro Rossi**

*Paulo Roberto Carvalho***

Resumo

O texto objetivou problematizar os discursos direcionados à velhice no contemporâneo da pandemia de Covid-19. Foi realizada uma discussão conceitual a respeito do termo “contemporâneo” e, na sequência, foi apresentada de forma contextual a descrição sobre a pandemia do novo coronavírus, evidenciando os discursos sobre a velhice que foram veiculados durante esse período. Fundamentado em referenciais da psicologia social, foi realizado um levantamento de reportagens que faziam menção à velhice durante a pandemia sob um viés crítico. A análise buscou compreender a representação da velhice durante a pandemia na perspectiva da mídia e de artigos científicos. Os resultados evidenciam a mudança de um discurso que faz menção à população dos velhos – antes mencionada como a melhor idade – para discursos que, na pandemia, remetem um viés pejorativo a essa categoria etária, de infantilização e amedrontamento. Demonstram, ainda, que o discurso direcionado aos velhos sob a perspectiva do cuidado e da prevenção tornou-se um discurso de tutela e supervisão.

Palavras-chave: *Velhice; Pandemia; Contemporâneo; Psicologia Social; Covid-19.*

Abstract

The text aimed to problematize the discourses directed to old age in the contemporary. Therefore, a conceptual discussion about the contemporary term was

* Universidade Estadual de Londrina, PR, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0000-678X>.
E-mail: aline.monteiroferreira@gmail.com

** Universidade Estadual de Londrina, PR, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-5732-5557>.
E-mail: paulor@uel.br

Agência de fomento: CAPES

carried out, and in the sequence, the description about the pandemic of the new coronavirus was presented in a contextual way, evidencing the speeches about old age that were broadcast during this period. Based on social psychology references, a survey of reports was made that mentioned old age during the pandemic under a critical bias. The analysis sought to understand the representation of old age during the pandemic from the perspective of the media and scientific articles. The results show the change in a discourse that mentions the elderly population, previously considered to be the best age, and in the pandemic, the speeches refer to a pejorative bias to this age category, of infantilization and fear, they also demonstrate that the speech directed to from the perspective of care and prevention has become a tutelage and supervision discourse.

Keywords: Old age; Pandemic; Contemporary; Social Psychology; Covid-19.

Resumen

El texto tuvo como objetivo problematizar los discursos dirigidos a la vejez en la actualidad. Por lo tanto, se realizó una discusión conceptual sobre el término contemporáneo, y en la secuencia, se presentó la descripción sobre la pandemia del nuevo coronavirus de manera contextual, evidenciando los discursos sobre la vejez que se difundieron durante este período. Con base en las referencias de la psicología social, se realizó un relevamiento de reportes que mencionaban la vejez durante la pandemia bajo un sesgo crítico. El análisis buscó comprender la representación de la vejez durante la pandemia desde la perspectiva de los medios de comunicación y los artículos científicos. Los resultados muestran el cambio en un discurso que menciona a la población anciana, previamente considerada como la mejor edad, y en la pandemia, los discursos hacen referencia a un sesgo peyorativo a esta categoría de edad, de infantilización y miedo, también demuestran que el discurso dirigido desde la perspectiva del cuidado y la prevención se ha convertido en un discurso de tutela y supervisión.

Palavras chave: Vejez; Pandemica; Contemporâneo; Psicologia Social; Covid-19.

Em qualquer análise a respeito do envelhecimento, há a necessidade de precisar em quais contextos histórico e social se pretende refletir sobre a velhice, uma vez que esses aspectos interferem diretamente na vivência e nas perspectivas em relação ao envelhecer em um dado momento.

Problematizar a velhice e suas implicações nas mais variadas esferas culturais, sociais e políticas se faz importante para compreender as necessidades da população que mais cresce no país. É importante identificar

que discursos estão direcionados à velhice, pois esses sofrem modificações. Neste artigo iremos apresentar duas perspectivas a respeito da velhice no período compreendido como contemporâneo.

Há no contemporâneo um discurso muito disseminado por meio das mídias, no cotidiano, que utiliza o termo “melhor idade” atribuído à velhice, fazendo-se necessária a compreensão dessa expressão em termos dos valores que veicula. O discurso por trás do slogan “melhor idade” direciona uma vivência do envelhecimento restrita a uma única possibilidade que é atribuída à vida “ativa” e ao consumo (Tótora, 2015).

Moreira e Nogueira (2008), em uma pesquisa na qual entrevistaram pessoas de 40 a 60 anos com o objetivo de compreender os significados do envelhecimento, evidenciaram que o envelhecer traz consigo uma experiência ambígua, por contemplar aspectos valorados positiva e negativamente, com intensificação gradativa dos chamados aspectos negativos, uma vez que existem tentativas de adiar o “inevitável” – relacionado, por sua vez, a uma vivência estigmatizada, de desvalorização e exclusão na sociedade contemporânea. Compreende-se, ainda, que viver o envelhecimento está estritamente relacionado a um julgamento de valor que se coloca “positiva ou negativamente”.

Observa-se, portanto, a criação de um “novo velho”, um velho que deve retardar o envelhecimento por meio da prática de atividades físicas e mentais, as quais lhe garantiriam a manutenção de suas capacidades funcionais e, em última análise, alguns traços de sua juventude (Barros & Castro, 2002, p. 120).

Retomando a crítica à “melhor idade”, observa-se que ela traz, em si, alguns parâmetros a serem seguidos pelos sujeitos que vivenciam a velhice. Eles incluem “desejar uma velhice ativa e com qualidade de vida, slogan repetido à exaustão”, o que, por sua vez, “é a senha para tomar parte da grande comunidade de consumidores subordinados e controlados” (Tótora, 2013, p. 6).

Envelhecer é assumir as mudanças reais dessa fase da vida, mas, na cultura em que estamos inseridos, é vivenciado como “uma ameaça à auto-estima, à aceitação de si, tornando as pessoas vulneráveis a sofrimentos psíquicos de toda ordem e até mesmo a patologias” (Moreira & Nogueira,

2008, p. 65). O envelhecer real, que contempla as mudanças em todos os aspectos, tornou-se problemático para o sujeito devido a imposições de um corpo que precisa atingir parâmetros definidos para essa fase da vida.

Os discursos acerca do idoso reproduzem ideias que são “*a priori*” solicitadas para a descrição da população que envelhece, pois o que se requisita é “um velho identificado como fonte de recursos – autônomo, capaz de respostas criativas frente às mudanças sociais, disponível para re-significar identidades anteriores, relações familiares e de amizade” (Barros & Castro, 2002, p. 121).

Esses discursos direcionados à população de idosos enquanto sujeitos ativos e consumidores de um mercado que disponibiliza serviços e produtos que tendem a disfarçar o envelhecimento e maquiagem a velhice real foram ausentes durante a pandemia de Covid-19, pois o estigma da velhice nesse período foi descrito como um “problema, revigorado na pandemia, não poupou sequer este segmento da terceira idade, até então tido como sendo o de pessoas que, apesar do avanço do tempo, ainda tinha bastante saúde, vigor e disposição para a vida” (Correa & Justo, 2021, p. 54).

Este texto, caracterizado como um artigo teórico, tem o objetivo de problematizar os discursos direcionados à velhice no contemporâneo, sendo assim, iremos discutir o conceito de contemporâneo e, então, a representação da velhice na pandemia que ocorreu nesse período.

REFLEXÕES CONCEITUAIS SOBRE O QUE É O CONTEMPORÂNEO

O termo contemporâneo que será discutido aqui se refere a um conceito de tempo específico na história da humanidade que tem a função de adjetivo e substantivo: significa “quem habitou ou teve seu início na mesma época; que acontece na mesma época, e do latim *contemporaneus*, quer dizer que é do mesmo tempo” (R. Santos, 2020), que é o tempo em que este texto é construído e que foi antecedido por outros cronologicamente, como Pré-História, Idade Antiga, Idade Média e Idade Moderna.

Descrever de forma categórica esses tempos e seus inícios não é uma tarefa fácil e nem pretendida nesta reflexão, pois: “Um período de

compreensão paradigmática do tempo nunca surge em forma horizontal, de cima para baixo. Há sempre um movimento espiral de idas e vindas para que o homem irrompa numa nova apreensão do mundo” (Rocha, 2007, p. 18).

Dessa forma, assim como há complexidade em afirmar o início de um período histórico, há também a tarefa difícil de identificar o seu fim; há questionamentos importantes sem possibilidade de uma resposta exata, já que: “nem ao menos sabemos se tudo o que foi modernidade está definitivamente extinto em nossos dias ou se o que vivemos ainda são ressonâncias daquele paradigma” (Millan, 2002, p. 49).

A partir do exposto, compreende-se que os períodos históricos interagem entre si, seja nos acontecimentos, que podem ter consequências prolongadas, seja nos modos de vida das pessoas, que também podem ser repetidos por gerações e gerarem resquícios em outros tempos. Em específico ao período compreendido como contemporaneidade, Santos discute que há “uma constelação imensa de concepções entre as quais ainda está por fazer uma tradução intercultural e diálogos de saberes e temporalidades” (Santos, 2020, para. 2).

Ele afirma que, nas últimas cinco décadas, foram ampliadas as problematizações a respeito da noção do que é contemporaneidade, em que novos saberes “contribuíram tanto para o pensamento Norte-cêntrico e ocidental como o pensamento Sul-cêntrico e oriental” (Santos, 2020, para. 2).

Segundo o autor, após episódios que tiveram repercussões mundiais como a partilha da África, as guerras mundiais e a bomba atômica, as lutas de libertação anticoloniais e algumas alternativas, como o socialismo, os movimentos sociais, a consolidação de povos como sujeitos históricos, como os indígenas, assim como as lutas pela diversidade sexual e etnorracial contribuíram para uma multiplicidade de concepções a respeito do que é contemporaneidade (Santos, 2020).

Santos (2020) menciona Agamben como contribuinte para a construção ampla da concepção de contemporaneidade, que se distancia de uma visão linear e soberana de acordo com o pensamento europeu. Na discussão realizada em *O que é o contemporâneo?* Agamben (2009) elabora algumas definições a respeito:

O contemporâneo é aquele que percebe o escuro do seu tempo como algo que lhe concerne e não cessa de interpelá-lo, algo que, mais do que toda luz, dirige-se direta e singularmente a ele. Contemporâneo é aquele que recebe em pleno rosto o facho de trevas que provém do seu tempo (Agamben, 2009, p. 64).

Agamben (2009) complementa:

A contemporaneidade, portanto, é uma singular relação com o próprio tempo, que adere a este e, ao mesmo tempo, dele toma distâncias; mais precisamente, essa é a relação com o tempo que a este adere através de uma dissociação e um anacronismo. Aqueles que coincidem muito plenamente com a época, que em todos os aspectos a esta aderem perfeitamente, não são contemporâneos porque, exatamente por isso, não conseguem vê-la, não podem manter fixo o olhar sobre ela (Agamben, 2009, p. 57).

Observa-se que a definição de Agamben (2009) diz respeito principalmente a uma ação de investigação sobre o seu tempo e esclarece não apenas os momentos que podem ser considerados de luz e avanço, como também os de retrocessos e trevas. Santos (2020) faz algumas considerações a respeito de características desse tempo histórico:

O que é característico da nova concepção de contemporaneidade é uma visão holista sem ser unitária, diversa sem ser caótica, que aponta em geral para a co-presença do antinômico e do contraditório, do belo e do monstro, do desejado e do indesejado, do imanente e do transcendente, do ameaçador e do auspicioso, do medo e da esperança, do indivíduo e da comunidade, do diferente e do indiferente, e da luta constante para procurar novas correlações de força entre os diferentes componentes do todo. (Santos, 2020, para. 3).

Nota-se, na descrição de Santos, que descrever a contemporaneidade é uma tarefa complexa, devido ao fato de não ser possível circunscrevê-la objetivamente em características estáveis e únicas, pelo contrário, há necessidade de analisar a mobilidade dos eventos que ocorrem nesse tempo histórico e, ao relacionar os episódios da história passada, torna-se viável uma compreensão melhor do tempo atual e dos que virão.

Com essa compreensão analisaremos aspectos da contemporaneidade sobre a perspectiva da Pandemia de Covid-19 e como esse evento

potencializou alguns discursos sobre a velhice. No entanto, no primeiro momento, iremos contextualizar a pandemia do novo coronavírus para então relacioná-la com a velhice.

PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS

A pandemia de Covid-19 causada pelo novo coronavírus afetou drasticamente o modo de vida de todas as faixas etárias, principalmente a dos idosos, tendo em vista que houve maior direcionamento de discursos para o cuidado com a velhice nesse momento.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), houve, em 31 de dezembro de 2019, um alerta de que na cidade de Wuhan, na China, havia casos frequentes de pessoas com pneumonia, consequência de um novo tipo de coronavírus que, até então, não havia sido encontrado em pessoas. O vírus foi temporariamente nomeado como 2019-nCoV e, na sequência, recebeu o nome de SARS-CoV-2, sendo caracterizado como o novo coronavírus, capaz de causar a doença Covid-19 (Organização Pan-Americana da Saúde, 2021).

Com o contágio em massa pelo SARS-CoV-2, em 11 de março de 2020 a OMS nomeou a Covid-19 como uma pandemia e determinou medidas de isolamento social e protocolos de proteção e segurança. Os sintomas mais frequentes da doença são febre, cansaço e tosse seca, mas as pessoas podem “apresentar dores, congestão nasal, dor de cabeça, conjuntivite, dor de garganta, diarreia, perda de paladar ou olfato, erupção cutânea na pele ou descoloração das mãos ou dos pés” (Organização Pan-Americana da Saúde, 2021).

O contágio pelo novo coronavírus ocorre quando uma pessoa infectada está próxima fisicamente de outra, por meio de aperto de mãos, espirro, tosse, catarro, gotículas de saliva e objetos e superfícies contaminadas, como celulares, mesas, talheres, maçanetas, brinquedos, móveis (Ministério da Saúde, 2021).

As medidas de prevenção orientadas pelos órgãos de saúde se referiam a lavar as mãos com água e sabão ou álcool em gel com frequência, ao espirrar ou tossir cobrir a boca com o antebraço, não tocar em olhos,

nariz e boca, manter distância mínima de 1 metro entre pessoas em locais públicos e de convívio social, evitar abraços, beijos e apertos de mãos, higienizar com frequência os objetos pessoais, evitar circulação em locais com muitas pessoas e utilizar máscaras. Essas medidas, inclusive, foram divulgadas e orientadas pela mídia com grande frequência (Ministério da Saúde, 2021). Com o decreto da pandemia instaurado, tais cuidados se tornaram imprescindíveis.

A síndrome respiratória causada pelo novo coronavírus é uma doença de grande variação de sintomas, em que pessoas podem ser assintomáticas, ou desenvolverem quadros de leves a graves. Apesar de os sintomas geralmente serem muito leves, há uma estatística de que uma em cada seis pessoas tende a ficar gravemente doente, com dificuldades respiratórias, principalmente pessoas que já possuem alguma condição desfavorável de saúde e idosos (Organização Pan-Americana da Saúde, 2021).

A vivência no contexto da pandemia provocada pelo coronavírus necessitou com urgência das contribuições da ciência em várias áreas do conhecimento, seja em uma maratona para conseguir desenvolver uma vacina, seja de teóricos de ciências humanas que pretendiam compreender o viver nesse tempo histórico.

Santos (2020), em um texto intitulado “O coronavírus, nosso contemporâneo”, afirma que o novo coronavírus é considerado um contemporâneo de nós humanos no momento em que esta pesquisa é escrita, uma vez que estamos convivendo no mesmo momento, conforme o significado da palavra contemporâneo, que diz respeito ao mesmo tempo.

No entanto, o autor complementa que o vírus é nosso contemporâneo principalmente “porque partilha conosco as contradições do nosso tempo, os passados que não passaram e os futuros que virão ou não. Isto não significa que viva o tempo presente do mesmo modo que nós” (Santos, 2020, para. 1).

Segundo o autor, para a compreensão de quem somos, é necessário a compreensão do vírus, na medida em que produzimos novas formas de viver a partir das ameaças e consequências que o coronavírus trouxe nesse momento histórico, o que denota “o modo como o vírus emerge, se difunde, nos ameaça e condiciona nossas vidas é bem fruto do mesmo tempo que nos faz ser o que somos” (Santos, 2020, para. 6).

Entende-se, ainda, que compreender o vírus e seu mecanismo de contaminação nos proporciona entender os modos de vida que estão sendo produzidos neste presente histórico, por exemplo: os hábitos que contribuem negativamente para o aumento do contágio do vírus ilustram que o fato de ter o conhecimento não garante que ele produza mudanças nos hábitos das pessoas.

O novo coronavírus assumiu um “valor hiper-contemporâneo”, conforme descrito por Santos (2020, para. 5), que analisou três características a partir dessa concepção. A primeira diz respeito à metáfora do coronavírus e o Muro de Berlim. Na comparação, o autor menciona que, ao invés de ser uma barreira que divide dois regimes políticos e sociais, o vírus separa o tempo em antes e depois da pandemia, mas sem saber quais mudanças serão advindas desse momento (Santos, 2020).

A segunda característica do vírus analisada por Santos (2020) se refere ao fato de o vírus atuar no presente, determinando sua imprevisibilidade, o que “converte o presente num alvo móvel, constituído não apenas pelo que podemos fazer ou planejar agora, mas também pelo que de imprevisível nos pode acontecer” (Santos, 2020, para. 9). É interessante ressaltar que a imprevisibilidade já havia antes do vírus, no entanto, era mascarada por uma ilusória noção de controle. Com a pandemia, ela foi desmascarada e ficou evidente o número alto de contágios e de mortes.

Por fim, Santos (2020, para. 10) afirmou que o vírus “é um reciclador que liga o presente a passados remotos”, pois algumas situações se repetem, ainda que com diferenças no momento atual.

Na pandemia, ouvimos um discurso que se apresentou como democrático no que diz respeito ao enfrentamento ao vírus, mas que excluiu outras variáveis a respeito da vulnerabilidade da população na pandemia, conforme discutido por Santos:

É tão pouco democrático quanto a sociedade que permite tal concentração de riqueza. Ao contrário do que parece, não ataca indiscriminadamente. Prefere as populações empobrecidas, vítimas de fome, de falta de cuidados médicos, de condições de habitabilidade, de proteção no trabalho, de discriminação sexual ou etnoracial (Santos, 2020, para. 6).

A contaminação pelo novo coronavírus pode ocorrer em todas as pessoas, sem distinção de classe social; no entanto, são as mais vulneráveis, aquelas que carecem dos recursos para prevenir-se do contágio e de cuidados, caso sejam infectadas, que se tornam as mais afetadas. Santos (2020) afirma que, para combater o vírus, é necessário compreender o momento em que estamos e alterar algumas das nossas práticas:

A contemporaneidade é uma totalidade heterogênea, internamente desigual e combinada. Considerar o vírus como parte da nossa contemporaneidade implica ter presente que, se nos quisermos ver livres do vírus, teremos de abandonar parte do que mais nos seduz no modo como vivemos. Teremos de alterar muitas das práticas, dos hábitos, das lealdades e das fruições a que estamos acostumados e que estão diretamente vinculados à recorrente emergência e crescente letalidade do vírus. Ou seja, teremos de alterar a matriz da contemporaneidade, sendo certo que desta fazem parte as populações que mais sofrem com as formas dominantes da contemporaneidade (Santos, 2020, para. 7).

O clima de instabilidade foi geral durante a pandemia, principalmente por falta de direcionamentos dos governantes que não se pautavam pelos pressupostos científicos, o que gerava insegurança em relação ao seu enfrentamento no contexto brasileiro, em que havia um negacionismo extremo em relação aos dados epidemiológicos disponibilizados, com discursos que valorizavam prioritariamente a economia, e não a saúde (Henning, 2020).

Enquanto a pandemia ainda assombra o mundo, particularmente o Brasil, alguns questionamentos são constantes na mídia e na fala de especialistas sobre as suas consequências na vida das pessoas, por exemplo, se seremos pessoas melhores após essa vivência caótica que interrompeu sonhos, vidas, modos de ser e estar. Podemos questionar a quem o termo negacionismo seria direcionado?

Não temos respostas para esses questionamentos, apenas especulações. De acordo com a ótica da psicologia social, compreendemos que a pandemia influenciará nos processos de subjetivação. Entretanto, não se trata apenas de compreender as mudanças a partir de conotações morais

como condutas boas ou más, mas de analisá-las a partir de cada contexto social em que o sujeito vive. Sendo assim, este texto pretende problematizar como foi o tratamento direcionado aos idosos durante a pandemia.

REPRESENTAÇÕES DA VELHICE NA PANDEMIA DE COVID-19

Analisaremos alguns impactos da pandemia no que diz respeito à velhice. Com a pretensão de proteger os idosos do contágio do vírus, tornaram-se comuns solicitações divulgadas pela mídia e por profissionais de saúde que, aos poucos, foram reproduzidas por pessoas no cotidiano para que os idosos evitassem o contato social.

Com reação ao solicitado, houve algumas ações comunitárias: por exemplo, em alguns prédios, os moradores escreveram nos elevadores seus contatos e disponibilizaram-se para fazer as compras para a população de idosos para que não saíssem de casa.

As ações, que pareciam ser de cuidado a essa população, tomaram conotações “problemáticas sobre a velhice” (Henning, 2020, p. 150), uma vez que os velhos tornaram-se alvos de discursos pejorativos que desconsideravam sua autonomia e capacidade de tomada de decisão. Essa ideia é visualizada nas imagens que foram veiculadas na internet e nas redes sociais a respeito de idosos na pandemia.

Um exemplo de discurso pejorativo ocorreu na cidade de Goiânia: uma caixa de som sobre um carro anunciava de forma pejorativa uma mensagem aos idosos “É o caminhão cata véio. Os véio que não for sozinho, nós leva embora. Acima de 60 anos estamos recolhendo os véio. É o caminhão cata veio” (Machado, 2020). Percebemos que essa mensagem compreende o sujeito idoso como alguém incapaz de tomar decisões e que precisa ser tutelado, pois desconsidera o respeito à dignidade do velho ao ser convocado dessa forma.

Imagens com mensagens que nomeavam os idosos como “crianças” foram frequentemente compartilhadas nas redes sociais. O que notamos é que mensagens desse tipo, com discurso de amedrontamento, demonstram o desrespeito direcionado aos velhos como se fossem sujeitos que não possuem o direito de ir e vir, como crianças que precisam obedecer aos que

sabem tomar decisões melhor do que elas. Para os velhos, os discursos estão relacionados à “ideia de pessoas velhas como sem autonomia, subjugadas, com capacidade de agência, racionalidade e bom senso questionadas” (Henning, 2020, p. 150).

A matéria “Preconceito em tempos de coronavírus: ‘Idoso virou palhaço dos memes” (Garcia, 2020) descreve uma série de mensagens e imagens que foi compartilhada na internet com frequência durante a pandemia. Elas enfatizavam a restrição imposta pela pandemia, principalmente aos idosos considerados do grupo de risco.

Jorge Félix, doutor em Ciências Sociais, entrevistado na matéria, afirmou que essas mensagens contribuem para a consolidação de preconceito em relação aos idosos. Ele pondera que crianças e adolescentes também exercem sua autonomia, mas quando esse comportamento vem de uma pessoa idosa, é tido como se ela fosse “teimosa”, como em uma das imagens veiculadas que ilustrava uma vaga de estacionamento para idosos em que estava escrito “teimosos”. Por fim, Jorge orienta que os familiares devem utilizar da empatia e do diálogo, ao invés de imposição para convencer a adesão ao isolamento social.

Tótora (2015) discute sobre o idoso como o sujeito que vivencia uma vida ativa e consome ofertas e serviços, sendo, então, valorizado pelo mercado capitalista. Em contrapartida, no contexto da pandemia, em que as figuras apresentadas foram criadas e compartilhadas, é possível identificar uma ruptura no que diz respeito à figura do idoso.

O sujeito idoso é tido como aquele que possui maturidade, vida ativa ao usufruir da melhor idade (Tótora, 2015). No entanto, a partir das reportagens que denunciam a forma com a qual foi tratado na pandemia, percebemos que o idoso não foi respeitado, mas tratado como alguém que não possui a capacidade de gerir sua própria vida. Principalmente, não havia distinção quando se referia ao idoso no que diz respeito à idade cronológica ou à capacidade de independência; as mensagens veiculadas durante a pandemia se referiam ao grupo idoso enquanto população homogênea, conforme discutido pelos autores:

A pandemia fez com que irrompesse, com mais visibilidade no cenário social, essa velhice tomada como um problema, essa velhice que não está plenamente funcionalizada, que não responde mais às exigências da produção e do consumo, do empreendedorismo, da velocidade impingida à vida como um todo, do individualismo, da autonomia e a tantas outras que compõem o contemporâneo. (Correa & Justo, 2021, p. 57).

Os idosos sofrem preconceito há algum tempo, mas foi com a pandemia que tais discursos se tornaram mais explícitos, conforme pontuou a antropóloga Miriam Goldenberg em uma entrevista cedida à BBC News. Ela afirmou que os velhos não são valorizados na sociedade e no âmbito familiar, e a pandemia evidenciou essa questão nos discursos “de que os velhos devem morrer para a epidemia acabar logo mas também memes zombando deles, dizendo que eles são teimosos e desobedientes, como se fossem crianças malcomportadas” (Barrucho, 2020).

Outro ponto que pode ser relacionado com a pandemia é a responsabilização do próprio sujeito velho por seu bem-estar e por seu envelhecimento. Conforme discutido por Ant3nio (2020) e por Moreira e Nogueira (2008), há para o idoso responsabiliza33o por sua sa3de e por envelhecer, na medida em que o mercado disponibiliza produtos e servi3os que prometem promover a sa3de e o retardamento do envelhecimento.

Na pandemia, a responsabiliza33o do sujeito idoso permaneceu sobre seu pr3prio cuidado relacionado às doen3as, que foi direcionado tamb3m aos familiares, conforme dito pelo Presidente da Rep3blica Jair Messias Bolsonaro no discurso que defendia a reabertura do com3rcio: “N3o se pode deixar na conta do Estado. Cada fam3lia tem que botar o vov3 e a vov3 l3 no canto e 3 isso. Evitar o contato com eles a menos de dois metros. E o resto tem que trabalhar, porque t3 havendo uma destrui33o de empregos no Brasil” (Fernandes, 2020).

Nos discursos direcionados aos idosos, prevalecia a supervis3o e a priva33o. O “protecionismo acabou por revelar um outro tipo de tratamento, convertendo as medidas protetivas em medidas extremamente restritivas e tutelares” (Correa & Justo, 2021, p. 57).

Identificamos que, amparados em dados cient3ficos, o discurso sobre a melhor idade e o idoso enquanto um sujeito ativo era fr3gil, de modo que,

na pandemia, prevaleceu o preconceito a respeito do velho enquanto um sujeito que precisa ser tutelado pela família. As “estatísticas epidemiológicas e dados de países acometidos pela pandemia foram utilizados para demonstrar que os mais velhos eram as principais vítimas e, portanto, deveriam ser considerados como prioridade na implementação de medidas de proteção e prevenção” (Correa & Justo, 2021, p. 52).

Vivemos em uma sociedade cujo histórico nos permite lembrar com frequência das desigualdades que, no contexto da pandemia, foram cada vez mais evidenciadas, por exemplo, no caso das pessoas autônomas que dependiam do trabalho diário para o seu sustento e foram impedidas de trabalhar, especificamente os idosos que trabalham e sustentam sua família, conforme discutido por Miriam Goldenberg na entrevista “Eles bancam os filhos e os netos. Vemos isso em todas as classes sociais, inclusive nas comunidades carentes” (Barrucho, 2020).

Goldenberg denuncia a violência que os idosos vivenciaram na pandemia: “estamos assistindo horrorizados a discursos sórdidos, recheados de estigmas, preconceitos e violências contra os mais velhos” (Barrucho, 2020). A população de velhos na pandemia foi alvo de todos esses discursos, o que contribuiu para que vivenciassem sofrimento e amedrontamento:

A sensação compartilhada por muitos(as) parece ser a de se descobrirem com uma espécie de “existência de segunda classe”, de serem um “peso morto”, de estarem “fazendo hora-extra”, sobrecarregando o sistema de seguridade social e a saúde pública, “atrapalhando a economia”, impedindo, enfim, o retorno à “normalidade” (Henning, 2020, p. 153).

Os idosos, em suas vivências, já experimentam a proximidade com a morte, “muitos nascem e morrem sem nunca terem vivido um minuto sequer” (Tótora, 2015, pp. 43-44). Na pandemia, essa vivência se intensificou pelos discursos direcionados aos idosos, conforme pontuado por Goldenberg: “Imagine ligar a TV e escutar pessoas que pregam a sua morte 24 horas por dia” (Barrucho, 2020). A morte dos velhos e sua exclusão eram fatos que ocorriam antes da pandemia, pois “expressa tal descartabilidade dos longevos do mundo do trabalho assim como situações diversas de

negligência ou de invisibilidade social mostram a condição de dispensabilidade na qual vivem os idosos e que se acentua em momentos críticos como o da pandemia” (Correa & Justo, 2021, p. 56).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desta reflexão, foi possível analisar que os discursos direcionados à velhice no contemporâneo demonstram dois principais direcionamentos. Um discurso que, antes da pandemia, atribuía o significado de velhice como verbete para descrever aspectos valorativos relacionados à juventude e à vida ativa, prioritariamente aqueles sujeitos que fazem adesão a esse discurso ao incorporarem práticas e serviços que prometem a lentidão de uma velhice real e a aproximação com a juventude eterna ao participarem ativamente como consumidores de um comércio que lucra com a população que mais cresce no Brasil.

Com a pandemia do novo coronavírus e a atenção direcionada para os idosos enquanto uma população que requer cuidados e proteção, visualizamos que proliferaram discursos estereotipados direcionados aos idosos, inclusive sob uma perspectiva moralizante e discriminatória, por exemplo, nomeando-os como “teimosos” por saírem de casa na pandemia. Esses discursos não consideraram que a população idosa é imensa e plural e que muitos idosos trabalhavam durante a pandemia.

O sujeito idoso, durante a pandemia do novo coronavírus, foi representado como parte de um grupo homogêneo, frágil e irresponsável, ou seja, incapaz de gerir sua vida e tomar decisões. A população de idosos que, antes da pandemia, era solicitada frequentemente para aderir a atividades e serviços em prol de bem-estar e saúde, durante a pandemia, quando o distanciamento social implicou no isolamento desses sujeitos, essa população que, até então, era consumidora, foi visualizada apenas como ônus.

Cabe a urgência de denunciar tais discursos e suas representações pejorativas referentes à velhice para que não sejam reproduzidos e de construir novos posicionamentos baseados em respeito e dignidade. É urgente, principalmente, que a velhice seja discutida em sua pluralidade, pois cada

sujeito a vivência de acordo com determinantes relacionados à história de vida, ao contexto social e histórico, discussão esta que já ocorre na literatura há muito tempo, iniciada por Beauvoir (1970/2018).

REFERÊNCIAS

- Agamben, G. (2009). *O que é o contemporâneo? e outros ensaios* (2a ed., V. N. Honesko, Trad.). Chapecó: Argos.
- Antônio, M. (2020, abril). Envelhecimento ativo e a indústria da perfeição. *Saúde e Sociedade*, 29(1), e190967. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190967>
- Barros, R. D. B., & Castro, A. M. (2002). Terceira idade: o discurso dos experts e a produção do “novo velho”. *Estud. interdiscip. envelhec.*, (4), 113-124
- Barrucho, L. (2020, maio 2). *Pandemia de coronavírus evidencia ‘velhofobia’ no Brasil, diz antropóloga*. VivaBem. <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/bbc/2020/05/02/pandemia-de-coronavirus-evidencia-velhofobia-no-brasil-diz-antropologa.htm>
- Beauvoir, S. (2018). *A velhice* (2a ed., M. H. F. Martins, Trad.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira. (Trabalho original publicado em 1970).
- Correa, M. R., & Justo, J. S. (2021). Pandemia e envelhecimento. *Revista Espaço Acadêmico*. Edição Especial. 50-60.
- Fernandes, A. (2020, abril 8). Bolsonaro: “A chuva está aí, vamos nos molhar e alguns vão morrer afogados”. *Correio Braziliense*. https://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/politica/2020/04/08/interna_politica,843280/bolsonaro-a-chuva-esta-ai-vamos-nos-molhar-e-alguns-vaao-morrer-afog.shtml
- Garcia, J. (2020, março 26). *Preconceito em tempos de coronavírus: “Idoso virou palhaço de memes”*. VivaBem. <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2020/03/26/especialista-adverte-sobre-preconceito-idoso-virou-palhaco-dos-memes.htm>

- Henning, C. E. (2020). Nem no mesmo barco nem nos mesmos mares: gerontocídios, práticas necropolíticas de governo e discursos sobre velhices na pandemia da COVID-19. *Cadernos de Campo*, 20(1), 150-155. <http://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/view/170798>
- Machado, S. (2020, março 31). “Caminhão cata veio” circula por Goiânia e pede para idosos ficarem em casa. UOL Notícias. <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2020/03/31/caminhao-cata-veio-circula-por-goiania-e-pede-para-idosos-ficarem-em-casa.htm>
- Millan, M. P. B. (2002). *Tempo e subjetividade no mundo contemporâneo: Ressonâncias em clínica psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ministério da Saúde. (2021, janeiro 21). *Sobre a doença*. <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#interna>
- Moreira, V., & Nogueira, F. (2008). Do indesejável ao inevitável: a experiência vivida do estigma de envelhecer na contemporaneidade. *Psicologia USP*, 19(1), 59-79. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642008000100009>
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2021, janeiro 20). *Folha informativa COVID-19- Escritório da OPAS e da OMS no Brasil*. <https://www.paho.org/pt/covid19>
- Rocha, T. H. R. (2007). Modos de subjetivação contemporâneos: considerações psicanalíticas sobre desejo, alteridade e pulsão (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil).
- Santos, B. S. [Boaventura]. (2020, maio 12). *O coronavírus, nosso contemporâneo*. Outras Palavras. <https://outraspalavras.net/pos-capitalismo/o-coronavirus-nosso-contemporaneo/>
- Santos, R. [Roseli]. (2020). Contemporâneo. In. Dicio: *dicionário online de português*. <https://www.dicio.com.br/contemporaneo/>

- Tótora, S. (2013). Genealogia da velhice. *Revista Ecológica*, 6, 2-18.
- Tótora, S. (2015). *Velhice: uma estética da existência*. São Paulo: Educ: FAPESP.

Recebido em 23/02/2021

Aceito em 15/04/2024



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a obra original seja devidamente citada.

O estado da arte da psicologia brasileira: Relações de ancestralidade e decolonialidade

*The state of the art of Brazilian psychology: Relations of
ancestry and decoloniality*

*El estado del arte de la psicología brasileña: Relaciones de
ancestralidad y decolonialidad*

*Luciano Alvim Fiscina**

*Arley Andriolo***

*Alessandro Malpasso****

Resumo

Desde o questionamento da conjuntura modernidade/colonialidade no campo das humanidades, ciências humanas e ciências sociais, a hipótese central do artigo sugere que as relações entre ancestralidade e decolonialidade no cenário contemporâneo da psicologia brasileira oportunizam uma avaliação do estado do campo. Três discussões norteiam este estudo: (i) o potencial decolonial no campo da psicologia social; (ii) a questão do primitivismo em tradições estéticas; (iii) as contribuições da psicologia analítica para os estudos de ancestralidade. Como resultado, realizamos um estudo de fronteira sobre as implicações do campo-tema da ancestralidade e da questão latino-americana para o estado da arte da psicologia brasileira.

Palavras-chave: Ancestralidade; Estudos Decoloniais; Psicologia da Arte; Psicologia Analítica; Psicologia Social.

* Universidade de São Paulo, SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8927-9404>. E-mail: lucianofiscina@yahoo.com.br

** Universidade de São Paulo, SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8662-1646>. E-mail: arley@usp.br

*** Universidade Federal da Bahia, BA, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8246-8226>. E-mail: alessandro.malpasso@ua.pt

Agência de fomento: CAPES

Abstract

From the questioning of the modernity/coloniality situation in the field of humanities, human sciences and social sciences, the central hypothesis of this article suggests that the relationships between ancestry and decoloniality in the contemporary scenario of Brazilian Psychology provide an opportunity for an assessment of the state of the field. Three discussions guide this study: (i) the decolonial potential in the field of social psychology; (ii) the issue of primitivism in aesthetic traditions; (iii) contributions of analytical psychology to ancestry studies. As a result, we carried out a frontier study on the implications of the thematic-field of ancestry and the Latin American issue for the state of the art of Brazilian Psychology.

Keywords: Ancestry; Decolonial Studies; Art Psychology; Analytical Psychology; Social Psychology.

Resumen

Desde el cuestionamiento de la coyuntura modernidad/colonialidad en el campo de las humanidades, las ciencias humanas y ciencias sociales, la hipótesis central de este artículo sugiere que las relaciones entre ancestralidad y descolonialidad en el escenario contemporáneo de la Psicología brasileña brindan una oportunidad para una evaluación del estado en el campo. Tres discusiones guían este estudio: (i) el potencial descolonial en el campo de la psicología social; (ii) la cuestión del primitivismo en las tradiciones estéticas; (iii) contribuciones de la psicología analítica a los estudios de ancestralidad. Como resultado, realizamos un estudio de frontera sobre las implicaciones del campo-tema de la ancestralidad y la cuestión latinoamericana para el estado del arte de la Psicología brasileña.

Palabras clave: Ancestralidad; Estudios Decoloniales; Psicología del Arte; Psicología Analítica; Psicología Social.

INTRODUÇÃO

Em 16 de novembro de 1989, o psicólogo social Ignácio Martín-Baró foi assassinado pelo exército salvadorenho nos jardins da Universidade Centroamericana (UCA). “Ao som da música de Julio Lacarra, “El río está Llamando” (1973), interpretada por Quinteto Tiempo, o povo por quem Martín-Baró e companheiros lutaram, deram a vida, carregaram seus corpos para o cemitério após aquele assassinato covarde” (Silva, 2014, p. 11). Na canção, o rio clama a morte, mas também a luta pela resistência. Como a música diz: “Por que me perguntas companheira, onde fui com meu sangue,

si lo sabes? Es que el rio llamaba, uma sola esperanza. Nos decía adelante..., Adelante! ”¹. Este tem sido o desafio das epistemologias do Sul, e, como diz a canção, é o rio quem chama, e chama pela pluralidade por e novas perspectivas de futuro. Ou seja, forças históricas silenciadas insurgem da periferia e “(...) sem perspectiva de retorno ao passado” (Mignolo, 2008, p. 239). Então, temos o desafio de responder a questão latino-americana (Osorio, 2015), que se impõe com desdobramentos epistêmicos e ontológicos para a psicologia social, por exemplo.

Vejamos a tradição do conceito de exclusão social correspondente à tradição sociológica francesa, abraçada pelo Brasil no final da década de 1960, especialmente, no campo de estudos da psicologia social voltada para movimentos sociais. Nesse contexto, o conceito de exclusão social, na esteira do conceito de desigualdade social, não aparece, historicamente, sob os marcadores das colonialidades. Com efeito, no quadro de industrialização dependente e de pobreza urbana, os estudos em psicologia social no Brasil, no contexto dos anos 1960, passam a enfatizar os efeitos do mundo do trabalho e suas relações econômicas nos fenômenos da exclusão e da estratificação social, com dimensões sociais, espaciais, geográficas, urbanas e periurbanas. Assim, o fenômeno da exclusão social passa a indicar a necessidade de uma psicologia social comunitária, em consonância com o fato epistêmico de que a comunidade vai assumir um potencial descolonial para o campo da psicologia (Castro & Mayorga, 2019; Watkins, Ciofalo & James, 2018). Foi, então, com a psicologia comunitária que as mobilizações descoloniais produziram efeitos tangíveis (Barbosa et al, 2022). Boaventura Sousa Santos (2002) faz o diagnóstico da fratura epistemológica da modernidade, e dois princípios fundamentais parecem ter resistido aos regimes de colonialidades, o princípio da participação e o princípio da solidariedade, só que no contexto das comunidades, que enfrentam ao seu modo os efeitos da especialização jurídica de punição sobre as relações humanas e o mundo moderno (Santos, 2002; Watkins, Ciofalo & James, 2018).

1 “Por que me perguntas companheira, onde fui com meu sangue, se você sabe? É que o rio estava chamando, uma única esperança. Nos disse, vá adiante, adiante!”. Tradução dos autores.

Nesse sentido, os movimentos sociais, a educação popular e as políticas públicas atravessam a psicologia brasileira em espaços comunitários, doméstico (movimento feminista), de produção (movimento operário), de cidadania (movimento de direitos humanos), da saúde mental (com foco na prevenção primária e redução de danos) e no espaço da natureza (movimento ambientalista) (Pereira, 2008). Nota-se o papel das políticas públicas no campo das epistemologias do Sul para a psicologia brasileira, com implicações para uma etno-filosofia do particular, assim como para uma etnociência de orientação muito mais política do que epistêmica (Masolo, 2009). Nesse sentido, a historiografia decolonial, no campo da psicologia brasileira, avança com novos “(...) deslocamentos que as narrativas decoloniais proporcionam às comunidades narrativas, legitimadas historicamente como lugar de produção de transformação social” (Castro & Mayorga, 2019, p. 1). Com efeito, as relações entre políticas públicas e a atuação profissional da psicologia tornam visíveis as implicações entre subjetividades e participação social. É inegável que os movimentos sociais são formados por identidades políticas, cujas lutas por direitos colocam em questionamento o tempo histórico e as estruturas de longa duração, assim como reivindicam as ancestralidades no domínio da memória social, com efeitos de descolonização do conhecimento em programas acadêmicos que passam a dialogar com a virada epistêmica, e sua agenda para a manutenção de um Estado democrático. “Precisamos de uma psicologia que compreende o traço de colonialidade que afeta os povos latino-americanos e propõe romper com o racismo epistêmico que suprime os direitos de existência de outras pessoas e o conhecimento que carregam consigo” (Dimenstein et al, 2022, p. 17). “Talvez, arriscamos dizer que pode ser a base para uma psicologia para além da colonial (Lucena Filho & Silva, 2018, p. 115).

Nesse sentido, perspectivas já conhecidas indicam o fracasso do conceito de exclusão social, uma vez que não abrange a dimensão psicológica do sofrimento humano. De acordo com os estudos de Bader Sawaia (1999), sabe-se que o simples uso desse conceito não descreve a experiência de sofrimento psicológico que acompanha processos históricos de opressão. Sawaia (1999) colabora para uma psicologia social visível na esfera das políticas públicas com ênfase na questão humana, colocada,

então, em primeiro plano. Nesse contexto, a psicologia social brasileira vai se diferenciar da tradição sociológica francesa, que vinha trabalhando o conceito de exclusão social com ênfase no sujeito coletivo, como sugerem os estudos de Paugam (2001) e Castel (1998), na esteira do sociólogo francês Alain Touraine e seus estudos sobre os “novos sujeitos da história”. São também articuladas à noção pós-estruturalista de inspiração foucaultiana, a conquista do direito de falar, as vozes coletivas e a retórica política da autodeterminação, autonomia e independência dos sujeitos da história. No entanto, Touraine (2005) enfatiza uma epistemologia dos movimentos sociais, que não é a perspectiva original de Sawaia (1999), com foco no sofrimento psicológico gerado em situações de exclusão social. Sawaia (2019) fala de um sofrimento ético-político de natureza estrutural, porque deriva da ruptura com os vínculos de pertencimento no campo dos direitos de cidadania (Castel, 1998; Demo, 2002; Paugam, 2001). Contudo, a partir de novos instrumentos conceituais, como *colonialidade do ser* (Mignolo, 2008), *colonialidade do poder* (Quijano, 1992), a exterioridade e a transmodernidade (Dussel, 2016), o trânsito epistemológico da psicologia brasileira ganha profundidade com os estudos decoloniais, as teorias da dependência e a filosofia da libertação. Nesse sentido, a contribuição fundamental deste artigo reside em buscar, nas relações de ancestralidade e decolonialidade, novos fundamentos de ontologias e epistemologias num quadro em que o questionamento do tempo histórico deve nos conduzir à superação de domínios sobre a condição humana.

Para isso, vamos partir de estudos de práticas curatoriais do mundo artístico, buscando reconstituir o modo como a noção de primitivismo em história da arte demarca espaços coloniais sobre a experiência estética da alteridade e da ancestralidade. Em seguida, procuramos, nos estudos de psicologia analítica, fundamentos que posicionam o papel organizador da memória ancestral na vida social de grupos e comunidades. Por fim, a última seção busca uma avaliação do estado da arte da psicologia brasileira diante de um dos seus principais desafios: as antinomias históricas de longa duração e as demandas conturbadas do tempo presente. Esperamos, assim, que este artigo venha a contribuir com estudos de fronteira em psicologia no campo-tema das ancestralidades.

A QUESTÃO DO PRIMITIVISMO EM TRADIÇÕES ESTÉTICAS

A introdução ao tema que desenvolvemos neste artigo está permeada por referências epistemológicas das ciências humanas, ao mesmo tempo em que demarcam espaços conceituais em transformação. A aproximação do campo decolonial com a questão da ancestralidade é, particularmente, sugestiva do imbricado problema conceitual emergente na contemporaneidade. Nosso intuito não será o de explorar a diversidade de proposições resultantes dessa aproximação, outrossim, sem perder de vista a história dos saberes do Sul, trabalharemos com uma abordagem transmoderna em psicologia, a partir da qual memória e ancestralidade se caracterizam na duração temporal das tradições situadas no cotidiano, na dimensão sensível, a qual designaremos “estética”, que se prolongam igualmente em espaços públicos e instituições culturais, em práticas propriamente artísticas.

Os artefatos ou processos da vida cotidiana também poderiam ser descritos em termos de “arte” ou “patrimônio”, uma vez que, em ambos, possibilitam percorrer a dimensão sensível das práticas sociais, tal como sugerira o filósofo Arnold Berleant em sua formulação de “estética social”. Para ele, a experiência estética não está restrita ao campo artístico, ao mesmo tempo em que não está limitada a uma atitude individual desinteressada, tratando-se de uma estética da situação social (Berleant, 1997). A situação social é temporal, cruzada por horizontes históricos que participam das temporalidades dos sujeitos e, como diria Hans Georg Gadamer (1999), abre a experiência para um encontro, notadamente o encontro com o outro, no prolongar da tradição. Em linhas gerais, a “hermenêutica da tradição” visa àquilo que nos envolve intimamente, à preservação de significados, instituições e práticas por meio da transmissão, um envolvimento no mundo de significados (Schuback, 2011), na medida em que nos coloca continuamente em contato com o outro, de outro tempo e também de outro lugar.

Além da vida cotidiana, as instituições culturais e suas práticas curatoriais têm oferecido abundante material como suporte para os debates acerca das artes, da ancestralidade, das colonizações e das descolonizações dos saberes, impelindo à reflexão sobre os valores das experiências estéticas nos diferentes contextos sociais, práticas culturais, instrumentos

de preservação de patrimônios culturais, entre outras instâncias. Como veremos adiante, a noção de natureza se inscreve de modo central nos discursos e nas imagens emergentes nesse campo, a tematizar a experiência e distinguir de modo incisivo as epistemologias do Norte e do Sul, sobretudo, das “comunidades ancestrais” dispersas em países e ex-colônias, as quais foram grandemente associadas ao outro da cultura europeia. Por exemplo, a exposição *Les magiciens de la Terre* (“Os mágicos da Terra”, Centro Georges Pompidou, Paris, outubro de 1989), expôs obras de arte de diferentes partes do mundo, buscando contemplar a heterogeneidade e a diversidade de tradições estéticas. Nas palavras de Michael Archer (2001):

(...) devido à sua suposição de que a arte era um fenômeno ocidental que propiciava o exótico e o primitivo em outras partes do mundo. O argumento da mostra do MOMA apoiou a noção de que o primitivismo era o diferente a ser encontrado, exclusivamente, fora da cultura ocidental. Era como se o debate sobre o racismo, o feminismo e a política dos anos 70 nunca tivesse acontecido, e como se a maturação dessas discussões e seu prolongamento para outras áreas da marginalização social (p. 216).

A Mostra respondia às críticas surgidas da exposição “Primitivismo na arte do século XX”, organizada por William Rubin no Museu de Arte Moderna de Nova York em 1984. Nesta, por sua vez, a concepção de primitivismo estava associada aos movimentos artísticos dos anos de 1920 e 1930, sobretudo, com a publicação de *Primitivism in Modern Art*, de Robert Goldwater (1938). Esse debate é longo e complexo, configurando uma tradição estética cujo marco temporal chegaria à exposição no Museum of Modern Art, de 1984. Embora os significados do termo primitivismo se ampliem consideravelmente ao longo dessa trajetória, referindo obras flamengas e italianas dos séculos XIV e XV, ou artefatos pré-colombianos, o eixo conceitual recaía sobre as regiões colonizadas pelos países europeus em meados do século XIX e estabelecem uma série de tensões na produção cultural das ex-colônias europeias. O entrelaçamento desses debates possibilita compreender o primitivismo artístico tanto no contexto da história da arte quanto no contexto da psicologia da arte (Andriolo, 2004).

Nos próximos parágrafos, buscamos retomar brevemente o debate acerca do primitivismo, apenas para situar o problema da ancestralidade na

arte contemporânea e expor as relações com a noção de natureza. De acordo com Archer (2001), a Mostra “Os mágicos da Terra” tentava “apresentar o diferente como material de troca ideológica mais justa entre as culturas” (Archer, 2001, p. 217). A partir dessa releitura crítica da noção de “primitivo”, tal designação não seria suprimida da memória coletiva, haja vista sua presença incontestável como vestígio em nosso horizonte cultural, mas assumiria um novo lugar, entre suas contradições e suas ambiguidades.

A tradição estética do primitivismo associara produções culturais muito distintas, desde os ídolos africanos à *art brut* e *outsider art*, passando por uma série de criadores populares, atingindo práticas culturais ancestrais recuperadas na arte contemporânea, a exemplo do xamanismo nas décadas de 1950 e 1960. Entre outras, as obras *all-over* de Jackson Pollock se inscrevem nesse contexto, quando o pintor afirmava: “Eu não pinto a natureza, eu sou a natureza” (Plaza, 2000, p. 27). Ao examinar a tradição do primitivismo artístico, Colin Rhodes (1997, p. 188) estabelece uma ligação com o conceito de inconsciente, particularmente, na leitura de Carl Jung, fortalecendo a percepção de artistas estadunidenses - como Pousset-Dart - da importância dos mitos indígenas na arte, através do “espírito coletivo”. As referências indígenas podem igualmente ser encontradas em Barnett Newman, Rothko e Stamos. A imagem do artista como um xamã aparece também nas esculturas de Nancy Graves, utilizando materiais como ossos e peles de animais na construção de objetos míticos, a exemplo de seu *Cave painting, Southwestern Arizona (to dr. Wolfgang Becker)* (1970-1971). Na mesma linha, Joseph Beuys realizou sua *House of Shaman*, em 1959, para, na década seguinte, tornar-se o intermediário da canalização de “processos metafísicos e energias espirituais” para “Actions”, a exemplo de *Como explicar os quadros a uma lebre morta?* (1965) e *Eurasia* (1966). Diferentemente do interesse de artistas pelo simbolismo da magia e do xamanismo dos ameríndios, Beuys voltou-se para o passado pagão da Europa, fazendo performances como aquela de 1965, quando cobriu a cabeça de mel e folhas de ouro elaborando uma espécie de cura cultural (Rhodes, 1997).

Ainda que surgido de maneira contraditória, o “primitivismo” constituiu-se, em parte, da identidade brasileira, embora a ser pensado em suas

ambiguidades, notável desde o movimento antropofágico, que não descarta o olhar de fora assim como impõe um olhar de dentro. Na síntese histórica da arte na América Latina, dirigida por Dawn Ades (1997), lemos:

Não é por acaso, nem também reflexo de um extremado gosto internacional, que algumas das mais importantes imagens e estruturas da América Latina estejam na interseção do meio ambiente com a arte popular. Essas interseções acontecem em pontos cruciais da linha que define a identidade cultural.” (Ades, 1997, p. 296).

Ades (1997) exemplifica, por intermédio de Oswaldo Viteri, artista que, com base na antropologia, realizou sua obra *Olho de luz* (1987, colagem sobre madeira, 1,60 x 1,60 m; col. do artista Quito) com bonecas de pano coloridas produzidas por comunidades equatorianas, dispostas lado a lado como num tecido, lançando um círculo de luz no centro da composição. Daí a importância de retermos, nessa história, a tese do escritor cubano Gerardo Mosquera em sua crítica à noção de primitivismo de “afinidade”, apresentada naquela exposição do Museu de Arte Moderna de Nova York, em 1984, bem como distinto do interesse dos artistas de vanguarda pela “arte primitiva”. Estes não servem de modelo ao artista latino-americano, porque aquilo que se considerou “primitivo” vem de dentro, e não de fora – é o “*tertium quid* entre o Ocidente e o não-Ocidente” (Ades, 1997, p. 300). Mosquera contava o exemplo do professor que ensinava materialismo dialético na universidade sem deixar de ser um santeiro a realizar sua magia. Tais considerações, as quais não deixam de nos chegar pelas lentes de uma professora da Universidade de Essex, estarão sempre aí, a nos instigar sobre das epistemologias do Sul e da dimensão estética inerente às práticas culturais latino-americanas. Ades questiona, por exemplo, que muitos dos artistas envolvidos nesse debate não são “autênticos primitivos”, porque versados em história e antropologia, e, enfim, dotados de um olhar cultivado exterior.

Se a Mostra “Os Mágicos da Terra” tornou-se um marco nesse debate, mais recentemente a problemática prolonga-se e atinge tanto as teorias estéticas quanto as concepções patrimoniais. Ao rever a problemática da “mundialização do local” nos processos de patrimonialização, Néstor

Canclini (2016) deparou-se com a tradição estética do “primitivismo”. Não obstante as práticas patrimoniais unificarem ideais de uma nação, as desigualdades sociais emergem nas formas de apropriação e transmissão do capital cultural, por intermédio das quais os grupos hegemônicos hierarquizam objetos específicos.

Na Mostra do Centro Georges Pompidou, houve uma tentativa de afirmação de valores estéticos de sociedades periféricas, a serem consagrados mundialmente, porém, revelando as dificuldades inerentes à participação de tais sociedades na luta simbólica de transformação de seus bens em patrimônios mundializados (Canclini, 2016, p. 73). O Museu do Quai Branly foi a instituição escolhida por Canclini para desenvolver a questão enunciada acerca da exibição e da valorização das culturas não europeias, periféricas, a partir do reposicionamento global de um país central como a França. Essa instituição originou-se das coleções do Museu Nacional de Artes da África e Oceania e do Departamento de Antropologia do Museu do Homem. Conforme Canclini (2016), o termo “artes primitivas” foi rejeitado como denominação da instituição, primeiro em favor de “artes primeiras”, ao final também deixado de lado em prol de uma referência ao local de estabelecimento do museu – “para se fazer justiça às culturas não europeias”, nas palavras do então presidente Jacques Chirac. Canclini considera situar-se na nomeação do museu a questão da própria nomeação do outro pela cultura europeia, a qual incide diretamente sobre o problema da patrimonialização das culturas locais: “Como construir uma visão de validade universal que inter-relacione culturas diversas, permita compará-las e encontre um denominador comum sem desconhecer sua singularidade?” (Canclini, 2016, p. 104).

AS CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA ANALÍTICA PARA OS ESTUDOS DE ANCESTRALIDADE

Vamos considerar o diálogo intercultural de ancestralidade com base nos trabalhos de Jung (1995; 2000), que ao relacioná-lo aos encontros sincrônicos, evidencia que estes vão além da razão categórica. Referimo-nos a uma dimensão que supera as fronteiras da consciência, consistindo

numa experiência de todos os humanos. O termo coletivo se aprofunda na psique suprapessoal do indivíduo mediante suas experiências e sua relação com os outros. Portanto, entendemos a noção de “coletivo” como espaço compartilhado, constituído por arquétipos (padrões de comportamento), que exigem considerar a ancestralidade.

É possível compreender que o humano é dotado de estrutura simbólica e que certos símbolos aparecem na vida das pessoas em momentos e contextos específicos. Segundo Jung (2000), tratam-se de manifestações inconscientes (irracionais), gerando sonhos, fantasias, visões e emoções, em função de uma transformação, que se pode explicar como uma forma complexa de organização (superior ao inconsciente individual), que possibilita encontros impactantes que motivam a vida humano para importantes mudanças. Os encontros sincrónicos incluem várias características, como imprevisibilidade, efeito emotivo e potencial transformador. Na contemporaneidade, é possível admirar, nas expressões do corpo humano, um simbolismo gestual procedente dessas sincronicidades do inconsciente coletivo, que Jung (1995) descreve do seguinte modo:

São os fatores decisivos da psique inconsciente, os *arquétipos*, os que constituem a estrutura do inconsciente coletivo. Este último, porém, representa uma “psique” idêntica em todos os indivíduos, e não pode ser percebida nem observada diretamente, ao contrário dos fenômenos psíquicos perceptíveis; por esta razão eu a chamei de *psicóide (psychoïd)*. Os arquétipos são fatores formais responsáveis pela organização dos processos psíquicos inconscientes: são os *patterns of behaviour* (padrões de comportamento). Ao mesmo tempo, os arquétipos têm uma “carga específica”: desenvolvem efeitos numinosos que se expressam como *afetos*. O afeto produz um *abaissement de niveau mental* (baixa de nível mental) parcial, porque, justamente na mesma medida em que eleva um determinado conteúdo a um grau supranormal de luminosidade, retira também tal quantidade de energia de outros conteúdos possíveis da consciência, a ponto que estes se tornam obscuros e inconscientes. (Jung, 1995, p. 14-15)

Em referência aos fenômenos de sincronicidade, Jung (1995) informa que se tratam de experiências no tempo sincrónico, que permanecem acessíveis na história dos símbolos, e conduzem e significam a interioridade da experiência humana. Jung (1995) relata que tais fenômenos se referiam

àquilo que, justamente, os pacientes não falam, e que era assustador ver quantas pessoas tinham esse tipo de experiência e como escondiam a chave desse segredo. Assim, o interesse por esse problema não é só científico, mas, principalmente, humano. O tratado de simultaneidade² de Schopenhauer serviu de base para os conceitos de Jung (1995):

Esta simultaneidade com uma analogia geográfica onde os *paralelos* apresentam uma conexão cruzada entre os *meridianos* que são concebidos como cadeias causais. [...] Todos os acontecimentos da vida de uma pessoa estariam, conseqüentemente, em duas espécies de conexão fundamentalmente diferentes: em primeiro lugar, numa conexão objetiva causal do processo natural; em segundo lugar, numa relação subjetiva que só existe com respeito ao indivíduo que a experimenta, e que é, portanto, tão subjetiva quanto os seus próprios sonhos (Jung, 1995, pp. 6-7).

Em relação ao pensamento de Schopenhauer, Jung (1995) informa que a simultaneidade das conexões supera a nossa capacidade de entendimento e pode ser concebida em virtude de uma harmonia preestabelecida. Na esteira de Schopenhauer, Jung (1995) ressalta que o “sujeito do grande sonho da vida (...) é um só”; isto é, a vontade, a causa de onde se irradiam todas as outras cadeias causais como os meridianos do pólo, e graças aos paralelos circulares, se acham entre si numa relação de *simultaneidade* significativa” (Jung, 1995, p.7). A partir do termo *simultaneidade*, nosso autor trabalha a noção de *sincronicidade* como uma relatividade do tempo e do espaço condicionada psicologicamente (Jung, 1995).

Em referência ao conceito de *sincronicidade*, Toluaye, sacerdote do Candomblé do Ilé Axé Ijino Ilú Orossí, em Salvador (Bahia), no trecho de uma entrevista, depõe o seguinte: “Por sincronicidade do inconciente coletivo refere-se a memória ancestral que está no orí³. Toluaye informa sobre a sincronicidade de Jung (1995): “(...) ele não separa os campos do conhecimento, contrariamente, a teoria de Freud, que sim tende a separar”. Nessa entrevista do 22 de março de 2022, Toluaye enfatiza que a ancestralidade é parte da memória humana, assim como os trabalhos de

2 Uber die anscheinende Absichtlichkeit im Schicksale des Einzelnen (A Intencionalidade Aparente no Destino do Indivíduo).

3 Palavra em iorubá que significa cabeça.

Krenak (2019) e Albert & Kopenawa (2015) também descrevem essa ação temporal do presente como lugar da ancestralidade. Veem no rio a pessoa do avô (watu). É como pensam os habitantes das florestas. Com efeito, na perspectiva das tradições oraculares, como destaca Parizi (2020): “Os Odu⁴ indicam situações de vida positivas ou negativas, momentos na trajetória de um ser que precisam ser vistos em relação ao seu predestino, suas relações com os Orixás, com sua ancestralidade, pactos estabelecidos em existências passadas ou na atual, enfim, um quadro geral”. (Parizi, 2020, p. 102).

Em referência às relações de ancestralidade e criatividade nas culturas afroindígenas, pode-se dizer que as expressões e os gestos carregam símbolos que atualizam e organizam a vida social, que “(...) se expressa na gestualidade de cada adepto na medida em que agrega aos gestos os conteúdos simbólicos relacionados aos arquétipos dos Orixás, aos elementos da natureza rememorando o mito ancestral”. (Malpasso; Soares & Campos, 2019a, p. 98). Segundo Malpasso e Castro Powell (2019b), nas festas do Candomblé⁵ e na Santería⁶, nas expressões do corpo que observamos durante as danças, existe uma complexidade relacionada com um simbolismo procedente da África. Tais conhecimentos consideramos que são trazidos dos antepassados. Nas gestualidades, percebemos a existência de uma mimesis relacionada com componentes da natureza, que é a fonte primordial da aprendizagem humana e pode ser traduzida como performance e criatividade.

Nesse sentido, vale destacar a Mostra inédita, intitulada “Arte natureza: ressignificar para viver”, organizada por Ana Carolina Ralston na 18^a SP–Arte. A curadora e jornalista apresenta obras de artistas fundamentais, como Joseph Beuys, Ernesto Neto, Frans Krajcberg e Daiara Tukano, entre outros, refletindo as relações entre arte e sustentabilidade. A discussão é sobre a ecologia e a conexão entre o reino animal, vegetal e mineral, os elementos essenciais para a continuação da vida de qualquer ser vivente neste planeta, sensibilizando-nos aos encontros de sentido em espaços naturais, nos quais podem ocorrer coesões entre humano, arte e ambiente.

4 São os signos/caminos de Ifá, há 16 deles no total.

5 Religião afrobrasileira.

6 Religião afrocubana.

O xamanismo descrito no último trabalho de Albert & Kopenawa (2015) organiza uma visão crítica à modernidade, posto que o projeto moderno se impõe colonialmente sobre as cosmovisões indígenas e os direitos da natureza. Assim, compreende-se a grande importância da questão da ancestralidade para as ciências sociais, as ciências humanas, as humanidades e psicologia brasileira, sendo relevante que os cientistas tenham a possibilidade de sair dos lugares de conforto para conhecer e estudar os ambientes não acadêmicos (a pesquisa de campo). Sendo assim, consideramos que um dos maiores desafios da contemporaneidade é a construção de uma mentalidade transdisciplinar que dê conta das cosmologias nativas como uma das expressões transmodernas e plurinacionais de estética decolonial. Nesse sentido, a “transdisciplinaridade” traduz e aplica o conceito de “sincronicidade” de Jung (1995), assim como a ideia de “holismo” de Smuts (1927), com o objetivo de incluir e conectar a pluralidade dos saberes na educação transdisciplinar, incorporando os níveis de realidade do tempo histórico (longa duração, média duração e curta duração), em relação às estruturas sociais do cotidiano, mas com referência à interioridade da experiência humana. Consideramos, ainda, pertinente interpretar a transdisciplinaridade de Nicolescu (2013), por exemplo, adotando o termo *inclusão*, que, conseqüentemente, implica a interação e o diálogo entre os campos, permitindo-nos o exercício da visão holística no campo da pesquisa social. Aplicamos também o conceito de *inclusão* para explicar a importância da pluralidade cultural no domínio da educação intercultural e adjuntamos seu componente psicológico como elemento de sentido para a experiência da interioridade. Para ilustrar o significado social e comum de *inclusão*, temos a imagem seguinte (Fig.1).

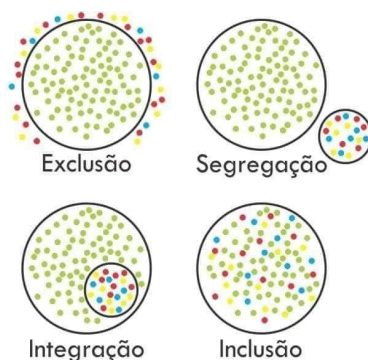


Figura 1. Representação do conceito de inclusão⁷

Assim, conforme a perspectiva transdisciplinar em curso, buscamos no princípio de ancestralidade os fundamentos para projetos pedagógicos plurais, voltados para conexões criadoras e maravilhas de experiências de inclusão e pertencimento compartilhadas. Nota-se que a transdisciplinaridade também é uma forma de sublimação, buscando um desvio, um distanciamento temporal em face da *longue durée* do binômio modernidade/colonialidade sobre o Sul Global. Diante das alianças históricas de um mundo marcado por violações e violência, o exercício de transdisciplinaridade não só derruba alguns fundamentos da civilização colonial, mas também expressa uma política epistêmica de resistência que atravessa dispositivos nacionais e coletivos de memórias historicamente herdadas.

A ideia não é negar a tensão e a contradição (Pavón-Cuellar, 2021), mas situá-las no campo historicamente orientado da psicologia brasileira ante o desafio de responder aos processos de invenção, criação e transformação que atravessam o nosso tempo e as estruturas sociais. Nesse sentido: “(...) é urgente mergulhar no cotidiano dos territórios e povos periféricos (...) sobretudo, no contexto brasileiro, para avançar na construção de processos emancipatórios e de descolonização da psicologia” (Dimenstein et al, 2022, p. 19). Com isso, um olhar cuidadoso revelaria o surgimento de pontos de resistência e ativismos com impactos sobre a psicologia, que Pickren (2018) descreve como um movimento de libertação no campo da psicologia

7 Vide em: <http://www.iea.sp.gov.br/out/TerTexto.php?codTexto=12694>

social. “Os estudos decoloniais exigem compromissos mais profundos do que aqueles para uma única disciplina ou subespecialidade de uma disciplina” (Watkins, Ciofalo & James, 2018, p. 9). Assim, no interdisciplinar da psicologia brasileira, a transdisciplinaridade tem se atualizado como um evento epistêmico que se desenvolve no âmbito das paixões de libertação, rompendo com o lugar do subalterno e o da vítima a partir de processos históricos de afirmação e criação.

COMPROMISSO COM O TEMPO HISTÓRICO E O ESTADO DA ARTE DA PSICOLOGIA SOCIAL BRASILEIRA

Desde que tudo parte de uma afirmação que deriva da negação da negação (Dussel, 2016), aspectos psicológicos intensos atravessam as fronteiras disciplinares do mundo acadêmico e do mundo social. Ele correspondem a dinamismos psicológicos que mobilizam modalidades de ruptura transmoderna. Segundo Dussel (2016), as origens da modernidade (e do eurocentrismo) começaram ao final do século XV, desde “(...) o malecontro histórico entre os ameríndios e as margens de nossa civilização” (Albert & Kopenawa, 2015, p. 43). Nesse sentido, as temporalidades transmodernas representam uma reconstrução de visão da História Global, só que a partir da exterioridade, que, por sua vez, significa o diálogo entre “críticos da periferia”, “(...) um diálogo intercultural Sul-Sul antes de se tornar um movimento pelo diálogo Sul-Norte” (Dussel, 2016, p. 68). O projeto transmoderno corresponde às ações de libertação e reexistências, que vão se despreendendo a partir da exterioridade da história global. “O diálogo entre os críticos criativos das suas próprias culturas não é mais moderno, nem pós-moderno, mas estritamente ‘transmoderno’ (...) a localização do esforço criativo não faz parte do interior da modernidade, mas de sua externalidade ou ainda, da fronteira do ser” (Ibidem, p. 70). Contudo, o autor enfatiza: “A exterioridade não é pura negatividade. É uma tradição de positividade distinta da tradição moderna” (Ibidem, p. 70). Por exemplo, a afirmação dos movimentos indígenas no campo dos direitos humanos confronta, por um lado, a ideologia marxista, por outro, questiona também a questão neoliberal que torna a terra explorável, negociável, destrutível.

Assim, o caráter afirmativo do movimento decolonial começa com a negação da negação, e está epistemologicamente articulado com transmodernidades estéticas de muitas universalidades, como filosofias africanas (*Ubuntu*), cosmovisões indígenas do Bem Viver (suma kassay; suma qamaña), movimentos feministas, luta antirracista, movimentos LGBTQIA+, etc. Portanto, a transmodernidade ilustra o diálogo intercultural crítico de identidades políticas que emergem da exterioridade em relação à tradição da modernidade europeia; “(...) com a qual conviveram e aprenderam a responder à sua maneira os desafios” (Dussel, 2016, p. 62). As origens da transmodernidade residem no fato histórico de que as culturas decoloniais eram pré-colombianas, portanto, pré-modernas. Com efeito, como não são modernas também não podem ser pós-modernas (Dussel, 2016).

Essa exterioridade se constitui como alteridade no horizonte da tradição histórico-cultural dos povos oprimidos que hoje são protagonistas de diferentes modalidades de insurgências. Consequentemente, quanto a essa externalidade, o que está em questão é a esfera da alteridade que se desvincula da memória nacional e dos patrimônios culturais. Externalidade, portanto, corresponde às culturas periféricas que foram colonizadas, excluídas, desprezadas, negadas e ignoradas, mas não eliminadas pela modernidade eurocêntrica (Dussel, 2016). Então, o desafio deste artigo consistiu em realizar, justamente, essa operação conceitual de transdisciplinaridade numa costura conceitual que organiza os campos teóricos e metodológicos da crítica sul-americana. Sugerimos, assim, um questionamento dos universalismos em direitos humanos, assim como das perspectivas ocidentais de democracia e de globalismo ambiental decorrentes do pós-estruturalismo euro-americano (Ballestrin, 2013; Grosfoguel, 2008; Mignolo, 2017).

No atual contexto crítico de esgotamento da biodiversidade do planeta e suas irreversibilidades, o diálogo com a virada epistêmica dos estudos decoloniais coloca as Universidades do Sul em sintonia com o espírito do tempo presente, porque há uma necessidade urgente de construir

laços de solidariedade e relações sustentáveis entre a sociedade e o meio ambiente. Logo, sugerimos que a virada epistêmica dos estudos decoloniais seja reforçada pelo campo institucional da psicologia brasileira.

Nesse sentido, buscamos na ação de fazer ciência acadêmica possibilidades decoloniais do sujeito epistêmico e do sujeito psíquico, e um caminho transdisciplinar para a escrita decolonial, que busca o salto e a distância epistêmica. Notam-se as implicações para a agenda da psicologia brasileira na perspectiva de programas acadêmicos e mobilizações de setores progressistas e de grupos civis da sociedade focados nas discussões dos direitos humanos, direitos dos animais, direitos da natureza, com novos fundamentos de alteridade, direitos de memória (Fiscina, 2023) e um novo compromisso com o ethos dos processos de libertação. Com esta pesquisa, esperamos colaborar para a abertura metodológica da psicologia brasileira para as implicações do pensamento decolonial, que já se fazem sentir no campo das ciências sociais e das ciências humanas latino-americanas. Isso significa colocar a questão na perspectiva do trauma histórico gerado no domínio das memórias e das ancestralidades, que significa também contemplar a questão da sociogênese colocada por Frantz Fanon (1952) em *ele negra, máscaras brancas*, sob novas perspectivas de justiça social, saúde mental, educação, cidadania e direitos humanos. Então, referimo-nos ao estado da arte da psicologia brasileira, porque estamos diante de processos de criação de linguagem e reinvenção do campo, dos objetos, dos compromissos e das visões sobre as demandas do tempo presente.

Apresentamos neste artigo diferentes campos temáticos desde a psicologia da arte, psicologia analítica e psicologia social, buscando dialogar com processos decoloniais que têm atravessado a sociologia do conhecimento, nos estudos acadêmicos sul-americanos de humanidades, ciências humanas e ciências sociais (Batz, 2021). Ademais, estudos de psicologia com ênfase na ancestralidade contribuem, inevitavelmente, com a temática indígena e o fortalecimento de novos grupos étnicos (Silva & Macedo, 2021). Sabemos que as relações entre a psicologia e a epistemologia são permanentes, com efeito, buscamos com este trabalho as relações transversais de conceitos na perspectiva de descontinuidade do tempo histórico, com implicações para a psicologia brasileira. Tal perspectiva acentua as

ancestralidades como ontologias políticas ligadas às afirmações de identidades e narrativas de origem, que desafiam a conjuntura modernidade e colonialidade, e suas antinomias históricas como mudanças climáticas, injustiças ambientais, sofrimento psíquico ligado às desigualdades globais, etc. Isso significa, por exemplo, que os conflitos territoriais são enfrentados nas formas de lutas ontológicas étnico-territoriais (Escobar, 2015; Xón Riquiac, 2022), em resposta aos regimes epistêmicos e ontológicos de colonialidades. Dessa perspectiva, relações metodológicas de ancestralidade e tempo histórico refletem diferentes temporalidades e concepções de mundo, que atravessam, por exemplo, os fundamentos do materialismo histórico com os quais estamos habituados a trabalhar em psicologia social, mas que, no entanto, acentuam o valor da ascensão humana sobre as forças mecânicas e estagnadoras da natureza. Todavia, sem a intenção de oferecer respostas definitivas, este artigo é um convite para pensarmos o estado da arte da psicologia brasileira e seu papel no tempo histórico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ades, D. (1997). *Arte na América Latina: a era moderna, 1820-1980*. São Paulo: Cosac & Naify Ed.
- Albert, B. & Kopenawa, A. (2015). *A queda do céu: palavras de um xamã yanomami*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Andriolo, A. (2004). *Traços primitivos: histórias do outro lado da arte no século XX*. [Tese de Doutorado]. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Archer, M. (2001). *Arte contemporânea: uma história concisa*. São Paulo: Martins Fontes.
- Ballestrin, L. (2013). A América Latina e o giro decolonial. *Rev. Bras. Ciênc. Polít.*, (11), 89-117.
- Barbosa, V. N. M., Holanda, R. R., Lima, de Sousa Lima, A. A., Moura, J. F. Jr, Negreiros, D. J. Antunes, D. C., & Mesquita, N. M. (2022) Relações entre psicologia e pobreza: propostas de atuação decolonial. *Revista Polis e Psique*, 12(3), 90-110. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.116537>

- Batz, G. (2021). La universidad Ixil y la descolonización del conocimiento. *Maya America: Journal of Essays, Commentary, and Analysis*, 3(1): 112-126. <https://doi.org/10.32727/26.2021.31>
- Berleant, A. (1997). *Living in the landscape: toward an aesthetics of environment*. Lawrence: University Press of Kansas.
- Bertolucce, V. B. (2013) Arte como catarse: as performances de Joseph Beuys e a ressignificação do mundo. *IX EHA*. Campinas: Unicamp.
- Canclini, N. G. (2016). *As sociedades em relato: antropologia e estética da iminência*. São Paulo: Edusp.
- Castel, R. (1998) *As metamorfoses da questão social. Uma crônica do salário*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Castro, R. D., & Mayorga, C. (2019). Decolonialidade e pesquisas narrativas: contribuições para a Psicologia Comunitária. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 14(3), 1-18.
- Demo, P. *Charme da exclusão social*. Editora Autores Associados, Campinas, 2002.
- Dimenstein, M., Silva, G. N., Dantas, C., Leite, J., & Macedo, J. P. (2022). Produção de conhecimento, psicologia e pensamento decolonial. *Arquivo Brasileiro de Psicologia*, 74, 1-22. <https://doi.org/10.36482/1809-5267.ARBP-2022v74.19513>
- Dussel, E. (2016). Transmodernidade e interculturalidade: interpretação a partir da filosofia da libertação. *Revista Sociedade e Estado* 31(1), 51-73. <https://doi.org/10.1590/s0102-69922016000100004>
- Escobar, A. (2015). Territorios de diferencia: la ontología política de los 'derechos al territorio'. *Cuadernos de antropología social*, 41: 25-38.
- Fiscina, L. A. (2023). Sustentabilidade, alteridade e os direitos de memória. *Problemata - Revista Internacional de Filosofia*, 14(2), 127-145. <http://doi.org/10.7443/problemata.v14i2.66080>
- Gadamer, H. G. (1999) *Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Petrópolis: Vozes.
- Grosfoguel, Ramón (2008). Para descolonizar os estudos de economia política e os estudos pós-coloniais: Transmodernidade, pensamento de fronteira e colonialidade global. *Revista Crítica de Ciências Sociais* (80), 115-147.

- Jung, C. G. (1995). *Sincronicidade*. Petrópolis: Vozes.
- Jung, C. G. (2000). *Os arquétipos e o inconsciente coletivo*. Petrópolis: Vozes.
- Krenak, A. (2022). *Futuro ancestral*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Lucena Filho, E. L., & Silva, I. L. (2018). Processo de colonização e os possíveis impactos na psicologia da atualidade. *Revista Psicologia & Saberes*, 7(9), 107-117. <https://doi.org/10.3333/ps.v7i9.857>
- Maldonado N. T. (2008). La descolonización y el giro des-colonial. *Tab. Rasa*, 9, 61-72. <https://revistas.unicolmayor.edu.co/index.php/tabularasa/article/view/1502>
- Malpasso, A, Soares, C. C. M. & Campos, M. F. H. (2019a). Corpo cultural - arquétipos performáticos a partir do transe em comunidade afro-baiana. *Revista Tabuleiro de Letras*. PPGEL, 13(2), 90-103.
- Malpasso, A, Soares, C. C. M. & Campos, M. F. H. (2019b). Expressões do corpo em danças terapêuticas do candomblé brasileiro e da santería cubana. *Fragmentos de cultura*, 29(4), 757-767.
- Masolo, D. (2009), Filosofia e conhecimento indígena: uma perspectiva africana. In: B. de Sousa Santos & P. M. Meneses (orgs.). *Epistemologias do Sul*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Ltda.
- Mcmillan, C., Main, R. & Henderson, D. (2020). *Holism: possibilities and problems*. London & New York: Routledge.
- Mignolo, W. (2008). Desobediência epistêmica: a opção decolonial e o significado de identidade em política. *Cadernos de Letras da UFF*, 34, 287-324.
- Mignolo, W. (2017). Colonialidade: o lado mais escuro da modernidade. *RBCS*, 32(94), 1-18.
- Nicolescu, B. (2013). La necesidad de la transdisciplinarietà en la educación superior. *Trans-pasando Fronteras*, (3), 22-30. <https://doi.org/10.18046/retf.i3.1624>
- Osorio, J. (2022). A questão latino-americana. *Germinal: marxismo e educação em debate*, 14(1), 29-48. <http://doi.org/10.9771/gmed.v14i1.49168>
- Parizi, V.G. (2020). *O livro dos Orixás: África e Brasil*. Porto Alegre. Editora Fi.

- Paugam, S. O. (2001). Enfraquecimento e a ruptura dos vínculos sociais - uma dimensão essencial do processo de desqualificação social. In: B. Sawaia (org.). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social* (pp. 53-67). Petrópolis: Vozes.
- Pavón-Cuellar, D. (2021). Hacia una descolonización de la psicología Latino Americana: condición poscolonial, giro decolonial y lucha anticolonial. *Cadernos Prolam/USP-Brazilian Journal of Latin American Studies*, 20(39), 95-127. <https://doi.org/10.11606/issn.1676-6288.prolam.2021.182217>
- Pereira, W. C. C. (2008). *Nas trilhas do trabalho comunitário e social*. Belo Horizonte: Vozes/PUC Minas.
- Pereira, D. F., Gonçalves, C. V., Silva, C. M. da, & Eckhardt, F. (2022). O pensamento decolonial na psicologia brasileira. *Conhecimento & Diversidade*, 14(32), 181-193. <http://doi.org.10.18316/rcd.v14i32.9416>
- Pickren, W. (2018). Psychology in the social imaginary of neoliberalism: critique and beyond. *Theory & Psychology*, 28(5), 575–580. <https://doi.org/10.1177/0959354318799210>
- Plaza, J. (2000). Arte e interatividade: autor-obra-recepção. *ARS*, 1(2), 9-29. <https://www.scielo.br/j/ars/a/6qFLsFtqb8yfkY7FJC6G6dc/?lang=pt>
- Quijano, A. (1992). Colonialidad y modernidad/racionalidad. *Peru Indíg.*, 13(29), 11-20.
- Rhodes, C. (1997). *Le primitivisme et l'art moderne*. Paris: Ed. Thames & Hudson.
- Rodrigues, J. J. B. (2002). Um filósofo na arte e na cidade. *Millenium*, 25, 1-8. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/642>
- Sato, L. & Souza, M. P.R. (2001) Contribuindo para desvelar a complexidade do cotidiano através da pesquisa etnográfica em psicologia. *Psic. USP*, 12(2), 29-47. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642001000200003>
- Sawaia, B. (1999). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes.

- Sawaia, B. & Figueiredo, E. B. G. (2019). Psicologia social e o estudo da desigualdade: reflexões para o debate. *Psicologia em Revista*, 25(2): 659-670.
- Schuback, M. S. C. (2011). Hermeneutics of tradition. In: H. Ruin (ed.). *Rethinking time: essays on history, memory, and representation*. (pp. 63-74). Sweden: Södertöm University.
- Silva, A. S. (2014). Se a luta é longa, o rio está chamando: 25 anos do assassinato de Ignacio Martín Baró. *Psicologia Política*, 14(29): 11-15.
- Silva, B. & Macedo, J. P. (2021). Povos indígenas no Brasil e a descolonização da Psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 4: 1- 16. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003221362>
- Smuts, J. C. (1927). *Holism and evolution*. London: Macmillan and Co., Limited.
- Santos, B. de S. (2002). *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez.
- Spivak, G. C. (2010). *Pode o subalterno falar*. Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Touraine, A. (2006). Na fronteira dos movimentos sociais. *Sociedade e Estado*, 21(1), 13-16.
- Watkins, M., Ciofalo, N., & James, S. (2018). Engaging the struggle for decolonial approaches to teaching community psychology. *Am J Community Psychol*, 1–11. <http://doi.org/10.1002/ajcp.12295>
- Xón Riquiac. M. J. (2022). Entre la exotización y el mayámetro. Dinámicas contemporáneas del colonialismo. Iximulew-Guatemala: Catafixia Editorial.

Recebido em 14/03/2023

Aceito em 29/04/2024



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a obra original seja devidamente citada.

De Grupo a Processo Grupal: análise da produção de Silvia Lane

*From group to group process:
analysis of Silvia Lane's production*

*De grupo a proceso de grupo:
análisis de la producción de Silvia Lane*

*Eliane Pereira**

Resumo

Este artigo tem como objetivo descrever como a temática grupos atravessou a produção de Silvia Lane, a partir da análise de textos publicados e não publicados da autora, assim como as teses e dissertações por ela orientadas. Foram analisados treze textos, entre artigos, entrevistas e capítulos de livros e sete dissertações/teses. Conclui-se que as compreensões de Lane sobre o processo grupal e a importância de que toda análise de grupos compreenda o contexto no qual um grupo está inserido, assim como, reflexões sobre identidade, poder, significado e afeto influenciaram seus orientandos, que inicialmente pesquisaram grupos com base em Kurt Lewin e logo passaram a pesquisar a partir de Pichon, Baró, Leontiev e Vigotski.

Palavras-chave: *Processo Grupal; Psicologia Sócio-histórica, Análise Documental.*

Abstract

The aim of this article is to describe how the theme of groups has permeated Silvia Lane's work, based on an analysis of her published and unpublished texts, as well as the theses and dissertations she has supervised. Thirteen texts were analyzed, including articles, interviews and book chapters, and seven dissertations/theses. The conclusion is that Lane's understanding of the

* Universidade Federal de Uberlândia MG, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6372-9059>
E-mail: pereira.elianeregina@gmail.com

group process and the importance of any analysis of groups understanding the context in which a group is inserted, as well as reflections on identity, power, meaning and affection influenced her students, who initially researched groups based on Kurt Lewin and then moved on to research based on Pichon, Baró, Leontiev and Vygotsky.

Keywords: Group Process; Sociohistorical Psychology, Document Analysis.

Resumen

Este artículo tiene como objetivo describir cómo el tema de los grupos ha impregnado la obra de Silvia Lane, a partir de un análisis de sus textos publicados e inéditos, así como de tesis y disertaciones guiadas por ella. Se analizaron trece textos, entre artículos, entrevistas y capítulos de libros y siete disertaciones/tesis. Se concluyó que la comprensión de Lane sobre el proceso grupal y la importancia de que cualquier análisis de grupo comprenda el contexto en el que se inserta un grupo, así como las reflexiones sobre identidad, poder, significado y afecto, influyeron en sus alumnos que inicialmente investigaron grupos basándose en Kurt Lewin y luego pasaron a investigaciones basadas en Pichon, Baró, Leontiev y Vygotsky.

Palabras clave: Proceso Grupal; Psicología Sociohistórica, Análisis de Documentos.

Silvia Lane tinha estilo. Para ela, a psicologia era porta de entrada para discutir filosofia, política, arte. Caminho para construir um sujeito íntegro, consciente de seu papel na formação e transformação da vida individual e coletiva. Silvia Lane acreditava num homem em movimento constante, por isso valorizava a imaginação e a utopia. (CFP, 2012).

É com essa definição que o Conselho Federal de Psicologia inicia seu documentário sobre Silvia Lane. Já é sabido, que Lane foi uma importante pesquisadora, com um trabalho muito relevante à Psicologia Social Brasileira e latino-americana, preocupada em construir uma psicologia comprometida em transformar a realidade da população. (Sousa, 2008). Suas pesquisas circularam sobre diversos temas, como Consciência, Representação Social, Emoção, Educação, Trabalho, Política, Identidade, Poder, Criatividade, Teoria, Violência e Grupos.

Grupos ou Processos Grupais, como ela defende, é tema de interesse desde meados da década de 60. Lane inicia seus estudos sobre grupos acompanhando a teoria de Kurt Lewin. Na sequência, circula por outros

autores, entre eles Pichon-Rivière, mas assim que acessa o trabalho teórico de Martin-Baró e, principalmente, seu livro *Sistema, Grupo y Poder*, é influenciada pela leitura, o que aprimora o caminho das pesquisas, que passam a refletir sobre grupos, não mais como grupo tarefa, mas como processo dialético e histórico.

Este artigo objetiva apreciar como o processo grupal foi entendido nas discussões propostas por Lane, a partir da análise dos textos produzidos por ela e das dissertações e teses defendidas por seus orientandos.

MÉTODOS

Pimentel (2001) escreve que “estudos baseados em documentos como material primordial, sejam revisões bibliográficas, sejam pesquisas historiográficas, extraem deles toda a análise, organizando-os e interpretando-os segundo os objetivos da investigação proposta” (p.180). Nossa pesquisa teve como objetivo conhecer a produção sobre grupo/processo grupal realizada pela Professora Silvia Lane.

Iniciamos, para isso, uma análise documental da atuação e da produção da professora Silvia Lane sobre a temática grupos, com a leitura de duas teses: “Silvia Tatiane Maurer Lane: dissertações e teses orientadas no programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social na PUC SP – uma contribuição aos estudos sobre a Psicologia Social no Brasil” de Esther Alves de Sousa, defendida no ano de 2008 e, “Por uma Psicologia Social Brasileira: Silvia Tatiane Maurer Lane” de Célia Maria Marcondes Ferraz Silva, defendida em 2012. Ambas as teses, apesar de objetivos específicos diversos, apresentam um histórico de produção de orientações, artigos e livros de Lane que contribuíram efetivamente para o fortalecimento de uma Psicologia Social Brasileira.

Sousa (2008) descreve que o “conjunto da obra de Silvia Lane é composto de quatro livros, 24 capítulos e apresentação de livros, 29 artigos em periódicos, quatro entrevistas e 12 publicações em Anais de Congresso”. (Sousa, 2008, p. 28), além de 70 orientações de teses e dissertações. Quanto à temática, a autora esclarece que Lane circulou por diversos temas. Como

o tema “grupo/processo grupal” nos interessava, passamos a investigar o material apresentado nas teses que nos levasse a entender o pensamento e a obra de Lane sobre essa temática.

Sobre grupos, Sousa (2008) escreve que Lane orientou 07 (sete) dissertações e teses. A partir dessa informação, nosso segundo passo foi feito na biblioteca da PUC-SP. Nessa etapa, acessamos as dissertações e teses:

Tabela 1. *Lista de teses e dissertações sobre grupos, orientadas por Silvia Lane*

Teses e Dissertações			
Ano	Autor	Título	
1974	Renate Meyer Sanches	Atmosfera de pequenos grupos autocracia e democracia: dois estilos de liderança e socialização.	Dissertação (Mestrado)
1978	Carlos Peraro Filho	Conflito no Grupo: segundo a teoria de campo de Kurt Lewin.	Dissertação (Mestrado)
1988	Carlos Peraro Filho	O processo grupal como condição de ensino e conscientização.	Tese (doutorado)
1989	Monica Haydee Galano	Todos somos iguais (Só que alguns são mais iguais do que outros): Relações de poder e afeto num pequeno grupo.	Dissertação (Mestrado)
1994	Monica Haydee Galano	O sistema categorial: um modelo de análise dos grupos sob o paradigma da complexidade.	Tese (doutorado)
2000	Marcos Vieira Silva	Processo grupal, afetividade, identidade e poder em trabalhos comunitários: paradoxos e articulações.	Tese (doutorado)
2002	Cecília Carmen Jacinto Andrade	Mediações afetivas num grupo empresarial: um estudo de caso.	Tese (doutorado)

Fonte: A autora

Sousa (2008) ainda apresenta, no apêndice, uma lista completa com as produções de Lane. Com base nesse apêndice, identificamos um (01) capítulo de livro “O Processo Grupal” e dois (02) artigos “Processo Grupal Na Perspectiva de Ignácio Martin-Baro: Reflexões Acerca de Seis Contextos Concretos” e “Uma análise dialética do processo grupal”, os quais precisávamos analisar e que foram também acessados na referida biblioteca.

A leitura da tese de Silva (2012) nos indicou outros caminhos para a pesquisa. A autora destaca um texto não publicado, escrito por Lane, um pouco antes de sua morte, intitulado “Caminhos Percorridos”. Na busca desse e de outros textos, acessamos o acervo sobre Silvia Lane arquivado na Fundação Aniela e Tadeusz Ginsberg sediada na PUC-SP. Nossa busca nos permitiu acessar cinco¹ (05) textos não publicados que compuseram o corpus de análise: “Caminhos percorridos”, “Por que caminhos percorridos?” “O caminho dos sentimentos no grupo: Uma experiência de processo grupal registrada pela câmera de vídeo”, “Trabajo em comunidade y proceso grupal”, “Recherches sur processus grupale”.

Com base nas leituras realizadas, acessamos novamente a biblioteca a fim de pesquisarmos outros textos que auxiliassem no processo de análise sobre grupos, mesmo que esse não tenha sido o tema específico de algum texto acessado.

Após toda essa etapa de garimpagem, iniciamos a análise.

O caminho percorrido: análise a partir da produção de Lane e de seus orientandos

O curso de Psicologia Social, que se inicia no segundo semestre de 1972, tinha então duas disciplinas oferecidas pelo próprio programa: Psicologia Social (Karl Scheibe) e Pesquisa Intercultural (Aniela Ginsberg). No ano seguinte, Silvia Lane já tendo seu doutorado oferece duas disciplinas: Psicologia da Linguagem e Pequenos Grupos. (...) A disciplina sobre pequenos grupos envolvia a elaboração de um projeto de intervenção a partir de alguma das teorias estudadas e passou a ter *Sistema, grupo y poder*, de Ignacio Martin-Baró, como leitura obrigatória após a sua publicação. (Carvalho, 2014, p. 80).

Silvia foi aluna do curso de Filosofia da USP, entre 1952 e 1956. Nas aulas, foi apresentada a Marx, Lewin, Kofka e Piaget, autores que a acompanharam por anos, como professora e pesquisadora. Em 1965 ingressou

1 Sabemos de outros três textos não publicados, com a temática processo grupal, mas infelizmente não conseguimos acessá-los. (Homenagem a Martin-Baró, Tentativa de análise de vídeos de Processo Grupal, Todo Agrupamento Humano pode vir a ser uma Comunidade).

como professora na PUC-SP, em 1972 ajudou a criar o curso de Pós-Graduação em Psicologia dessa mesma instituição e, logo após a defesa de seu doutorado, passou a compor o quadro de professores. Já na década de 60, interessa-se por pesquisas sobre o “processo grupal” inicialmente a partir da obra de Kurt Lewin. (Sawaia, 2002).

O tema “processo grupal” e Kurt Lewin como autor de referência são adotados por dois de seus mestrandos, Renate Sanches em 1974 e Carlos Peraro Filho em 1978. Sanches defende a dissertação intitulada “Atmosfera de pequenos grupos autocracia e democracia: dois estilos de liderança e socialização” e Peraro Filho defende a dissertação intitulada “Conflito no Grupo: segundo a teoria de campo de Kurt Lewin”. Ambos propõem experimentos com grupos e objetivam verificar a viabilidade da teoria de Kurt Lewin no estudo dos pequenos grupos.

A dissertação de Sanches (1974) versava sobre “grupos e tipos de liderança” e para a defesa propôs uma situação de experimento natural, em que se cruzaram vários tipos de liderança e de socialização entre os membros. O trabalho teve como objetivo trazer uma contribuição para a questão da liderança democrática, contraposta à liderança autocrática. A Teoria de Campo, de Kurt Lewin, norteou todo o trabalho, discutindo temas como: estilo de vida, socialização e aprendizagem, sistema de crença-descrença, atmosfera e liderança. Para aprimorar a discussão, a autora utilizou ainda os estudos de Lippitt e White sobre o tipo de atmosfera que resulta de um ou de outro tipo de liderança.

Sanches (1974) discute tipos de liderança e tipos de socialização dos membros do grupo e, conclui que a atmosfera do grupo é resultado de fatores como tipo de liderança e o tipo de socialização de seus membros. Segundo Sanches (1974), não basta um líder democrático para que se alcance o bem-estar do grupo, é preciso pensar modelos de socialização, pois os indivíduos socializados autocraticamente esperam uma tarefa definida para funcionamento do grupo e sua satisfação está relacionada à tarefa em si, enquanto os socializados democraticamente procuram satisfazer suas necessidades ligadas tanto a tarefa quanto a questões afetivas. Com isso, a autora defende que é preciso rever os objetivos propostos no “treino de líderes, preocupando-se também com os tipos de socialização oferecidos.

Peraro Filho (1978), baseado na Teoria de Campo de Kurt Lewin, explicita conceitos como grupos cooperativos e competitivos, além de detalhar tipos de conflito. Para alcançar seu objetivo de “aplicar e validar os conceitos de Kurt Lewin para a psicologia dos pequenos grupos” (p. 58), o autor dividiu os grupos em subgrupos e propôs um experimento. Sobre o experimento, o autor descreveu que os grupos I e II foram considerados grupo controle e o grupo III considerado grupo experimento. Para o grupo I e seus subgrupos foi introduzida uma variável para provocar uma dinâmica cooperativa, no Grupo II e seus subgrupos foi introduzida uma variável para provocar uma dinâmica competitiva e no grupo III, diferentemente, o subgrupo IIIa foi introduzida uma variável para provocar uma dinâmica competitiva, enquanto no IIIb foi introduzida uma variável para provocar uma dinâmica cooperativa.

Como resultados, Peraro Filho (1978) expôs que no grupo I as forças do objetivo de grupo foram mais intensas que as forças individuais, dessa forma não foram promovidas barreiras individuais e o grupo trabalhou para alcançar o objetivo de grupo. No grupo II, a dinâmica competitiva fez surgir barreiras individuais que dificultaram o alcance do objetivo do grupo, mas, apesar disso, o grupo alcançou o objetivo proposto. Por fim, o grupo III, não alcançou o objetivo do grupo, isso porque o subgrupo IIIa, cuja variável era uma dinâmica competitiva se tornou barreira para o grupo IIIb, cuja variável era uma dinâmica cooperativa, e esse, sufocado pela barreira imposta pelo primeiro, se retirou do “campo”, ou seja, houve um desinteresse e uma apatia que foram assumidos por todo o subgrupo, o que levou ao não alcance dos objetivos.

Peraro Filho conclui que a teoria de campo de Kurt Lewin se aplica ao estudo dos pequenos grupos, defendendo juntamente com o autor de referência - Lewin - que os grupos competitivos são mais propensos a negar a participação individual, pois seus membros tentam falar/verbalizar muito frequentemente também sem sucesso.

Fica evidente que, apesar de Lane se questionar sobre liderança, coesão grupal e toda a teoria de papéis proposta por Lewin, nesse período

a crítica ainda é incipiente e seus orientandos baseiam suas pesquisas e defendem as ideias Kurt Lewin. Em entrevista cedida em 2000, para o jornal de Psicologia do CRP São Paulo, Lane nos ajuda a compreender.

Eu dava aulas na graduação, meio insatisfeita. Desenvolvíamos pequenas pesquisas (...) esperando que eles conseguissem dizer: A teoria não está funcionando, não está valendo para nós. Mas eles pegavam da realidade aquilo que convinha e davam exemplos da teoria. Eu disse: assim não é possível, assim não está certo. Uma crítica mais sistemática precisava ser feita, mas não podia ser com os alunos da graduação. (...) (Lane, 2000, p. 1)

Essa crítica mais sistemática foi sendo construída a partir de uma proposta de intervenção comunitária e depois fortalecida na disciplina “Pequenos Grupos” oferecida na pós-graduação.

No final dos anos 70 e início dos anos 80, Lane se encontrou com Mario Golder da Universidade de Buenos Aires e com Fernando González Rey da Universidade de Havana e iniciou um estudo das obras ainda inéditas no Brasil de Vigotski e Leontiev (Sawaia, 2002), as quais passam a influenciar diretamente seu trabalho.

Lane (1978), no texto “Uma prática do Psicólogo Social numa área chamada clínica” apresenta rapidamente um trabalho clínico de prevenção realizado com a população operária que, naquele contexto, apresentava sofrimento psíquico intenso. Questionando-se sobre “o que ocorre antes da loucura?” (p.177), foi realizado um levantamento de informações relacionadas à população para, posteriormente, propor uma intervenção. A autora inicia o texto chamando atenção para a denominação “psicólogo social”. Segundo ela, essa categoria não deveria existir, uma vez que o psicólogo na escola, na clínica, nas organizações precisava de uma compreensão social, precisava resgatar a dimensão histórica do homem, assim como compreender o social presente em cada sujeito. Desse modo, portanto, ela defende que toda psicologia é social.

Dois anos depois, Lane (1980a) escreve mais detalhadamente essa experiência e começa esclarecendo que o que antes chamavam de trabalho preventivo agora preferia chamar de educativo. A autora esclarece a proposta: a) a partir da necessidade e dos problemas manifestados pela

população, propuseram como intervenção, discussões em grupo, estimulando uma análise da realidade social; b) os coordenadores jamais propunham soluções, mas estimulavam os grupos a construir projetos de ação; c) buscavam desenvolver a autonomia da comunidade, como consequência do desenvolvimento da consciência social e política. Neste texto, Lane esclarece que esse trabalho fez nascer a disciplina “Pequenos Grupos” oferecida na pós-graduação, uma vez que, insatisfeitos com os modelos tradicionais que explicavam pequenos grupos, estudiosos buscaram uma análise materialista e dialética do grupo, partindo de quatro (04) premissas: 1) é preciso captar o processo histórico do grupo; 2) o grupo tem sua existência determinada por sua inserção na totalidade social e historicamente dada; 3) o processo grupal é dialético e suas contradições refletem as contradições da sociedade; 4) o grupo não é situação dicotômica ao indivíduo, ao contrário, é uma condição necessária para sobrevivência dos indivíduos. Segundo Lane (1980a), os alunos tinham duas tarefas nessas aulas: observar um grupo e discutir em sala as observações. Nestas discussões passaram a compreender que nem os objetivos nem as tarefas eram fundamentais para compreender o processo grupal. Ambos criavam condições para que as pessoas se agrupassem, mas para compreender o processo era necessário investigar as histórias de vida a fim de entender as motivações dos sujeitos para se vincularem ao grupo. Além disso, era necessário compreender os papéis que os sujeitos executavam nos grupos, ou seja, como se dava sua participação. Apesar de se confundirem, a autora destaca que a participação e a produção grupal são duas categorias distintas de análises. A participação está mais ligada ao papel dos membros no grupo e a produção pensada como o aspecto coletivo que constitui o grupo. A autora destaca ainda que, num primeiro momento, o grupo é condição para o desenvolvimento da individualidade e, num segundo momento, o grupo é condição para a superação da individualidade, quando as semelhanças históricas de seus membros se sobrepõem às diferenças e o produto do grupo acaba por ser ação transformadora.

Esse trabalho foi importante para reforçar a crítica que estava sendo feita às teorias de grupo e, nesses dois textos, Lane enfatiza o caráter histórico do grupo, defendendo-o como condição necessária para a sobrevivência

do indivíduo. A autora passa a defender uma nova compreensão sobre a teoria dos papéis, entendida agora como reflexo das condições sociais nas quais o grupo está inserido.

Ainda em 1980, Lane escreve o texto intitulado “uma redefinição da Psicologia Social” e nele a autora afirma a necessidade de uma revisão de todo o sistema conceitual, para que o psicólogo não mais explique comportamentos pelas propriedades dos agentes, mas pelos processos sociais dos quais eles fazem parte. Neste texto, ainda, Lane (1980b) nos oferece duas reflexões sobre os grupos: primeiro

o grupo social não pode ser visto como uma entidade isolada, nem seus processos serem analisados como realidades em si. A formação, manutenção e extinção de grupos só podem ser compreendidos como condição necessária para a manutenção das relações sociais, através das quais necessidades são satisfeitas pela produção, só atingidas com a cooperação entre os homens. (p. 98-99)

Segundo,

quando se estuda o grupo social e este é definido pela interdependência entre seus membros, por um objetivo comum, pela diferenciação de papéis, pela presença ou emergência de uma liderança, caberia ao psicólogo social questionar (e responder): a) como surgiu o objetivo comum (...) b) A diferenciação de papéis não estaria reproduzindo relações sociais já definidas (...) c) a liderança não seria uma forma de reprodução de dominação considerada, ideologicamente, necessária para a preservação da sociedade (...). E, sem dúvida, surge a questão quanto às técnicas de dinâmicas de grupo que não visam, antes de qualquer coisa, adequar, ajustar os indivíduos e o grupo às condições existentes, impedindo o desenvolvimento de uma autonomia do grupo, decorrente do confronto entre os indivíduos (...) (Lane, 1980b, p. 101).

Ambos os textos de 1980 se completam nas discussões sobre grupos, evidenciando neles uma compreensão histórica dos sujeitos e dos grupos e uma atualização dos conceitos e das compreensões de Kurt Lewin, como teoria dos papéis e, principalmente, o papel do líder no grupo.

Em 1981, Lane escreveu o artigo “Uma análise dialética do Processo Grupal”, que foi revisado e publicado no livro *Psicologia Social o homem em movimento*, em 1984, sob o título “O processo grupal”. Lane (1984) inicia

o capítulo fazendo um registro de vários autores que estudaram grupos, começando por Kurt Lewin, passando por Horkheimer e Adorno, Loureau, Lapassade e Pichon-Rivière. Para cada visão de grupo, Lane propõe uma análise dialética, apresenta críticas a aspectos que considera a-históricos e aproveita o que considera importante. Após a revisão, a autora indica algumas premissas que considera fundamentais para conhecer o grupo: 1) o grupo precisa ser analisado dentro de uma perspectiva histórica que considere sua inserção na sociedade; 2) o grupo deve ser conhecido como processo, sendo correto chamar de processo grupal e não grupo.

Dessas premissas decorre que todo e qualquer grupo exerce uma função histórica de manter ou transformar as relações sociais desenvolvidas em decorrência das relações de produção e, sob este aspecto, o grupo, tanto na sua forma de organização como nas suas ações, reproduz a ideologia, que, sem um enfoque histórico, não é captada. (Lane, 1984, p. 81-82).

Nesse capítulo, ainda, Lane propõe pontos de análise do indivíduo inserido no processo grupal. Segundo a autora, é preciso partir da compreensão de que o indivíduo é sempre alienado, o que exige dois níveis de análise: um, da vivência subjetiva, marcado pela ideologia do indivíduo livre e outro da realidade objetiva, no qual as ações concretas acontecem e que reproduz o sistema, e as relações dominador-dominado. O segundo ponto de análise diz respeito à compreensão de que todo grupo faz parte de um ou mais grupos maiores e, portanto, a análise exige uma compreensão do tipo de inserção deste grupo, em outros grupos. Terceiro ponto diz respeito à importância das histórias de vida individuais. No quarto ponto, a autora propõe uma compreensão do desempenho dos papéis, entendendo que nesse momento “podem emergir os processos de oposição, negação, contradição, negação da negação, que constituem qualquer processo dialético” (Lane, 1984, p. 86).

Por fim, a autora nos convida à reflexão da importância do grupo “como condição para que o homem supere a sua natureza biológica e também condição para que ele supere a sua natureza ‘individualista’, tornando-se um agente consciente na produção da história social”. (Lane, 1984,

p. 90). Esse é com certeza um dos textos mais importantes de Lane. Uma escrita elaborada sobre o que chamou de processo grupal e uma proposta de análise desse processo, já iniciada nas reflexões dos textos de 1980.

Lane (s/d)² escreve que a psicologia social precisa trabalhar com os indivíduos em sofrimento, nos grupos e nas instituições e que é preciso intervir sobre ambos. Isso, por sua vez, exige um saber fazer cada vez mais eficaz, uma intervenção sobre os processos de conscientização, com ações que de fato possam mudar o curso da história. A autora enfatiza que o homem é antes de tudo um ser social e, portanto, não pode ser compreendido fora do seu contexto histórico, social e cultural, assim, como da história dos grupos ao qual ele pertence. Segundo Lane (s/d), dizer que o homem é social é afirmar que ele tem determinações fundamentais: a) para sobreviver precisa de outras pessoas, precisa estar em grupos; b) para ser membro de um grupo precisa se comunicar; c) sua fala, suas ações e seu comportamento dependem do que pensa e do que sente; d) para sobreviver deve ser ativo e (re) produzir sua própria vida.

Nesse texto ainda, Lane apresenta algumas categorias para análise dialética dos processos grupais. Primeiro: há uma clara diferença entre o objetivo do grupo e a produção do grupo, posto que o objetivo é fundamental para reunir as pessoas, mas não é o motivo para a continuidade no grupo. Essa, por sua vez, depende da produção do grupo e do sentido que esse representa frente a outros grupos. Segundo: submissão dos membros do grupo a uma pessoa do grupo, quase sempre a pessoa mais velha. Mesmo nos grupos ditos democráticos, a submissão se apresenta em forma de apoio, em que a maioria concorda com os posicionamentos do membro mais velho sem análise crítica do que é proposto. Terceiro: foi identificado o não-grupo, no qual as pessoas se reúnem com frequência, conversam, mas a relação entre elas não se altera.

Com base nas observações, a autora afirma que a produção em grupo implica em participação ativa de todos os seus membros, caracterizada pela

2 Este artigo, apesar de não ser datado, foi identificado com data próxima a 1987, uma vez que nele a autora cita a pesquisa de mestrado ainda em andamento de Sueli Terezinha Martins, defendida em 1987, intitulada “Desenvolvimento da consciência do militante político: elementos para uma análise”.

comunicação e pelo desenvolvimento dos papéis. Sobre os papéis, Lane (s/d) destaca a função ideológica deles associada à redução do conflito. Segundo a autora, em quase todas as observações fica evidenciado que o conflito não apresentava a contradição, mas era logo amenizado, suprimido e ela afirma que os diferentes papéis são responsáveis por esse movimento. Por fim, nesse texto Lane reafirma a premissa de que o grupo é condição necessária para que haja individualização, mas também é condição para o desenvolvimento da consciência social. Como podemos acompanhar, nesse texto Lane aprimora ainda mais as reflexões já iniciadas, definindo que, para produzir, o grupo precisa de uma participação ativa de seus membros. Aprimora também sua compreensão sobre a teoria dos papéis, que aqui não só reproduzem a ideologia como também visam reduzir os conflitos, amenizar as contradições, o que nos permite entender que compreender os papéis reproduzidos no grupo é fundamental para uma compreensão dos conflitos que precisam ser trabalhados, dos conflitos que precisam ser pensados.

As leituras e as discussões feitas na disciplina Pequenos Grupos e os estudos de Vigotski e Leontiev passam a influenciar diretamente as orientações de Lane. Após dez (10) anos da defesa de mestrado, Carlos Peraro Filho defendeu seu doutorado, intitulado “O processo grupal como condição de ensino e conscientização” novamente tendo como foco o grupo. Dessa vez, Peraro Filho (1988) se baseia na teoria de Leontiev – não mais Kurt Lewin – e, com base nesse autor, explicita conceitos como atividade objetivada, consciência, personalidade, motivos, necessidades e emoções. O autor, que nessa época supervisionava estágio em Psicologia do Trabalho, objetivava encontrar uma forma de supervisão de estágio que oferecesse condições ao futuro psicólogo de pensar o trabalhador como homem concreto, entendendo o trabalho como atividade produtiva, objetivada e orientada por necessidades igualmente objetivadas e analisar em que medida ocorrem transformações na consciência de estagiários. O autor descreve uma cadeia de ações construídas na atividade de supervisão em grupo e entende que as ações que compõem essa cadeia produtiva constituindo-se constituíram durante o processo grupal, defendendo uma ideia de participação grupal efetiva. Essa cadeia de ações foi entendida, ainda, como produto do processo grupal, como produção de um saber, uma vez que elas foram construídas

pelo grupo no processo de supervisão. Outro aspecto apresentado, diz respeito à relação entre os membros do grupo, entendendo que entre os estagiários a relação é horizontalizada enquanto a relação entre supervisor e estagiários, vai se transformando ao longo do tempo, sendo inicialmente uma relação de subordinação dos estagiários para com o supervisor, os quais, no decorrer do processo, passam a compreender o supervisor como facilitador do processo. No nível das transformações, Peraro Filho (1998) defende, com base em Leontiev, que a apropriação da atividade fundamentou a formação da consciência e, assim, o grupo de estagiários passa a perceber cada um ali presente como sujeitos de transformação, defendendo um trabalho do psicólogo nas organizações não restrito à execução de técnicas (treinamento, seleção...) mas entendendo a necessidade de se relacionar com os trabalhadores e construir com eles soluções para seus problemas concretos no trabalho.

É importante salientar que, tanto no mestrado quanto no doutorado, Peraro Filho trabalhou com grupos concretos. No mestrado ele organizou um experimento e no doutorado analisou seu grupo de estagiários em processo de supervisão. No mestrado, buscou validar os conceitos de Kurt Lewin, no doutorado, diferentemente, investigou como a apropriação da atividade em si, produzida pelo e no grupo, possibilitavam a produção de uma consciência crítica.

Seguindo nossa reflexão, em um artigo de 1989, Lane descreveu uma série de considerações sobre a psicologia social e destacou a importância da emoção. Nesse artigo, a autora aponta alguns dos resultados da pesquisa sobre grupos, de Monica Galano, e afirma que ela

detecta toda uma tessitura de mitos, afetos e ideologia que permeiam as relações entre os membros de forma inconsciente impedindo que emoções negativas aflorem com clareza à consciência – o que representaria a morte do grupo e o fim de uma atividade conjunta. (Lane, 1989, p. 154).

Em 1989, Monica Galano, orientanda de Lane, defendeu o mestrado intitulado “Todos somos iguais (Só que alguns são mais iguais do que outros): relações de poder e afeto num pequeno grupo”. Galano (1989) objetivava criar uma forma de apreender o fenômeno grupal visto como

sistema organizativo complexo, em contínuo movimento. A autora iniciou seu trabalho com um longo apanhado histórico sobre grupo, mas optou por detalhar os conceitos de Pichon a partir da compreensão de grupos operativos, descrevendo grupo tarefa e tipos de coordenação. A “linha pichoniana foi o ponto de partida de trabalho e pensamento. Porém, peculiaridades do grupo obrigaram a tecer estratégias, criar espaços de ação reflexão, descobrir mediadores, metaconceitos que permitissem uma descrição mais detalhada e completa do filigrama das relações” (p. 54). O trabalho foi realizado em um grupo feminista que tinha como objetivo desenvolver um projeto ambulatorial para mulheres, de atendimento e ensino de técnicas de autoexame ginecológico e criação de um grupo de reflexão sobre os diversos temas da problemática feminina.

É importante destacar, como Galano enfatiza, o conceito de emoção como ponto chave para a composição do grupo e para a compreensão das relações grupais.

Ainda em 1989, Martin-Baró publica a obra *Sistema, grupo y poder*, e essa passa a ser a referência principal da disciplina *Pequenos Grupos*. Leitura obrigatória a todos os alunos, a obra de Baró dá novos rumos aos textos de Lane e de seus orientandos.

Em 1994, Galano defendeu seu doutorado “O sistema categorial: um modelo de análise dos grupos sob o paradigma da complexidade”. Nessa obra, a pesquisadora apresentou um apanhado histórico sobre grupos e definiu cinco (05) categorias: ideologia, poder, afeto, emoção e mito, embasada em Martin-Baró e Pichon Riviere. Além disso, relacionou a teoria da complexidade de Morin com a discussão sobre ideologia e discurso de Bakhtin. Para alcançar os objetivos, a autora coordenou dois grupos que se encontravam em momentos diferentes de vínculo com a instituição que a convidou para a coordenação. Esses grupos foram filmados para que fossem analisadas as imagens e os discursos produzidos nesse espaço. Foram 16 encontros com cada grupo, sendo eles organizados de modos diferentes. O grupo A ganhou um formato mais reflexivo, com espaço para que os integrantes falassem de questões pessoais, o grupo B ganhou o formato de grupo operativo.

Neste trabalho, Galano (1994) critica a necessidade de definir o que é grupo, enfatizando que o maior problema da definição se encontra naquilo “que elas deixam de fora. (...) Para isso precisamos falar de processos. E processos são movimentos com base em interligações, interações, entrecruzamentos”. (p. 48-9). A autora continua enfatizando a importância de analisar o processo, uma vez que todo grupo está inserido em um contexto sócio-histórico que define as condições materiais de sua existência e, assim, interferem no cumprimento de tarefas, objetivos, metas, missão, interferem, portanto, na produção grupal. Galano (1998) dá ênfase aos processos dialógicos que constituem o grupo, entendendo que “o que as pessoas dizem de si mesmas e dos outros, o que dizem que acontece, o que dizem que fazem, o que dizem que sentem (...) abarcam e sintetizam pensamentos, sentimentos e ações em relação ao grupo e seus membros (...)”. (p.126). A autora destaca ainda que a interação procurou incentivar o grupo a falar sobre seus medos e desejos, e “mais do que interpretações, existiam perguntas ou colocações que eram devolvidas para o grupo pensar, comentar e refletir” (p. 128).

Nesta tese, ficou evidente que as reflexões de Lane sobre processo grupal e sua análise sustentaram as reflexões de Galano.

Em 1996, Lane destaca em entrevista a importância do grupo para a formação da consciência e do processo de desalienação. Ela afirma que no grupo, no encontro com o outro, os homens extrapolam suas diferenças e se identificam, na medida em que são sujeitos de processos de determinações iguais.

Lane e Freitas (1997) propõem uma análise dos processos grupais a partir de Martin-Baró. As autoras enfatizam três fenômenos: a) a identidade de grupo – que não pode ser entendida como algo estático; 2) o poder - que se manifesta em diferentes recursos que podem ser utilizados para o estabelecimento das relações; 3) o significado social – que é o modo como o produto da ação do grupo é percebido por outros grupos sociais e instituições.

O surgimento do grupo depende, dessa maneira, de alguma forma de consciência social, condicionada pelas condições objetivas de que dispõe, enquanto que a sua manutenção e a sua sobrevivência dependerão do poder

que obtenha nas relações que estabeleça, em termos de garantir a posse dos recursos necessários para poder imprimir alguma influência social na direção dos seus interesses. (Lane e Freitas, 1997, p.295).

Neste texto, sustentadas por Baró, as autoras acrescentam a discussão de poder e significado às discussões já feitas anteriormente. Lane até esse momento não fala em identidade de grupo, mas essas reflexões estão presentes em seus textos quando fala do grupo como espaço de identificação e diferenciação que permite ao indivíduo saber quem é, por que está no grupo e, assim organizar-se para alcançar algum tipo de transformação social.

Lane³ (1998) reafirmam, em texto intitulado “O caminho dos sentimentos no grupo: Uma experiência de processo grupal registrada pela câmera de vídeo” que o “grupo se constitui quando todo mundo é capaz de realizar as tarefas do grupo”, (p.02) ou quando as relações se modificam, se alteram. Essas reflexões já haviam sido feitas em textos anteriores. O que esse texto tem de novo é a ênfase na afetividade.

Os autores discutem ainda o papel da afetividade na tomada de consciência, entendendo que, sem afeto, a compreensão do problema é apenas racional. Sobre o papel do coordenador, indicam a importância de ele provocar a reflexão, não é de sua competência dar respostas ou soluções ao grupo, mas mobilizar o grupo para a ação e, nesse grupo, especificamente, Lane, como coordenadora, faz uma simples pergunta “o que vocês estão sentindo?” (p. 08). Os autores afirmam ainda que é fundamental perceber que angústia e frustração não são sinônimos de fracasso, mas, ao contrário, são aberturas para a autonomia. E discutem, ainda, que o grupo tem papel fundamental no resgate das individualidades, entendendo que é preciso pensar o grupo como espaço de reconhecimento das individualidades, das diferenças e semelhanças entre os sujeitos.

Em 2000, Silva defende seu doutorado intitulado “Processo grupal, afetividade, identidade e poder em trabalhos comunitários: paradoxos e articulações” com o objetivo de investigar o processo grupal em grupos

3 Apesar de não indicar o nome dos autores, o texto indica que foi construído coletivamente com auxílio de alunos da disciplina Processos Grupais, do ano de 1998.

comunitários da cidade de São Joao Del-Rei. Para definir e, posteriormente, analisar os processos grupais, o autor se baseia na concepção dialética de grupo e processo grupal de Baró e Lane, associada à concepção de Grupo Operativo de Pichón. Portanto, considera a partir de Lane (1994) o grupo como condição necessária para conhecer as determinações que agem sobre os indivíduos e que pensar o grupo como processo permite captar seu movimento permanente. Com Baró (1989), entende que a identidade grupal se traduz em normas de pertencimento e que, portanto, é maior que a identidade de cada membro. Para maior compreensão do processo grupal, o autor define conceitos como processo, identidade, afetividade, poder, sempre relacionando esses conceitos entre si. O autor ainda estabelece um paralelo entre a noção de identidade de Baró e a noção de atividade em Pichon, passando a destacar a importância da tarefa no processo de constituição do grupo.

Silva (2000) conclui que afetividade, identidade e poder estão sempre presentes no processo grupal e que o grupo apresenta permanentemente contradições e conflitos. Desse modo, os grupos “possibilitam fenômenos grupais produtores de identidade e ativadores da consciência, por outro lado, se constituem como espaços de apatia, descrença e dificuldades de articulação e participação social”. (p. 118)

Andrade (2002) foi a última orientanda de Lane a defender o tema grupo em sua tese de doutorado, “Mediações afetivas num grupo empresarial: um estudo de caso”. Nesse trabalho, estuda processos grupais, objetivando compreender a qualidade das mediações afetivas na relação intergrupal no interior de uma empresa. A autora utiliza os pressupostos psicologia sócio-histórica tendo como autores principais Vygotsky, Lane e Martin-Baró. Em seu capítulo teórico, a autora destaca as contribuições da Psicologia Social, analisando a dialética subjetividade e objetividade e as mediações que constituem essa dialética.

Essas formas de mediação são constituídas pelas emoções, linguagem, pensamento e grupos sociais, que estabelecem a mediação entre indivíduo e sociedade. Isto é, o ser humano sente, age, pensa e fala como sujeito da história da sociedade na qual realiza sua existência. (Andrade, 2002, p.23).

Sobre os grupos, a autora, baseada em Lane, defende que

todo e qualquer grupo exerce uma função histórica de manter ou transformar as relações sociais desenvolvidas em função das relações de produção e, sob este aspecto, o grupo, tanto na sua forma de organização, como nas suas ações, reproduz a ideologia, que, sem um enfoque histórico, não é captada. (Andrade, 2002, p. 66).

A autora destaca em suas considerações finais que, nos encontros organizados fora da empresa, o grupo expressou emoções, pôde falar sobre tristezas e alegrias, vergonha, ciúmes etc., diferente dos encontros organizados na empresa, nos quais as emoções nunca eram expressadas e passa a considerar que o silêncio emocional é um fator de alienação do trabalhador. Para melhor compreender esse processo, a autora organiza encontros individuais e destaca que as emoções estão presentes, mediando todas as relações do grupo, mas que em alguns momentos não são expressadas. Por fim, ela defende que um “grupo só se transforma realmente em grupo quando tem a possibilidade de prestar atenção aos afetos envolvidos e à sua própria forma de operar e resolver os problemas que afetam o seu funcionamento”. (Andrade, 2002, p. 183-184). Finalizando, a autora destaca a necessidade de criação de novos modelos de gestão, que permitam a expressão dos afetos e, com isso, possibilitem que os grupos nas empresas sejam espaços de “bons encontros”. Nessa tese, a ênfase é dada aos afetos e em como eles, associados à reflexão, são capazes de promover reflexão ou manter a alienação.

Em 2005, Lane escreveu um texto curto intitulado “Caminhos percorridos”, escrito pouco antes de sua morte, cujo objetivo era apresentar a trajetória do seu pensamento e de suas ações na Psicologia Social, para introduzir uma publicação de seus textos inéditos⁴. Nele, a autora escreve sobre a disciplina de Dinâmica de Grupos, que esteve vinculada ao currículo da pós-graduação em Psicologia Social. Silvia relata que as teorias e

4 Alguns dos textos inéditos foram acessados para esta pesquisa e compõem a discussão aqui realizada. Com a morte de Silvia em 2006, os inéditos foram arquivados na Fundação Anieli e Tadeusz Ginsberg e, até o momento, não foram publicados.

técnicas discutidas nessa disciplina apontaram para o caráter ideológico dos estudos existentes sobre grupos e que essa compreensão a levou a buscar uma sistemática para a discussão dos processos grupais, sistemática que tentamos apresentar nesta análise.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

<p>Produções sobre Grupo: Orientações e outros escritos</p> <p>1974 - Atmosfera de pequenos grupos autocracia e democracia: dois estilos de liderança e socialização. (Orientação de Mestrado)</p> <p>1978 - Conflito no Grupo: segundo a teoria de campo de Kurt Lewin. (Orientação de Mestrado)</p> <p>1978 - Uma prática do Psicólogo Social numa área chamada clínica. (Trabalho publicado em Anais)</p> <p>1980a - Trabajo em comunidade y processo grupal. (Palestra não publicada).</p> <p>1980b - Uma redefinição da Psicologia Social. (Artigo publicado).</p> <p>1981 - Uma análise dialética do processo grupal. (Artigo publicado).</p> <p>1984 - O Processo Grupal. (Capítulo de livro).</p> <p>1997 - Processo Grupal Na Perspectiva de Ignácio Martin-Baro: Reflexões Acerca de Seis Contextos Concretos. (Artigo publicado).</p> <p>1988 - O processo grupal como condição de ensino e conscientização. (Orientação de Doutorado)</p> <p>1989 - Uma Psicologia social baseada no materialismo histórico e dialético: da emoção ao inconsciente. (Trabalho apresentado em congresso).</p> <p>1989 - Todos somos iguais (Só que alguns são mais iguais do que outros): Relações de poder e afeto num pequeno grupo. (Orientação de Mestrado)</p> <p>1994 - O sistema categorial: um modelo de análise dos grupos sob o paradigma da complexidade. (Orientação de Doutorado)</p> <p>[s/d] - Recherches sur processus grupale. (Artigo não publicado)</p> <p>1996 - Parar para pensar e depois fazer. (Entrevista publicada).</p> <p>1998 - O caminho dos sentimentos no grupo: Uma experiencia de processo grupal registrada pela câmera de vídeo. (Artigo não publicado).</p> <p>2000 - Diálogos: Uma psicologia para transformar a sociedade (Entrevista publicada).</p> <p>2000 - Processo grupal, afetividade, identidade e poder em trabalhos comunitários: paradoxos e articulações. (Orientação de Doutorado)</p> <p>2002 - Mediações afetivas num grupo empresarial: um estudo de caso. (Orientação de Doutorado)</p> <p>2005 - Caminhos percorridos. (Artigo não publicado)</p>

Fonte: A autora

Figura 1. Linha do tempo do caminho percorrido por Silvia Lane na pesquisa sobre grupos.

Silvia Lane, importante pesquisadora da Psicologia Social Brasileira e Latino-americana, teve papel fundamental na compreensão dos processos grupais, em uma perspectiva materialista histórico-dialética.

Podemos com certeza afirmar que o trabalho mais conhecido de Lane sobre grupos, foi e continua sendo o “Processo grupal”, inserido no livro “Psicologia Social: o homem em movimento”. Esse texto nasce em 1981 com auxílio das discussões em sala de aula, na disciplina Pequenos Grupos. Nele, Lane critica as teorias tradicionais, que segundo ela fazem análises superficiais sobre os pequenos grupos, chamando-as de teorias a-históricas. Algumas reflexões propostas nesse texto, tal qual grupo como processo histórico, o grupo como inserido em uma totalidade que precisa ser incorporada na análise e, ainda, o grupo refletindo as contradições da sociedade e sendo condição para a sobrevivência dos indivíduos, foram apontadas já nos textos de 1980.

Quando Lane defende nesse texto o termo processo grupal, ela enfatiza o caráter histórico dos grupos e a importância de que toda análise compreenda o contexto no qual o grupo está inserido, assim como a trama complexa de relações que permite ou não a manutenção dos indivíduos nos grupos.

Fica evidenciado que essas reflexões passam a influenciar seus orientandos. Seus dois primeiros orientandos pesquisaram grupos com base em Kurt Lewin. No início dos anos 80, já estudando Vigotski e outros interlocutores, Lane altera o rumo das orientações. Seus mestrandos e doutorandos passam a pesquisar a partir de Pichon, Baró, Leontiev e Vigotski. Essas reflexões estão presentes nos textos posteriores e foram a cada novo texto aprimoradas.

No final dos anos 80, seus textos e de seus orientandos discutiam temas centrais na Psicologia Histórico-cultural, relacionando emoções, consciência, inconsciente e identidade nos processos grupais, com grande influência de Baró e com ele os conceitos de identidade de grupo, as relações de poder e o significado social. Essas reflexões permitem uma compreensão de que os objetivos são importantes para a formação do grupo, mas eles não dão conta da sua manutenção, exigindo de quem coordena uma compreensão de outras variáveis importantes no processo.

Questões como a importância da atividade e da afetividade na mediação dos processos de conscientização também foram apropriadas por Lane e seus orientandos.

Em todos os textos, mesmo que não diretamente, Lane destaca o papel do coordenador, defendendo que esse não deve responder às demandas do grupo, mas deve provocar/potencializar as reflexões. Lane, no papel de coordenadora, faz uma pergunta disparadora, uma pergunta que mobiliza as emoções dos integrantes do grupo. Uma pergunta, um exercício, uma imagem, seja qual o for o recurso usado o importante é compreender que o papel do coordenador é instigar a reflexão e, portanto, por mais que o encontro seja em grupo, as reflexões são individuais.

REFERÊNCIAS

- Andrade, Cecília Carmen Jacinto. (2002). Mediações afetivas num grupo empresarial: um estudo de caso. *Tese (doutorado)*. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Psicologia Social e Organizacional. Orientadora Silvia Tatiana Maurer Lane.265p. <https://sapientia.pucsp.br/handle/handle/17282>
- Carvalho, Bruno Peixoto. (2014). A Escola de São Paulo de Psicologia Social: uma análise histórica do seu desenvolvimento desde o materialismo histórico-dialético. *Tese (doutorado)*. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Psicologia Social. Orientadora Maria do Carmo Guedes. <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/17047/1/Bruno%20Peixoto%20Carvalho.pdf>
- CFP - Conselho Federal de Psicologia (2012). *Silvia Lane: Estilo em Movimento* [Filme]. Projeto Memória da Psicologia Brasileira. São Paulo: Brasil. <https://filmow.com/silvia-lane-estilo-e-movimento-t206084/>
- Galano, Monica Haydee. (1989). Todos somos iguais (Só que alguns são mais iguais do que outros): Relações de poder e afeto num pequeno grupo. *Dissertação (Mestrado)*. Pontifícia Católica de São Paulo. Psicologia Social e Organizacional. Orientadora Silvia Tatiana Maurer Lane.271p.

- Galano, Monica Haydee. (1994). O sistema categorial: um modelo de análise dos grupos sob o paradigma da complexidade. *Tese (Doutorado)*. Pontifícia Católica de São Paulo. Psicologia Social. Orientadora Silvia Tatiana Maurer Lane. 253p.
- Lane, Silvia Tatiane Maurer. (1978). *Uma prática do Psicólogo Social numa área chamada clínica*. Anais VIII Reunião de Psicologia de Ribeirão Preto, 176-178.
- _____. (1980a). *Trabajo em comunidade y processo grupal*. (Palestra I Seminário Internacional de Psicologia em la comunidade). São Paulo. Não publicado.
- _____. (1980b). Uma redefinição da Psicologia Social. *Revista Educação & Sociedade*. São Paulo, 2 (6), 96-103.
- _____. (1981). Uma análise dialética do processo grupal. *Cadernos PUC São Paulo* n.11, p.95-107.
- _____. (1984). O Processo Grupal. In: Silvia Tatiana Lane; Wanderley Codo. (Org.). *Psicologia Social: O homem em movimento*. São Paulo: Brasiliense.
- _____. [s/d]. *Recherches sur processus grupale*. São Paulo. Não publicado.
- _____. (1989). *Uma Psicologia social baseada no materialismo histórico e dialético: da emoção ao inconsciente*. Apresentado II Encontro Científico da ANPEPP. Gramado, RS. Abril.
- _____. (1998). *O caminho dos sentimentos no grupo: Uma experiência de processo grupal registrada pela câmera de vídeo*. São Paulo. Não publicado.
- _____. (1996). Parar para pensar e depois fazer: (Entrevista concedida a Antonio da Costa Ciampa, Omar Ardans e Suely Satow). *Psicologia & Sociedade*. 8 (1): 3-15; jan/jun.
- _____. (2000, maio/jun.). Diálogos: Uma psicologia para transformar a sociedade [Entrevista]. *PSI Jornal de Psicologia*, São Paulo, 18(122), 4-6.
- _____. [2005?]. *Caminhos percorridos*. São Paulo. Não publicado.

- Lane, Silvia Tatiane Maurer e Freitas, Maria de Fátima Quintal de . (1997). Processo Grupal Na Perspectiva de Ignácio Martin-Baro: Reflexões Acerca de Seis Contextos Concretos. *Interamerican Journal of Psychology*, São Paulo, v. 31, n.2, p. 293-308.
- Martins, S.T. (1987). Desenvolvimento da consciência do militante político: elementos para uma análise. *Dissertação (Mestrado)*. Pontifícia Católica de São Paulo. Psicologia Social e Organizacional. Orientadora Silvia Tatiana Maurer Lane.
- Pimentel, Alessandra. (2001). O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. *Cadernos de Pesquisa*, (114), 179-195. <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742001000300008>
- Peraro Filho, Carlos. (1978). Conflito no Grupo: segundo a teoria de campo de Kurt Lewin. *Dissertação (Mestrado)*. Pontifícia Católica de São Paulo. Psicologia Social e Organizacional. Orientadora Silvia Tatiana Maurer Lane. 66p.
- Peraro Filho, Carlos. (1988). O processo grupal como condição de ensino e conscientização. *Tese (Doutorado)*. Pontifícia Católica de São Paulo. Psicologia Social e Organizacional. Orientadora Silvia Tatiana Maurer Lane. 270p.
- Sanches, Renate Meyer. (1974). Atmosfera de pequenos grupos autocracia e democracia: dois estilos de liderança e socialização. *Dissertação (Mestrado)*. Pontifícia Católica de São Paulo. Psicologia Social e Organizacional. Orientadora Silvia Tatiana Maurer Lane.306p.
- Sawaia, B. B. (2002). *Silvia Lane*. Rio de Janeiro: Imago Ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia. (Coleção Pioneiros da Psicologia Brasileira).
- Silva, Célia Maria Marcondes Ferraz. (2012). Por uma Psicologia Social Brasileira: Silvia Tatiane Maurer Lane. *Tese (doutorado)*. Pontifícia Católica de São Paulo. Psicologia Social. Orientadora Maria do Carmo Guedes. 157p.

Silva, Marcos Vieira. (2000). Processo grupal, afetividade, identidade e poder em trabalhos comunitários: paradoxos e articulações. *Tese (doutorado)*. Pontifícia Católica de São Paulo. Programa de estudos Pós-graduados em Psicologia Social. Orientadora Silvia Tatiana Maurer Lane.131p.

Sousa, Esther Alves de. (2008). SILVIA TATIANE MAURER LANE: dissertações e teses orientadas no programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social na PUC SP – uma contribuição aos estudos sobre a Psicologia Social no Brasil. *Tese (doutorado)*. Pontifícia Católica de São Paulo. Psicologia Social. Orientadora Mitsuko Aparecida Makino Antunes. 232p. <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/17269>

Recebido em 23/05/2023

Aceito em 17/03/2024



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a obra original seja devidamente citada.

CID e DSM: breve percurso histórico das classificações dos transtornos mentais

ICD and DSM: a brief historical tour of the classifications of mental disorders

ICD y DSM: un breve recorrido histórico por las clasificaciones de los trastornos mentales

Maria do Socorro Mendes Côrtes*

Carla Cristie de França Silva**

Resumo

O objetivo deste artigo é relatar o percurso histórico das principais classificações de transtornos mentais: a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), da Organização Mundial de Saúde (OMS), e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) da Associação Americana de Psiquiatria (APA), consideradas modelos hegemônicos em vários países. Compreender a maneira de se estabelecer um diagnóstico psiquiátrico auxilia os profissionais de saúde mental a adquirirem uma visão ampla sobre a forma como os critérios são estabelecidos e favorece a instauração de terapêuticas apropriadas.

Palavras-chave: CID; DSM; Transtorno mental.

Abstract

The aim of this article is to report the historical background of the main classifications of mental disorders, the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD), of the World Health Organization,

* Universidade Católica de Brasília, DF, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0836-8120>
E-mail: socorrocortes@gmail.com

** Universidade Católica de Brasília, DF, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-9784-3498>.
E-mail: carlacristie@gmail.com

and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) of the American Psychiatric Association (APA), considered hegemonic models in several countries. Understanding the way to establish a psychiatric diagnosis helps mental health professionals to acquire a broad view of how the criteria are established and favors the introduction of appropriate therapies.

Keywords: ICD; DSM; Mental disorder.

Resumen

El objetivo de este artículo es reportar la trayectoria histórica de las principales clasificaciones de los trastornos mentales: la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Trastornos Mentales (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), considerados modelos hegemónicos en varios países. Comprender cómo establecer un diagnóstico psiquiátrico ayuda a los profesionales de la salud mental a adquirir una visión amplia de la forma en que se establecen los criterios y favorece el establecimiento de terapias adecuadas.

Palabras clave: CIE; DSM; Trastorno mental.

1. INTRODUÇÃO

Compreender o histórico das classificações de doenças torna-se importante ao estudar um transtorno mental, pois diagnósticos confiáveis são importantes para recomendações de tratamento, critérios de pesquisas, implementação de serviços de saúde e informações sobre a saúde pública como taxas de morbidade e mortalidade (APA, 2014). Os critérios elaborados pelas classificações não são incólumes às questões socioculturais, econômicas e políticas nas quais se encontram imersas suas revisões, e conhecer esses aspectos pode auxiliar na compreensão dos transtornos, das limitações e dos pontos fortes no estabelecimento do diagnóstico pelas classificações (Sanders, 2011). Apesar das muitas questões que circundam as classificações, elas ainda são consideradas como modelos hegemônicos em relação aos transtornos mentais (Martinhago & Caponi, 2019), contudo, convém lembrar a reflexão do psiquiatra Soar Filho:

É necessário que se coloquem em suspeição permanente os constructos teóricos – as categorias diagnósticas e as hipóteses psicopatológicas – com os quais a psiquiatria trabalha, para não se acreditar que os nomes são as coisas, e que, finalmente, chegamos ao fim da ciência. (Soar Filho, 2003, p. 319).

O objetivo deste artigo é relatar a trajetória das duas principais referências de classificação dos transtornos mentais, a CID e o DSM, com o intuito de favorecer a compreensão sobre o processo de elaboração dos critérios diagnósticos realizados pela OMS e pela APA. Estudantes e profissionais que atuam na área de saúde mental poderão ser beneficiados com a ampliação do conhecimento sobre a importância de constantes revisões nos critérios diagnósticos dos transtornos mentais e, nesse sentido, produzirem mudanças em suas práticas terapêuticas e científicas.

2. METODOLOGIA

Este artigo se constitui como uma pesquisa bibliográfica na qual se buscaram periódicos, livros, publicações impressas ou eletrônicas que descrevem e abarcam o percurso histórico da CID e do DSM. No que tange ao recorte temporal, foram buscados artigos no Google Acadêmico, SciELO e Scopus de 1990 a 2022, com pesquisa das seguintes palavras-chave: CID; DSM; Transtorno mental.

Em um artigo de revisão de literatura, os critérios classificados como sendo de exclusão e de inclusão das bases de dados para a definição do referencial teórico se constituem como muito relevantes e devem apresentar o tempo previsto para a realização da pesquisa, indicando-se como uma boa média temporal para realização deste tipo de trabalho (Gonçalves, 2020). No entanto, pode-se observar grande número de artigos contextualizando CID e DSM. Porém, essa pesquisa constitui-se como relevante, dado que aborda todos os percursos históricos das classificações dos transtornos mentais.

Conforme enfatiza Gonçalves (2020), ainda que um artigo de revisão de literatura parta de artigos ou de livros com pesquisas quantitativas, como não se trata de uma prova metodológica primária deste artigo de revisão, a coleta em campo desses dados se enquadrará como pesquisa qualitativa.

Uma pesquisa qualitativa trata as informações coletadas tanto em campo (artigos científicos) como a partir da revisão de literatura (artigos acadêmicos). Em um artigo de revisão de literatura, os autores tratam os dados obtidos por meio da pesquisa bibliográfica, considerando os aspectos relevantes levantados pelos seus respectivos autores.

3. CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS MENTAIS

Desde o século V a.C. que a busca de um sistema de classificação para as doenças mentais tem sido documentada. O primeiro deles relaciona-se aos trabalhos de Hipócrates, na Grécia Antiga, e suas palavras usadas para descrever algumas dessas doenças: histeria, mania e melancolia. Entretanto, deve-se a Emil Kraepelin (1856-1926) o primeiro sistema de classificação de cunho científico ao reunir diversos distúrbios mentais sob a denominação de demência precoce, ao lado de outros transtornos psicóticos, separando-os do quadro clínico da psicose maníaco-depressiva. Kraepelin considerava que os sintomas observados apresentavam evidências de uma doença orgânica. Sigmund Freud (1856-1939) também contribuiu para o pensamento classificatório e etiológico em Psiquiatria ao estabelecer alguns tipos de neurose: hipocondríaca, histérica, fóbica e obsessivo-compulsiva. Contudo, Freud compreendia os sintomas como frutos do inconsciente, sendo o aparelho psíquico apenas um conceito teórico à parte da anatomia (Matos, Matos & Matos, 2005; Pondé, 2018).

A nosologia, ou seja, a classificação de doenças em grupos análogos, semelhantes ou afins, em uma hierarquização ou eixo classificatório, serve para finalidades estatísticas, possibilitando a compreensão sobre causa, patogênese e natureza da doença. A nosologia (classificação) e a nosografia (nomenclatura) apresentam finalidades distintas, mas entrelaçadas, pois, na medida em que há uma nosografia bem construída, a nosologia terá mais consistência, permitindo que haja uma padronização da linguagem (Laurenti, 1995).

Nosografias sempre existiram em todas as sociedades, sejam com teorias sobre causas naturais das doenças, bem como sobre causas sobrenaturais, como ocorria na sociedade primitiva. Há relatos sobre entidade

mórbida específica nos textos médicos primitivos hindus, assírios e egípcios, sendo o texto hindu de 600 A.D., denominado Sushruta Samhita, a mais antiga proposta de classificação de doenças e lesões conhecida (Laurenti et al., 2013).

De acordo com Sir Georges Knibbs (1858-1929), eminente estatístico australiano, François Boissier de Sauvages de Lacroix (1706-1776), médico e botânico francês, foi o primeiro a tentar classificar as doenças de forma sistemática em um tratado denominado *Nosologia Methodica*. No início do século XIX, o *Synopsis nosologiae methodicae*, de William Cullen (1710-1790), era a classificação de doença em uso (OMS, 2008).

As primeiras classificações de doenças tinham como objetivo a elaboração de estatísticas sobre as causas de morte. Várias tentativas foram feitas para se obter uma classificação de doenças que pudesse permitir a comparação de causas de morte entre as regiões de um país e entre um país e outro, pois, uma vez que houvesse uma padronização da classificação de causas de morte, essa ferramenta poderia ser aplicada em vários locais do mundo, amplificando o saber sobre as enfermidades e suas especificidades vinculadas à mortalidade, permitindo estatísticas de causas de morte mais fidedignas (Benedicto et al., 2013; Laurenti, 1991).

O primeiro estudo estatístico sobre as causas de morte foi realizado no século XVII pelo inglês John Graunt, negociante de tecidos que estudou a mortalidade de Londres, baseado nos dados colhidos em paróquias e publicou os resultados em um livreto denominado “*Natural and Political Observations Mentioned in a Following Index and Made upon the Bills of Mortality*”, em 1662 (Memória, 2004). Até o momento, seu trabalho é reconhecido como a primeira tentativa de se fazer uma classificação de doenças, apesar de não ser considerado uma nosologia. No século XIX, o Dr. William Farr contribuiu para a estatística médica ao assumir um posto no “*General Register Office of England and Wales*”, em 1837, e propor uma classificação para causas de morte que fosse uniforme e de uso generalizado (Laurenti, 1995).

Atualmente, temos como referência as classificações da OMS (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID) e a americana (Manual de Diagnóstico e Estatística de

Transtornos Mentais – DSM), de responsabilidade da Associação Americana de Psiquiatria (OPAS, 2018; APA, 2013). A CID encontrava-se na sua décima edição e, em 2022, a décima primeira entrou em vigor, abarcando todas as doenças, inclusive os transtornos mentais, em seu capítulo 6, intitulado “Transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento” (CID-11, 2022). O DSM está na quinta versão, lançada em 2013. Cabe ressaltar que a APA lançou em março de 2022 o DSM-5-TR, uma versão atualizada e revisada do DSM-5, de 2013, que passou a ter suas edições numeradas em algarismo arábico em vez de romano, com o objetivo de ter atualizações regularmente modernizadas (APA, 2013; APA, 2022; Bandeira & Campos, 2017). Essas classificações, no quesito transtornos mentais, têm os diagnósticos elaborados mediante critérios de apresentação de sinais e sintomas (Cuthbert & Insel, 2013) e no entendimento do clínico sobre termos psiquiátricos e observação do comportamento (Casey et al., 2013).

Em 2018, foi traduzida para o português a Classificação Francesa dos Transtornos Mentais da Criança e do Adolescente (CFTMEA, em francês). A tradução foi realizada por meio de uma “força-tarefa” de tradutores e colaboradores, chefiada pelo psiquiatra e psicanalista Palmir Virgínio da Silva Júnior. A psicanálise é a principal linha seguida nesse manual e procura valorizar a psicodinâmica e a relação da criança com o meio em que ela habita. Contudo, a CID e o DSM ainda são as classificações mais reconhecidas internacionalmente (Lima, 2019).

Após o lançamento do DSM-5, o Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA (NIMH) anunciou, por meio de seu diretor à época, Thomas Insel (2013), que diminuiria seus investimentos em pesquisas que subsidiassem o DSM a favor de um novo projeto de classificação dos transtornos mentais, baseado em um sistema dimensional – Critério Domínio de Pesquisa (RDoC), que surgiu em 2009 e não avançou muito (considerando-se a data de publicação deste artigo). O objetivo do NIMH RDoC é transformar a prática clínica por meio de uma nova geração de pesquisas baseadas em aspectos genéticos, moleculares e celulares dos transtornos mentais (Cuthbert & Insel, 2013). Trata-se de um projeto de investigação empírica

dos transtornos mentais a partir de uma perspectiva neurocientífica (Zorzaneli, Dalgalarrodo & Banzato, 2014) com o objetivo de melhorar os resultados nos tratamentos.

O objetivo principal das classificações hegemônicas vigentes (CID e DSM) em relação aos transtornos mentais é a padronização da classificação dos transtornos de maneira a facilitar a comunicação entre os diversos usuários das mais diversas áreas – como clínica, pesquisa, terapêutica, jurídica, finalidades estatísticas, seguradoras –, por meio de uma linguagem universal, considerando as modificações socioculturais e econômicas que ocorrem ao longo do tempo e apresentando um panorama amplo da situação em saúde dos países e suas populações (Thees, 2018).

4. CID

Durante o primeiro Congresso Internacional de Estatística, realizado em Bruxelas, em 1893, uma classificação estatística internacional de causas de morte foi proposta e foi sugerido que William Farr, de Londres, e Marc D'Espine, de Genebra, elaborassem propostas de classificação de causas de morte que deveria ser adotada internacionalmente. O segundo Congresso Internacional de Estatística foi realizado em Paris, em 1895, e os trabalhos de Farr e D'Espine foram apresentados. A proposta de Farr foi mais aceita, e uma Lista de 138 códigos foi adotada, preservando a estrutura dada por Farr e acrescentando algumas sugestões de D'Espine. Esta classificação, apesar de não ter sido universalmente aceita, estabeleceu as bases para as classificações internacionais subsequentes (Laurenti, 1991; Laurenti, 1995).

Padrão de classificação diagnóstica internacional para fins clínicos e de pesquisas, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) – International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD), em inglês – é a base para tendências e estatísticas em todo o mundo, permitindo aos profissionais de saúde o compartilhamento de informações de saúde em nível global. Ela também é utilizada para a alocação de recursos por gestores de programas de saúde, fornecendo uma visão atualizada dos padrões de doença. Por refletir o progresso da medicina e os avanços na compreensão

científica, a CID ajuda a entender sobre o que faz as pessoas adoecerem e morrerem, permitindo a implantação de ações que evitam o sofrimento e salvam vidas (OPAS, 2018).

Cabe ressaltar que as revisões da CID eram decenais até a CID-9; a CID-10 foi aprovada após 15 anos, em 1989; a CID-11 demorou cerca de 29 anos. Após o lançamento da CID-10, houve a possibilidade de atualizações entre as revisões (Laurenti et al., 2013) e, atualmente, encontra-se em vigor a décima primeira edição, a CID-11, lançada em janeiro de 2022 (WHO, 2018).

4.1 CID-1 à CID-5

Em 1891, foi criado o Instituto Internacional de Estatística, em Viena, e foi estabelecido que seria o responsável pela elaboração de uma nova classificação internacional de causas de morte. A Comissão responsável pela tarefa foi chefiada pelo francês Jacques Bertillon e propôs o que ficou conhecida como “Classificação das Causas de Morte de Bertillon”, tendo sido adotada em 1893 para uso internacional e tida como a primeira classificação de causas de morte. Revisões dessa classificação foram realizadas, convocadas pelo governo francês e aprovadas na “Conferência Internacional de Revisão da Classificação de Bertillon” ou “Classificação Internacional de Causas de Morte”, nos seguintes anos: 1909, 1920, 1929 e 1938 (Laurenti, 1991; Laurenti, 1995), consideradas CID-1, CID-2, CID-3, CID-4 e CID-5.

4.2 CID-6 à CID-9

A partir da Sexta Revisão (CID-6), as classificações internacionais de doenças ficaram sob a responsabilidade da OMS, que deveria realizar os subsequentes trabalhos de revisão, publicação e divulgação. Denominada “Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Morte”, a CID-6, publicada em 1948 e efetivada em 1950, deixou de ser apenas uma classificação de causas de morte, passando a incorporar as estatísticas de morbidade hospitalar, possibilitando a realização de numerosos estudos epidemiológicos para morbidade e mortalidade. Uma

nova era no campo internacional das estatísticas vitais e sanitárias e em relação aos transtornos mentais foi instaurada. As sucessivas revisões foram acrescentando especificações de uma mesma doença, ampliando o interesse pela morbidade, e não apenas para a mortalidade (Benedicto et al., 2013; Laurenti & Buchalla, 1999).

A Conferência da Sexta Revisão Decenal recomendou a adoção de um amplo programa de colaboração internacional. Essa medida favoreceu a criação de comissões nacionais especializadas no campo da estatística vital e sanitária que mantinham contato com a OMS e auxiliavam no estabelecimento de regras internacionais para a seleção de causas de morbidade e mortalidade, cooperando para a uniformização da linguagem da classificação (Laurenti, 1991).

A sexta edição da CID (1948) passou a apresentar uma classificação nosológica das doenças mentais, nomeando o capítulo V de “Perturbações mentais, psiconeuroses e modificações da personalidade”; na CID-7 (1955), o capítulo V foi denominado “Doenças mentais, psiconeuroses e perturbações da personalidade”; na CID-8 (1965), novo título foi dado ao capítulo V – “Transtornos Mentais”; a CID-9 (1975) incluiu um glossário com definição do significado dos títulos, possibilitando melhor adequação na classificação dos diagnósticos e análises estatísticas mais fidedignas (Benedicto et al., 2013).

Desde a preparação da Oitava Revisão da CID, houve muita pressão por parte dos países que vinham elaborando estatísticas de morbidade para que a classificação fosse mais voltada para esse uso. Contudo, apenas na Nona Revisão esse objetivo foi atendido, havendo a criação de novas categorias e subcategorias, criadas para possibilitar várias especificações ou manifestações de uma mesma doença. Essas modificações não agradaram a todos, pois um diagnóstico ou doença podia aparecer em dois ou mais lugares. Nesse sentido, os Estados Unidos fizeram uma adaptação clínica – a chamada modificação clínica da CID (ICD-CM). A CID-10 procurou satisfazer seus usuários ampliando o número de categorias e subcategorias (Laurenti, 1991).

4.3 CID-10

A Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) foi aprovada em 1990 pela 43ª Assembleia Mundial da Saúde e entrou em vigor em 1992 (Laurenti, 1995; WHO, 1992). Denominada Classificação Estatística Internacional de Doenças até a CID-9 (Laurenti, 1995), a CID-10 surgiu como resultado de múltiplos esforços, contando com a participação de especialistas de várias entidades psiquiátricas internacionais ao longo de muitos anos, além de consultores individuais que, com suas pesquisas e ensaios clínicos em mais de 40 países, contribuíram para o aprimoramento de diretrizes clínicas e de diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais, além de refinar os instrumentos de avaliações. A CID-10 foi citada em mais de 20 mil artigos científicos e é usada em mais de 100 países (WHO, 2018).

O capítulo V contém a classificação dos Transtornos Mentais e Comportamentais e encontra-se entre os Grupos F00 a F99 após mudar a classificação para alfanumérico, composto por uma letra e até quatro caracteres numéricos, com o intuito de facilitar a expansão das categorias e subcategorias diagnósticas (Jorge, 1996; Laurenti, 1991; WHO, 1992).

No Brasil, a CID-10 foi implantada para uso em mortalidade a partir de 1º de janeiro de 1996, devido a dificuldades de ordem operacional (Grassi & Laurenti, 1998). Pelo fato de ser alfanumérica e pela sua expansão, a CID-10 requereu adaptações programáticas e recursos para reciclagem e treinamento de pessoal. Também se tornou mais onerosa, uma vez que passou a ter três volumes (Laurenti, 1991). O primeiro volume contém a classificação propriamente dita – Lista Tabular –; o segundo volume contém disposições para registro e codificação, com aspectos práticos para o uso da classificação e um esboço da história da classificação; o terceiro volume contém instruções detalhadas a respeito do uso do Índice Alfabético (OMS, 2008).

A CID-10 passou a constituir-se em uma “família” de documentos. O termo Família de Classificações designa o grupo de Classificações da OMS relacionadas à saúde e tem como núcleo principal a CID. Esta família é composta por um conjunto de classificações integradas. A Classificação

Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) encontra-se entre as “classificações de referências” e apresenta aspectos adicionais de domínio da saúde, da funcionalidade e da incapacidade (Laurenti et al., 2013).

Com o objetivo de identificar e tratar os transtornos mentais nas redes de cuidados primários, a OMS publicou, em 1996, as Diretrizes Diagnósticas e de Tratamento para Transtornos Mentais em Cuidados Primários (Iacoponi, 1999).

4.4 CID-11

A CID-11 (WHO, 2018) foi lançada em 18 de maio de 2018 e apresentada à comunidade científica em maio de 2019, durante a Assembleia Mundial da Saúde, e entrou em vigor em 1º de janeiro de 2022, permitindo que os países planejem seu uso, preparando traduções e treinando os profissionais. A equipe da CID na sede da OMS recebeu mais de 10 mil propostas de revisão da CID-10 e houve colaboração e envolvimento de grande número de profissionais de saúde que se reuniram e submeteram propostas. Pela primeira vez em formato completamente eletrônico, a CID-11 fornece melhorias significativas em relação às versões anteriores, contendo cerca de 55 mil códigos únicos para lesões, doenças e causas de morte (OPAS, 2018).

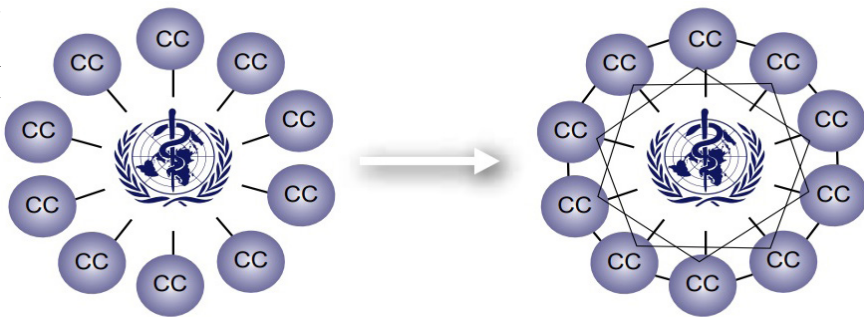
O capítulo 6 da CID-11 aborda os problemas de saúde mental sob o título “Transtornos mentais, comportamentais e do neurodesenvolvimento”. Houve simplificação dos códigos das doenças mentais para tornar mais fácil o sistema para os que trabalham na atenção primária, em decorrência da escassez de psiquiatras em muitas regiões (Câmara, 2018).

O Centro Nacional de Estatísticas de Saúde (NCHS), agência federal americana dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), supervisiona a CID nos Estados Unidos, e o Comitê de Coordenação e Manutenção aprova as alterações propostas à CID anualmente. Uma adaptação clínica foi proposta, a denominada ICD-CM (International Classification of Diseases

– Clinical Modification), e as alterações são disseminadas aos profissionais de saúde médica e mental americanas, favorecendo um compartilhamento de dados de forma padronizada (APA, 2020; Laurenti, 1991).

No Brasil, o uso da CID é compulsório para compor a base de códigos de todas as informações em Mortalidade e em Morbidade. Os códigos da CID são utilizados no Sistema de Informação em Mortalidade (SIM), no Sistema de Informação de Internações Hospitalares (SIH) e no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (Laurenti et al., 2013).

A OMS tem escritórios regionais, entre eles, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que estabelecem relações com Centros Colaboradores (CC) no âmbito dos países. O objetivo dos CC é facilitar a cooperação



Fonte: OPAS, 2010.

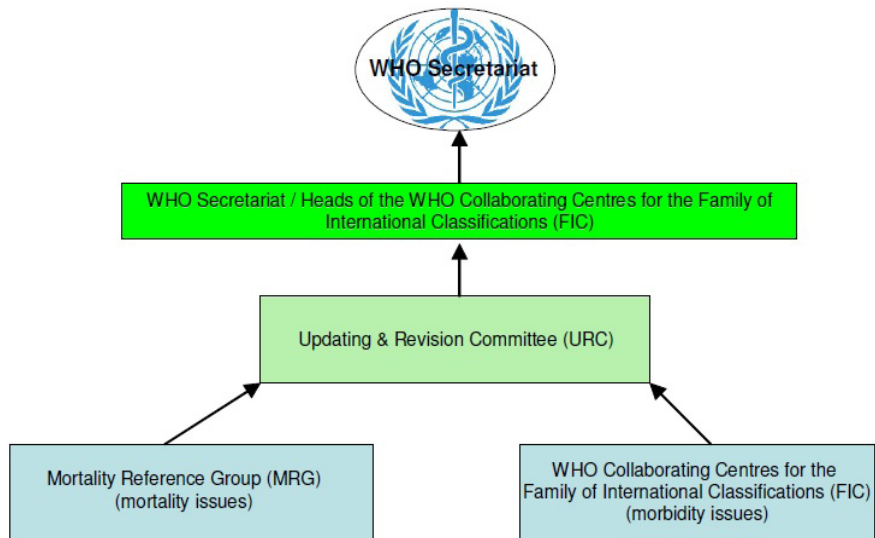
Figura 1. Relações bilaterais com a OMS a uma rede de relações multilaterais

A revisão ocorreu em janeiro de 2022, originando a 11^a versão global, multidisciplinar e multilíngue, tendo como objetivo potencializar a utilidade, com o intuito de melhorar a identificação e o tratamento dos transtornos mentais. Essa versão compreende diferentes versões da classificação para uso clínico, pesquisa e atenção primária (Reed, 2010), refletindo avanços da ciência e da medicina. A CID-11 apresenta capítulos relacionados à saúde sexual e à medicina tradicional. Destaca-se por ser totalmente eletrônica, digital, tornando-se mais acessível e frequentemente utilizada para implementar iniciativas, minimizando erros, reduzindo custos e fomentando a pesquisa (OPAS, 2018).

A CID-11 permite definir terminologias referentes a doenças e causas de morte em nível internacional, favorecendo diagnósticos, estatísticas e

pesquisas com maior propriedade. É composta por capítulos, que são subdivididos em agrupamentos que, por sua vez, são subdivididos em categorias, que são subdivididas em subcategorias (Benedicto et al., 2013).

Ao longo do tempo, acompanhando os avanços na saúde e na ciência médica, houve uma série de versões da CID. Antes da CID-10, não havia atualizações entre as revisões, porém, após a aprovação da CID-10, foram estabelecidos mecanismos para a atualização da CID por meio da criação do Grupo de Referência de Mortalidade (Mortality Reference Group – MRG), em 1997 e do Comitê de Referências de Atualizações (Update Reference Committee – URC), em 2000. O URC recebe propostas do MRG e de membros colaboradores (Figura 1). O Grupo de Referência em Morbidade (Morbidity Reference Group – MRG), criado em 2007, tem o objetivo de discutir questões para atualização relacionada à morbidade – Figura 2 (Laurenti et al., 2013; OPAS, 2010).



Fonte: OPAS, 2010.

Figura 2. Relacionamento entre WHO e Centros Colaboradores

O Quadro 1 resume as datas de revisões da CID, anos de uso e introdução da saúde mental em suas revisões:

**Quadro 1. Revisões da Classificação Internacional
de Doenças e Inclusão da Saúde Mental**

Revisão: Ano da conferência	Anos de uso	Saúde mental
CID-1 - 1900	1900-1909	-
CID-2 - 1909	1910-1920	-
CID-3 - 1920	1921-1929	-
CID-4 - 1929	1930-1938	-
CID-5 - 1938	1939-1948	
CID-6 - 1948	1949-1957	Capítulo V: Perturbações mentais, psiconeuroses e modificações da personalidade
CID-7 - 1955	1958-1967	Capítulo V: Doenças mentais, psiconeuroses e perturbações da personalidade
CID-8 - 1965	1968-1978	Capítulo V: Transtornos mentais
CID-9 - 1975	1979-1992	Capítulo V: Transtornos mentais
CID-10 - 1989	1993-2021	Capítulo V: Transtornos mentais e comportamentais
CID-11 - 2018	2022	Capítulo 6: Transtornos mentais, comportamentais e do neurodesenvolvimento

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2021.

5. DSM

Em 1840, o censo americano coletou os primeiros dados sobre as doenças mentais e as classificou em duas categorias: insanidade e idiotia. A classificação em uma ou outra categoria ficava a critério do funcionário que realizava o censo (Lieberman & Ogas, 2016). Em 1880, as categorias identificadas subiram para sete, elencadas como: mania, melancolia, monomania, parestesia, dipsomania e epilepsia. A primeira classificação relacionada à produção de estatísticas hospitalares foi realizada em 1917 (Araújo & Neto, 2014; Pondé, 2018).

A participação dos EUA na Segunda Guerra Mundial, com muitos de seus militares apresentando transtornos mentais ao retornarem, trouxe à tona a necessidade de classificação de entidades psiquiátricas que ajudassem os profissionais de saúde mental na elaboração de diagnósticos e propostas terapêuticas (Grinker, 2010; Pondé, 2018). Nesse contexto, um sistema de classificação foi desenvolvido sob o comando do psiquiatra militar William

Menninger, em 1943. Denominado “War Department Technical Bulletin”, também conhecido como “Medical 203”, a classificação estabelecia uma nomenclatura militar específica (Shorter, 2013). Esse sistema de classificação serviu de base para a CID-6 e para o DSM-I (Kudler, 2019). As edições subsequentes foram lançadas em 1968 (DSM-II), 1980 (DSM-III), 1987 (DSM-III-R), 1994 (DSM-IV), 2000 (DSM-IV-TR), 2013 (DSM-5) e o DSM-5 TR em 2022.

O DSM é uma classificação de transtornos mentais e critérios associados da American Psychiatric Association (APA) e tem como objetivo servir de ferramenta para auxílio no diagnóstico e no tratamento dos transtornos mentais em diversos contextos clínicos e interesses variados, além de ser um instrumento para coleta e comunicação precisa de estatísticas de saúde pública sobre taxas de morbidade e mortalidade na área de saúde mental. O Manual também auxilia na formação de estudantes de diferentes áreas da saúde mental e na uniformização da linguagem para pesquisadores, pois, tratando de uma nomenclatura oficial, torna-se um recurso essencial para que haja uma linguagem comum entre todos os envolvidos, proporcionando maior precisão durante a avaliação diagnóstica (APA, 2014). O DSM é a obra mais influente na área de psiquiatria contemporânea por produzir as recomendações de classificação dos transtornos mentais (Wang, 2011).

5.1 DSM-I

Em 1952, a APA lançou um manual com ênfase na aplicação clínica, o DSM, uma vez que as práticas dos profissionais de saúde não eram uniformes, especialmente em outros países, servindo de barreira para o uso do diagnóstico em pesquisas (Araújo & Neto, 2014). A elaboração do DSM-I foi presidida pelo psiquiatra da Marinha americana George Raines e assemelhava-se muito com o “Medical 203” (Grinker, 2010; Kudler, 2019; Shorter, 2015). Um Suplemento Especial do DSM-I sobre planos de revisão para alinhamento com a CID, da ONU, foi lançado em 1965.

O DSM-I apresentou distinções da CID-6, sistema de diagnóstico oficial da OMS, e tinha como foco revisões sobre questões relacionadas às doenças mentais para a aplicação clínica, servindo de ponto de partida para

a revisão de situações ligadas aos transtornos mentais. O manual auxiliaria os psiquiatras na descrição e compreensão da frequência de doenças mentais e consistia em uma lista de diagnósticos categorizados, com a descrição clínica das categorias diagnósticas (Araújo & Neto, 2014; Tsai, 2012).

5.2 DSM-II

O DSM-II, publicado em 1968, não apresentou muitas modificações na terminologia em relação ao DSM-I e foi liderado pelo psiquiatra Ernest Gruenberg (Shorter, 2015) que recebeu muitas críticas de pessoas e grupos contrários à abordagem psicodinâmica contida no DSM e corroborada pela APA, com argumentos de que a individuação e a patologização de contradições sociais encontrariam um referendo psiquiátrico-psicanalítico (Dunker & Kyrillos Neto, 2011).

As duas primeiras versões do DSM ancoravam-se no paradigma psicanalítico ou psicodinâmica psiquiátrica de compreensão e tratamento da doença mental e ressaltavam a natureza simbólica dos sintomas (Dunker, 2014; Pondé, 2018). Contudo, na década de 1970, houve uma retomada da visão biológica pela psiquiatria americana, com ênfase em um modelo que enfatizava a atividade classificatória categorial, na qual o cérebro adquiria centralidade. Desde então, a lista de transtornos mentais vem aumentando e mais categorias distintas são acrescentadas a cada revisão (Ferreira, 2011; Goldberg & Palhares, 2011; Russo & Venâncio, 2006), suscitando críticas. Alguns o veem como um manual que mantém grande sinergia das indústrias farmacêuticas e das entidades nosológicas, resultando em uma crescente patologização do comportamento e das emoções e na crescente expansão do uso de psicotrópicos (Lane, 2013).

5.3 DSM-III

O DSM-III, publicado em 1980, foi preparado entre 1974 e 1979 pela força-tarefa para Nomenclatura, chefiada pelo psiquiatra Robert Spitzer, e trouxe mudanças significativas ao modelo psiquiátrico vigente, com uma nova arquitetura e lógica classificatória que impactou não somente a

psiquiatria americana, mas, também, a psiquiatria mundial. A substituição da psicanálise pela psiquiatria biológica trouxe a Psiquiatria para o meio das especialidades médicas (Russo & Venâncio, 2006), resultando em radicais alterações na classificação das doenças psiquiátricas, com muitas palavras sendo evitadas para não suscitar questões etiológicas, incluindo a recusa do uso do termo “neurose” e suas subdivisões no manual, que substituiu o termo “doença mental” por transtorno mental (Matos, Matos & Matos, 2005), garantindo a supremacia da visão fisicalista sobre a perturbação mental, com reflexo na nosografia, que passou a ser baseada na fenomenologia descritiva (Ferreira, 2011; Mercadante, Van der Gaag & Schwartzman, 2006).

O DSM-III tornou-se um marco no desenvolvimento de sistemas de classificação psiquiátrica, constando de ampla lista de transtornos psiquiátricos infantis e estrutura multiaxial, com critérios de diagnósticos aprimorados (Araújo & Neto, 2014). Também houve o reconhecimento de que os distúrbios podem permanecer na vida adulta e de que os transtornos é que devem ser classificados, e não os indivíduos (Rutter & Shaffer, 1980). Diante de um sistema fundamentado em um diagnóstico multiaxial, o DSM-III foi considerado ateuórico e operacional das grandes síndromes psiquiátricas, com hierarquização dos diagnósticos (Matos, Matos & Matos, 2005; Resende et al., 2015), cujo objetivo era aperfeiçoar a uniformidade e a validade do diagnóstico psiquiátrico ao adotar a psiquiatria baseada em evidências, que é a interface entre as pesquisas científicas e a prática clínica (Dunker, 2014; Dunker & Kyryllus Neto, 2011; Martinhago & Caponi, 2019).

Os cinco diferentes eixos da classificação multiaxial permitem que os pacientes sejam avaliados sob vários prismas, com diferentes classes de informação que favorecem o planejamento do tratamento e a previsão dos resultados. Os eixos são os seguintes:

- Eixo I: síndromes da clínica psiquiátrica;
- Eixo II: transtornos de personalidade e retardo mental;
- Eixo III: perturbações orgânicas;
- Eixo IV: estressores psicossociais;
- Eixo V: nível mais elevado do funcionamento adaptativo no período anterior ao diagnóstico (Oliveira & Carneiro, 2005).

Enquanto as duas primeiras edições do DSM circularam apenas em território americano, o DSM-III, ao substituir o diagnóstico sindrômico pelo categórico e abandonar a hierarquia dos sintomas, tornou-se referência internacional, ficando os diagnósticos padronizados de acordo com a preferência das agências financiadoras de pesquisas, em detrimento da pesquisa básica (genética, metabolismo, vias neurais envolvidas, etc.) (Câmara & Câmara, 2017). Essas importantes mudanças estruturais e metodológicas facilitaram a coleta de dados estatísticos e a realização de pesquisas empíricas (Araújo & Neto, 2014).

5.4 DSM-III-R

Em 1987, a APA lançou o DSM-III-R (Revised). Nele a hierarquização do diagnóstico foi abolida e surgiu o conceito de comorbidade em psiquiatria, por meio do qual dois ou mais diagnósticos poderiam ser dados a um mesmo paciente (Matos, Matos & Matos, 2005). Essa revisão esclareceu os objetivos, os problemas e as diferentes aplicações do diagnóstico multiaxial em seus cinco eixos de análise. O Esquema Multiaxial de Diagnóstico permite a avaliação interdisciplinar do caso clínico (Oliveira & Carneiro, 2005).

5.5 DSM-IV

A força-tarefa do DSM-IV foi liderada por Allen Frances que coordenou 13 Grupos de Trabalho (GT), representados por especialistas de diferentes campos da Psiquiatria, contendo cinco ou mais membros. Os GT eram subordinados à Comissão Elaboradora do DSM-IV que foi constituída por 27 membros. Também houve o envolvimento de muitos especialistas, de variadas especialidades clínicas e de investigação, disciplinas, experiências e ambientes, que criticavam as revisões dos GT e asseguravam a aplicação e a acessibilidade a qualquer cultura. Uma interlocução com os elaboradores da CID-10 foi realizada com o intuito de aumentar a compatibilidade entre

os dois sistemas, evitando futuras confusões entre pesquisadores clínicos de várias partes do mundo. O DSM-IV foi lançado pela APA em 1994 (APA, 1994; Klin, 2006).

5.6 DSM-IV-TR

Em 2000, o DSM-IV foi revisado e passou a ser reconhecido como DSM-IV-TR (Revised) após ter sofrido várias críticas e ressalvas por especialistas e usuários do sistema de saúde mental. A lista de sintomas é apresentada de forma ideal, sem que a sua causalidade seja presumida ou exigida, e a classificação é categorial, permitindo descrever a presença ou ausência de um transtorno mental, não levando em consideração a intensidade do sintoma presente (Wang, 2011).

Em 1999, foi instaurada uma força-tarefa, chefiada por David Kupfer, da Universidade de Pittsburg, e pelo doutor Darrel Regier, da APA, para a elaboração da quinta revisão do DSM. Especialistas em saúde mental de várias partes do planeta participaram do processo e ofereceram recomendações em várias áreas. Os dois líderes não ficaram imunes às críticas de vários setores, bem como aos dilemas científicos e às pressões políticas, para que aliassem os avanços científicos às necessidades dos pacientes (Wang, 2011).

5.7 DSM-5

Após vários anos de trabalho de centenas de especialistas internacionais em todos os aspectos da saúde mental, a APA lançou o DSM-5 em 18 de maio de 2013, com o intuito de melhorar o diagnóstico, a pesquisa e o tratamento dos transtornos mentais. A força-tarefa do DSM-5 foi presidida pelo psiquiatra David Jerome Kupfer e contou com 13 grupos de trabalho, outras equipes de revisão e membros do Conselho da APA. O Manual foi organizado refletindo a abordagem cronológica do ciclo vital: no início, os transtornos de diagnóstico mais frequentes na infância e, no final, os que acometem idade mais avançada. Visando satisfazer a necessidade de clínicos, pacientes, famílias e pesquisadores, o DSM-5 foi organizado por meio de critérios diagnósticos complementados por medidas dimensionais

que ultrapassam limites diagnósticos, em um reconhecimento de que os limites entre os transtornos mentais são mais permeáveis do que se pensava, resultando na fusão de áreas anteriormente separadas em espectros mais dimensionais (APA, 2014; Moran, 2013).

Ao assumir a abordagem dimensional, o DSM-5 teve como objetivo reduzir o excesso de categorias dos transtornos mentais. A “dimensão” considera a intensidade e a gravidade dos sintomas, com indicadores de sofrimento subjetivo e o grau de prejuízo associado, considerando as formas leves e fronteiriças de um caso clínico, bem como os aspectos neurobiológicos associados (Wang, 2011).

Apesar de a validade do DSM sempre ter sido questionada (Russo & Venâncio, 2006), ele tem sido reconhecido como fiável por grande parte dos profissionais que o utilizam. Algumas de suas edições não ficaram isentas de polêmicas e levaram os críticos a suspeitarem de influências de grupos externos sobre a APA, no intuito de interferirem na escolha dos distúrbios a serem incluídos nos manuais. Um exemplo foi o lobby realizado pelos ativistas homossexuais que resultou na retirada da homossexualidade do rol das doenças (Grandin & Panek, 2018).

Atualmente, existem vários grupos de resistência ao uso clínico do DSM, nacionais e internacionais, que questionam sobre a medicalização e a patologização da vida inseridas na sociedade por intermédio dos manuais que, segundo eles, transformam, de maneira artificial, questões ou situações relacionadas às dinâmicas da vida em transtorno (Guarido, 2007; Resende et al., 2015). Alguns também alardeiam que o DSM é conveniente para favorecer o campo da medicina, os planos de saúde e a indústria farmacêutica (Lane, 2013; Martinhago & Caponi, 2019).

O Movimento Internacional STOP-DSM foi lançado em 2011 com o objetivo de criticar a lógica classificatória do DSM e defender uma abordagem subjetiva e clínica do sofrimento psíquico (Resende et al., 2015). Esse movimento partiu de várias instituições e psicanalistas que priorizam a clínica do sujeito, e não a padronização universal dos sintomas em entidades nosográficas (Rodrigues, Leite & Gontijo, 2019).

5.8 DSM-5-TR

O DSM-5-TR pode ser considerado o recurso mais atual, consolidado e crítico para a prática clínica de pesquisadores e médicos no contexto da saúde mental. Ele inclui, além do texto convencional, as referências revisadas, os critérios diagnósticos atualizados.

Esse Manual contou com a contribuição de mais de 200 especialistas no assunto para realizar as atualizações de texto com base na literatura científica. O DSM-5-TR fornece uma apresentação coesa e atualizada de critérios, códigos de diagnóstico e texto. Cabe ressaltar que oferece uma linguagem comum para os médicos envolvidos no diagnóstico e estudo dos transtornos mentais, facilitando a avaliação e o mapeamento de sintomas em uma variedade de ambientes clínicos – internação, ambulatório, hospital parcial, ligação de consulta, clínica, prática privada e atenção primária (APA, 2022).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história das classificações dos transtornos mentais é complexa e controversa em muitos sentidos. Conhecê-la é imprescindível para aqueles que delas se utilizam, pois fomentará o senso crítico e a capacidade de compreender que existem lacunas no conhecimento que são supridas à medida que a ciência e a tecnologia adquirem novos saberes, promovendo a ruptura de paradigmas.

Como uma história a ser escrita a cada geração, a cada nova conquista na área científica e na clínica, as classificações de transtornos mentais não estão isentas de contradições, nem incólumes a críticas de grupos contrários aos seus argumentos de se tornar uma linguagem universal e de consenso. Entretanto, a necessidade de um olhar minucioso e consolidado durante a elaboração de diagnósticos psiquiátricos é inequivocamente reconhecida como primordial para que haja uma comunicação eficiente entre os profissionais e sistemas que atuam na área de saúde mental.

Conhecer os percursos da CID e do DSM, indubitavelmente, tornará o profissional, o pesquisador da área de saúde mental mais cômico do seu

papel ao lidar com essas classificações, compreendendo o impacto que um diagnóstico produz nos sistemas de cada pessoa, na família, nos ambientes e na sociedade. Além dessas importantes ferramentas para diagnóstico, há outras também muito úteis para complementar estudos em políticas públicas, em contextos educacionais, econômico, na previdência social, na pesquisa clínica e social e para muitas outras finalidades. Entre elas se encontram a Classificação Internacional de Problemas de Saúde em Atenção Primária (CIAP) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Sugerimos estudos aprofundados para que seja possível utilizar e usufruir desses instrumentos para uma ampla compreensão de como aplicar cada uma dessas propostas.

REFERÊNCIAS

- Appelbaum, L., Sosna, J., Nissenbaum, Y., Benshtein, A., & Goldberg, S. N. (2011). Electromagnetic Navigation System for CT-Guided Biopsy of Small Lesions. *American Journal of Roentgenology*, 196(5), 1194–1200. <https://doi.org/10.2214/ajr.10.5151>
- American Psychiatric Association – APA (1994). *DSM IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. Washington, D.C. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association – APA (2013). *DSM 5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Washington, D.C. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association – APA (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtorno 5 – DSM-5*. Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento., et al. Revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli... [et al.]. Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association – APA (2022). *DSM-5-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. Washington, D.C. American Psychiatric Association.
- Araújo, A. C. & Neto, F. L (2014). A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. São Paulo, v. XVI, n. 1, p. 67–82.

- Bandeira, J., & Campos, E. D. M. (2017). Perspectivas e principais alterações no DSM-5. *Revista de Medicina da UFC*, 57(1), 15. <https://doi.org/10.20513/2447-6595.2017v57n1p15-18>
- Benedicto, R. P., Wai, M. F.P., Oliveira, R. M., Godoy., & C. Costa Jr, Moacyr L. (2013). Análise da evolução dos transtornos mentais e comportamentais ao longo das revisões da Classificação Internacional de Doenças. SMAD. *Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 9(1), 25-32. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762013000100005&lng=pt&tlng=pt
- Busnello, E. D., Tannous, L., Gigante, L., Ballester, D., Hidalgo, M. P., Silva, V., Juruena, M., Dalmolin, A. (in memoriam) & Baldisserotto. G. (1999). Confiabilidade diagnóstica dos transtornos mentais da versão para cuidados primários da Classificação Internacional das Doenças. *Rev. Saúde Pública*, 33(5). <http://www.fsp.usp.br/rsp>
- Câmara, F. P. (2018). A 11ª Classificação internacional de doenças da OMS. *Psychiatry on-line Brasil*. Blog. <https://www.polbr.med.br/2018/07/02/a-11a-classificacao-internacional-de-doencas-da-oms/>
- Câmara, F. P.; & Câmara, L. C. P. (2017). Filosofia da Psiquiatria II: A crise do DSM e o paradigma translacional. *Psychiatry On-line Brazil*, 22(4).
- Casey, B. J., Craddock, N., Cuthbert, B. N., Hyman, S. E., Lee, F. S., & Ressler, K. J. (2013). DSM-5 and RDoC: progress in psychiatry research? *Nature Reviews Neuroscience*, 14(11), 810–814. <https://doi.org/10.1038/nrn3621>
- Cuthbert, B. N., & Insel, T. R. (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC medicine*, 11(1), 126.
- Dunker, C. (2014). Subjetivações e gestão dos riscos na atualidade: reflexões a partir do DSM-5. *Revista Epos*, 5(1), 181-190.
- Dunker, C. I. L., & Kyrillos Neto, F. (2011). A psicopatologia no limiar entre psicanálise e a psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM. *Vínculo*, 8(2), 1-15. Recuperado em 04 de novembro de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902011000200002&lng=pt&tlng=pt.

- Ferreira, S. A. (2011). A evolução do conceito de depressão no século XX: uma análise da classificação da depressão nas diferentes edições do manual diagnóstico e estatístico da associação americana de psiquiatria (DSMS) e possíveis repercussões destas mudanças na visão de mundo moderna. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, Ano 10, UERJ.
- Goldberg, D. & Palhares, I. (2011). A classificação de transtornos mentais: um sistema mais simples para o DSM-V e o CID-11. *ComCiência*, Campinas, n. 126, mar.
- Gomes M. E. (2005). A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(3), 312–318. <https://doi.org/10.1590/s0101-81082005000300010>
- Gonçalves, J. R. (2020). Como elaborar uma resenha de um artigo acadêmico ou científico. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 3 (7), 95-107.
- Grandin, T. & Panek, R (2018). *O cérebro autista*. Tradução de Cristina Cavalcanti. 8. ed. São Paulo: Record.
- Grassi, P. R., & Laurenti, R. (1998). Implicações da introdução da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças em análise de tendência da mortalidade por causas. *Informe Epidemiológico do Sus*, 7(3), 43–47. <https://doi.org/10.5123/s0104-16731998000300005>
- Grinker, R.R. (2010). In Retrospect. The five lives of the psychiatry manual. *Nature*. V.468 p.168-170 Macmillan Publishers.
- Guarido, R. (2007). A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educação e pesquisa*, 33(1), 151-161.
- Iacoponi, E. (1999). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 - Diretrizes Diagnósticas e de Tratamento para Transtornos Mentais em Cuidados Primários. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(2), 132. <https://doi.org/10.1590/s1516-44461999000200014>
- Insel, T. (2010). Research Domain Criteria (RDoC): Toward a New Classification Framework for Research on Mental Disorders. *Am J Psychiatry*, 167:7, July 2010. ajp.psychiatryonline.org.

- Insel, T. (2013). Transforming diagnosis. Postagem do ex-diretor do NIMH Thomas Insel: transformando o diagnóstico. Instituto Nacional de Saúde Mental Information Resource Center. <http://www.nimh.nih.gov/about/director/directors-biography.shtml>.
- Jorge, M.R. (1996). Sobre a CID-10 e sua comparação com a CID-9. *Psychiatry on line Brasil*. Vol 11. <http://www.polbr.med.br/ano96/cid10.php>
- Klin, A. (2006). Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(suppl 1), s3–s11. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462006000500002>
- Kudler, H. S. (2019). Psychiatry in the United States Department of Veterans Affairs: A History and a Future. In *Veteran Psychiatry in the US* (pp. 17-27). Springer, Cham.
- Lane, C. (2013). The NIMH Withdraws Support for DSM-5. *Psychology Today*. <https://www.psychologytoday.com/blog/side-effects/201305/the-nimh-withdraws-support-dsm-5>
- Laurenti, R. (1995). Décima revisão da Classificação Internacional de doenças e de problemas relacionados à saúde (CID-10): a revisão do final do século. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* (OSP); 118 (3), mar.
- Laurenti, R., & Buchalla, C. M. (1999). O uso em epidemiologia da família de classificações de doenças e problemas relacionados à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(4), 687–700. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x1999000400003>
- Laurenti, R., Nubila, H. B. V. D., Quadros, A. A. J., Conde, M. T. R. P., & Oliveira, A. S. B. (2013). A Classificacao Internacional de Doencas, a Familia de Classificacoes Internacionais, a CID-11 e a Sindrome Pos-Poliomielite. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 71(9A), 3–10. <https://doi.org/10.1590/0004-282x20130111>
- Lieberman, J.A. & Ogas, O. (2016). Historia de la psiquiatria. Tradução: Santiago del Rey. *Ediciones B.*: Barcelona.
- Lima, R.C. (2019). Classificação e psicopatologia da infância e adolescência: a contribuição francesa chega ao Brasil. *Estilos da Clínica*, V. 24, nº 1, p. 173-177.

- Martinhalgo, F., & Caponi, S. (2019). Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29(2). <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290213>
- Matos, G. E., Matos, G. T. M., Matos, G. G. M. (2005). A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 27 (3). 312-318. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082005000300010>.
- Memória, J.M.P. (2004). *Breve História da Estatística*. Embrapa Informação Tecnológica Brasília, DF.
- Mercadante, M.T., Van der Gaag R.J. & Schwartzman, J.S. (2006). Transtornos invasivos do desenvolvimento não-autísticos: síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância e transtornos invasivos do desenvolvimento sem outra especificação. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 28, s12-s20.
- Moran, M. (2013). DSM-5 Provides New Take on Neurodevelopment Disorders. *Psychiatric News*, 48(2), 6–23. <https://doi.org/10.1176/appi.pn.2013.1b11>
- Oliveira, A.S. & Carneiro, F.D.M. (2005). O Diagnóstico Multiaxial Aplicado a um Caso Neuropsiquiátrico do Serviço de Pediatria do Hospital Geral de Fortaleza. *Psychiatry on-line Brazil*. 2005 vol10 nº 6.
- OMS - Organização Mundial de Saúde (2008). CID-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (10. ed.) Genebra, Organização Mundial de Saúde.
- OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde (2010). Rede de Centros Colaboradores da OPAS/OMS no Brasil: potencialidades e perspectivas. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 162 p.
- OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. (2018). Folha informativa sobre os Transtornos Mentais, 2018. <https://www.abp.org.br/>.
- Pondé, M. P. (2018). A crise do diagnóstico em psiquiatria e os manuais diagnósticos. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 21(1), 145–166. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2018v21n1p145.10>

- Resende, M. S. D., Pontes, S., & Calazans, R. (2015). O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência. *Psicologia em Revista*, 21(3), 534-546. <https://doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9523.2015v21n3p534>
- Reed, G. M. (2010). Toward ICD-11: Improving the clinical utility of WHO's International Classification of mental disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(6), 457-464. <https://doi.org/10.1037/a0021701>
- Rodrigues, C. F. M.; Leite, C. A. O. Gontijo, R. A. G. (2019). O Único não Cabe no Manual, *Psicanálise e Psicopatologia: Olhares Contemporâneos*, Pages 123 - 134, ISSN <http://dx.doi.org/10.1016/9788580393873-09>
- Russo, J., & Venâncio, A. T. A. (2006). Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 9(3), 460-483. <https://doi.org/10.1590/1415-47142006003007>
- Rutter, M., & Shaffer, D. (1980). DSM-III. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 19(3), 371-394. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)61060-8](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)61060-8)
- Sanders, J.L. (2011). A Distinct Language and a Historic Pendulum: The Evolution of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 25, No. 6.
- Shorter, E. (2013). The history of DSM. In: Paris, J.; Phillips. J. (2013) Making the DSM-5 (pp. 3-19). *Springer Science & Business Media*. Springer, New York, NY.
- Shorter, E. (2015). The history of nosology and the rise of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience - Vol 17. No. 1*. <https://www.dialogues-cns.org/>
- Soar Filho, E.J. (2003). Psiquiatria e pensamento complexo. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(2), 318-326. <https://www.scielo.br/pdf/rprs/v25n2/v25n2a08.pdf>
- Thees, V. (2018). CID-11: veja o que muda na nova classificação internacional de doenças. <https://portal.afya.com.br/saude/oms-lanca-a-cid-11-veja-o-que-muda-na-nova-classificacao-internacional-de-doencas>

- Tsai, L.Y. (2012). Sensitivity and specificity: DSM-IV versus DSM-5 criteria for autism spectrum disorder. *Am J Psychiatry*, 169:10, October 2012
- Wang, Y.P. (2011). O futuro do diagnóstico psiquiátrico no século XXI: a proposta de revisão do DSM. *Com Ciência*, (126).
- World Health Organization – WHO (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/37958>.
- World Health Organization - WHO (2018). ICD - 11 International Classification of Diseases 11th Revision: The global standard for diagnostic health information. 2018.
- Zorzanelli, R., Dalgalarrodo, P., & Banzato, C. E. M. (2014). O projeto Research Domain Criteria e o abandono da tradição psicopatológica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(2), 328–341. <https://doi.org/10.1590/1984-0381v17n2a12>

Recebido em 05/11/2021

Aceito em 17/03/2024



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a obra original seja devidamente citada.

Reações psicológicas em pacientes transplantados renais durante isolamento hospitalar

*Psychological reactions in kidney transplant patients during
hospital isolation*

*Reacciones psicológicas en pacientes trasplantados de
riñón durante el aislamiento hospitalário*

*Brenda Fernandes**

*Luciana Freitas Fernandes***

*Yadja do Nascimento Gonçalves****

Resumo

Pacientes com doença renal crônica enfrentam o adoecimento de maneira distinta dos que sofrem de doenças agudas. Apesar de o transplante renal ter como propósito melhorar a qualidade de vida, aqueles que o buscam como tratamento podem enfrentar internações prolongadas e ser submetidos a medidas de isolamento protetivas. Entretanto, são escassos os estudos que buscam avaliar as reações desse tipo de precaução em pacientes renais crônicos. Com o objetivo de identificar as reações psicológicas em pacientes transplantados renais submetidos a isolamento hospitalar, conduzimos entrevistas semiestruturadas com sete pacientes em uma enfermaria de transplante em Fortaleza/CE. Para explorar os resultados, utilizamos a análise de conteúdo temática proposta por Bardin. Quatro temáticas principais emergiram: significados do isolamento, sentimentos, estratégias de enfrentamento e aspectos do cuidado fornecido. Observou-se, também, aspectos de estigmatização na pesquisa. A maioria dos participantes avaliou de forma positiva o cuidado

* Universidade Federal do Ceará, CE, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-1072-251X>.
E-mail: brendalohannaf@gmail.com

** Universidade Federal do Ceará, CE, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-9749-5841>.
E-mail: lufreitasf@gmail.com

*** Universidade Federal do Ceará, CE, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1131-6874>.
E-mail: yadjapsicologia@gmail.com

recebido durante a estadia em isolamento e apresentou estratégias de enfrentamento relevantes para o seu bem-estar. Nossos achados não indicaram que o isolamento esteja associado a impactos psicológicos negativos em pacientes transplantados renais.

Palavras-chave: Transplante de rim; Isolamento de pacientes; Reações psicológicas.

Abstract

Patients with chronic kidney disease face their illness differently from those suffering from acute diseases. Although kidney transplantation aims to improve quality of life, those seeking it as a treatment may face prolonged hospitalizations and be subjected to protective isolation measures. However, few studies have aimed to evaluate the reactions of such precautions in chronic kidney patients. To identify the psychological reactions of kidney transplant patients subjected to hospital isolation, we conducted semi-structured interviews with seven patients in a transplant ward in Fortaleza, Brazil. To explore the results, we used Bardin's thematic content analysis. Four main themes emerged: meanings of isolation, feelings, coping strategies, and aspects of the care provided. Stigmatization aspects were also observed in the research. Most participants positively evaluated the care received during their isolation stay and presented relevant coping strategies for their well-being. Our findings did not indicate that isolation is associated with negative psychological impacts in kidney transplant patients.

Keywords: Kidney transplantation; Patient isolation; Psychological reactions.

Resumen

Los pacientes con enfermedad renal crónica enfrentan el padecimiento de manera distinta a aquellos que sufren de enfermedades agudas. Aunque el trasplante renal tiene como propósito mejorar la calidad de vida, aquellos que lo buscan como tratamiento pueden enfrentar hospitalizaciones prolongadas y ser sometidos a medidas de aislamiento protector. Sin embargo, son escasos los estudios que buscan evaluar las reacciones de este tipo de precaución en pacientes renales crónicos. Con el objetivo de identificar las reacciones psicológicas en pacientes transplantados renales sometidos a aislamiento hospitalario, realizamos entrevistas semiestructuradas con siete pacientes en una sala de trasplante en Fortaleza, Brasil. Para explorar los resultados, utilizamos el análisis de contenido temático propuesto por Bardin. Surgieron cuatro temas principales: significados del aislamiento, sentimientos, estrategias de afrontamiento y aspectos del cuidado brindado. También se observaron aspectos de estigmatización en la investigación. La mayoría de los participantes evaluó de manera positiva el cuidado recibido durante su estadia en aislamiento y

presentó estrategias de afrontamiento relevantes para su bienestar. Nuestros hallazgos no indicaron que el aislamiento esté asociado con impactos psicológicos negativos en pacientes trasplantados renales.

Palabras clave: *Trasplante de riñón; Aislamiento de pacientes; Reacciones psicológicas.*

A recomendação de isolamento de pessoas com doenças infectocontagiosas é uma prática consagrada no ambiente hospitalar e visa à prevenção da disseminação de doenças. Nos últimos anos, o isolamento passou de uma rotina comum da clínica médica para uma prática social à medida que a variante SARS-CoV-2 surgiu no cenário mundial (Lima, 2020). A doença apresentava alta velocidade de contaminação e repercussões clínicas graves, exigindo o imperativo do isolamento social como tentativa de diminuir sua disseminação (Bezerra et al., 2020).

Assim, medidas de precaução – como a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), a correta lavagem das mãos, uso de barreiras de contato entre contaminados e não contaminados, entre outras –, fazem parte do cotidiano hospitalar. Tais recursos buscam romper mecanismos de transmissão de doenças, sendo o isolamento de pacientes uma das estratégias encontradas para esse intuito (Jesus, Dias & Figueiredo, 2019).

A utilização correta das medidas de precaução é um ponto-chave para as boas práticas clínicas e de segurança do paciente. Essas medidas se dividem em duas categorias: as precauções padrão (PP) e as precauções específicas (PE) (Brasil, 2017).

As PE (ou precauções baseadas na transmissão) são utilizadas de forma adicional às PP e buscam interromper as transmissões por gotículas, aerossóis e contato. Elas incluem o uso de avental, máscaras e, em alguns casos, o isolamento dos pacientes (Siegel et al., 2007).

Dessa forma, a prevenção da transmissão de microrganismos através do contato com o paciente colonizado ou infectado pode exigir o confinamento do paciente em um quarto privativo e a restrição de visitas ao leito. Tais medidas repercutem não só no tipo de cuidado em saúde exercido pelos profissionais, mas também em como o paciente irá vivenciar a hospitalização no contexto de isolamento (Jesus, Dias & Figueiredo, 2019).

O diagnóstico precoce de pacientes colonizados por microrganismos resistentes é um fator essencial para o início das PE a fim de evitar internações prolongadas, sequelas e óbitos de pacientes (Moraes, Cohrs, Batista & Grinbaum, 2013). É importante ressaltar que boa parte das infecções são evitáveis e, quando instaladas, causam impactos na saúde, no bem-estar e na liberdade do paciente, bem como nos aspectos psicossociais (Gammon & Hunt, 2018).

O paciente transplantado, mesmo clinicamente estável, necessita de cuidados médicos contínuos, práticas de autocuidado e administração diária de medicamentos imunossupressores para melhor qualidade de vida e maior sobrevida do enxerto (Rodrigues et al., 2010). Esse tratamento visa rebaixar o sistema de defesa do receptor, diminuindo o risco de rejeição. No entanto, esse rebaixamento imunológico aumenta a suscetibilidade a infecções, levando a períodos prolongados de internação ou aumento nas reinternações após a alta hospitalar (Lira & Lopes, 2010).

Pesquisas revelam que a principal causa de morte no primeiro ano pós-transplante tem como principal etiologia infecções (Taminato et al., 2021). Evidencia-se que alguns transplantados evoluem com sucesso no período de recuperação pós-transplante, no entanto, outros podem apresentar complicações, das quais muitas são originadas por aspectos imunológicos e infecciosos, com destaque para a imunossupressão, a exposição às doenças infectocontagiosas e a qualidade do cuidado ofertado após o procedimento cirúrgico (Corrêa et al., 2013).

Assim, é comum encontrarmos pacientes transplantados que, durante a internação para o tratamento de sintomas agudos, adquirem infecções multirresistentes durante a hospitalização e são submetidos às precauções de contato (Taminato et al., 2021). Os fatores que podem levá-los a contrair infecções e necessitar de tais medidas são variados.

Ao mesmo tempo que estar internado faz com que o paciente se afaste do seu ambiente familiar e cotidiano, pacientes submetidos ao isolamento podem ver-se ainda mais privados das relações sociais, o que causa impactos emocionais diversos, para os quais a equipe multiprofissional precisa estar atenta.

O adoecimento é algo complexo, que pode repercutir em diferentes âmbitos, pois, além da dimensão orgânica, também encontramos aspectos sociais e emocionais a ele relacionados (Camon, 2003). A hospitalização, enquanto um dos desfechos do adoecimento, muda a rotina do paciente e faz com que tenha de reorganizar sua vida em prol da doença. De forma geral, a pessoa hospitalizada encontra-se limitada em seu papel social e familiar, submetida a regras institucionais e procedimentos médicos muitas vezes dolorosos e invasivos (Fernandes, 2007).

Estudos sobre os efeitos do isolamento de contato destacam que os pacientes estão mais propensos a se sentirem estigmatizados. Ansiedade, depressão, raiva, sensação de confinamento, estigmatização e solidão são as reações psicológicas mais observadas (Duarte et al., 2015).

As reações psicológicas decorrentes do isolamento ainda são pouco abordadas na literatura científica brasileira. Observa-se essa lacuna de estudos referentes à população de doentes renais crônicos transplantados havendo, contudo, algumas pesquisas com população de pacientes oncológicos submetidas ao transplante de medula óssea (Biagioli et al., 2017b; Biagioli et al., 2019a; Biagioli et al., 2019b; Biagioli, Piredda, Alvaro & Marinis, 2017a; Biagioli, Piredda, Mauroni, Alvaro & De Marinis, 2016).

Com a finalidade de compreender as percepções dos pacientes em isolamento protetor pós-transplante de medula óssea, Biagioli e colaboradores desenvolvem uma série de pesquisas. Os autores destacam que o isolamento contribui para o aumento do sentimento de solidão, do estresse, dos distúrbios do humor e eventos adversos à saúde (Biagioli et al., 2016; Biagioli et al., 2017a). Sharma et al. (2020), por sua vez, descrevem que os impactos psicológicos negativos decorrentes das medidas de isolamento também podem ser associados a custos financeiros para as instituições.

Além disso, em um estudo que buscou validar e testar uma escala específica para a percepção de pacientes oncológicos em isolamento pós-transplante de células tronco hematopoiéticas, os autores reconhecem que os sofrimentos relacionados ao isolamento rígido podem ser percebidos ao investigar aspectos como: aumento do medo, sensação de estar preso, limitações dos movimentos, sentimento de isolamento do mundo e desejo de sair do quarto privativo (Biagioli et al., 2019b).

Pesquisas qualitativas também foram realizadas por meio de entrevistas guiadas com a seguinte pergunta disparadora: “Como é estar isolado?” Dos temas relatados pelos pacientes, os autores destacam que muitos tendem a ver o isolamento como ameaça e buscam estratégias de defesa em si mesmos, seja por pensarem na cura ou por lutarem por seus entes queridos (Biagioli et al., 2017b). Assim, ao mesmo tempo que os pacientes vivenciam afetos negativos por estarem isolados, eles também conseguem produzir significados com o intuito de lidar melhor com a privação – o que nos remete ao aspecto de que nem sempre o isolamento é encarado negativamente.

A forma como o paciente percebe o isolamento é de fundamental importância na medida em que ele poderá encontrar maneiras de se defender e de defender seus entes queridos das reações negativas da doença e do seu tratamento (Biagioli et al., 2017b). Ademais, entende-se que o conhecimento da experiência do paciente em isolamento também pode auxiliar a equipe de saúde no desenho de intervenções que minimizem eventuais prejuízos relacionados a essa prática.

Diante das diferentes reações psicológicas identificadas em casos de transplantes de outros órgãos, torna-se crucial compreender a experiência de pacientes transplantados renais. Levando em consideração o contexto do isolamento e seus impactos para o paciente, objetivamos identificar as reações psicológicas do isolamento em pacientes transplantados internados em um hospital universitário.

MÉTODOS

Esta pesquisa caracteriza-se por ser do tipo descritiva de natureza qualitativa (Kauark, Manhães & Medeiros, 2010) e busca descrever e identificar características, significados e relações atribuídas pelos pacientes à experiência de estarem em isolamento durante a internação hospitalar.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com sete pacientes internados no isolamento da enfermaria de transplante de um hospital universitário, entre os meses de julho e novembro de 2022 (amostra por conveniência). Utilizou-se uma ficha de entrevista que tinha como objetivo

captar dados sociodemográficos, como idade, tempo de transplante e motivo da internação, entre outros. Somou-se, ainda, perguntas norteadoras que visavam compreender o motivo do isolamento, as reações e os sentimentos vivenciados, a avaliação sobre o cuidado ofertado, as estratégias de enfrentamento e os significados atribuídos ao isolamento.

As entrevistas ocorreram no quarto de isolamento da enfermaria de transplante. A estrutura do quarto possui uma grande janela, dois leitos, um banheiro com barras de apoio e um espaço anterior ao quarto conhecido como área de paramentação. Nela os profissionais têm à disposição uma pia para lavagem das mãos e uma lixeira para descarte de materiais sujos e contaminados.

As entrevistas realizadas foram gravadas e transcritas na íntegra para posterior análise das narrativas coletadas. As identidades dos pacientes foram preservadas por meio de nomes fictícios usados para caracterizá-los, garantindo o sigilo e o anonimato dos participantes. Para a seleção da amostra, os critérios de inclusão adotados incluíam: ter 18 anos ou mais, ser transplantado renal e estar submetido ao isolamento por no mínimo três dias.

Inicialmente, considerou-se dois critérios de exclusão: o primeiro para pacientes que se recusassem a participar da pesquisa; o segundo para aqueles com comprometimento clínico ou psíquico que impedisse a realização da entrevista. No entanto, ambos os critérios não foram aplicados, pois não houve recusa e nenhum paciente apresentava tais comprometimentos.

As entrevistas foram exploradas por meio da análise de conteúdo de base temática, método que busca compreender os diferentes sentidos do discurso. A análise de conteúdo pode ser entendida como um conjunto de técnicas que busca analisar as diferentes formas de comunicação para delas extrair interpretações. Sua intenção é atingir inferências, ou seja, deduções lógicas, a partir do conteúdo explicitado e classificar de forma controlada aquilo que anteriormente encontrava-se implícito na mensagem (Bardin, 2016).

A pesquisa respeitou, de forma integral, todos os preceitos éticos expostos na normativa sobre ética em pesquisa com seres humanos e na normativa sobre pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, respectivamente,

as resoluções nº 466/12 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes foram informados da participação voluntária e do direito de desistência através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto de pesquisa deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Universitário Walter Cantídio, com parecer de nº 5.678.607, e por ele aprovado.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram realizadas entrevistas com sete pacientes. Entre eles, dois eram do gênero feminino, e cinco do gênero masculino. Suas idades variaram entre 50 anos (mais jovem) e 66 anos. Três dos entrevistados declararam-se casados, um encontrava-se em união estável e três declararam-se solteiros. Os pacientes residiam nas cidades de Fortaleza/CE, Sobral/CE, Zé Doca/MA e Imperatriz/MA. Os níveis de escolaridade, por sua vez, variaram entre ensino fundamental incompleto e ensino superior completo. Não houve pacientes analfabetos.

O motivo da internação nem sempre coincidiu com o motivo do isolamento. Muitos pacientes internaram-se para a realização do seu primeiro transplante (três pacientes) ou retransplante renal (um paciente). Apenas três dos sete participantes foram hospitalizados por intercorrência clínica fora do contexto hospitalar.

As causas da necessidade de isolamento foram infecções por herpes zoster, *klebsiella pneumoniae carbapenemase* (KPC), sepse bacteriana e suspeita de tuberculose. Neste caso, os pacientes foram submetidos a precauções específicas para aerossóis.

O tempo de isolamento variou de no mínimo quatro ao máximo de 15 dias. Reiteramos que as entrevistas eram realizadas a partir do terceiro dia de isolamento e que, muitas vezes, o paciente permanecia internado após a realização das entrevistas. O período mínimo para a realização da coleta justifica-se pela necessidade de aguardar maior vivência do paciente no ambiente de isolamento.

Outro aspecto relevante diz respeito ao tempo de transplante dos entrevistados. Cinco pacientes realizaram o transplante renal em 2022;

destes, três encontravam-se internados devido à realização da cirurgia, sendo a infecção por KPC o motivo do isolamento. Todos os pacientes entrevistados receberam o órgão de um doador falecido.

Da exploração das narrativas, quatro temas principais foram encontrados: significados do isolamento, sentimentos, estratégias de enfrentamento, aspectos do cuidado ofertado. A seguir, discorreremos sobre cada um deles.

Significados do isolamento

Nesta categoria temática, observamos a existência de diferentes significados atribuídos ao isolamento. Boa parte dos entrevistados comparou a permanência em quarto privativo a uma prisão, achados que corroboram com pesquisas anteriores (Biagioli et al., 2017a; Biagioli et al., 2017b; Sahoo et al., 2020):

A uma prisão. A diferença daqui é porque na prisão você tá nas grades, você não pode estar saindo. Mas aqui eu também não posso fazer nada, tenho que aguardar aquele tempo, tempo do julgamento, para ver se eu posso ou não ir para casa. (Rodrigo)

Apenas um dos participantes não soube atribuir um significado ao isolamento para si. Os demais, por sua vez, relataram não perceber diferenças entre o isolamento e a internação comum, enxergando-o como um ambiente de tranquilidade:

Tá tranquilo pra mim. Não posso ficar, não garanto a você daqui a uma semana né, porque não sei qual é o meu limite disso, né. Mas até agora, por exemplo, tô de boa. Sem problema nenhum. (Júnior)

No último trecho, observamos que, apesar de o isolamento ser considerado um ambiente tranquilo, o próprio paciente aborda o aspecto do tempo como uma limitação em seu enfrentamento, questionando-se sobre a capacidade de manter o equilíbrio ao longo de dias adicionais nesse contexto.

Após a realização da cirurgia de transplante renal, os pacientes são encaminhados para a Unidade de Transplante. Devido à imunossupressão, é comum mantê-los em uma enfermaria separada dos demais pacientes internados por intercorrências clínicas próprias da doença renal. Nessa espécie de separação, eles são submetidos a precauções protetoras, também chamadas de precauções reversas.

Nesse período da internação, que pode ter duração variável a depender da evolução clínica do paciente, as visitas de familiares são limitadas e fazem parte de mais uma medida de proteção diante da condição de imunossupressão. Somam-se a isso as restrições impostas pela pandemia do novo coronavírus, que demandam ainda mais limitações ao público hospitalizado.

Uma vez que a maioria do público entrevistado estava em isolamento por ter realizado recentemente o transplante renal, questionamo-nos se as condutas adotadas nesse tipo de internação contribuíram para a percepção de um dos participantes sobre encarar, de forma similar, o isolamento e a internação comum:

Eu não me importei não, porque eu já estava isolada mesmo, eu já estava aqui mesmo, não saio pra canto nenhum. (Marina)

A comparação do isolamento à experiência da Covid-19 também se fez presente na fala de um dos participantes:

Entrou uma mulher que parecia um astronauta, uma mulher toda encapada e aí ela higienizou esse leito, me suspendeu e me deixou bem alto. Parecia assim que estava falando de Covid, sei lá o que era, que foi um dos vírus letais que a gente teve. Vírus que realmente não teve cura, morreu muita gente. Foi assim que ela me viu. (Marina)

Em uma pesquisa sobre a experiência psicológica de pacientes internados por Covid-19, Sahoo et al. (2020) destacaram que muitos dos entrevistados compararam a interação que tiveram com profissionais paramentados a uma interação com astronautas. No entanto, essa compreensão não estava diretamente relacionada a um mau comportamento dos profissionais, demonstrando o uso de EPI's como algo habitual.

Sentimentos

A relação que pacientes com sintomas agudos têm com a doença será distinta daquela existente em pacientes crônicos, uma vez que estes são levados a conviver e aceitar uma doença que não tem cura e com a qual devem lidar durante toda a vida. Nesse longo processo de convivência com a doença, o paciente pode experimentar diferentes fases de aceitação de sua condição de ser doente, passando por momentos ambíguos diante das limitações impostas por sua condição de saúde (Angerami, 2017).

Perante uma enfermidade que não tem perspectiva de cura e que exige mudanças no estilo de vida, o diagnóstico da doença crônica gera manifestações psíquicas e reações emocionais de aceitação e não aceitação do quadro. As reações emocionais diante do adoecimento serão diferentes para cada paciente, mas geram mecanismos defensivos bastante conhecidos, entre eles: regressão, negação, barganha, intelectualização, entre outros (Angerami, 2017).

No contexto do isolamento, o paciente que se encontra internado e é submetido a precauções específicas por seu quadro infeccioso já tem vivenciado certo percurso diante do seu adoecimento. Seja pela perda progressiva da função renal ou da sua súbita disfunção, seja pelo percurso em tratamento hemodialítico, é comum apresentar um histórico anterior de convivência com procedimentos médicos invasivos necessários para a sua sobrevivência.

Em nossas entrevistas, os participantes relataram vivenciar sentimentos de solidão, medo, raiva e estigmatização.

Estudos sobre solidão a compreendem enquanto uma experiência subjetiva desagradável motivada pela deficiência nas relações sociais dos sujeitos. Ela está mais associada a uma insatisfação pessoal diante da qualidade dos vínculos sociais que se tem no momento (Neto & Barros, 2001). Pacientes em isolamento trazem a sensação de solidão como uma reação frequentemente vivenciada nesse contexto (Ju et al., 2021; Sahoo et al., 2020):

Sozinho. O nome já está dizendo: isolamento, né. (Bento)

Foi horrível, a gente se sente muito mal, se sente só, é ruim demais. O tempo todo sozinho. (...) É horrível a sensação de estar isolada. Muito ruim. Eu sinto, “né”, não sei os outros, mas eu sinto. (Carmen)

A reação de solidão é apresentada na literatura como uma resposta às restrições sociais impostas pelo isolamento, uma vez que os pacientes vivenciam uma redução no contato com outros pacientes e com a equipe assistente (Gammon & Hunt, 2018). Além disso, soma-se a impossibilidade de permanecer com acompanhante. Apenas em casos especiais, como nos encontrados em dois dos entrevistados (Rodrigo e Gustavo), foi possível a permanência de um cuidador com o doente. Os motivos para que isso ocorresse se deram pela vulnerabilidade psíquica dos doentes, pois passavam por internações repletas de intercorrências após a realização do transplante. Ainda assim, não foi consenso entre a equipe a permanência de um cuidador com o paciente.

Ainda que possamos identificar sentimentos de solidão, nem sempre ele será encarado enquanto experiência negativa. Os entrevistados, por mais que revelassem em seus discursos vivências desprazerosas, também conseguiam identificar ganhos por estarem no isolamento. Um deles revela:

Por exemplo, quando você vai pra uma enfermaria são muitas opiniões ao mesmo tempo, é muita gente conversando assuntos que às vezes não tem o menor conhecimento, cada um fica achando o que é que o outro tem, o que é que deveria ter e fala comentário, isso acaba é perturbando a gente, entendeu? E um gosta de fazer barulho, o outro não gosta, um gosta do ar condicionado assim, assado; e eu me sinto bem estando sozinho. (Júnior)

Embora alguns estudos abordem o medo como resposta ao isolamento (Hereng, Dinh, Salomon & Davido, 2019; Sahoo et al., 2020), apenas um paciente mencionou sentir medo (Rodrigo). Conforme observam Juskevicius & Padoveze (2016), uma vez sob medidas de isolamento, o paciente pode sentir-se vulnerável e desenvolver sentimentos de medo em relação ao agravamento de sua condição de saúde:

Medo de se agravar o problema, né, e morrer. (Rodrigo)

A raiva em pacientes crônicos costuma surgir como resposta à evolução prolongada da doença. Ela sinaliza um aspecto de revolta em face das alterações inerentes ao quadro de saúde e à impossibilidade de cura (Angerami, 2017). Esse sentimento também foi evidenciado em outros estudos sobre o impacto do isolamento em pacientes, sendo considerado um dos estados emocionais negativos naqueles submetidos ao isolamento por Covid-19 (Sahoo et al., 2020), bem como em outros contextos (Webber et al., 2012).

Eu fiquei com raiva, né. Mas tudo bem. (...) Porque já estou preso lá na enfermaria, aí vir pra uma sala menor e ficar mais preso de novo até quando ninguém sabe. (Gustavo)

Podendo surgir devido às limitações impostas pelo adoecimento ao longo da vida, a raiva em nossos pacientes esteve relacionada a mudanças no “cotidiano” durante a internação. Na fala de Gustavo, podemos perceber que seu sentimento diante do isolamento estava associado a mais uma limitação da sua já restrita liberdade durante a hospitalização, uma vez que ele compreendia o isolamento como um espaço de maior restrição.

Outra paciente, infectada por KPC, relata o sentimento de estigmatização ao descrever sua experiência quando aguardava a realização de um exame:

Por exemplo, o que eu fui ontem, fazer a endoscopia, aqui por exemplo. Em uma merda dessa que é o meu prontuário, o médico saiu procurando só a parte ruim: quando eu tive infecção, quando o rim estava parado, quando... Só pra dizer que não ia fazer. Só fez dizer “eu não vou fazer não. Paciente com bactéria, paciente com febre”, tinha dado 35,6 graus, isso que é a febre. Porque dia trinta e um eu tive uma febre de trinta e oito graus. E isso aqui é mais é estresse, mais é problema do dia a dia mesmo. (Marina)

Segundo Goffman (2008), do estigma retiramos três diferentes tipos: o referente às abominações do corpo; as culpas de caráter individual; os estigmas tribais de raça, nação e religião. Em todos esses tipos, o autor deixa claro que eles perpassam a mesma característica sociológica: “um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que pode-se impor a atenção e afastar aqueles que ele encontra,

destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus” (p. 8). Portanto, o estigma aparece enquanto marca usada para diferenciar um sujeito dos demais de forma negativa e depreciativa (Goffman, 2008).

Pesquisas sobre os sentimentos vivenciados por pacientes submetidos ao isolamento revelaram que a estigmatização é um dos aspectos vivenciados pelos pacientes submetidos a tais precauções de saúde. Ela pode surgir tanto em relação ao medo de permanecer marcado diante da sociedade devido à doença quanto ao sentimento percebido através do comportamento da equipe ao ofertar o cuidado. A estigmatização é encarada como um aspecto negativo do isolamento e geralmente é experimentada pelos doentes como uma experiência desprazerosa (Bezerra et al., 2020; Duarte et al., 2015; Eli et al., 2020; Gammon & Hunt, 2018; Sahoo et al., 2020):

É porque você fica sozinho, você fica... eu não sei, mas é uma sensação que a gente se sente assim humilhada, desprezada, sei lá. (Carmen)

Parecia assim que estava falando de Covid, sei lá o que era, que foi um dos vírus letais que a gente teve. Vírus que realmente não teve cura, morreu muita gente, principalmente inocente. Foi assim que ele me viu. (Marina)

No que diz respeito aos sentimentos experimentados durante o isolamento, nossos achados corroboram estudos que destacam que nem toda experiência de isolamento é necessariamente negativa (Gammon & Hunt, 2018) e que a privacidade pode ser um impacto positivo do isolamento (Newton, Constable & Senior, 2001).

Por mais que os pacientes percebam as restrições impostas pelo isolamento e enfrentem sentimentos como a solidão, segundo Day et al. (2013), tais pacientes não parecem ser mais propensos a desenvolver depressão, ansiedade e experimentar humor negativo.

Estratégias de enfrentamento

De acordo com Duarte et al. (2015) medidas estruturais – associadas a medidas educativas, organizacionais e avaliativas – que visem à melhoria

das instalações e à adequação do ambiente para a medida de proteção devem compor o conjunto de ações destinado a minimizar o impacto adverso do isolamento de contato.

Em nossas entrevistas, os pacientes relataram que a mudança no ambiente lhes possibilitava experimentar uma sensação de aconchego diferente da vivenciada em internações anteriores, quando a unidade de transplante estava em outra enfermaria. Olhar através das janelas e, assim, conhecer os períodos do dia, além de enxergar o que existe para além dos muros do hospital, também foram aspectos sinalizados como importantes na experiência de estar isolado. Sobre isso, um dos pacientes destaca:

A gente fica aqui ouvindo as notícias no celular, olhando aqui pro céu, pra rua aí, pelo menos por cima né... quando sair daqui sair conhecendo as lembranças de tá olhando aqui o que tá se passando. Vendo o sol vendo as coisas... e... se sentindo bem. (Mário)

A percepção de que o ambiente afeta o sentimento do paciente durante a internação também é relatada por outro entrevistado:

A enfermaria nova contribuiu assim quase que 100%, na minha visão né, tô dando a minha visão pessoal. Lá de baixo pra cá, lá embaixo era muito apertado, muito escuro, as coisas muito velhas, é... muito porta se desmanchando. Aquilo vai causando até... a gente mesmo vai ficando relaxado com as coisas, entendeu? E aqui não, aqui tá ótimo, tudo organizado, tudo bacana as pessoas... Foi assim um up, não é up né que chama agora? Um up. (Júnior)

A relação entre os aspectos do ambiente hospitalar e o enfrentamento do paciente transplantado em isolamento ainda é pouco explorada. No entanto, há forte relação entre as características dos usuários, o ambiente físico e as atividades desenvolvidas, cabendo aos profissionais específicos construir espaços que levem em consideração o impacto que o ambiente terá no paciente, algo que contribui tanto para o serviço ofertado quanto para o impacto na saúde dos indivíduos (Bortoluzzi, 2018).

O uso de smartphones, pinturas, caça-palavras, crochê e outras atividades também surgiram como formas de enfrentamento. Tais atividades são encaradas como elementos lúdicos de distração e lazer. Esses

achados corroboram com os de Gammon e Hunt (2018), que revelam que os pacientes também encontram formas de enfrentar o isolamento por meio de recursos que lhes possam dar sensação de controle, ainda que limitados. Dessa forma, diante da monotonia do isolamento, tal impressão pode oferecer meios de enfrentar a situação de maneira mais criativa (Gammon & Hunt, 2018).

Ah, eu faço caça-palavra, mexo no celular, fico vendo vídeo, faço exercício aqui, fico andando aqui no quarto sozinha, faço um monte de coisa. (Carmen)

Eu faço crochê, já fiz um macaquinho de crochê pra minha filha, pra minha neta. Tô fazendo um short pra outro.(...) Fiz um monte de palavras cruzadas. (Marina)

Observamos que o uso do telefone celular é mencionado por quatro participantes ao serem questionados sobre as maneiras de lidar com o isolamento. O uso de smartphones e mídias sociais surge como um recurso que possibilita o contato do paciente com o mundo exterior, a família e os acontecimentos de interesse desses sujeitos. Estudos com pacientes isolados com síndrome respiratória mostraram que o acesso ao telefone reduziu a ansiedade e a raiva (Jeong et al., 2016).

No ambiente hospitalar, o uso do telefone celular e das mídias sociais possibilita uma experiência diferente de hospitalização, uma vez que, com a mediação dessas tecnologias, os pacientes conseguem interagir com o que se encontra fora do ambiente hospitalar (Barbosa & Machado, 2020). Assim, não é incomum encontrarmos pacientes internados que usam telefones celulares e aplicativos digitais como ferramentas de comunicação e distração.

Por mais que o uso da tecnologia seja algo contraditório, podendo suscitar aproximação e distanciamento (Barbosa & Machado, 2020), para a maioria dos entrevistados, esse recurso foi encarado como um modo de aproximação benéfica diante das limitações impostas pelo isolamento hospitalar.

Estratégias como conversar com amigos e familiares ao telefone, assistir a filmes e ouvir músicas também surgiram como métodos de enfrentamento úteis para suportar estados emocionais durante a estadia

no isolamento. De acordo com Sahoo et al. (2020), pessoas hospitalizadas tendem a sentir-se mais relaxadas ao longo da hospitalização, o que muda sua experiência na enfermaria. Ao mesmo tempo, pesquisas qualitativas sobre o isolamento também revelam que muitos pacientes tendem a adotar estratégias de enfrentamento para lidar melhor com a privação em que se encontram (Biagioli et al., 2017b).

Aspectos do cuidado ofertado

A percepção sobre o cuidado ofertado surge como mais uma temática relevante na fala dos pacientes. Entre os sete transplantados renais entrevistados, cinco deles relataram não ter queixas sobre o cuidado, avaliando-o como bom ou ótimo. Ainda assim, observamos que na fala daqueles que sinalizavam aspectos negativos da atenção à saúde, outros fatores, como o vínculo com alguns profissionais, faziam com que sua percepção não fosse totalmente negativa, mas pontual:

Eu estava com duas médicas muito boas, tinha a doutora N que era maravilhosa, também com a doutora J, acho que é J(...). E essa de hoje, então... Só peguei mulher, mulheres boas, mulheres guerreiras. (Marina)

A disponibilidade da equipe multiprofissional e um acompanhamento contínuo podem contribuir para maior sensação de segurança e confiança no paciente mesmo quando ele é submetido a precauções específicas. Apesar da solidão ter sido um dos sentimentos vivenciados, notamos que ela não estava diretamente relacionada a uma solidão relacionada à assistência. Nossos participantes demonstraram que não se sentiam esquecidos ou menos cuidados, ainda que estivessem há dias em um quarto privativo e distante de outros pacientes.

Conhecer os motivos do isolamento favorece a colaboração do paciente e sua participação no tratamento, fortalecendo a autonomia do indivíduo. O estudo de Findik, Ozbaş, Cavdar, Erkan e Topcu (2012) observou uma correlação negativa entre os níveis de ansiedade e depressão dos pacientes hospitalizados e seu grau de informação sobre a doença, salientando a importância de o paciente conhecer os motivos do isolamento.

Por sua vez, Gaube et al. (2022) nos mostram, em sua pesquisa, que boa parte dos pacientes em isolamento de contato por conta de bactérias multirresistentes referiu ser a falta de informação o mais forte preditor de insatisfação nesse contexto.

Dos sete pacientes participantes, apenas um não compreendia o motivo que o levou a ser submetido ao isolamento. Essa ampla compreensão nos revela uma associação positiva entre a qualidade do cuidado ofertado e a informação dada aos pacientes sobre suas doenças.

Nossos achados não corroboram com os resultados sinalizados em pesquisas anteriores que relatam como consequência negativa do isolamento de pacientes infectados a diminuição do cuidado ofertado (Alvarez, Pike & Godwin, 2019; Eli et al., 2020; Gammon & Hunt, 2018; Hereng et al., 2019). Ao contrário disso, cinco dos nossos participantes relataram sentir-se bem atendidos:

O médico sempre vem aqui pela manhã e se for preciso ele disse que pode chamar quando precisar dele. (...) Sempre tô aqui, tem as técnicas, as enfermeiras... vêm sempre aqui trazer os remédios, às vezes é quase de hora em hora. (Mário)

Eles são muito bons, respeitadores, fazem tudo direitinho. Precisando deles, eles estão aqui. Então a avaliação que eu tenho é boa. (Rodrigo)

Segundo Ju et al. (2021), aspectos como a avaliação que o paciente tem da sua doença, a comunicação empática da equipe médica e dos enfermeiros são apresentados como um dos fatores que podem moderar o sofrimento psicológico dos pacientes e impactar positivamente na experiência de estar isolado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pacientes transplantados renais estão mais sujeitos a passar por medidas de isolamento. Nossos achados evidenciaram que mais da metade dos entrevistados foram submetidos aos quartos privativos após a realização do transplante renal. Apenas três dos sete participantes foram

hospitalizados por intercorrência clínica fora do contexto hospitalar. As causas da necessidade de isolamento foram: herpes zoster, klebsiella pneumoniae carbapenemase (KPC), sepse bacteriana e suspeita de tuberculose.

Os principais sentimentos relatados foram solidão, medo e raiva. Aspectos de estigmatização também surgiram na pesquisa. No entanto, tais sentimentos não pareceram contribuir para uma vivência totalmente negativa do isolamento, pois outros fatores, como a qualidade do cuidado ofertado e a arquitetura do ambiente, contribuíram para a sensação de segurança no paciente. Nesse sentido, o cuidado foi avaliado como bom ou ótimo. Assim, nossos achados não corroboram com os resultados sinalizados em estudos anteriores que relatam a diminuição da assistência aos pacientes isolados.

As estratégias de enfrentamento mais utilizadas tinham o uso do telefone celular como meio primordial de comunicação e contato com o mundo exterior. Outras atividades ocupacionais também foram fontes de distração e bem-estar para os pacientes isolados.

Alguns pacientes compararam a permanência em quarto privativo a uma prisão, mas a percepção de ganhos secundários, como a privacidade e a tranquilidade, também foi sinalizada nas falas dos entrevistados. A compreensão sobre os motivos da submissão ao isolamento mostrou-se satisfatória, uma vez que apenas um dos participantes não compreendia o contexto clínico que o levou a essa precaução específica.

O isolamento imposto pela pandemia de Covid-19 aos brasileiros pode ser um fator que aproximou a população em geral de medidas há muito utilizadas no contexto da saúde (isolamentos, EPI's). Questionamo-nos se esta relativa habituação a estar sozinho e "isolado" pôde contribuir para melhor enfrentamento do isolamento hospitalar.

Salientamos a importância de mais estudos sobre essa temática e as limitações desta pesquisa, uma vez que o público total não permite generalizações, e os resultados encontrados podem ser considerados parciais.

REFERÊNCIAS

- Alvarez, E. N., Pike, M. C., & Godwin, H. (2020). *Children's and parents' views on hospital contact isolation: a qualitative study to highlight children's perspectives*. *Clinical child psychology and psychiatry*, 25(2), 401–418. <https://doi.org/10.1177/1359104519838016>
- Angerami, Valdemar Augusto (Org.) (2017). *E a psicologia entrou no hospital*. Belo Horizonte: Artesã.
- Barbosa, N. C., & Machado, M.. (2020). *Internação mediada: as novas configurações da internação hospitalar na era das mídias sociais*. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 24(Interface (Botucatu), 2020 24). <https://doi.org/10.1590/Interface.190832>
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo* (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trans.). Lisboa: Edições 70.
- Bezerra, C. B., Saintrain, M. V. de L., Braga, D. R. A., Santos, F. da S., Lima, A. O. P., Brito, E. H. S. de ., & Pontes, C. de B.(2020). *Impacto psicossocial do isolamento durante pandemia de covid-19 na população brasileira: análise transversal preliminar*. *Saúde E Sociedade*, 29(Saude soc., 2020 29(4)). <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020200412>
- Biagioli, V., Piredda, M., Mauroni, M. R., Alvaro, R., & De Marinis, M. G. (2016). *The lived experience of patients in protective isolation during their hospital stay for allogeneic haematopoietic stem cell transplantation*. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 24, 79–86. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.09.001>
- Biagioli, V., Piredda, M., Alvaro, R., & de Marinis, M. G. (2017a). *The experiences of protective isolation in patients undergoing bone marrow or haematopoietic stem cell transplantation: systematic review and metanalysis*. *European journal of cancer care*, 26(5), 10.1111/ecc.12461. <https://doi.org/10.1111/ecc.12461>

- Biagioli, V., Piredda, M., Annibali, O., Iacorossi, L., D'Angelo, D., Matarese, M., Alvaro, R., ...De Marinis, M. G. (2017b). *Being in protective isolation following autologous haematopoietic stem cell transplantation: A phenomenological study*. Journal of clinical nursing, 26(23-24), 4467–4478. <https://doi.org/10.1111/jocn.13777>
- Biagioli, V., Piredda, M., Annibali, O., Tirindelli, M. C., Pignatelli, A., Marchesi, F., Mauroni, M. R., Soave, S., Del Giudice, E., Ponticelli, E., Clari, M., Cavallero, S., Monni, P., Ottani, L., Sica, S., Cioce, M., Cappucciati, L., Bonifazi, F., Alvaro, R., De Marinis, M. G., ... Gargiulo, G. (2019a). Factors influencing the perception of protective isolation in patients undergoing haematopoietic stem cell transplantation: A multicentre prospective study. European journal of cancer care, 28(6), e13148. <https://doi.org/10.1111/ecc.13148>
- Biagioli, V., Piredda, M., Annibali, O., Tirindelli, M. C., Pignatelli, A., Marchesi, F., Mauroni, M. R., Soave, S., Del Giudice, E., Ponticelli, E., Clari, M., Cavallero, S., Monni, P., Ottani, L., Sica, S., Cioce, M., Cappucciati, L., Bonifazi, F., Alvaro, R., De Marinis, M. G., ... Gargiulo, G. (2019b). *Development and initial validation of a questionnaire to assess patients' perception of protective isolation following haematopoietic stem cell transplantation*. European journal of cancer care, 28(2), e12955. <https://doi.org/10.1111/ecc.12955>
- Bortoluzzi, Thaize Vanessa Costa (2018). *Arquitetura na prevenção e controle de infecção hospitalar: quartos de isolamento em unidades de urgência e emergência*. (Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis). Recuperado de <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/198870>
- Brasil (2017). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde*. Brasília: Anvisa. Recuperado de <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-4-medidas-de-prevencao-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude.pdf/view>
- Camon, V. A. A. (2003) *A psicologia no hospital*. São Paulo: Thomson.

- Conselho Nacional de Saúde (2012). *Resolução nº 466, de dezembro de 2012*. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>
- Conselho Nacional de Saúde (2016). *Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016*. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União. República Federativa do Brasil. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
- Corrêa, A. P. A., Brahm, M. M. T., Teixeira, C. de C., Ferreira, S. A. L., Manfro, R. C., Lucena, A. de F., & Echer, I. C. (2013). *Complicações durante a internação de receptores de transplante renal*. Revista Gaúcha De Enfermagem, 34(Rev. Gaúcha Enferm., 2013 34(3). <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000300006>
- Day, H. R., Perencevich, E. N., Harris, A. D., Gruber-Baldini, A. L., Himelhoch, S. S., Brown, C. H., & Morgan, D. J. (2013). *Depression, anxiety, and moods of hospitalized patients under contact precautions*. Infection control and hospital epidemiology, 34(3), 251–258. <https://doi.org/10.1086/669526>
- Duarte, Tássia de Lima, Fernandes, Luciana Freitas, Freitas, Marta Maria Costa, & Monteiro, Kátia Cristine Cavalcante. (2015). *Repercussões psicológicas do isolamento de contato: uma revisão*. Psicologia Hospitalar, 13(2), 88-113. Recuperado em 18 de janeiro de 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092015000200006&lng=pt&tlng=pt
- Eli, M., Maman-Naor, K., Feder-Bubis, P., Nativ, R., Borer, A., & Livshiz-Riven, I. (2020). *Perceptions of patients' and healthcare workers' experiences in cohort isolation units: a qualitative study*. The Journal of hospital infection, 106(1), 43–52. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.05.044>
- Fernandes, L. F. (2007). *Perspectivas da psicologia no campo do transplante renal*. In. Lage, A. M. V., Monteiro, K. C. C. (org). Edições UFC.

- Findik, U. Y., Ozbaş, A., Cavdar, I., Erkan, T., & Topcu, S. Y. (2012). *Effects of the contact isolation application on anxiety and depression levels of the patients*. International journal of nursing practice, 18(4), 340–346. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2012.02049.x>
- Gammon, J., & Hunt, J. (2018). A review of isolation practices and procedures in healthcare settings. British journal of nursing (Mark Allen Publishing), 27(3), 137–140. <https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.3.137>
- Gaube, S., Däumling, S., Biebl, I., Rath, A., Caplunik-Pratsch, A., & Schneider-Brachert, W. (2022). *Patients with multi-drug-resistant organisms feel inadequately informed about their status: adverse effects of contact isolation*. The Journal of hospital infection, S0195-6701(22)00376-0. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2022.11.021>
- Goffman, Erving (2008). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. (4th ed.). Rio de Janeiro: LTC. Recuperado de https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4216053/mod_resource/content/0/AULA%2012_Goffman%20-%20Estigma.pdf
- Hereng, O., Dinh, A., Salomon, J., & Davido, B. (2019). *Evaluation in general practice of the patient's feelings about a recent hospitalization and isolation for a multidrug-resistant infection*. American journal of infection control, 47(9), 1077–1082. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2019.03.018>
- Jeong, H., Yim, H. W., Song, Y. J., Ki, M., Min, J. A., Cho, J., & Chae, J. H. (2016). *Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome*. Epidemiology and health, 38, e2016048. <https://doi.org/10.4178/epih.e2016048>
- Jesus, J. B. de ., Dias, A. A. L., & Figueiredo, R. M. de .. (2019). *Specific precautions: experiences of hospitalized patients*. Revista Brasileira De Enfermagem, 72(Rev. Bras. Enferm., 2019 72(4)). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0888>

- Ju, Y., Chen, W., Liu, J., Yang, A., Shu, K., Zhou, Y., Wang, M., Huang, M., Liao, M., Liu, J., Liu, B., & Zhang, Y. (2021). *Effects of centralized isolation vs. home isolation on psychological distress in patients with COVID-19*. Journal of psychosomatic research, 143, 110365. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110365>
- Juskevicius, L., & Padoveze, M. (2016). *Vulnerabilidade dos pacientes quanto às precauções específicas para doenças infecciosas*. Revista de Enfermagem UFPE on line, 10(4), 3688-3693. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i4a11145p3688-3693-2016>
- Kauark, F. da S., Manhães, F. C. & Medeiros, C. H. (2010). *Metodologia da Pesquisa: um guia prático*. Itabuna: Via Litterarum.
- Lima, R. C.. (2020). *Distanciamento e isolamento sociais pela Covid-19 no Brasil: impactos na saúde mental*. Physis: Revista De Saúde Coletiva, 30(Physis, 2020 30(2)). <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300214>
- Lira, A. L. B. de C., & Lopes, M. V. de O.. (2010). *Pacientes transplantados renais: análise de associação dos diagnósticos de enfermagem*. Revista Gaúcha De Enfermagem, 31(Rev. Gaúcha Enferm., 2010 31(1)). <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000100015>
- Moraes, G. M. de ., Cohrs, F. M., Batista, R. E. A., & Grinbaum, R. S.. (2013). *Infecção ou colonização por micro-organismos resistentes: identificação de preditores*. Acta Paulista De Enfermagem, 26(2), 185–191. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000200013>
- Neto, F., & Barros, J. (2001). *Solidão em Diferentes Níveis Etários. Estudos Interdisciplinares Sobre O Envelhecimento*, 3. <https://doi.org/10.22456/2316-2171.4670>
- Newton, J. T., Constable, D., & Senior, V. (2001). *Patients' perceptions of methicillin-resistant Staphylococcus aureus and source isolation: a qualitative analysis of source-isolated patients*. The Journal of hospital infection, 48(4), 275–280. <https://doi.org/10.1053/jhin.2001.1019>

- Rodrigues, R. T. S., Lima, M. das G. S., & Amorim, S. F. (2010). *Transplante renal e hepático: a intervenção psicológica no Hospital Geral*. IN: Bruscato, W. L., Benedetti, C., & Lopes, S. R. A. (Orgs.), *A prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo* (pp. 135-153). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sahoo, S., Mehra, A., Dua, D., Suri, V., Malhotra, P., Yaddanapudi, L. N., Puri, G. D., & Grover, S. (2020). *Psychological experience of patients admitted with SARS-CoV-2 infection*. *Asian journal of psychiatry*, 54, 102355. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102355>
- Sharma, A., Pillai, D. R., Lu, M., Doolan, C., Leal, J., Kim, J., & Hollis, A. (2020). *Impact of isolation precautions on quality of life: a meta-analysis*. *The Journal of hospital infection*, 105(1), 35–42. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.02.004>
- Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M. & Chiarello, L. (2007). *Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings*. Centers for Disease Control and Prevention: *American journal of infection control*, 206 p. Recuperado de <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/isolation-guidelines-H.pdf>
- Taminato, M., Morais, R. B. de., Fram, D. S., Pereira, R. R. F., Esmanhoto, C. G., Pignatari, A. C., & Barbosa, D. A.. (2021). *Risk factors for colonization and infection by resistant microorganisms in kidney transplant recipients*. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 74(Rev. Bras. Enferm., 2021 74 suppl 6). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0219>
- Webber, K. L., Macpherson, S., Meagher, A., Hutchinson, S., & Lewis, B. (2012). *The impact of strict isolation on MRSA positive patients: an action-based study undertaken in a rehabilitation center*. *Rehabilitation nursing : the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 37(1), 43–50. <https://doi.org/10.1002/RNJ.00007>

Recebido em 20/01/2023

Aceito em 24/04/2024



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a obra original seja devidamente citada.

Concepções e práticas em saúde mental na atualidade: perspectivas de psicólogos orientados pela psicanálise

Conceptions and practices in mental health today: perspectives of psychoanalysis-oriented psychologists

Concepciones y prácticas de la salud mental en la actualidad: perspectivas de psicólogos orientados por el psicoanálisis

*Julia Braconi Bernardes**

*Olga Aparecida Angeli***

Resumo

Objetiva-se investigar a concepção de saúde mental de psicólogos na atualidade e as possíveis decorrências de tal compreensão na prática profissional, incluindo desafios e potencialidades. Trata-se de estudo qualitativo realizado por meio de entrevistas semiestruturadas com seis psicólogos orientados pela psicanálise e pós-graduados, além de pesquisa bibliográfica. Os dados foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo, elencados em cinco categorias temáticas. A saúde mental foi majoritariamente concebida como um conceito multidimensional, e a prática do psicólogo como uma atividade frequentemente atravessada por questões sociopolítico-econômicas. A prática em saúde mental pode ser vista como um desafio e uma potencialidade. A psicanálise se configura como aporte teórico-prático possível em saúde mental, ao privilegiar a escuta do sujeito do inconsciente a partir da posição profissional de não-saber. Considera-se que este trabalho contribuiu para a investigação da concepção de saúde mental que considera a singularidade do paciente, sendo relevantes pesquisas futuras sobre o tema.

* Faculdade de Medicina de Marília, SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8208-8274>.
E-mail: juliabernardes1997@gmail.com

** Faculdade de Medicina de Marília, SP, Brasil. <https://orcid.org/0009-0004-5946-5248>.
E-mail: angeliolga@hotmail.com

Palavras-chave: Pesquisa Qualitativa; Saúde Mental; Prática Psicológica; Psicoterapeutas; Psicanálise.

Abstract

The objective is to investigate the conception of mental health currently held by psychologists and the possible consequences in professional practice of such understanding, including challenges and potentialities. This is a qualitative study carried out through semi-structured interviews with six psychoanalysis-oriented psychologists and postgraduates, as well as bibliographical research. The data was analyzed using the Content Analysis technique, listed in five thematic categories. Mental health was mostly conceived as a multidimensional concept, and the psychologist's practice as an activity that is often intersected by socio-political and economic issues. Mental health practice can be seen as a challenge and a potentiality. Psychoanalysis is presented as one theoretical and practical contribution to the mental health field, as it favors listening to the subject of the unconscious from the professional position by the professional position in the treatment of not knowing. This study contributed to the investigation of the concept of mental health that takes the singularity of the patient into account, though future research on this topic is relevant.

Keywords: Qualitative Research; Mental Health; Psychological Practice; Psychotherapists; Psychoanalysis.

Resumen

El objetivo es investigar la concepción actual de los psicólogos sobre la salud mental y las posibles consecuencias de esta concepción en su práctica profesional, incluyendo retos y potencialidades. Se trata de un estudio cualitativo realizado mediante entrevistas semiestructuradas a seis psicólogos orientados por el psicoanálisis y posgraduados, así como investigación bibliográfica. Los datos se analizaron mediante la técnica de Análisis de Contenido y se clasificaron en cinco categorías temáticas. La salud mental fue concebida mayoritariamente como un concepto multidimensional, y la práctica de los psicólogos como una actividad a menudo atravesada por cuestiones sociopolíticas y económicas. La práctica de la salud mental puede considerarse tanto un reto y una potencialidad. El psicoanálisis es visto como una posible contribución teórica y práctica a la salud mental, ya que favorece la escucha del sujeto del inconsciente desde la posición profesional del no-saber en el tratamiento. Se considera que este trabajo ha contribuido a la investigación de la concepción de salud mental que considera la singularidad del paciente, y son relevantes futuras investigaciones sobre el tema.

Palabras claves: Investigación Cualitativa; Salud Mental; Práctica Psicológica; Psicoterapeutas; Psicoanálisis.

Atualmente, o tema saúde mental não é estranho aos psicólogos que, enquanto profissionais da área da saúde, podem atuar nos serviços de assistência às pessoas com transtornos mentais (Figueiredo, 2019). Mas foi somente quase dez anos após a regulamentação da prática psicológica no Brasil, portanto, a partir dos anos 1970, que os psicólogos passaram a ter maior evidência enquanto categoria integrante das equipes de saúde (Medeiros, 2020; Vorsatz, Corcos & Mathias, 2019).

No final da década de 1970 e início dos anos 1980, ocorreu, no Brasil, o movimento da Reforma Psiquiátrica, que questionava tanto as condutas profissionais vigentes nos hospitais psiquiátricos como o papel dessas instituições no tratamento dos pacientes (Damous & Erlich, 2017; Figueiredo, 2019; Quadros, Martins & Soares, 2018; Santos, Klein, Marsillac & Kuhnen, 2019; Vorsatz et al., 2019). Assim, no lugar dos hospitais psiquiátricos, também chamados de manicômios, que tinham como finalidade a cura dos sintomas e reproduziam a invisibilidade do sujeito, perpetuada historicamente pela sociedade por meio do tratamento sob regime de isolamento (Damous & Erlich, 2017; Fonseca & Kyrillos, 2020), começam a surgir serviços substitutivos, compostos por equipes multiprofissionais com a proposta do tratamento humanizado e ampliado, com o objetivo de facilitar o processo de reabilitação psicossocial dos usuários desses serviços de saúde mental (Alberti & Figueiredo, 2006; Figueiredo, 2019; Quadros et al., 2018; Rinaldi, 2006; Vorsatz et al., 2019).

Os equipamentos substitutivos fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), integrante do Sistema Único de Saúde (SUS) – sistema que abrange os serviços públicos de saúde no Brasil. Alguns desses serviços são: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos de psiquiatria nos hospitais gerais, Serviços Residenciais Terapêuticos, entre outros (Brasil, 2011). Então, contrariamente à proposta de exclusão do indivíduo considerado louco, os profissionais inseridos nesses equipamentos de saúde mental devem nortear suas práticas a partir de documentos como a Portaria 3.088 (Brasil, 2011) e a Lei 10.216 (Brasil, 2001), em conformidade com a perspectiva da atenção psicossocial, visando a promoção da liberdade, da autonomia e do exercício da cidadania do sujeito (Brasil, 2001, 2011; Damous & Erlich, 2017; Rinaldi, 2006; Vorsatz et al., 2019).

Além desses documentos, a atuação do psicólogo também é embasada por alguma abordagem psicológica ou pelo referencial psicanalítico, que se difere das teorias da psicologia ao privilegiar a fala do paciente e a relação de transferência (Rodrigues & Muñoz, 2020). A psicanálise, criada por Sigmund Freud e caracterizada como “[...] o processo pelo qual trazemos o material mental reprimido para a consciência do paciente” (Freud, 1919[1918]/1976, p. 198), configura-se como uma prática que se interessa, desde sua origem, pela análise dos sintomas, levando em conta a natureza complexa desse sofrimento psíquico (Freud, 1919[1918]/1976).

Por meio da psicanálise, trata-se do sujeito do inconsciente, visto que o inconsciente se revela a todo instante nos sintomas e na fala, como nos lapsos e chistes (Dunker & Kyrillos, 2022). O inconsciente tem lugar privilegiado nessa teoria, pois tanto a noção de sujeito como as experiências de vida são vistas como inextrincáveis dos efeitos do inconsciente (Lacan, 1959-60/2008).

Assim, além de convidar o paciente a dizer, sem julgamentos, tudo aquilo que vier à sua mente, o analista “[...] deve ser opaco para o analisando, e, tal como um espelho, não mostrar senão o que lhe é mostrado” (Freud, 1912/2010, p. 159) a fim de manejar a relação transferencial no tratamento, por meio da qual os efeitos do inconsciente podem ser analisados. Ainda que, no analista, emergja a vontade de ajudar o paciente, tomado por boas intenções, ele não deve se apoiar nesses sentimentos para manejar o tratamento, afinal, é por intermédio da relação de transferência que decorre o processo de desvelamento do inconsciente do paciente para ele próprio (Freud, 1912/2010).

Freud (1912/2010) contrapõe o tratamento pela via da transferência e o tratamento baseado em sugestão ao indicar que, neste, as resistências emergidas no paciente têm a ver com a postura do profissional de mantê-lo à espera de uma resposta para as suas perguntas – enquanto na relação transferencial pode-se dizer que o profissional faz indagações ao sujeito no nível do inconsciente. Nesse sentido, Lacan (1958/1998, p. 624), partindo do entendimento de Freud, enfatiza que “[...] o analista é aquele que sustenta

a demanda [...]” posicionando-se como aquele que não oferece respostas justamente porque não supõe detê-las e, assim, possibilita a circulação das palavras no discurso do paciente.

Dada a complexidade da compreensão de sujeito pela psicanálise, vale ressaltar alguns paradoxos que podem advir ao longo do trabalho analítico: o sujeito que busca uma suposta cura ao iniciar um tratamento, pode, ao mesmo tempo, não querer abrir mão do seu adoecimento, haja vista que um sintoma, para a psicanálise, tanto pode ser fonte de sofrimento como pode causar, simultaneamente, um tanto de prazer inconsciente (Freud, 1919[1918]/1976). Para Lacan, trata-se do mesmo sujeito dividido e paradoxal, mas recorre à noção da linguagem para afirmar que, embora o humano se constitua a partir dela, algo dessa linguagem escapa ao próprio sujeito (Lacan, 1959-60/2008; Pontes & Calazans, 2017; Rodrigues & Muñoz, 2020; Tenório, Costa-Moura & Lo Bianco, 2017), de modo que o sujeito, ao menos em parte, permaneça insatisfeito, porque algo sempre lhe falta, despontando na possibilidade de que sustente uma posição de desejo a partir da falta (Lacan, 1958/1998, 1959-60/2008).

Após a introdução desses conceitos psicanalíticos, apresentam-se algumas concepções de saúde mental, a começar pela conceituação da Organização Mundial de Saúde (OMS), a partir dos determinantes de saúde, como bem-estar que permite a realização dos afazeres diários e da participação do indivíduo na sociedade (World Health Organization – WHO, 2018). Tendo em vista que os determinantes de saúde retratam aspectos tanto do indivíduo como da esfera coletiva, que englobam diversos fatores biológicos, psicológicos e sociais, eles podem ser entendidos como fatores que interferem na saúde mental dos indivíduos (WHO, 2018). Tal definição fornecida pela OMS se aproxima das diretrizes do atendimento em saúde mental no Brasil, que levam em conta os determinantes sociais de saúde (Brasil, 2011).

Já Rinaldi (2006, p. 142) define saúde mental “[...] como um campo multidisciplinar, heterogêneo e plural, onde diversos saberes e práticas se entrecruzam”. Damous e Erlich (2017) assinalam a dificuldade em delimitar a saúde mental enquanto objeto de estudo, e Sadock et al. (2017, p. 124) discorrem justamente sobre as diversas concepções de saúde mental – seja

pelo viés da neurociência, da inteligência socioemocional, ou enquanto um estado que raramente é alcançado, questionando: “[...] se saúde mental é uma coisa ‘boa’, para o que ela é boa?”

Diante dos diversos pontos de vista acerca da saúde mental e da escassez de estudos que correlacionem esse conceito à prática do psicólogo nos serviços públicos de saúde mental, a perspectiva de saúde mental norteadora deste trabalho se baseia na Política Nacional de Saúde Mental, que a apresenta enquanto campo que se constitui por meio da inter-relação dos diversos saberes profissionais e do trabalho em rede entre os serviços de saúde mental (Brasil, 2001, 2011), divergindo da compreensão de saúde mental que existia quando o termo foi originado. Gradualmente, o termo “saúde mental” passa a englobar a ideia de “[...] um campo de práticas e saberes que não se restringem à medicina e aos saberes psicológicos tradicionais” (Tenório, 2002, p. 31). Considera-se, portanto, que as transformações na própria concepção desse termo impactaram tanto na prática dos profissionais da área como na compreensão da sociedade sobre saúde mental ao longo do tempo (Tenório, 2002).

Somam-se a isso as vivências como psicóloga residente no programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS), na área de Saúde Mental, que possibilitaram identificar condutas distintas entre os psicólogos em prol da saúde mental dos usuários, interrogando-se quais seriam as diversas concepções de saúde mental implícitas nas condutas profissionais dos psicólogos.

Para tanto, considera-se o apontamento de Alberti e Figueiredo (2006) sobre o frequente ingresso de psicólogos em especializações na área da saúde mental e nas equipes dos serviços de saúde mental – que se configuram como locais de atuação desafiadores, dado o descompasso entre a demanda de usuários e a quantidade de profissionais, além do desafio referente ao trabalho em equipe multidisciplinar, que exige, a priori, certo diálogo entre profissionais de diferentes categorias, provocando, assim, mudanças na prática convencional do psicólogo (Figueiredo, 2019).

Esta pesquisa pode trazer à luz questionamentos sobre os efeitos para a prática profissional, conforme as diferentes concepções de saúde mental em jogo, partindo da hipótese de que algumas diferenças no manejo do

tratamento estejam relacionadas à forma como a saúde mental é compreendida pelo profissional (Rinaldi, 2006). Leva-se em conta, também, que a psicanálise se configura como possível aporte teórico-prático na atuação do psicólogo que trabalha com questões da saúde mental, que se distingue das abordagens psicológicas na medida em que considera o inconsciente e suas manifestações e, justamente em virtude dessas diferenças, pode trazer contribuições à prática nesse campo (Alberti & Figueiredo, 2006; Figueiredo, 2019; Fonseca & Kyrillos, 2020; Quadros et al., 2018).

Dessa forma, objetiva-se investigar as concepções de saúde mental de psicólogos especialistas e as possíveis decorrências de tal compreensão na prática profissional, bem como explorar algumas potencialidades e desafios que vivenciam no cuidado em saúde mental.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, aplicadas com psicólogos especialistas que concluíram uma das seguintes especializações: o curso de Especialização em Psicoterapias de Orientação Psicanalítica ou a RIMS na área de Saúde Mental – ambas ofertadas pela Faculdade de Medicina de Marília (Famema) – entre 2019 e 2022; que tenham se graduado entre 2015 e 2020; que tenham atuado por, no mínimo, 12 meses em consultório de psicologia e/ou serviços de saúde mental. Foi incluída a Especialização em Psicoterapias de Orientação Psicanalítica, destinada para psicólogos, tendo em vista que a especialização na modalidade da RIMS, na área da Saúde Mental da Famema, oferece apenas duas vagas para psicólogos por ano. A amostragem foi não probabilística, do tipo intencional. Tais critérios foram estabelecidos a fim de selecionar psicólogos graduados há pouco tempo, mas com certa experiência teórica e prática, visando amostragem significativa para a realização da pesquisa.

Conforme a Resolução nº 466 (Brasil, 2012), após a submissão do projeto à Plataforma Brasil e a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Famema, com parecer consubstanciado nº 5.298.246, foi feito contato telefônico com nove psicólogos que preencheram os critérios listados para convidá-los a participar do estudo, porém, dois não responderam ao convite.

No contato para marcar data e horário da entrevista, os psicólogos foram esclarecidos sobre este estudo e foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), via e-mail, para leitura e assinatura dos participantes.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, em plataforma online e de forma individual, contendo dados de identificação do participante e questões abertas sobre a concepção de saúde mental e da prática em saúde mental, tendo em vista que a entrevista semiestruturada se configura como método de coleta de dados “[...] que combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador [...]” (Minayo, 1998, p. 108) e propicia a investigação dos pontos de vista dos participantes sobre determinada temática (Minayo, 1998), o que condiz com os objetivos deste trabalho.

No início das entrevistas, foram retomados os objetivos do estudo com os participantes, aos quais foi esclarecida a metodologia a ser utilizada para tratamento dos dados e informado que as entrevistas seriam parte deles. Os áudios das entrevistas foram gravados para posterior transcrição. O roteiro de entrevista foi validado por meio de entrevista-piloto com um psicólogo que, na época, trabalhava na área da saúde mental, mas não preenchia os critérios de seleção para este estudo.

O trabalho se constitui como um recorte do Trabalho de Conclusão de Curso da RIMS, em que foram analisados os relatos de seis psicólogos – doravante denominados pela letra E, seguido do número de um a seis, a fim de preservar suas identidades – que disseram orientar o trabalho psicológico a partir da psicanálise e preencheram os critérios de inclusão. Quatro entrevistados declararam se identificarem com o gênero masculino, e dois com o gênero feminino. A idade média dos participantes na época das entrevistas foi de aproximadamente, 32 anos.

Sobre os aspectos de formação e atuação profissional, a média do ano de conclusão do curso de graduação em psicologia entre os entrevistados foi o ano de 2018. Todos os participantes trabalhavam como psicólogos na área clínica no momento das entrevistas; um deles trabalhava, também, em um

serviço de saúde. Um dos entrevistados concluiu a especialização na modalidade de RIMS na área de Saúde Mental, enquanto os outros concluíram o curso de Especialização em Psicoterapias de Orientação Psicanalítica.

Os dados obtidos foram analisados por meio da metodologia da Análise de Conteúdo (AC), que permite investigar os sentidos latentes no discurso (Bardin, 2011; Campos & Turato, 2009; Minayo, 1998) e se configura como uma estratégia condizente com os objetivos propostos. No contexto da AC, recorreu-se à técnica da Análise Temática, constituída pelas etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos dados (Bardin, 2011; Minayo, 1998).

A pesquisa bibliográfica realizada para selecionar o material teórico que fundamenta a análise dos resultados e a discussão do trabalho foi feita nas seguintes bases de dados on-line: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePsic), mediante a combinação das palavras-chaves “saúde mental”, “psicologia” e “psicanálise”. Foram encontrados 681 trabalhos na base de dados BVS, 26 na SciELO e 16 na PePsic. Foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: os trabalhos deveriam estar redigidos em português ou espanhol, disponíveis na íntegra, no formato de artigo, com data de publicação entre janeiro de 2017 e agosto de 2021. Foram obtidos 76 artigos na BVS, 7 na SciELO e três na PePsic. Destes 105 artigos, foram excluídos 11, que se repetiam entre as bases de dados, além de outros 60 trabalhos da BVS e quatro da SciELO, após se identificar, a partir da leitura do resumo, que não apresentavam como assunto central as questões teórico-práticas da saúde mental na perspectiva da psicologia e/ou da psicanálise. Portanto, foram utilizados 14 artigos no total: 10 da BVS, três da PePsic e um da SciELO, além de outros materiais relevantes ao tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise das entrevistas, os resultados foram alocados para discussão em cinco categorias: 1) “Concepções de saúde mental: elementos de natureza interna e externa”; 2) “Saúde mental: a clínica e os aspectos

socioeconômicos”; 3) “Saúde mental e psicanálise: campos dicotômicos ou dialetizáveis?”; 4) “Não se faz saúde mental isoladamente: o papel da equipe e da política”; 5) “Saúde mental como existência”.

Concepções de saúde mental: elementos de natureza interna e externa

Alguns entrevistados (E1, E4, E5 e E6) associaram a saúde mental com o indivíduo que consegue lidar com as adversidades inerentes à vida humana, sejam relativas à realidade ou ao indivíduo em si. Foram relatados pelos entrevistados os seguintes componentes subjetivos que estariam vinculados à saúde mental: ter “flexibilidade” (E1); “integração psíquica” (E2); “[...] poder aprender e se instrumentalizar... ‘Pra’ lidar de forma mais assertiva com os seus conflitos” (E4); ter “[...] recursos emocionais, psicológicos suficientes ‘pra’ dar conta das questões [...]” (E6); “criatividade” (E6). Já os aspectos de natureza externa não foram retratados de modo isolado, mas a partir da sua inter-relação com os aspectos psíquicos, conforme as falas sobre o indivíduo “[...] poder lidar com a realidade e inconsciente ao mesmo tempo [...]” (E1); ter “qualidade de vida” (E2 e E5); “equilíbrio” nas diversas esferas da vida humana (E6).

Do ponto de vista da psicanálise, a compreensão de sujeito não se reduz ao mero resultado das situações vivenciadas por ele, pois a percepção do sujeito acerca das situações é inevitavelmente deturpada pelo jogo pulsional que o constitui em termos psíquicos (Lacan, 1959-60/2008; Pontes & Calazans, 2017). Então, assim como a saúde mental foi delineada pelos entrevistados levando em conta fatores da subjetividade e da realidade, a concepção psicanalítica de sujeito possibilita extrapolar a polaridade interno-externo ao considerar que o sujeito se constitui na linguagem – linguagem como aquilo que entrelaça o subjetivo e o real (Dunker & Kyrillos, 2022; Lacan, 1959-60/2008; Pontes & Calazans, 2017; Rabêlo, Dias, Carvalho & Martins, 2018; Rodrigues & Muñoz, 2020; Tenório et al., 2017).

Segundo os entrevistados E1, E2, E3 e E6, a concepção de saúde mental foi retratada como conceito multidimensional, que abarca aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos. E2 fez menção à saúde mental,

inclusive, conforme a definição de saúde mental da OMS apresentada (WHO, 2018), assinalando a inter-relação entre os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, que a teoria psicanalítica não desconsidera (Rabêlo et al., 2018).

Vale notar que E6 ressaltou que a saúde mental, em sua concepção, não se refere apenas às pessoas que foram diagnosticadas com algum transtorno mental. Tal concepção se assimila ao entendimento de que o mal-estar habita nos seres humanos justamente por renunciarem às satisfações libidinais parcialmente para poderem participar da vida em sociedade (Freud, 1930/2010).

Saúde mental: a clínica e os aspectos socioeconômicos

Tendo em vista que o funcionamento dos serviços públicos de saúde mental no Brasil são normatizados por documentos deliberados por órgãos do Estado, como a Lei nº 10.216 (Brasil, 2001) e a Portaria nº 3088 (Brasil, 2011), a literatura enfatiza a necessidade de o psicólogo ou o profissional orientado pela psicanálise articularem os âmbitos clínico e político em sua prática nas instituições públicas de saúde mental (Alberti & Figueiredo, 2006; Damous & Erlich, 2017; Dunker & Kyrillos, 2022; Fonseca & Kyrillos, 2020; Quadros et al, 2018; Rabêlo et al., 2018; Tenório et al., 2017). As falas a seguir evidenciaram que a prática do psicólogo é frequentemente atravessada por questões de ordem socioeconômica vivenciadas pelos pacientes. No breve relato de um caso, E3 narrou os atrasos de uma paciente às sessões que poderiam ter sido prontamente interpretados como uma resistência inconsciente em relação ao tratamento, conforme ao referencial psicanalítico. Mas, nesse caso, considerou como relevante um fator do contexto daquela paciente que, de fato, interferia nos eventuais atrasos: “[...] ela pegava... dois ônibus ‘pra’ ‘tá’ ali... E às vezes o ônibus atrasava... Então assim, que é uma realidade, então como que você pode pôr isso como uma resistência?”

Outra entrevistada retratou a garantia das necessidades básicas do indivíduo como uma espécie de premissa para realizar o trabalho psicológico: “[...] ter o que comer, ter o que vestir [...] ter uma segurança ‘pra’ que

possa, é, entrar ‘pra’ assuntos mais internos [...]” (E1). Na prática clínica, a dificuldade relacionada às questões da realidade na qual o paciente está inserido foi abordada por Freud (1919[1918]/1976, p. 210-211) quando conjecturou que a clínica psicanalítica também seria praticada em instituições e, conseqüentemente, alcançaria pessoas situadas em diferentes níveis socioeconômicos: “Muitas vezes, talvez, só poderemos conseguir alguma coisa combinando a assistência mental com certo apoio material [...]”.

Considerando os relatos anteriores, vale pontuar a importância de o psicólogo não renunciar ao seu fazer clínico diante dos impasses de ordem clínico-políticos, pois, do ponto de vista de Damous e Erlich (2017, p. 917), a clínica se configura “[...] como aquela que sustenta e orienta uma direção de tratamento e à qual estão remetidas as ações com o usuário”, apostando que o trabalho de escuta do discurso do sujeito do inconsciente requer, a princípio, que haja um sujeito que fale – sem, com isto, relegar a importância das ações clínico-políticas articuladas ao longo do tratamento do paciente.

Saúde mental e psicanálise: campos dicotômicos ou dialetizáveis?

Na correlação entre a abordagem psicológica de cada entrevistado e a concepção teórica de saúde mental na prática profissional, a psicanálise foi apresentada pelos entrevistados E2 e E5 como teoria que favorece o processo de autoconhecimento do paciente, como aporte teórico que fornece “ferramentas” para a prática, nas palavras de E1 e E3, além de suscitar reflexões e questionamentos, segundo E2 e E3.

A respeito da psicanálise e da saúde mental, E1 aproximou os dois campos: “[...] acho que da mesma maneira do que eu disse que eu entendo por saúde mental, assim, eu acho que a psicanálise entende dessa mesma maneira [...]”, embora também tenha indicado que a perspectiva psicanalítica possibilita ao profissional outra visão sobre o sujeito: “Acho que na maneira também com que a gente compreende o sofrimento humano sabe, de tipo, é, de poder é olhar ‘pra’ isso de uma maneira diferente [...]”. Já E2 expôs que a psicanálise “[...] é uma abordagem bem, é... Bem específica

mesmo ‘né’, bem... Congruente ‘pra’ poder se trabalhar com saúde mental [...]”. Contrariamente, E3 disse: “Não, acho que a psicanálise não explica a questão da saúde mental [...]”.

E1, E3, E4 e E6, caracterizaram o trabalho psicanalítico como uma via para que o indivíduo lide com as próprias questões subjetivas. E1, E3, E4 e E5 relataram que a teoria, seja a psicanalítica ou outra abordagem psicológica, deve embasar o trabalho de análise das falas do paciente. Todavia, pela ótica da psicanálise, esse trabalho não deve ser realizado com a pretensão de revelar o saber verdadeiro ao paciente, uma vez que se trabalha com uma verdade para cada sujeito, sendo este quem, sem saber, já detém o saber inconsciente (Damous & Erlich, 2017; Dunker & Kyrillos, 2022; Figueiredo, 2019).

Assim, uma das especificidades do profissional norteado pela psicanálise refere-se à transferência no tratamento, que possibilita a direção do tratamento de cada caso e da escuta do discurso do sujeito do inconsciente (Benetti, Emerich, Ricci & Campos, 2020; Damous & Erlich, 2017; Dunker & Kyrillos, 2022; Fonseca & Kyrillos, 2020; Rinaldi, 2006; Rodrigues & Muñoz, 2020; Santos, 2019; Santos et al., 2019; Vorsatz et al., 2019).

Haja vista esse entrelaçamento entre a teoria e a prática do psicólogo na saúde mental, que também é imprescindível na clínica do psicanalista (Alberti, 2010), vale ressaltar a concepção de duas entrevistadas que correlacionaram a prática em saúde mental e o cuidado da saúde mental do profissional: “É eu prezo, ‘né’, entre cuidar da minha própria saúde mental e o meu trabalho, ele é voltado também principalmente ‘pra’ cuidar da saúde mental dos pacientes [...]” (E2). Para E3, a prática do psicólogo deve ser sustentada por estudo, supervisão e análise, dado que estudar a teoria psicanalítica não é suficiente para que alguém se torne analista, pois é preciso passar pelo processo de análise pessoal (Damous & Erlich, 2017; Freud, 1912/2010; Lacan, 1958/1998).

Entende-se, assim, que não se trata de apresentar traços pessoais supostamente desejáveis para sustentar o lugar de analista, pois importa, na verdade, “[...] uma posição do profissional na relação com o saber, mais precisamente, no fato de ele poder se despir de seus preconceitos, a fim de escutar o que emerge na fala do sujeito, do qual, *a priori*, nada

sabe” (Damous & Erlich, 2017, p. 924). À medida que o analista sustenta a demanda e dirige o tratamento de acordo com a relação de transferência, o sujeito pode se deparar com a própria falta, que é condição para o desejo (Lacan, 1958/1998). O profissional norteado pela psicanálise não adota a postura de quem pretende oferecer ao sujeito alguma garantia de cura dos sintomas, nem busca conformar o paciente a algum ideal (Damous & Erlich, 2017; Fonseca & Kyrillos, 2020; Freud, 1919[1918]/1976, 1912/2010; Lacan, 1958/1998, 1959-60/2008; Rinaldi, 2006; Vorsatz et al., 2019).

Posto isto, a literatura destaca que uma das principais contribuições da psicanálise para o trabalho multidisciplinar em saúde mental é a construção do caso clínico realizado a partir do saber do sujeito, efetuando-se como aposta na singularidade do paciente. Não se trata de manejar o tratamento a fim de atingir determinados resultados, mas de possibilitar que o paciente realize suas próprias escolhas ao longo do tratamento e se responsabilize pelo próprio desejo (Dunker & Kyrillos, 2022; Figueiredo, 2019; Quadros et al., 2018).

Não se faz saúde mental isoladamente: o papel da equipe e da política

Do ponto de vista da teoria, o psicólogo não deve restringir seus estudos ao âmbito da psicanálise. Segundo E6: “De alguma forma, até na psicanálise, se a gente ficar só na psicanálise freudiana ou kleiniana, como era antigamente, a gente não vai conseguir cuidar desses adoecimentos mais recentes que se apresentam [...]”. No que tange à prática profissional, dois entrevistados assinalaram que o psicólogo, muitas vezes, pode recorrer aos saberes de profissionais de outras categorias para discussão de caso: “Tem casos que são muito complexos e... Exigem, às vezes, a atuação de uma equipe [...]” (E2); “[...] eu acredito que em muitos casos precisa de muita parceria [...]” (E3).

Ademais, a fala de E6 sobre a atuação do psicólogo no campo da saúde mental ressaltou que “Uma outra fragilidade nesse processo todo de cuidado de saúde mental seria a questão do despreparo do profissional [...]”, indicando que o desafio, por vezes, esbarra na qualificação insuficiente

do profissional na área da saúde mental. Esse dado possibilita analisar que, teoricamente, a prática dos psicólogos teve de ser reinventada com a implantação dos equipamentos substitutivos de saúde mental. Conforme Figueiredo (2019, p. 83): “O novo desafio desta vez para o profissional é que não pode mais trabalhar sozinho, o trabalho deve ser partilhado em equipe”. No entanto, verifica-se que a concepção de trabalho em saúde mental pelos psicólogos entrevistados não perpassa a noção de trabalho em equipe, pois apenas E2 e E3 relataram sobre o trabalho em equipe, seja na qualidade de desafio ou de potencialidade, embora todos já tivessem experienciado o trabalho em equipe multidisciplinar em serviços da rede de saúde mental do município ao longo do programa da RIMS em Saúde Mental ou da Especialização em Psicoterapias de Orientação Psicanalítica.

O trabalho em equipe é um desafio pelo fato de os membros da equipe terem que compartilhar responsabilidades entre si e, ao mesmo tempo, sustentarem as particularidades referentes a cada categoria profissional (Alberti, 2010; Benetti et al., 2020; Damous & Erlich, 2017; Figueiredo, 2019; Santos et al., 2019). Entretanto, a potencialidade da atuação do psicólogo orientado pela psicanálise é demarcada pela concepção da “[...] clínica como um processo em constante construção” (Moretto; Prizskulnik, 2014, p. 297), possibilitando a ampliação do olhar sobre a prática para além do contexto do consultório. Resta, ainda, o desafio inerente à prática do psicanalista enquanto parte da equipe na instituição de saúde, pois, nesse contexto, o trabalho em equipe é colocado como condição. Todavia, a efetiva inserção na equipe se trata de um processo, que perpassa, também, a permanente formação profissional (Moretto; Prizskulnik, 2014).

Considerando a fala de E2 sobre a saúde mental se configurar como um: “[...] tema muito complexo que você não trabalha ele sozinho, ‘né’, envolve vários fatores [...]”, pode-se dizer que trabalhar na área da saúde mental com outros atores é tanto um desafio como uma potencialidade. Se trabalhar com saúde mental pode ser percebido, como disse E3, que “[...] o desafio é diário [...]”, é possível que desafios e potencialidades coexistam. De acordo com E1: “[...] pode ser mais um desafio do que algo potente, pode ser os dois [...]”. Então, desafio e potencialidade se entrecruzam na prática dos psicólogos em saúde mental à medida que adotam a postura profissional

de “aprendizes” (Alberti & Figueiredo, 2006, p. 11; Figueiredo, 2019, p. 84) em relação ao próprio saber – que jamais é totalmente formado – e que sustentam o diálogo com os saberes de outras categorias profissionais da saúde, de modo que “[...] a complexidade do trabalho não se torna um fardo pesado, mas condição do seu potencial criativo” (Medeiros, 2020, p. 8).

O progresso nos estudos relativos à saúde mental foi apontado por E5 como potencialidade e desafio. Este por conta da dificuldade em torná-lo acessível à população:

“Existe hoje um grande avanço científico, ‘né’, teórico a respeito disso, independente de qual abordagem seja, ‘né’, então... Conhecimento... Existe e muito, ‘né’, só que não existe uma condição para poder colocar esse conhecimento em prática ‘pra’ grande massa”.

Sabe-se que a carência de investimento nos equipamentos de saúde mental restringe as possibilidades de tecer o cuidado do usuário com outros serviços, em rede, (Santos, 2019; Santos et al., 2019). De fato, as questões políticas, econômicas e sociais desafiadoras na prática em saúde mental foram proeminentes nas falas (E1, E2, E3, E4 e E5), justificadas pelo histórico de insuficiente investimento do setor público na área. Entretanto, nota-se que poucos entrevistados abordaram esse assunto em correlação com a prática no consultório ou nos serviços de saúde mental. Apenas E3 relata as dificuldades do contexto de uma paciente que interferiam na chegada aos atendimentos no horário marcado, como já apresentado, e E5, quando expõe sobre a longa lista de espera para atendimento com psiquiatra em serviço público, mas sem especificá-lo:

“Infelizmente no setor público existe, mas a gente sabe da defasagem que é, ‘né’... E não só da defasagem e da demora, ‘né’, então já tive experiências de pessoas que estavam aguardando mais de dois anos na fila pra serem atendidas por um psiquiatra e a gente sabe da emergência que é isso, ‘né’, é uma dor... É uma dor latente, então como que uma pessoa pode ficar tanto tempo assim, ‘né’ [...]”.

E2, assim como E1, notou como potencialidades a presença mais frequente do tema da saúde mental na sociedade e o aumento do número de psicólogos nos serviços de saúde, relatando que ainda existem muitos

estigmas associados à população com transtornos mentais: “[...] eu acho que um dos desafios muito grandes, assim, concretos, que existe [sobre a saúde mental] é o tabu na sociedade, que é algo que é muito difícil de trabalhar [...]”. Contudo, E5 discordou: “Acho que a parte do preconceito acho que ‘tá’ diminuindo muito [...]” (E5).

Desse modo, conceber o campo da saúde mental enquanto potencialidade configura-se como uma perspectiva que pode fortalecer o trabalho dos profissionais da área; conceber que tanto o psicólogo como o paciente podem desempenhar papéis críticos sobre a realidade na qual estão situados pode instigar a discussão sobre a saúde mental entre os usuários dos serviços, possibilitando transformações que favoreçam políticas públicas em consonância com a concepção de saúde mental enquanto biopsicossocial proposta pela OMS (WHO, 2018).

Saúde mental como existência

Ao longo da entrevista, E6 sustentou que o papel do psicólogo na área da saúde mental tem a ver com “[...] dar... Liberdade para o crescimento, ‘pra’ criatividade, ‘pra’ ele [o paciente] ser quem ele realmente é”. E3 apontou uma potencialidade da saúde mental que extrapola a questão do papel do psicólogo: “E eu acho que não é nem questão de ser psicólogo, eu acho que é ‘tá’ aberto ‘pra’ vida... Como pessoa”. Similarmente, E4 indicou a potencialidade enquanto fator intrínseco ao sujeito: “[...] a potencialidade ‘tá’ nele [no paciente] [...] Cada um à sua maneira, respeitando o seu tempo e a sua forma de ser e de existir” (E4).

Assim, arrisca-se uma aproximação entre dois termos presentes ao longo de algumas entrevistas: “sofrimento” (E4, E5 e E6) e “existência” (E1, E4 e E6) – explorando o sentido apreendido a partir das falas de E1, E4 e E6 de que o trabalho analítico e o trabalho em saúde mental possibilitam que o sujeito experiencie a existência de modo autêntico, o que inclui, portanto, experienciar o sofrimento.

Se, por um lado, o cuidado em saúde mental pode auxiliar a reduzir o sofrimento de determinado sujeito, conforme o entendimento de E5, por outro lado, a psicanálise parte do pressuposto de que o sofrimento faz

parte da vida humana por ser psiquicamente impossível satisfazer sempre todos os impulsos (Freud, 1930/2010; Lacan, 1959-60/2008). Disso não decorre que não haja nada a ser feito por parte do analista, mas indica que o profissional, ao sustentar uma posição vazia e de desejo pela análise ou pelo tratamento em saúde mental do paciente, convoca o sujeito a ocupar uma posição subjetiva singular (Figueiredo, 2019; Fonseca & Kyrillos, 2020; Lacan, 1959-60/2008; Rinaldi, 2006). “A gente trabalha com saúde mental [...] a gente ‘tá’ permitindo que o outro exista, assim, que o outro possa se perceber existente [...]” (E1).

Apona-se, então, que o trabalho em saúde mental diz respeito, na perspectiva da psicanálise, a testemunhar a existência do sujeito em sua alteridade (Fonseca & Kyrillos, 2020), e o desenrolar do tratamento ocorre, nessa área, fundamentalmente por meio da experiência do próprio sujeito no mundo (Dunker & Kyrillos, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde mental foi delineada como um campo multifatorial atravessado por aspectos sociais, políticos e econômicos e construído a partir de diversos saberes, assim como a psicanálise foi considerada, tanto pela literatura como por uma parcela dos entrevistados, como um dos saberes que permeiam a prática em saúde mental.

A literatura psicanalítica apontou que sustentar uma posição profissional de não saber e de abertura ao diálogo com os integrantes da equipe multidisciplinar dos serviços de saúde mental configura-se como potencialidade que resiste aos desafios referentes à falta de qualificação adequada e à própria desarticulação entre os profissionais que compõem a rede de atenção em saúde mental, como identificado por alguns entrevistados neste estudo.

Ainda que os investimentos públicos na área da saúde mental tenham sido qualificados como insuficientes por quase todos os entrevistados, o profissional orientado pela psicanálise não deve recuar diante das

dificuldades sociopolítico-econômicas na medida em que sustenta a própria escuta profissional a partir do lugar do desejo e encara o trabalho em saúde mental, simultaneamente, como desafiador e potente.

A concepção de saúde mental que considera a singularidade do paciente possibilita que o profissional faça aposte na posição desejante a ser sustentada pelo sujeito ao atravessar os percalços que fazem parte do tratamento em saúde mental e, em última análise, da vida.

Considera-se, então, que este trabalho contribuiu para a investigação tanto da noção de saúde mental nos âmbitos teórico e prático dos psicólogos como de algumas potencialidades e desafios vivenciados por esses profissionais. Todavia, tendo em vista que o trabalho em saúde mental exige do profissional constante capacitação e reflexão sobre a prática, propõe-se que sejam realizadas pesquisas futuras a fim de aprofundar a correlação entre teoria e prática na área da saúde mental na atualidade ou de explorar a concepção de profissionais de categorias além da psicologia.

REFERÊNCIAS

- Alberti, S., & Figueiredo, A. C. (2006). Apresentação. IN: S. Alberti & A. C. Figueiredo, *Psicanálise e saúde mental: uma aposta* (pp. 7-18). Rio de Janeiro, RJ: Companhia de Freud.
- Alberti, S. (2010). Psicanálise e discurso: a clínica no campo social. IN: A. M. C. Guerra & J. O. Moreira (Org.), *A psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência social e defesa social* (pp. 19-26). Curitiba, PR: Editora CRV.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo, SP: Edições 70.
- Benetti, A. S., Emerich, B. F., Ricci, E. C., & Campos, R. O. (2020, março). Existência e resistência dos corpos loucos: o corpo em processo e a reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade*, 29 (4). Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902020000400303.

- Brasil. (2001). Lei n. 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm.
- Brasil. (2011). Portaria GM 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3088_23_12_2011_rep.html.
- Brasil. (2012). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes de normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Recuperado em <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
- Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2009, junho). Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. *Rev. Latino Americana de Enfermagem*, 17 (2), 259-264. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rlae/a/ncc5MZ9hYGGhQXDgXW7sVnb/?format=pdf&lang=pt>.
- Damous, I., & Erlich, H. (2017, outubro/dezembro). O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27 (04), 911-932. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/physis/a/fQd9GvrXsXncBLpJLLq xv8H/abstract/?lang=pt#>.
- Dunker, C. I. L., & Kyrillos Neto, F. (2022). Reforma Psiquiátrica: a clínica das psicoses. IN: C. I. L. Dunker & F. Kyrillos Neto, *Psicanálise e saúde mental* (pp. 87-98). Porto Alegre, RS: Criação Humana.
- Figueiredo, A. C. (2019, abril). Uma breve revisão da reforma psiquiátrica no Brasil e sua relação com a psicanálise e a psicologia. *Revista psicoogia política.*, 19 (44), 78-87. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X201900100009&lng=pt&nrm=iso.

- Fonseca, T., & Kyrillos Neto, F. (2020, março). Ressonâncias político-clínicas do ideal de inclusão nos Centros de Atenção Psicossocial. *Psicologia em Estudo*, 25 (s. n.). Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722020000100204.
- Freud, S. (1912/2010). Recomendações ao médico que pratica a psicanálise. IN : S. Freud, *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia: ("O caso Schreber")*: artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913) (pp. 147-162). São Paulo, SP: Companhia das Letras.
- Freud, S. (1919[1918]/1976). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. IN : S. Freud, *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (pp. 197-211). Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Freud, S. (1930/2010). O mal-estar na civilização. IN : S. Freud, *O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936)* (pp. 13-122). São Paulo, SP: Companhia das Letras.
- Lacan, J. (1958/1998). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. IN: J. Lacan, *Escritos* (pp. 591-652). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1959-60/2008). *Seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Medeiros, R. H. A. (2020, dezembro). Psicologia, saúde e território: experiências na Atenção Básica. *Psicologia em Estudo*, 25 (s. n.). Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722020000100236.
- Minayo, M. C. S. (1998). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Moretto, M. L. T., & Prizskulnik, L. Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. *Tempo psicanalítico*, 46 (2), 287-298. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382014000200007&lng=pt&nrm=iso

- Pontes, S., & Calazans, R. (2017, janeiro/abril). Sobre alucinação e realidade: a psicose na CID-10, DSM-IV-TR e DSM-V e o contraponto psicanalítico. *Psicologia USP*, 28 (1), 108-117. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642017000100108.
- Quadros, R. B., Martins, K. P. H., & Soares, A. K. S. (2018, abril). Psicanálise e saúde mental: um estudo sobre o estado da arte. *Revista Subjetividade*, 18 (1), 119-131. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692018000100011&lng=pt&nrm=iso.
- Rabêlo, F. C., Dias, R. R., Carvalho, G. O., & Martins, K. P. H. (2018, maio/agosto). Esquizofrenia, clínica e saúde mental na psicologia sócio-histórica e na psicanálise. *Psicologia Clínica*, 30 (2), 229-247. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652018000200003&lng=pt&nrm=iso.
- Rinaldi, D. (2006). Entre o sujeito e o cidadão. IN: S. Alberti & A. C. Figueiredo, *Psicanálise e saúde mental: uma aposta* (pp. 141-147). Rio de Janeiro, RJ: Companhia de Freud.
- Rodrigues, M. S., & Muñoz, N. M. (2020, setembro/dezembro). Entre angústia e ato: desafios para o manejo da urgência subjetiva na clínica psicanalítica. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 23 (3), 90-98. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/agora/a/wX4KpJNMXLCQDDBj3SBshCG/?lang=pt#>.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). Normalidade e saúde mental. IN: B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz, *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica* (pp. 124-130). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Santos, A. V. (2019, março). Relato de experiência: trajetória de um grupo de escuta com familiares em um Centro de Atenção Psicossocial na Bahia. *Revista Polis e Psique*, 9 (1), 198-209. Recuperado de <https://www.seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/75505>.

- Santos, L. S., Klein, C., Marsillac, A. L. M., & Kuhnen, A. (2019, janeiro/junho). Laços com a loucura: a cidade como espaço de promoção de saúde mental. *Barbarói*, 1 (53), 208-226. Recuperado de <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/11828>.
- Souza, L. K. (2019, maio/agosto). Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 71 (2), 51-67. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672019000200005&lng=pt&nrm=iso.
- Tenório, F. (2002, janeiro/abril). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Revista História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 9 (1), 25-59. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0104-59702002000100003
- Tenório, F., Costa-Moura, F., & Lo Bianco, A. C. (2017, maio/agosto). Tradição clínica da psiquiatria, psicanálise e práticas atuais em saúde mental. *Psicologia USP*, 28 (2), 206-213. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/pusp/a/fBPx4zLnWBwyyzyq5JHpF6c/?lang=pt#>.
- Vorsatz, I., Corcos, J., & Mathias, P. E. R. (2019, junho). Considerações sobre a prática clínica em uma enfermaria de psiquiatria. *Revista SBPH*, 22 (n. spe), 205-223. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000200015&lng=pt&nrm=iso.
- Who – World Health Organization. (2018). Mental health: strengthening our response. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

Recebido em 22/04/2023

Aceito em 27/05/2024



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a obra original seja devidamente citada.

#automutilação: um estudo sobre a representação da autolesão em uma comunidade virtual de praticantes

self-mutilation: a study on the representation of self-injury in a virtual community of practitioners

automutilación: un estudio sobre la representación de la autolesión en una comunidad virtual de practicantes

*Felipe Moreira Borges Nascimento Fabbrini**

*Ivelise Fortim***

Resumo

A autolesão não suicida é um fenômeno de relevância crescente com altas taxas de prevalência em adolescentes e jovens adultos. Embora relutem em buscar ajuda profissional, praticantes de autolesão apresentam elevados índices de uso de internet e de comportamento de risco online, o que torna necessária a investigação do fenômeno nesse âmbito. Foi realizada etnografia virtual no grupo “automutilação” do Facebook com o objetivo de compreender como a autolesão é tratada em uma comunidade virtual composta e moderada por praticantes. Os conteúdos compartilhados pelos usuários na comunidade foram coletados e distribuídos em cinco categorias de análise: autolesão, sofrimento, suicídio, religião e ajuda. A autolesão é representada na comunidade como um comportamento compulsivo com características de dependência. Publicações de imagens explícitas de autolesão geram significativamente maior engajamento do que postagens de ajuda e promovem aumento no número de fotos de lesões nos momentos subsequentes. Embora a comunidade apresente benefícios como a disponibilidade dos membros para conversar e fornecer apoio, há uma série de aspectos danosos, como postagens de incitação ao suicídio e à autolesão,

* Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-9171-4030>. E-mail: felipembnf@gmail.com

** Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-9035-0199>. E-mail: ifcampos@puccsp.br

hostilidade nas interações e despreparo para lidar com o sofrimento alheio. Por fim, destaca-se a necessidade de desenvolvimento de novas estratégias de intervenção no ambiente online.

Palavras-chave: Automutilação; Autolesão; ALNS; Redes sociais; Saúde mental.

Abstract

Non-suicidal self-injury is a phenomenon of growing relevance with high prevalence rates in adolescents and young adults. Although they are reluctant to seek professional help, self-injury practitioners have high rates of internet use and online risky behavior, which makes it necessary to investigate the phenomenon in this context. A virtual ethnography was carried out in the Facebook group “self-mutilation” in order to understand how self-injury is treated in a virtual community composed and moderated by practitioners. The contents shared by users in the community were collected and distributed into five categories of analysis: self-injury, suffering, suicide, religion and help. Self-injury is represented in the community as a compulsive behavior with addictive characteristics. Posts of explicit self-injury images generate significantly more engagement than help posts and promote an increase in the number of photos of injuries in subsequent moments. Although the community presents benefits such as the availability of members to talk and provide support, there are a number of harmful aspects such as posts inciting suicide and self-harm, hostility in interactions and unpreparedness to deal with the suffering of others. Finally, the need to develop new intervention strategies in the online environment is highlighted.

Keywords: Self-harm; Nonsuicidal self-injury; NSSI; Social media; Mental health.

Resumen

La autolesión no suicida es un fenómeno de creciente relevancia con altas tasas de prevalencia en adolescentes y adultos jóvenes. Aunque son reacios a buscar ayuda profesional, los practicantes de autolesión tienen altas tasas de uso de Internet y comportamientos de riesgo online, lo que hace necesario investigar el fenómeno en este contexto. Se realizó una etnografía virtual en el grupo de Facebook “automutilación” para comprender cómo se trata la autolesión en una comunidad virtual. Los contenidos compartidos por los usuarios de la comunidad fueron recopilados y distribuidos en cinco categorías de análisis: autolesión, sufrimiento, suicidio, religión y ayuda. La autolesión se presenta en la comunidad como un comportamiento compulsivo con características adictivas. Las publicaciones de imágenes explícitas de autolesión generan significativamente más participación que las publicaciones de ayuda y promueven un aumento en la cantidad de fotos de lesiones en los momentos posteriores.

La comunidad presenta beneficios como la disponibilidad de miembros para ofrecer apoyo, pero existen una serie de aspectos nocivos como publicaciones que incitan al suicidio y autolesiones, la hostilidad en las interacciones y la falta de preparación para lidiar con el sufrimiento de los demás. Se destaca la necesidad de desarrollar estrategias de intervención online.

Palabras clave: Automutilación; Autolesión no suicida; ALNS; Redes sociales; Salud Mental.

A autolesão não suicida (ALNS) pode ser entendida como a destruição intencional do próprio tecido corporal, sem intenção suicida e com propósitos não sancionados socialmente, em cinco ou mais dias ao longo do último ano (American Psychiatric Association, 2013). Os métodos mais comuns incluem cortes na pele, arranhões, mordidas e queimaduras, além de bater partes do corpo contra paredes e enfiar objetos pontiagudos em si mesmo (Fonseca, Silva, Araújo & Botti, 2018; Victor et al., 2018). A maior variedade de métodos empregados está positivamente associada à maior severidade na autolesão (Ammerman et al., 2020).

A ALNS apresenta maiores taxas em adolescentes e jovens adultos e se inicia tipicamente entre os 14 e os 15 anos de idade (Gandhi et al., 2018). Segundo Plener et al. (2018), a prevalência de autolesão em amostras de escolas é de aproximadamente 17%, enquanto apenas 5,5% dos adultos mais velhos relatam históricos de ALNS, dado que sugere o progressivo crescimento do fenômeno nas últimas décadas.

Embora o fenômeno da autolesão seja tipicamente associado ao sexo feminino (Fitzgerald & Curtis, 2017; Fonseca et al., 2018; Plener et al., 2018), Klonsky, Victor e Saffer (2014) ressaltam estudos que apontam taxas equivalentes entre homens e mulheres. Tal atribuição da autolesão ao feminino pode se dever à ausência de critérios de diferenciação, nas pesquisas, entre a ALNS e a autolesão praticada com intento suicida, uma vez que as mulheres apresentam maiores taxas de tentativas de suicídio que os homens (Ministério da Saúde, 2017). Outra possível explicação é a associação do fenômeno ao método de *cutting*, visto que as mulheres se cortam com mais frequência, enquanto os homens são mais propensos a se queimarem (Victor et al., 2018).

Apoiados em estudos da última década, Klonsky et al. (2014) ressaltam que a ALNS apresenta correlação ainda mais forte com o suicídio do que outros fatores já estabelecidos pela literatura, como ansiedade, depressão, impulsividade, transtorno de personalidade borderline e histórico de tentativas – o que faz desse comportamento um fator de risco especialmente importante para futuro suicídio. Segundo Andover et al. (2017), poucos tratamentos específicos para a ALNS fora do contexto de transtorno de personalidade borderline foram desenvolvidos até o momento, e sua eficácia em pacientes não-borderline ainda é limitada. Nesse sentido, devido às peculiaridades próprias do fenômeno e da sua gravidade, a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) classificou a ALNS como uma dimensão diagnóstica independente e adicionou-a à sessão III, na categoria de transtornos que necessitam de mais pesquisas e revisão de critérios diagnósticos.

REVISÃO DE LITERATURA

Indivíduos que se autolesionam utilizam a internet por maiores períodos, mais frequentemente como ferramenta de socialização e com maiores incidências de comportamentos de risco online (Duggan, Heath, Lewis & Baxter, 2012). Se, por um lado, há baixa disposição dos praticantes de autolesão em buscarem ajuda de profissionais de saúde, por outro, o ambiente virtual se apresenta como meio atrativo para se discutir a prática. Aliás, constata-se que os indivíduos menos propensos a buscar ajuda profissional apresentam maior probabilidade de buscar ajuda online para a ALNS (De Raggi, Lewis & Heath, 2018). Jones et al. (2011) apontam que os jovens consideram mais fácil falar sobre autolesão com estranhos do que com familiares e amigos e valorizam o anonimato propiciado pela internet, pois se sentem mais seguros em expressar sentimentos e mais confiantes de que não serão julgados, em comparação com interações face a face. Os autores também destacam que a maioria dos jovens consideram ter aprendido mais sobre problemas de saúde mental a partir de fóruns de discussão online do que a partir de sites informativos.

Observa-se que sites informais mantidos por praticantes de ALNS são acessados com muito mais frequência do que páginas mantidas por profissionais de saúde, como apontam Duggan et al. (2012). Tal fato se configura como um fator adicional de risco na medida em que o modo como a autolesão é abordada, em ambos os casos, varia consideravelmente. De modo geral, os autores apontam que páginas mantidas por profissionais apresentam informações de maior credibilidade, fóruns mediados por profissionais formalmente treinados e não divulgam representações gráficas visuais de autolesão por não as considerar benéficas a jovens vulneráveis. Já nos sites informais e nas redes sociais, é recorrente a disseminação de informação não científica, a presença de fóruns de discussão moderados por pessoas não capacitadas e, principalmente, a veiculação de uma variedade de imagens e de conteúdos que podem servir de gatilho para a autolesão.

Dyson et al. (2016) apontam que o conteúdo encontrado em diversas redes sociais virtuais viola diretamente recomendações das organizações de saúde. Embora grandes plataformas, como Facebook, Instagram e Tumblr, tenham implementado políticas de conteúdo de modo a lidar com publicações relacionadas à autolesão (banir posts com conteúdo explícito, dificultar mecanismos de busca ou acionar links para serviços públicos de apoio em saúde mental), comunidades de usuários continuam a encontrar modos de contornar tais restrições. Como exemplo, destacam-se os achados de Brown et al. (2018) de que apenas para cerca de um terço das hashtags¹ relacionadas à ALNS no Instagram foram gerados avisos de recomendação de conteúdo.

A despeito das recomendações de profissionais de saúde e das políticas de conteúdo das plataformas digitais, evidencia-se um desejo dos praticantes de autolesão em acessarem conteúdos publicados por seus pares, especialmente no que se refere a representações gráficas e audiovisuais. Na plataforma de blogs Tumblr, por exemplo, são gerados aproximadamente 55.500 mil resultados ao se digitar “automutilação Tumblr” no mecanismo

1 Termo associado a assuntos ou discussões que se deseja indexar em redes sociais, inserindo o símbolo da cerquilha (#) antes da palavra, da frase ou da expressão. Quando a combinação é publicada, transforma-se em um hiperlink que leva para uma página com outras publicações relacionadas ao mesmo tema.

de busca do Google e aproximadamente 2.590 milhões de resultados ao se digitar “self harm Tumblr” (Otto & Santos, 2016). Com relação ao Instagram, constata-se que as fotos que retratavam feridas geravam aproximadamente o dobro de comentários em comparação com imagens que não revelavam lesões, assim como fotos de feridas severas geravam mais comentários do que as de lesões superficiais ou cicatrizes (Brown et al., 2018).

Embora os efeitos adversos da exposição a conteúdos autolesivos sejam amplamente descritos pela literatura, também foi possível constatar que parcela significativa de praticantes de autolesão descrevem efeitos positivos decorrentes da visualização e do compartilhamento de conteúdos autolesivos online.

Nesse sentido, de modo a sistematizar os aspectos positivos e negativos decorrentes do envolvimento em atividades online relativas à ALNS, Lewis e Seko (2016) identificaram três potenciais riscos e quatro potenciais benefícios a partir de revisão da literatura. Entre os riscos, estão: (i) reforçamento da ALNS: a descrição dos impulsos autolesivos como algo normal após um “dia ruim”, a divulgação da autolesão como estratégia de enfrentamento adequada, a noção de que não é um problema que demanda ajuda profissional e o discurso que raramente enfatiza ou menciona perspectivas de melhora são frequentes no ambiente virtual e podem contribuir para a normalização da ALNS. A inserção do indivíduo no grupo social por meio da identidade de “autolesionador”, a competitividade pela ferida mais profunda e o compartilhamento de dicas sobre como provocar as lesões, como escondê-las e como cuidá-las por conta própria também podem impactar negativamente na manutenção do comportamento; (ii) desencadeamento de impulsos autolesivos: a exposição a representações gráficas e audiovisuais de conteúdo autolesivo com danos teciduais e sangue pode servir como gatilho para que indivíduos se autolesionem; (iii) estigmatização da ALNS: além de propagar desinformação, mitos e estigmas acerca do fenômeno, o ambiente virtual também pode ser hostil e conter uma série de publicações e mensagens com intento malicioso, de modo a provocar e atacar indivíduos que se autolesionam em suas vulnerabilidades.

Com relação aos principais benefícios, os estudos examinados pelos autores apontam: (i) mitigação do isolamento social: indivíduos que

praticam ALNS raramente compartilham isso com amigos e familiares, e a interação online pode propiciar aceitação, validação do sofrimento e apoio emocional, além do reconhecimento de que há outros passando por dificuldades semelhantes; (ii) encorajamento de recuperação: fóruns de discussão e comunidades virtuais podem fornecer informações educacionais, estratégias de enfrentamento, dicas de autoajuda e histórias pessoais de superação, de forma a dar esperança e incentivar os indivíduos a buscarem recuperação; (iii) autorrevelação emocional: o ambiente virtual é frequentemente visto como um espaço seguro no qual os indivíduos podem compartilhar seus sofrimentos sem se sentirem julgados e, assim, expressar algo oculto nas relações diárias; (iv) inibição de impulsos de autolesão: indivíduos frequentemente recorrem à internet para receber apoio em momentos de crise, de modo a conter impulsos de se autolesionarem. A visualização de imagens de autolesão severa também pode servir como atitude substituta à necessidade de se autolesionar, assim como dissuadir os indivíduos de praticá-las dada a demonstração das consequências.

Há de se ressaltar, entretanto, que tais benefícios devem ser interpretados com cautela, uma vez que grande parte dos estudos se baseia exclusivamente no autorrelato dos indivíduos, de modo que há escassez de pesquisas de caráter longitudinal que efetivamente acompanham variações na frequência de autolesão. Também é possível que a sistematização conduzida pelos autores não contemple diferenças significativas entre os potenciais riscos e benefícios de cada formato de página (redes sociais, sites profissionais e site informais), de cada plataforma de discussão (fóruns moderados por profissionais, moderados por praticantes e fóruns não moderados) e do modo como o conteúdo é visualizado (presença ou ausência de imagens e vídeos de conteúdo explícito).

Assim, constata-se que a necessidade de se lidar com o conteúdo autolesivo online é consenso entre as grandes plataformas de redes sociais atualmente. No entanto, é possível perceber grande dificuldade por parte das empresas em encontrar equilíbrio entre criar espaços seguros para que os usuários possam falar sobre experiências pessoais de modo a favorecer o processo de recuperação, sem que se produza, concomitantemente, efeitos negativos para a comunidade, como ressaltam Arendt, Scherr e Romer

(2019). Para atingir esses objetivos, os autores apontam para a necessidade de desenvolvimento de técnicas de *machine learning*² como algoritmos de reconhecimento automático de imagens para descobrir postagens relacionadas à autolesão.

MÉTODO

Esta pesquisa foi desenvolvida por meio da etnografia virtual. Também conhecido como Netnografia, tal método consiste na utilização de meios de comunicação online para se ampliar a compreensão acerca da representação etnográfica de um fenômeno na internet. Com base no referencial metodológico empregado por Silva e Botti (2018), foi realizado um estudo do grupo “automutilação” na rede social Facebook, de modo a compreender como a autolesão não suicida é tratada nessa comunidade virtual.

Justifica-se a escolha pelo Facebook por tratar-se de uma das redes sociais virtuais com maior número de usuários. O grupo foi encontrado por meio de pesquisa conduzida na barra de busca do Facebook a partir dos termos “autolesão” e “automutilação” e foi selecionado a partir de quatro critérios: (i) grupo de nacionalidade brasileira e de língua portuguesa; (ii) grupo público e visível, cujos conteúdos compartilhados podem ser acessados e visualizados por qualquer usuário da rede sem que seja necessário o ingresso no grupo e a aprovação dos moderadores; (iii) grupo com maior número de participantes e de postagens diárias entre os grupos públicos e visíveis; (iv) grupo que propõe o objetivo de fornecer espaços de reflexão e de apoio aos praticantes de autolesão.

Os dados foram coletados no período que compreende o dia 1/2/2021 até o dia 28/2/2021 e resultaram em um total de 133 publicações selecionadas. As publicações coletadas, que incluem textos, imagens e/ou vídeos,

2 Subconjunto da inteligência artificial (IA) que se concentra na construção de sistemas que aprendem, ou melhoram o desempenho, com base nos dados que consomem.

foram identificadas como P_n, sendo “n” a enumeração respectiva à ordem da coleta. Os respectivos comentários foram identificados como P_nC_x, sendo “x” *correspondente à ordem dos comentários em cada publicação*.

Uma vez que se trata de um grupo público e visível para todos os usuários da rede, a observação se deu de forma anônima e não foram estabelecidas interações entre participantes do grupo e pesquisador. As postagens foram arquivadas por meio de capturas de tela, e os dados relativos a temas, reações, comentários e número de compartilhamentos das publicações foram tabulados. Informações acerca das práticas comunicacionais e dos tipos de interação entre os membros também foram registradas. De modo a não distorcer o relato dos participantes, as mensagens publicadas foram transcritas na íntegra, ainda que contivessem abreviações (ex: vc = você; obgd = obrigada; dnv = de novo; nd = nada) ou ferissem a norma culta da língua portuguesa.

Quadro 1. *Identificação do material coletado*

	Sigla	Exemplo
Publicações	P _n	P65 = Publicação 65
Comentários	P _n C _x	P65C50 = Comentário 50 da Publicação 65

Fonte: os autores (2021)

Os conteúdos selecionados foram distribuídos em categorias de análise de acordo com suas características. Foram elencadas cinco categorias: autolesão, sofrimento, suicídio, religião e ajuda.

A categoria autolesão refere-se às postagens diretamente relacionadas à ALNS e abarca tanto a publicação de imagens e vídeos de autolesão quanto comentários e descrições processuais do comportamento autolesivo. A categoria sofrimento inclui postagens nas quais os usuários descrevem sentimentos dolorosos e desabafam, mas que não estão diretamente relacionadas **à prática autolesiva e/ou à ideação suicida**. A categoria suicídio diz respeito apenas às publicações que fazem menção direta ao ato de tirar a própria vida. A categoria religião inclui publicações e comentários que se propõem a apoiar, guiar e/ou orientar os membros do grupo a partir de argumentos de cunho religioso católico e evangélico. Por fim, a categoria

ajuda diz respeito a publicações e comentários com finalidade de fornecer apoio aos membros do grupo, seja por meio de mensagens encorajadoras, disponibilização para conversas, convites para a participação em grupos ou por divulgação de cuidados em saúde mental.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da busca pelo termo automutilação na barra de pesquisa do Facebook, Silva (2016) encontrou 86 comunidades de autolesão no ano de 2014 e 98 no ano de 2016 – números significativamente superiores às sete comunidades encontradas por Giusti em 2012. Já em fevereiro de 2021, a pesquisa conduzida com o termo automutilação resultou em apenas 36 grupos, sendo que 12 não possuíam mais do que três membros. Tal fato aponta para a maior eficácia do Facebook em identificar e remover postagens de conteúdo explícito, embora ainda sejam frequentes comunidades relacionadas ao tema que se ocultam sob termos ambíguos, de modo a contornar as restrições impostas pelas redes sociais. Não obstante, a busca por grupos autolesivos encontra-se dificultada em relação aos últimos anos.

Tabela 1. Número total de publicações, reações e comentários por categoria de análise

Categorias de análise	Publicações	Reações	Comentários
Autolesão	24	596	490
Suicídio	9	178	144
Sofrimento	50	540	254
Religião	25	89	9
Ajuda	25	166	88

Fonte: os autores (2021)

Autolesão

Tabela 2. Número total de publicações, reações e comentários das imagens de autolesão em comparação com as demais publicações da categoria

	Publicações	Reações	Comentários
Fotos de lesões	13	342	362
Demais publicações	11	184	128

Fonte: o autor

Entre as cinco categorias analisadas, as postagens de autolesão foram as que apresentaram maior quantidade de comentários e reações, tanto em números absolutos quanto proporcionalmente ao número de publicações (Tabela 1). Esses dados corroboram a hipótese inicial de que o compartilhamento de conteúdos autolesivos é o principal tema mobilizador da comunidade. Também foi possível constatar que as postagens que retratavam diretamente fotos de lesões promoviam maior engajamento entre os membros.

Embora ao longo do mês apenas 13 usuários da comunidade tenham aberto publicações com fotos de autolesão, aproximadamente 9,8% do total das postagens (Tabela 2), os comentários que as seguiam frequentemente continham uma série de novas imagens de lesões. Em uma das publicações (P65), na qual a usuária postou uma foto de seu pulso com a legenda “*Oi gente, mostrem as cicatrizes de vcs. Essas foram as únicas que ficaram marcadas, minha pele é boa para cicatrização*”, 57 dos 132 comentários retratavam cicatrizes ou lesões. Embora nenhuma outra publicação do grupo tenha sido tão comentada quanto essa, o mesmo padrão pôde ser observado em outras postagens. Em menos de 24 horas, uma nova publicação (P66) foi aberta, com a imagem de um braço cortado e a legenda “*Bom dia. Mostrem fotos de seus braços mutilados*”, seguido por um emoji³ sorridente. Dos 47 comentários da postagem, 19 continham imagens de lesões mais profundas que as do post anterior.

Percebe-se que o compartilhamento de imagens de autolesão promove aumento substancial na quantidade de fotos postadas nos

3 Conjunto de figuras que ilustram tipos básicos de emoções humanas.

momentos seguintes, sobretudo quando é acompanhado por um incentivo verbal explícito para que os demais usuários também as compartilhem. Tal fato corrobora os dados da literatura que apresentam o compartilhamento de imagens autolesivas como promotor de fenômenos análogos a contágio social. Outros aspectos negativos descritos pela literatura, como hostilidade nas interações, invalidação do sofrimento alheio e competitividade pela ferida mais profunda, também puderam ser identificados no grupo.

Comentários que buscam invalidar a imagem dos demais usuários, como o P65C84 (*“issu é do google”* sic), ou incitar a divulgação de imagens autolesivas, como o P75C15 (*“Continuem fazendo isso.ok? Obgd, [emoji de beijo] aliais continuem postano”* sic) não são raros. Por outro lado, percebe-se que, assim como a literatura apresenta críticas às interações estabelecidas em comunidades virtuais, há membros no próprio grupo que problematizam o compartilhamento de certos conteúdos. É possível destacar, como exemplo, o seguinte comentário: *“Sabia q pedir para mostrar pode ser gatilho para alguém q tá lutando contra isso??”* (P128C52). No entanto, nem todas as publicações de imagens incitam diretamente os usuários.

Também puderam ser identificadas postagens de braços feridos acompanhadas por pedidos de ajuda, como em *“Quero fazer dnv, alguém me ajuda [emojis de tristeza e coração partido]”* (P48), ou descrições do sofrimento, como em *“Angústia profunda que vem diante de mim. Não passa”* (P51). Nesses casos, embora ainda haja comentários contendo fotos de lesões, a maior parte consiste em mensagens de apoio ou no compartilhamento da própria experiência.

A partir da análise das publicações do grupo, foi possível identificar que os membros descrevem a prática autolesiva como forma de concretização de um sofrimento emocional, como ilustram os depoimentos: *“Ainda dói e está inchado, mas garanto que dói menos que a alma aflita”* (P65C50), *“As marcas em meus braços contam minha história, revelam os meus traumas...”* (P92) e *“tenho essas (cicatrizes) e mais as cicatrizes internas q não se curam”* (P65C132). A autolesão também foi descrita como meio de regulação afetiva, como revelam os comentários *“Quando*

eu me corto fica tudo bem com tudo o que eu sinto” (P12C4) e “Eu também fazia isso pra tentar amenisar a dor, mais com o tempo persebi que isso n adiantaria. Não faça isso minha linda” (P64C26) (sic).

Assim, apesar do alívio imediato propiciado pelos cortes, muitos membros da comunidade apontam a ineficiência da estratégia a longo prazo: “(...) eu confesso, quando vc ta la se cortando é uma sensação maravilhosa, mas depois que vc para, viu que n adiantou em nd, e ver cada corte e fica se perguntando: pq eu fiz isso? (...)” (P55C26) (sic); “Sei muito bem como é, um alívio que a gente sente, mas o pior vem depois [emojis tristes]” (P74C6). Percebe-se que o bem-estar é efêmero e o sofrimento pode retornar de forma ainda mais intensa, o que contribui para o aprofundamento das lesões, conforme ressalta o comentário “acho que VC entende, quando se começa n passam de arranhões e depois começam a virar rasgos e VC nem percebe” (P12C14).

Também foi possível constatar que vários membros da comunidade descrevem a autolesão como um comportamento compulsivo perante o qual se sentem incapazes de resistir. Comentários como “Sei como eh, é muito difícil! E eu não consigo controlar a vontade de fazer isso” (P75C4), “Faz muito tempo que não me corto, mas não tô aguentando mais, a vontade de me cortar é maior do que posso suportar” (P75C12) e “Eu prometi pra meu namorado que não ia mais fazer isso [emoticon triste] so que não resisti a dor da minha alma é insuportável e só assim pra eu me sentir melhor” (P75C23) (sic) são extremamente frequentes. Os membros do grupo reconhecem o desafio de permanecerem “livres” da autolesão e celebram as conquistas dos demais, como em uma publicação na qual o usuário foi parabenizado ao postar “Uma semana que não me corto” (P4), ou em comentários como “dois anos sem me mutilar [emoji de coração]” (P66C13), com a foto de um braço livre de lesões. Entretanto, nem todos conseguem sustentar essa condição: “eu consegui parar, mas tenho recaídas ainda” (P65C20).

Assim, percebe-se que a autolesão, no grupo, é caracterizada como uma compulsão. Há clara sensação de impotência em face dos impulsos autodestrutivos, e o alívio e o bem-estar promovidos pela prática são passageiros e, invariavelmente, sucedidos pelo retorno à condição de sofrimento e

à capacidade de provocar cortes ainda mais profundos. Os marcos temporais livres de lesões são celebrados, e o retorno à prática autolesiva é descrito como “recaída”. Desse modo, a comunidade virtual caracteriza a autolesão como um comportamento de dependência análogo ao do uso de drogas.

Sofrimento

Entre todas as categorias, as publicações de sofrimento foram as mais numerosas, com 50 postagens, embora proporcionalmente não tenham despertado tanto engajamento quanto as categorias autolesão e suicídio. Por um lado, tal fato pode indicar maior necessidade de expressão desses afetos; por outro, é possível que os membros sintam maior liberdade para compartilhar postagens sobre esse tema em comparação com os conteúdos sensíveis das outras categorias que violam as políticas de uso da plataforma.

Foi possível identificar três importantes aspectos do sofrimento compartilhado pelos membros do grupo: solidão, depressão e trauma. O sentimento de desamparo e de não ter com quem contar foi amplamente compartilhado no grupo por meio de relatos pessoais, poemas ou músicas sobre o tema. Frequentemente, a dor da solidão aparece diretamente vinculada a corações partidos e a decepções amorosas, como se percebe no comentário “*pq nenhuma menina me quer*” (P57C5), no qual a pessoa explica o motivo do seu sofrimento após um episódio de autolesão.

Contudo, a dificuldade de estabelecimento de vínculos com os pares também se destaca no âmbito da amizade, como se pode perceber em “*Nem amigos, nem amor. Eu sou aquela pessoa que todo mundo acha legal, mas ninguém gosta de verdade*” (P35). Consequentemente, foi possível identificar que a solidão, com frequência, desperta no indivíduo o sentimento de que está sozinho por ser indesejável, o que contribui para o desenvolvimento de um senso de valor próprio diminuído, conforme se pode observar na publicação “*Eu sou um lixo mesmo, todo mundo sempre vai embora da minha vida. Eu cansei, as pessoas que eu amava tanto mentiram pra mim e me destruíram, não sinto mais vontade de viver [emojis de coração partido e choro]*” (P18).

Conteúdos compartilhados pelos usuários que fazem referência a sentimentos de profunda tristeza e letargia também vieram à tona na comunidade, como nas publicações *“hoje eu não estou triste não, hoje eu estou muito triste [emoji de coração partido]”* (P26) e *“A tristeza é tão grande que te dá tanto sono, mas um sono que você não consegue dormir [emoticons de choro]”* (P27). Outro ponto levantado pelo grupo diz respeito ao caráter incessante do sofrimento e à dificuldade de deixar esta condição, como sugerem as postagens *“Pfv não me fassam fingir que isso é só uma fase! Porque não é...”* (P113) (sic) e *“25 anos e minha vida está imóvel. Estou tentando subir a grande colina de esperança por um destino: insônia e crise existencial me resume agora”* (P58). Desse modo, percebe-se que tais sentimentos não correspondem a uma flutuação natural do humor, mas a processos depressivos duradouros.

O sofrimento, porém, é frequentemente camuflado e vivenciado em segredo, oculto dos demais relacionamentos do indivíduo no cotidiano, como se pode perceber em *“Eu me faço de durona, sabe? Mas aqui dentro dói tanto”* (P96), publicação que gerou o maior número de reações da categoria. Já na segunda publicação mais reagida, a autora da postagem coloca uma foto de si mesma com a legenda *“Aprendi a sorrir mesmo sentindo dor”* (P29). Na imagem é possível identificar tanto um sorriso em seu rosto quanto cicatrizes em ambos os braços.

Igual dinâmica pode ser observada em diversos outros relatos: *“Aprendi a chorar sem lágrimas, a sorrir sem felicidade, a viver sem vontade”* (P69), *“(...) até quando vou te que mostra um sorriso no rosto mas por dentro to me sentindo mal, até quando vou te que mostra uma pessoa que eu não sou”* (P1) (sic) e tantos outros. Percebe-se, portanto, dificuldade de expressão emocional e grande discrepância entre os aspectos demonstrados socialmente e a dor sentida internamente. Assim, a comunidade evidencia um sentimento de incompreensão pela sociedade, que exige dos membros um comportamento de falsa adaptação diante do cenário de desesperança com relação à comunicação aberta.

“Eu nasci minha mãe me abandonou no hospital com um dia de vida depois fui adotada por pessoas que nunca deram amor me tratam mal e depois

eu tava namorando ele meteu o pé na minha bunda e foi morar com outra depois de ter gastado R\$ 6000 com ele ter feito tudo por ele e ele disse que eu não servia pra nada que nunca gostou de mim”. (P18C3) (sic)

Como ilustra esse depoimento, o sofrimento decorrente de vivências dolorosas e de um passado traumático também é frequentemente rememorado na comunidade. Na publicação “*Já sofreram bullying? Pelo o que?*” (P83), por exemplo, foi possível identificar violências sofridas pelos membros principalmente em função de aparência física, como em “*por ser baixinha e gordinha*” (P83C8), “*por ser magra, alta e espinhas*” (P83C35). No entanto, também foi possível identificar questões ligadas à raça: “*Muito, pela minha cor, pelo cabelo*” (P83C31) e “*(...) soltou que eu pareço o macaco da passatempo⁴... dei risada, porém senti*” (P83C32); à orientação sexual: “*por ser bi e meu jeito de ser*” (P83C5); e à saúde mental: “*por ser magra e ter depressão [emojis de tristeza e coração partido]*” (P83C3). Já na publicação “*Desafio você a escrever as palavras mais dolorosas que já falaram pra você*” (P13), foi possível constatar uma série de vivências traumáticas relacionadas à experiência com os pais, como “*Eu tentei te abortar, mas nem pro capeta você serve*” (P13C28) e “*Você não serve pra nada seu bicho do mato, por isso te dei embora quando você nasceu*” (P13C2).

Assim, os atravessamentos do neoliberalismo que incidem na cultura por meio de manifestações machistas, racistas e misóginas que inibem a “alteridade”, a expressividade emocional e a demonstração de fraqueza são importantes determinantes do sofrimento revelado pelos membros da comunidade. Desse modo, as típicas formas de manifestação da depressão, como tristeza, anedonia, letargia e baixa autoestima podem ser entendidas como expressões compensatórias dos ideais de produtividade, consumo e felicidade irrestrita do capitalismo.

Suicídio

Embora o número de publicações sobre o tema tenha sido pequeno em relação às demais categorias, as postagens sobre suicídio apresentaram

4 Marca de bolacha.

maior número de comentários e reações que as categorias religião e ajuda e, proporcionalmente, despertaram maior engajamento que as publicações da categoria sofrimento. Nesse sentido, percebe-se que a temática do suicídio mobiliza o grupo e desperta preocupação, visto que grande parte dos comentários relacionados às publicações se destinava a oferecer algum tipo de suporte ao autor da postagem, com mensagens encorajadoras, disponibilização do contato para diálogo ou apoio religioso.

Todavia, assim como pôde ser observado na categoria autolesão, há uma série de comentários que tratam a ideação suicida dos indivíduos com hostilidade e ironia, bem como mensagens que fazem apologia ao suicídio. Em resposta à publicação “*axo que eu só to esperando a hora certa pra acabar com tudo... como será tomar 2 vidros de X⁵ e não acordar mais? [emoticons chorando]*” (P22) (sic), um dos usuários comentou: “*duvido fazer kkkk*” (P22C6). Já nos comentários das publicações “*Existe forma de cometer suicídio sem dor?*” (P100) e “*Quais remédios tomados juntos provocam suicídio?*” (P111), foram descritos dez diferentes métodos que poderiam levar o indivíduo a consumir o ato, fato que provocou indignação de alguns membros: “*E eu aqui vendo essa gente ignorante dando sugestão de como se suicidar! Cadê os Adms⁶?*” (P100C16). Há de se ressaltar que, além de ser condenável em termos de cuidados em saúde mental, o induzimento, incentivo ou auxílio para o suicídio e para a automutilação são crimes passíveis de seis meses a dois anos de reclusão, podendo se estender a seis anos de prisão, caso o ato resulte em morte (Lei n° 13.968, 2019).

Religião

Com apenas 89 reações e 9 comentários, as publicações de religião despertaram engajamento significativamente pequeno em comparação com as postagens das demais categorias. Nesse sentido, 18 das 25 publicações

5 Nome da substância omitido pelo pesquisador.

6 Administradores do grupo.

consistiam em *lives*, transmissões ao vivo de longa duração (entre 30 minutos e 2 horas), realizadas por igrejas e pastores, com exaltadas pregações, mas que praticamente não mobilizaram reações da comunidade.

Todavia, uma publicação (P40) foi capaz de gerar 55 reações e 7 comentários, respectivamente, 62% e 78% dos totais da categoria. Ela consiste em um vídeo de 46 segundos, qual jovens, entusiasmadamente, fazem pequenas preces e rogam a Deus que livre da depressão, da solidão e dos pensamentos em tirar a própria vida todos que estão assistindo ao vídeo, que se encerra com os dizeres “*Nesse momento você está sendo liberto de toda a corrente emocional. Sua depressão caiu por terra em nome de Jesus, amém.*” (P40). Assim, embora as mensagens compartilhadas no vídeo sejam relativamente semelhantes ao conteúdo geral transmitido nas demais *lives*, há de se ressaltar que nenhum outro foi protagonizado por jovens.

Desse modo, por um lado, levanta-se a hipótese de que o elemento de identificação entre pares mobiliza mais os membros da comunidade do que os próprios conteúdos religiosos. Por outro, embora as publicações da categoria religião tenham despertado baixo engajamento, foi possível identificar notável presença de comentários religiosos em resposta a postagens das categorias sofrimento, autolesão e suicídio. Assim, perante as dificuldades compartilhadas pelos membros da comunidade, são frequentes as mensagens que buscam oferecer conforto por meio da crença de que tudo será resolvido pela fé em Deus, como se pode observar em “*Não pensa nisso linda. Jesus TE Ama sua Alma é muito preciosa pra Deus... Tenha fé é só uma fase tudo vai passa [emoticons de coração e de oração]*” (P111C16) (sic); “*Nss que triste, mas tudo vai ficar bem, tenha fé em Deus, vai dar tudo certo [emoji piscando]*” (P18C5); “*Vai pra igreja aceitar Jesus, eu tenho certeza que ele resolverá seus problemas*” (P111C20). Ressalta-se que o último comentário provocou três reações de risada.

Especificamente em relação às postagens da categoria suicídio, os comentários religiosos adquirem ainda mais relevância. Em resposta à publicação “*Existe forma de cometer suicídio sem dor?*” (P100), foi possível identificar comentários como “*existe siim... Vc vai pra igreja e se batiza, aí tu morrer pro mundo e renasce pra Cristo (...)*” (P100C36) (sic). Já na

publicação “*Quais remédios tomados juntos provocam suicídio?*” (P111), a mesma dinâmica pôde ser observada através do comentário “*O remédio se chama eucaristia, vc morre pra o mundo é nasci pra Deus!*” (P111C14) (sic).

No entanto, a predominância de mensagens que apontam o caminho da salvação por via da religião gera desconfiância por parte de diversos usuários. Como exemplo, é possível destacar o questionamento “*se libertou e porque está no grupo? Estás curada? Não tomas mais nenhum medicamento?*” (P111C45), no qual se evidencia o ceticismo dos membros frente a relatos de superação pela fé. Até mesmo usuários que acreditam em Deus chegam a demonstrar desconforto com o excesso de mensagens dessa natureza, como evidenciam os comentários em sequência de C.: “*Acredito em Deus, mas meu limite de sofrimento deu*” (P111C38), “*Quantas vezes no meu quarto implorei por ajuda, pedi que ao menos me fizesse dormir, orei e orei com todas as forças que eu tinha ali*” (P111C39), “*E não tive resultado*” (P111C40).

Percebe-se, portanto, que discussões sobre crenças são frequentes, polarizam opiniões e os próprios membros reconhecem a carência de outras formas de apoio e tipos de intervenção. Assim, se por um lado as religiões cristãs podem propiciar legítimas experiências de transcendência a determinados indivíduos, por outro, não se pode afirmar que o caminho da fé cristã se configura como uma possibilidade de desenvolvimento psicológico para todos.

Ajuda

Embora o grupo tenha sido criado com o intuito de ajudar os praticantes de autolesão a refletirem sobre o comportamento, é possível perceber que as postagens destinadas a esse fim promovem comparativamente pouco engajamento em relação às publicações da categoria autolesão. Desse modo, é possível levantar a hipótese de que o modo como a ajuda é oferecida no grupo não tem sido eficiente no sentido de mobilizar os membros. Outra hipótese possível refere-se à possibilidade de que, apesar de o grupo se apresentar com a proposta de ajudar, o maior interesse dos usuários reside na própria prática de autolesão.

Tabela 3. Comparação do engajamento promovido pelas publicações da categoria ajuda e da categoria autolesão

	Publicações	Reações	Comentários
Autolesão	24	596	490
Ajuda	25	166	88

Fonte: os autores (2021)

Além das mensagens de cunho religioso, a principal forma encontrada pelos usuários para oferecer algum tipo de apoio aos membros diz respeito à abertura para a conversa. Embora não seja possível identificar a proporção com que tais interações de fato ocorram no âmbito privado, mensagens nas quais os usuários disponibilizam canais de comunicação, como “*Se precisar de ajuda me chama [telefone de contato]*” (P48C1), “*Tô aqui tbm, caso queira conversar...*” (P104C3) e “*Moça, converse comigo. Vamos conversar, talvez conversar pode te fazer sentir melhor*” (P101C1), ocorrem a todo momento. Assim, é possível corroborar os dados da literatura de que o senso de comunidade entre pares e a disponibilidade em tempo integral de um espaço para desabafar são aspectos positivos propiciados pela rede social.

Com relação à divulgação de informações e cuidados em saúde mental, foram poucas as publicações destinadas a ampliar os conhecimentos acerca de práticas autolesivas, processos depressivos ou ideação suicida. Nesse sentido, é relevante o fato de que a única publicação com teor mais informativo se debruce justamente sobre o estigma da depressão:

Depressão não é frescura! É uma condição que causa prejuízos à vida social do indivíduo o impedindo de fazer atividades que antes eram consideradas prazerosas. Se você tem esse problema, não tenha vergonha de procurar ajuda, tal atitude pode te proporcionar uma vida feliz e saudável, não sofra devido a rótulos! Você que é familiar, amigo ou próximo de alguém que está nessa condição não o julgue, coloque-se no lugar dessa pessoa, perceba que ela enxerga o mundo de uma forma diferente e isso não é culpa dela! O que ela precisa é do seu apoio e tratamento adequado para viver de forma saudável e feliz. (P70)

Outra importante característica observada no modo como a ajuda emerge no grupo diz respeito ao fato de que o suporte é majoritariamente oferecido por pessoas que passaram ou estão passando por um sofrimento semelhante ao dos membros que visam ajudar. Assim, comentários que buscam estabelecer proximidade a partir de uma identificação mútua de histórias de vida, como *“Parece meu braço quando eu me cortava.. Q conversa?”* (P75C24) (sic), surgem com frequência.

Até mesmo as poucas organizações que atuam no grupo de modo a divulgar cuidados em saúde mental são fundamentalmente constituídas por pessoas que passaram por sofrimentos semelhantes e supostamente sabem como superá-los. Descrito como uma organização juvenil, o HELP FJU é um projeto da Força Jovem Universal pertencente à Igreja Universal do Reino de Deus que visa ajudar jovens que sofrem de depressão, automutilação e ideação suicida. Com o slogan *“Não te julgo, te ajudo”*, os membros da entidade divulgam o projeto e disponibilizam um telefone de contato em diversas publicações da comunidade, como por exemplo em resposta a uma postagem de autolesão: *“Não faça isso, podemos te ajudar, já passamos por isso e vencemos [telefone de contato]”* (P68C12).

Também da Igreja Universal, o projeto Depressão tem Cura se descreve como uma organização sem fins lucrativos com o objetivo de apoiar e ajudar pessoas que estão passando por momentos de depressão. A exemplo da FJU, é possível identificar o contato da entidade em uma série de publicações na comunidade, como em *“Busque ajuda existe uma saída para essa dor, vc pode vencer como eu venci a Depressão. Sigam a página eles atendem presencial ou online gratuito [link da página]”* (P48C8) (sic). Porém, tais publicações geram pouco engajamento por parte dos membros da comunidade.

Contudo, a publicação que mais gerou reações e comentários da categoria, respectivamente 40% e 55% do total, consistiu em uma postagem para os usuários marcarem seus amigos com os dizeres *“Nossa amizade vai durar para sempre. Caso ela acabe, eu dou um jeito. Ela vai se levantar de novo... Você é muito importante para mim, eu te amo muito”* (P120). Percebe-se, desse modo, que as relações de amizade são mais valorizadas pelos membros da comunidade do que o suporte oferecido por organizações

e profissionais da área da saúde, o que corrobora os dados da literatura de que praticantes de autolesão são mais propensos a buscar ajuda em seus pares. No entanto, esses estão frequentemente despreparados para lidar com tais sofrimentos.

Nesse sentido, são comuns comentários que sugerem uma negação do sofrimento, como *“Não pense em coisas ruins meu anjo, logo tudo vai passar, por mais difícil que a vida seja, tudo vai passar, você vai ver. Não fique pensando no pior, pense no que é melhor pra sua vida”*. (P22C1), assim como comentários que insistem reiteradamente na necessidade de força de vontade para combater o sofrimento, como se pode observar em *“Você vai sair dessa situação, confie em si mesma, mantenha-se forte e determinada a lutar contra os pensamentos que te aprisionam”* (P59C13). O desgaste desse tipo de intervenção é evidenciado pela boa receptividade da segunda publicação mais reagida da categoria, que diz *“Chore, desabe. Ninguém é obrigado a ser forte o tempo todo”* (P16).

Portanto, embora haja abertura por parte dos membros em discutir questões relativas a sofrimento e autolesão com seus pares, é importante ressaltar que o suporte oferecido por eles não dá conta de atender a demanda dos usuários satisfatoriamente. A superação de um estado de grande sofrimento, seja a depressão ou o repetido engajamento na prática de autolesão, por si só, não torna o indivíduo suficientemente qualificado para intervir em contextos de vulnerabilidade. Desse modo, embora o estabelecimento de vínculos interpessoais possa desempenhar um papel importante nos processos de recuperação, o acompanhamento médico e psicológico concomitante não pode ser entendido como substituível.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa teve como objetivo primário compreender como o fenômeno da autolesão não suicida é tratado no grupo “automutilação” do Facebook, comunidade virtual composta por praticantes e moderada por membros que não são profissionais da área da saúde. Nesse sentido, foi possível identificar que a autolesão é descrita como um comportamento compulsivo com características de dependência. Categoria cujas publicações

despertaram maior engajamento entre os usuários, o compartilhamento de imagens de autolesão ocorre com frequência e promove um aumento substancial na quantidade de fotos de feridas postadas nos momentos seguintes, dado que aponta para possíveis fenômenos de contágio social. Também foi possível identificar que o sofrimento descrito pelos membros faz referência a processos depressivos duradouros e se caracteriza por grande solidão, vivências de eventos traumáticos e dificuldade de expressão de sentimentos nas relações cotidianas.

Com relação às interações entre os usuários, foi possível apontar aspectos positivos, como a disponibilidade dos membros para conversar e fornecer apoio àqueles que estão sofrendo. No entanto, também foi possível identificar uma série de aspectos potencialmente danosos, como postagens de incitação ao suicídio e à autolesão, hostilidade nas interações e despreparo para lidar com o sofrimento alheio. Assim, ainda que seja possível apontar benefícios da comunidade, percebe-se que os aspectos negativos se sobrepõem.

Dentre as limitações da presente pesquisa, faz-se necessário destacar a impossibilidade de se determinar com clareza o público da comunidade. Embora os temas compartilhados no grupo e as fotos dos membros sugiram relativa predominância de jovens, há uma grande quantidade de perfis *fakes*, isto é, usuários que se apresentam em sua página através de nomes, imagens e ocupações fictícias, ocultando a verdadeira identidade. Ademais, tratando-se de um grupo público e visível, é impossível determinar o verdadeiro alcance da página, visto que qualquer usuário da rede pode acessar os conteúdos sem a necessidade de se registrar como membro.

Pesquisas futuras poderiam explorar as características do funcionamento dos demais grupos de WhatsApp, assim como o serviço oferecido pelas organizações religiosas atuantes na comunidade, visto que o Facebook pode ser a porta de entrada para novos grupos e novas relações. A preferência dos membros em discutirem autolesão com seus pares em detrimento a profissionais da saúde é outro ponto importante ainda a ser investigado. Embora seja possível levantar as hipóteses de que o grupo de autolesão exerce importante função de socialização, assim como protege

os membros dos julgamentos decorrentes do estigma da prática no mundo offline, aprofundar o entendimento acerca desse fenômeno é fundamental para que se desenvolvam estratégias de intervenção adequadas.

Por fim, a pesquisa evidencia que as instituições da saúde ainda carecem de ações eficazes no âmbito virtual. O sofrimento compartilhado pelos membros da comunidade é significativo e, embora necessária, a remoção de páginas com conteúdos nocivos, por si só, é insuficiente para fomentar processos de recuperação. Assim, dada a baixa procura de praticantes de autolesão por profissionais da saúde, faz-se necessário o desenvolvimento de novas estratégias de intervenção e cuidados em saúde mental de modo a acessar o ambiente online e promover maior aproximação entre usuários e serviços de saúde. Nesse sentido, a criação de grupos em redes sociais moderados por profissionais da saúde devidamente capacitados emerge como uma possibilidade de se promover espaços nos quais os usuários possam compartilhar experiências, pedir ajuda em um contexto menos estigmatizante e fortalecer vínculos interpessoais sem que as vulnerabilidades sejam concomitantemente acentuadas.

REFERÊNCIAS

- Ammerman, B. A., Jacobucci, R., Turner, B. J., Dixon-Gordon, K. L., & McCloskey, M. S. (2020). Quantifying the Importance of Lifetime Frequency Versus Number of Methods in Conceptualizing Nonsuicidal Self-Injury Severity. *Psychology of Violence, 10*(4), 442-451 <https://doi.org/10.1037/vio0000263>
- American Psychiatric Association (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5^a ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
- Andover, M. S., Schatten, H. T., Morris, B. W., Holman, C. S., & Miller, I. W. (2017). An intervention for nonsuicidal self-injury in young adults: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85*(6), 620-631. <https://doi.org/10.1037/ccp0000206>

- Arendt, F., Scherr, S., & Romer, D. (2019). Effects of exposure to self-harm on social media: Evidence from a two-wave panel study among young adults. *New Media and Society*, *21*(11–12), 2422–2442. <https://doi.org/10.1177/1461444819850106>
- Brown, R. C., Fischer, T., Goldwich, A. D., Keller, F., Young, R., & Plener, P. L. (2018). #cutting: Non-suicidal self-injury (NSSI) on Instagram. *Psychological Medicine*, *48*(2), 337–346. <https://doi.org/10.1017/S0033291717001751>
- De Riggi, M. E., Lewis, S. P., & Heath, N. L. (2018). Brief report: nonsuicidal self-injury in adolescence: turning to the Internet for support. *Counselling Psychology Quarterly*, *31*(3), 397–405. <https://doi.org/10.1080/09515070.2018.1427556>
- Duggan, J. M., Heath, N. L., Lewis, S. P., & Baxter, A. L. (2012). An Examination of the Scope and Nature of Non-Suicidal Self-Injury Online Activities: Implications for School Mental Health Professionals. *School Mental Health*, *4*(1), 56–67. <https://doi.org/10.1007/s12310-011-9065-6>
- Dyson, M. P., Hartling, L., Shulhan, J., Chisholm, A., Milne, A., Sundar, P., Scott, S. D., & Newton, A. S. (2016). A systematic review of social media use to discuss and view deliberate self-harm acts. *PLoS ONE*, *11*(5), 1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155813>
- Fitzgerald, J., & Curtis, C. (2017). Non-suicidal self-injury in a New Zealand student population: Demographic and self-harm characteristics. *New Zealand Journal of Psychology*, *46*(3), 156–163. Recuperado de <https://researchcommons.waikato.ac.nz/handle/10289/12652>
- Fonseca, P. H. N., Silva, A. C., Araújo, L. M. C. & Botti, N. C. L. (2018). Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, *70*(3), 246–258. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&id=S1809-52672018000300017

- Gandhi, A., Luyckx, K., Baetens, I., Kiekens, G., Sleuwaegen, E., Berens, A., Maitra, S., & Claes, L. (2018). Age of onset of non-suicidal self-injury in Dutch-speaking adolescents and emerging adults: An event history analysis of pooled data. *Comprehensive Psychiatry, 80*, 170–178. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.10.007>
- Jones, R., Sharkey, S., Ford, T., Emmens, T., Hewis, E., Smithson, J., Sheaves, B., & Owens, C. (2011). Online discussion forums for young people who self-harm: User views. *Psychiatrist, 35*(10), 364–368. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.110.033449>
- Klonsky, E. D., Victor, S. E., Saffer, B. Y. (2014). Non-suicidal self-injury: What we know, and what we need to know. *The Canadian Journal of Psychiatry, 59*(11), 565-568. <https://doi.org/10.1177/070674371405901101>
- Lei n° 13.968, de 26 de dezembro de 2019. Alteração do art. 122 do Decreto-Lei n° 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal). Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13968.htm
- Lewis, S. P., & Seko, Y. (2016). A Double-Edged Sword: A Review of Benefits and Risks of Online Nonsuicidal Self-Injury Activities. *Journal of Clinical Psychology, 72*(3), 249–262. <https://doi.org/10.1002/jclp.22242>
- Ministério da Saúde. (2017). Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. In *Boletim Suicídio. Saber, agir e prevenir, 48*(30), 1–15. Recuperado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/arquivos/2017-025-perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-brasil-e-a-rede-de-aten-ao-a-sa-de-pdf>
- Otto, S. C., Santos, K. A. (2016). O Tumblr e sua relação com práticas autodestrutivas: o caráter epidêmico da autolesão. *Psicologia Revista, 25*(2), 265–288. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/24537>

- Plener, P. L., Kaess, M., Schmahl, C., Pollak, S., Fegert, J. M., & Brown, R. C. (2018). Non-suicidal self-injury in adolescents. *Deutsches Arzteblatt International*, *115*(3), 23–30. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0023>
- Silva, A. C. (2016). *Comportamento autolesivo não suicida em redes sociais virtuais* (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São João del-Rei). Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1037936>
- Silva, A. C., & Botti, N. C. L. (2018). Uma investigação sobre automutilação em um grupo da rede social virtual Facebook. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição Em Português)*, *14*(4), 203–210. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.000355>
- Victor, S. E., Muehlenkamp, J. J., Hayes, N. A., Lengel, G. J., Styer, D. M., & Washburn, J. J. (2018). Characterizing gender differences in nonsuicidal self-injury: Evidence from a large clinical sample of adolescents and adults. *Comprehensive Psychiatry*, *82*, 53–60. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.01.009>

Recebido em 17/12/2021

Aceito em 04/06/2024



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a obra original seja devidamente citada.

Escuta clínica diante da morte: experiência de uma psicóloga residente em enfermaria de cuidados paliativos

Clinical listening in the face of death: experience of a psychologist residing in a palliative care ward

La escucha clínica ante la muerte: experiencia de un psicólogo que reside en una sala de cuidados paliativos

*Jakeline Maria da Silva**
*Josene Ferreira Batista***

Resumo

Este relato de experiência tem como objetivo realizar reflexões com articulações teóricas referentes às experiências vivenciadas por uma psicóloga. Foi construído a partir da experiência prática de uma residente do programa de residência em psicologia clínica hospitalar na enfermaria de Cuidados Paliativos, em caráter de rodízio opcional. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, feito a partir de leitura e análise de diários de campo e registros profissionais construídos a partir dos atendimentos realizados. A discussão produzida foi balizada no escopo teórico à luz da filosofia existencialista e da teoria psicanalítica freudiana, trazendo também um recorte histórico tanatológico. Doravante, refletiu-se sobre o lugar de uma escuta clínica inventiva, dita po-ética, como dispositivo de cuidado no contexto paliativista, viabilizando ao sujeito a narração de sua história dentro de um espaço de (re) construção simbólica em momentos de terminalidade. Nesse sentido, o relato aponta para uma escuta que possibilita a tomada ética de produção de vida diante da morte.

Palavras-chave: *Morte; Cuidados paliativos; Escuta clínica.*

* Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, PE, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0064-7974> E-mail: jakelinesilva.psi@gmail.com

** Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, PE, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7056-4958> E-mail: jakelinesilva.psi@gmail.com

Abstract

This experience report aims to reflect with theoretical articulations on the experiences lived by a psychologist. It was constructed from the practical experience of a resident in the clinical hospital psychology residency program in the Palliative Care ward, as an optional rotation. It is a descriptive study, a type of experience report, based on the reading and analysis of field diaries and professional records, constructed from the services provided. The discussion produced was framed within the theoretical scope in light of existentialist philosophy and Freudian psychoanalytic theory, also bringing a historical tanatological perspective. Henceforth, reflections were made on the place of inventive clinical listening, termed po-ethical, as a care device in the palliative context, enabling the subject to narrate their story within a space of symbolic (re)construction in moments of terminality. In this sense, the report points to listening that enables the ethical stance of life production in the face of death.

Keywords: Death; Palliative care; Clinical listening.

Resumen

Este informe de experiencia tiene como objetivo realizar reflexiones con articulaciones teóricas referentes a las experiencias vividas por una psicóloga. Se construyó a partir de la experiencia práctica de una residente del programa de residencia en psicología clínica hospitalaria en la sala de Cuidados Paliativos, en carácter de rotación opcional. Se trata de un estudio descriptivo, del tipo relato de experiencia, basado en la lectura y análisis de diarios de campo y registros profesionales, contruidos a partir de las atenciones realizadas. La discusión producida fue enmarcada en el ámbito teórico a la luz de la filosofía existencialista y de la teoría psicoanalítica freudiana, trayendo también una perspectiva tanatológica histórica. De ahora en adelante, se reflexionó sobre el lugar de una escucha clínica inventiva, denominada po-ética, como dispositivo de cuidado en el contexto paliativista, permitiendo al sujeto narrar su historia dentro de un espacio de (re)construcción simbólica en momentos de terminalidad. En este sentido, el informe señala una escucha que posibilita la toma ética de producción de vida frente a la muerte.

Palabras clave: Muerte; Cuidados paliativos; Escucha clínica.

A Psicologia Hospitalar é uma especialidade na qual se pressupõe o encontro do psicólogo com o sujeito que busca assistência na atenção terciária. Seu conjunto de práticas e atuação está inclinado à subjetividade dos sujeitos que se encontram diante da doença. Simonetti (2018) define

esse encontro como de ordem real, de natureza patológica, o qual produz ressonâncias psicológicas que reverberam na família, na equipe que o assiste e, sobretudo, no próprio paciente.

A inserção da Psicologia no cenário Hospitalar tem marcas ainda púberes. Angerami (2002) a circunscreve no Brasil, na década de 1950, no Hospital Geral, quando Matilde Néder atuou de modo pioneiro no acompanhamento psicológico de crianças nos setores de ortopedia e traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Enquanto prática reconhecida como especialidade, a Psicologia Hospitalar se instituiu formalmente balizada, com arcabouço técnico e teorias específicas, a partir da recente resolução N^o013/2007 do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2014).

Diante desse contexto, portanto, fez-se necessária à formação profissional em saúde a implementação de diretrizes que norteassem os cursos de graduação e pós-graduação. Assim, o Ministério da Saúde, com a participação do CFP, estabeleceu as Diretrizes Curriculares Nacionais para o processo de formação acadêmica do(a) psicólogo(a), formuladas em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e as recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) publicadas em 2004, entrando em vigor em 2011 (CFP, 2019).

A prática – deveras imprescindível, mas ainda alhures da grande maioria dos modelos acadêmicos de ensino superior – é tomada a rigor nos cursos de pós-graduação lato sensu. Nesse panorama se insere o Programa de Residência Uniprofissional em Psicologia Clínica Hospitalar, com ênfase na especialização por meio da própria atividade prática voltada ao serviço da instituição hospitalar, contribuindo de modo predominante à praxe da Psicologia.

Neste contexto, o(a) residente uniprofissional em formação atua diretamente com a equipe de saúde do serviço, pacientes e familiares, somando, entre atividades teóricas e práticas, um quantitativo de 5.760 horas, distribuídas ao longo de 60 horas semanais, num período de dois anos. A experiência possui um caráter de dedicação exclusiva, tornando

a residência hospitalar um encontro consigo e com as relações humanas, exigindo escolhas, manejos transferenciais e disponibilidade para “costurar” trocas de saberes interdisciplinares (IMIP, 2019).

A partir desse ponto, as informações gerais dos programas de residência em área profissional de saúde destacam recomendações específicas para a modalidade uniprofissional em Psicologia, que enfatizam a habilidade do residente em ouvir com dignidade, técnica e humanidade um paciente em sofrimento e seus familiares dentro do ambiente de um Hospital Geral. Isso evidencia a importância ética da escuta clínica e sua indispensabilidade nesse contexto (Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP, 2019).

A escuta a qual se propõe a Psicologia Hospitalar é, em seus diferentes contextos e setores, uma escuta clínica. A dimensão ética e política dessa prática é, por assim dizer, da inclinação. As contribuições da Psicologia Hospitalar ressaltam a terminologia da palavra *inclinare*, advinda da Grécia antiga. Entre os gregos, chamavam-se de clínicos os médicos que, falando o idioma de seus concidadãos, inclinavam-se no leito para conversar com eles (Simonetti, 2018).

Enquanto campo de atuação, o Complexo Hospitalar – Hospital de referência da cidade do Recife – dispõe de assistências médica e social, ensino, pesquisa e extensão comunitária, possuindo diversas especialidades, sendo incluídas na residência em Psicologia Clínica Hospitalar as seguintes áreas: ginecologia e obstetrícia, neonatologia, pediatria, clínica médica, clínica cirúrgica, nefrologia, hepatologia, oncopediatria, UTI e cardiologia pediátricas. Além disso, prestam-se, na condição de residente, os serviços de atendimento nos ambulatórios gerais e especializados de Psicologia.

No segundo ano de residência em Psicologia Clínica e Hospitalar, é dado como opcional o rodízio no qual o(a) residente escolhe para sua atuação um setor externo ou interno ao hospital. Assim, a passagem na residência traz uma série de encontros e experiências ricas ao profissional de psicologia, o que lhe suscita inclinações aos mais diversos campos e temáticas, considerando a riqueza de especialidades existentes num complexo hospitalar.

Nesse âmbito, os encontros são de ordem contingente, embora haja aqueles que se repetem. O profissional de psicologia depara-se corriqueiramente com os corpos adoecidos, as limitações postas pelo adoecimento, o sofrimento causado pela dor, que se manifesta no sujeito diante da possibilidade da morte e da angústia pelo que parece não ter nome e que toca na finitude, no limite e nas impossibilidades (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012).

Nesse ínterim, o hospital é marcado por demandas urgentes e, tendo em sua proposta o modelo médico curativista, faz dos Cuidados Paliativos uma importante ruptura no discurso pautado na negação da morte. Ali, onde a terminalidade é vivida de maneira integralizada, discutível, onde o campo de experiência com a morte e seus desdobramentos é vasto, escolhi o rodízio opcional, deste relato de experiência, mais especificamente na enfermagem da Casa dos Cuidados Paliativos, onde se concentram os pacientes paliativos da instituição, a saber, Casa dos Cuidados Paliativos (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012).

De acordo com o Manual de Cuidados Paliativos (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012, p. 26), em 2002, a OMS define o cuidado paliativo como:

uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.

Essa abordagem advém de uma postura ética que se afasta de propostas protocolares de intervenção, partindo de princípios norteadores humanísticos. Estes têm como fundamento uma abordagem multiprofissional, visando à promoção do alívio da dor e de sintomas desagradáveis durante o processo de adoecimento, entendendo a morte como um movimento natural da vida que não precisa ser adiado ou acelerado (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012).

A OMS definiu Cuidados Paliativos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes (adultos e crianças) e de suas

famílias, que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Ela previne e alivia o sofrimento por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor, entre outros problemas, sejam eles físicos, psicossociais e espirituais. O cuidado paliativo é a parte crucial dos serviços de saúde integrados e centrados na pessoa, em todos os níveis de cuidado: objetiva aliviar o sofrimento, seja ele causado por câncer, falência orgânica, tuberculose resistente, estágio final de doenças crônicas, prematuridade extrema ou fragilidade extrema no idoso (OMS, 2022).

Segundo Rodrigues (2012), os Cuidados Paliativos representam um modelo de assistência que não se baseia em protocolos de intervenção, mas em princípios orientadores que incluem: proporcionar alívio da dor e de outros sintomas desconfortáveis; reconhecer a vida como um processo natural, enquanto se respeita a morte; não prolongar nem apressar a morte dos pacientes; integrar aspectos psicológicos e espirituais no cuidado; permitir que o paciente viva o mais plenamente possível até o fim da vida; oferecer apoio aos familiares durante a doença do paciente e no período de luto; adotar abordagem multiprofissional; melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; iniciar os cuidados o mais cedo possível.

No que tange ao papel do(a) psicólogo(a) no cenário paliativo, Pereira Bezerra Viegas *et al.* (2018), sintetizam-no como: auxílio na comunicação entre equipe, paciente e família; compreensão do diagnóstico; acolhimento dos aspectos emocionais que circundam o adoecimento; abertura aos conteúdos espirituais e rituais de despedida; manejo relacionado a elaborações e concretude de pendências das mais diversas ordens.

Este artigo objetiva realizar uma reflexão com articulação teórica sobre a função da escuta clínica no tocante ao encontro com a morte e suas ressonâncias, sendo construído a partir do percurso como psicóloga residente do programa de Residência Uniprofissional em Psicologia Clínica Hospitalar e minhas reflexões mediante vivências no contexto de terminalidade na enfermaria dos Cuidados Paliativos. Este relato de experiência da residência hospitalar tem como ênfase a escuta clínica no contexto dos Cuidados Paliativos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, elaborado a partir de reflexões com articulações teóricas referentes a experiências vivenciadas durante um mês no serviço de Cuidados Paliativos Oncológicos do Hospital de Referência, na cidade de Recife/PE.

O relato foi produzido a partir da leitura e da análise dos diários de campo realizados em caderno de anotações e registros profissionais acerca dos atendimentos, reuniões multidisciplinares e preceptoria. Os dados experimentais foram analisados à luz do escopo teórico paliativo, tanatológico, existencialista, com abordagem psicanalítica. A revisão bibliográfica foi desenvolvida com artigos extraídos pela base de dados SciELO, com os seguintes descritores: Cuidados Paliativos, psicanálise, existencialismo, escuta clínica, morte e Psicologia Hospitalar. Também foram usadas obras consagradas da filosofia e da psicanálise que contemplam a temática da morte. Ademais, o relato de experiência atende e respeita os critérios éticos da resolução 510/16 do CNS, sendo aprovado no Comitê de Ética-CEP/IMIP e/ou Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sob CAEE nº 44107021.2.0000.5201.

A enfermaria de Cuidados Paliativos situava-se num espaço físico próprio, comportando 14 leitos, sendo dez exclusivos a pacientes acometidos de graves doenças, que põem em risco a continuidade da vida, e quatro de cunho geriátrico.

A pesquisadora principal recebeu, durante sua passagem na enfermaria de Cuidados Paliativos, preceptoria balizada na literatura paliativista, que também serviu de suporte teórico para realizar as reflexões teóricas deste estudo. Vale salientar que todas as atividades, intervenções e atendimentos *in loco* foram devidamente anotadas em livro de registro e/ou prontuário multidisciplinar, além das evoluções internas que competem à categoria de registros documentais do psicólogo, obrigatórias no exercício de sua função, que serviram como fonte de dados para realizar este relato.

Nos primeiros dias de rodízio opcional neste espaço, foi registrada a disposição dos leitos, a integralidade da equipe multidisciplinar, o fluxo de atendimento da Psicologia, os registros e as anotações necessárias à prática e as ressonâncias psíquicas que traziam a representação da morte.

RESULTADOS

No ano em que estas vivências foram registradas, a enfermaria Casa dos Cuidados Paliativos localizava-se dentro dos muros de um Hospital Geral do Recife, mais precisamente acima de uma capela, tendo suas portas e janelas bem abertas e um telhado revestido por telhas de barro, que mais lhe conferiam a aparência de uma casa do que propriamente uma enfermaria.

Algumas questões naquele lugar se repetiam na minha escuta como residente em Psicologia Hospitalar. Com que frequência o tema da morte viria à tona? Estariam as demandas e queixas dos pacientes em torno daquilo que tal lugar representaria? Perguntariam sobre a própria morte, suporiam como aconteceria? Falariam ou silenciariam acerca de tais questões? Essas perguntas foram disparadoras para o meu exercício profissional e para o que nomearia de ato po-ético. Meira (2020) aponta que o ato po-ético diz respeito a uma ação criativa, fundamentalmente artística, na qual se doa sentido e linguagem à criação, de modo que o sentido das vivências apreendidas se desvela e produz algo de original ao sujeito. Assim, os traços e retalhos das experiências relatadas conferem ao próprio relato algo de po-ético, na medida em que confere novos sentidos às experiências, às voltas e às vias de um rodízio que me colocou às voltas e às vias da minha dimensão de terminalidade.

Ainda que se saiba que, desde o momento em que nascemos, estamos todos condenados a morrer, o que se pode refletir no contexto da enfermaria de Cuidados Paliativos e dos pacientes crônicos – e/ou contexto de terminalidade – é que a morte reatualiza, em cada sujeito, questões e comportamentos muito particulares, que revelam pormenores de sua idiosincrasia.

É nesse ínterim que a Casa dos Cuidados Paliativos se tornou um território fértil para o meu encontro com sujeitos adultos e finitos que

falavam da própria morte e com aqueles que preferiam não a citar, ou os que falavam da morte por meio de outros assuntos ou utilizavam-se de subterfúgios linguísticos que não escancarassem a palavra que parece evitada desde a infância. O que corroborou os achados teóricos, durante a escuta das posições dos pacientes diante da morte, foi a escuta de sujeitos e familiares que preferiram evitar o assunto e continuar a crer que um milagre aconteceria; a escuta de outros sujeitos que, apropriados do iminente acontecimento, falavam com quietude da compreensão de sua morte, mesmo afirmando que nem por isso, deixariam de realizar uma cerimônia religiosa de casamento, adiada com a descoberta de um câncer metastático (a vida mostrando, desse modo, que não cessa de se inscrever enquanto há desejo).

DISCUSSÃO: MORTE, UM PANORAMA

Segundo Kovács (1992), na infância, a criança experimenta suas primeiras impressões da morte quando sua mãe se ausenta, marcando, assim, as representações de perda, falta, separação e desamparo que levará consigo no decorrer de sua existência. Nas demais fases da vida, como a adolescência e a adultidade, a morte é reposicionada. É no contexto da adolescência que a transgressão faz sua tônica, no qual é perceptível a negação dos sujeitos sobre a temática, ancorando-se, portanto, nas ideias de potência e imortalidade.

Na fase adulta, por sua vez, marcada temporalmente como sendo a metade da vida, a morte fica aquém das responsabilidades sociais, do trabalho, da família e toda energia é despendida para a consolidação de um adulto, dito, funcional. É, portanto, na segunda fase da adultidade que, tendo reconhecido a impetuosidade do tempo, o sujeito se debruça sobre o declínio de suas funções e, com isso, em tese, estaria mais atento às questões da morte e suas possíveis proximidades. No entanto, percebe-se que a negação o acompanha em sua jornada, até mesmo na terceira idade, quando naturalmente esse fenômeno se torna iminente. O assunto é evitado ou temido como se o ato de falar sobre a morte a atraísse (Kovács, 1992).

A morte enquanto fenômeno humano não é estática. Embora cada sujeito encare a própria morte de forma particular, percebe-se que

o encontro com a morte, ao longo da história, perpassou um conjunto diverso de contextos sócio-históricos. Segundo Ariès (1977), a ritualização da morte configura um traço que identifica a humanidade. Nas sociedades mais primitivas, por exemplo, os mortos não eram abandonados. Quando se morria, o acontecimento era tomado como um produto de feitiçaria, atuando na dimensão da carne, sendo a alma imortal. Partindo desse pressuposto, civilizações produziram formas peculiares de simbolizar a morte. Os egípcios, por exemplo, acreditando no retorno do espírito ao corpo, realizavam processos de mumificação.

Em Roma, acreditava-se que os mortos não desapareciam; os espíritos teriam, assim, habilidade de se comunicarem com os vivos. Já na Grécia Antiga a cremação significava uma postura de enfrentar a morte. Havia, na Antiguidade, uma separação entre o mundo dos vivos e o dos mortos. As religiões modernas, por sua vez, trouxeram um tom de medo e incompreensão para o fenômeno. Os processos funerários, nesse contexto, eram pautados num intenso receio de que o morto voltasse ao mundo dos vivos. Pedras imensas eram colocadas para selar os túmulos, os corpos eram dissecados e cremados. A morte passa a ter o status de um fracasso impronunciável, remetendo a uma conotação quase ‘não natural’ (Ariès, 1977).

Na Idade Média, mantiveram-se os rituais fúnebres e os afetos enlutados. A palavra “funus” significa corpo morto, funerais, assassinato; “funestus”, sacrilégio provocado por um cadáver. Esses rituais apontam uma tentativa de construção de sistemas simbólicos para compreensão do fenômeno da morte. As cerimônias podiam envolver diversos passos, sendo a morte tratada a partir de um evento público organizado pelos familiares da pessoa morta, com participação ativa da comunidade (Ariès, 1977).

A partir dos séculos XVI ao XVIII, a morte adquiriu novo sentido, passando a representar uma ruptura. Segundo Ariès (1977), duas mudanças significativas ocorreram no fim do século XVIII: um sentimento de empatia com a morte do outro e uma transformação profunda na relação entre a família e o ente falecido. Essa transição ocorre de forma sutil desde a Idade Média até a metade do século XIX.

O século XX inicia mudanças radicais nesse cenário. Uma delas é a instauração, para além do movimento de ocultação do cadáver, de um

encobrimento do seu estado e do motivo de sua morte. Enquanto antes se morria dentro das casas, o quarto onde se falecia foi substituído pelo hospital, e a família pela equipe de profissionais de saúde. Essas transformações têm como fundamento o apego crescente à vida e aos avanços do conhecimento científico. A morte deixa de ser uma circunstância natural e passa a representar um fenômeno patológico, técnico, distante da família e da comunidade (Ariès, 1977).

O hospital se converte num espaço voltado para os cuidados do enfermo, e a nova maneira de morrer é cercada de estranhos, de profissionais a cumprir procedimentos e, sobretudo, de pessoas que utilizam uma língua diferente da cotidiana. O nome do falecido transforma-se no leito com o número X ou a doença Z (Spíndola, 1994). A família, na qual o paciente confia, torna-se “tão alienada quanto o moribundo, ao médico e à equipe hospitalar. São eles os donos da morte, do seu momento e das suas circunstâncias” (Ariès, 1977, pp. 53-4).

Essas construções simbólicas exercem uma função imaginária no tocante à representação da morte para a humanidade. Elas alteram os padrões de existência na comunidade, revelando como a morte e o processo de morrer influenciam a percepção do significado da vida tanto para as sociedades como para os indivíduos que as constituem. De acordo com Ariès (1977), é evidente que sempre existiu receio em relação a esse fenômeno, um temor que se manifesta nas ansiedades experimentadas pelo ser humano, as quais estão ligadas à sua incapacidade de controlar a morte e suas consequências.

Quanto à posição passiva que a morte, aos moldes da medicina tradicional, impõe e irrompe em angústia, o que se evidenciou na vivência com a Casa dos Cuidados Paliativos foi o reposicionamento do sujeito diante da própria morte, pois rompendo com o caráter curativista da medicina, que centraliza o saber e a condução clínica acerca do paciente paliativo, esse espaço prima por dividir com o sujeito as conduções de seu tratamento. Como consequência, ele passa a ter voz e desejo validados nas proposições éticas do tratamento, que não põe o prolongamento da vida como justificativa de procedimentos invasivos e extensão da vida a todo custo, ainda que de modo sofrível (Kovács, 2014).

Sem adiar a morte ou antecipá-la, os Cuidados Paliativos se destacam pela ortotanásia, a morte em que as dimensões social, psíquica e espiritual do sujeito são levadas em consideração, priorizando-se o controle da dor, dos sintomas físicos e psíquicos, bem como o apoio à família e o manejo de luto antecipatório (Kovács, 2014). Isso acontece na prática da psicologia com o paciente paliativo e sua família. Além do respeito às singularidades que atravessam sua dimensão sociofamiliar, sua dignidade é preservada para além do controle de suas dores físicas, no acolhimento às dores que envolvem sua história, suas faltas ou pendências, de modo que a prática em equipe multiprofissional sustenta um espaço para realizar mudanças de posição, ainda que ínfimas, ainda que efêmeras, ainda que no limiar da finitude.

A Casa dos Cuidados Paliativos destaca-se por expressões, pela circulação não somente de ar, com suas janelas bem abertas, mas de palavras e afetos que despontam em forma de jogos, na música preferida de determinado paciente, numa comida especial, num passeio com alguém acamado, de modo a retirar as rodinhas do leito e passear pelos corredores e pelas áreas abertas do hospital.

Considerações filosóficas e psicanalíticas acerca da morte

Como se escreve desassociado da experiência? Como se inscrever num lugar, objetos, pessoas ou olhares, sem nos deixar, sem atravessá-los, sem ser por eles atravessados? As passagens têm isto: à medida em que algo se passa, algo que seja, fica. Escreve-se para que se guarde algo que ficou, para dar palavras aos encontros, àquilo que saltou aos sentidos e exigiu escoamentos. Escrever é codificar os afetos, é expor-se, é deixar entendível nas entrelinhas: por isto aqui escrevo, porque fui por isto afetado.

Se parece impossível a reatualização de afecções ao sujeito perante o fenômeno da morte, é porque ela traz ressonâncias psíquicas que carregamos desde os tempos mais remotos. Freud (2010) reflete sobre a atitude do homem perante a morte, apontando que, nos primórdios da humanidade, o homem situa sua representação da morte de forma contraditória: reconhecendo-a como sua finitude, porém, atuando de forma distinta mediante

os cenários da própria morte ou da morte de alguém. Essa contradição revela um sentimento de justiça diante da morte do outro, isto porque, nas sociedades primitivas, esse outro corporificou a representação de ameaça, não tendo o homem, portanto, dificuldades em executá-lo.

Desse modo, Freud (2010) relembra que a história primeva da humanidade foi repleta de assassinatos. Ele observa que a afetação dolorosa perante a morte de familiares ou de pessoas próximas também ensinaria o homem primevo sobre sua possibilidade de morrer. Assim, o homem não consegue mais manter a morte no campo do invisível, não somente pela dor da perda dos falecidos como pelo imaginário da própria morte, criando, dessa forma, uma objeção a essa realidade por meio da contestação do aniquilamento da vida. Assim se justificaria a produção de crenças em torno de espíritos junto ao cadáver de alguém querido ou amado. Essa adaptação de crenças leva a fragmentação do indivíduo numa proposta de corpo e alma. Então, a constante lembrança dos entes falecidos geraria um embasamento para o imaginário de outras formas de existência, construído a partir de uma ideia de vida após a morte.

Freud (2010) também afirma que não carregamos representações da morte em nosso inconsciente, “de modo que na escola psicanalítica podemos arriscar a afirmação de que no fundo ninguém acredita na própria morte; ou, o que vem a significar o mesmo, que no inconsciente cada um de nós está convencido de sua imortalidade” (p. 230). O que, no entanto, não deixa de ser percebido é o mecanismo de negação da morte, notório na medida em que evitamos, cautelosos, tocar no assunto, seja no que se refere à nossa morte, ou à morte de outrem, ainda mais se ela for iminente.

Em *Futuro de uma ilusão*, Freud (2011) amplia a discussão sobre o encontro do homem com as representações da morte, mostrando que a cultura, por mais que busque estratégias para lidar com a natureza e seus potenciais de destrutividade, até aqui não alcançou solução para o enigma da morte, que escancara nossa finitude, nossa impotência e nosso desamparo. Destarte, para lidar com o insuportável do desamparo, Freud (2011, p. 36) considera o discurso religioso como um mecanismo de enfrentamento ao destino final do homem:

Mas o desamparo dos homens permanece, e, com ele, os deuses e o anseio pelo pai. Os deuses conservam a sua tripla tarefa: afastar os pavores da natureza, reconciliar os homens com a crueldade do destino, em especial como ela se mostra na morte, e recompensá-los pelos sofrimentos e privações que a convivência na cultura lhes impõe.

Assim, o discurso religioso ocuparia uma espécie de sustentação para que o homem finito e limitado enfrentasse sua incapacidade diante da morte. Isto posto, evidencia-se a relação dessa postura compensatória com as fantasias infantis de uma representação paterna onipotente. A partir dessas inferências, é importante frisar que não se pode confundir o lugar da prática da psicanálise em contextos de finitude e morte, pois a escuta clínica enquanto instrumento da prática nas enfermarias de Cuidados Paliativos não se presta a incentivar ou tolher tais discursos (Machado, 2015). Sua função está tão somente relacionada ao investimento na fala do sujeito sobre si, como será visto no tópico específico à escuta clínica.

A residência em Psicologia Clínica Hospitalar é um terreno fértil aos encontros, entre tantos, com a morte e suas representações. Embora este relato tenha sido realizado a partir da passagem na enfermaria de Cuidados Paliativos, minha percepção sobre o tema da morte foi aguçada ao me deparar com um carrinho que atravessava o hospital transportando um corpo ao necrotério. Imagem silenciosa, uma vez que os transeuntes tomados por tal passagem consternam-se, e o ruído que se amplifica nessa cena habitual é tão somente o do material de alumínio, produzido pelos movimentos das rodas que se atritam ao chão. Tal cena saltou à minha atenção, pois tratava-se de uma mãe grávida que faleceu com seu feto; vida e morte, imprevisivelmente, tão próximas. A cena delineava, desde os primeiros dias de experiência como residente hospitalar, a inclinação ao tema, levando-me a decidir pelo rodízio opcional na enfermaria de pacientes terminais.

Sartre (2011) e Heidegger (2005), filósofos existencialistas, deixaram em seus legados epistêmicos uma notória contribuição para a temática da morte. O primeiro apresenta sua tônica no seu mais reconhecido livro *O ser e o nada*, refletindo a condição de liberdade à qual está submetido o homem. Isto porque, não havendo o homem criado a si, lança-se ao mundo

carregando consigo a responsabilidade por sua existência. A vida, assim, não teria qualquer sentido pré-definido, pois os modos de ser já estariam limitados a modelos prontos, hábitos arraigados e fórmulas preestabelecidas de agir. Nessas realidades rígidas de como viver, perderíamos a capacidade criativa da liberdade. A perda da liberdade implicaria numa vida mortificada. A vida, portanto, para Sartre, convoca o ser ao exercício de uma liberdade que se desvela em angústia, posto que colocá-la em exercício é, antes de tudo, vislumbrar o nada que o homem carrega em sua existência.

Sartre (2011) caracteriza a morte como um absurdo: “A morte é um puro fato, como o nascimento; chega-nos de fora e nos transforma em lado de fora puro. No fundo não se distingue em absoluto do nascimento (...)” (p. 668) – evidenciando que, se não escolhermos nascer, tampouco a morte parece-nos uma escolha. Morreremos: isto é um fato indubitável. Desse modo, o que vale ressaltar na filosofia sartriana é a seguinte questão: posto que morreremos, o que fazer com o compromisso que se tem com a própria liberdade?

Heidegger (2005) reflete acerca da condição existencial do homem e sua produção de vida a partir das noções de autenticidade e inautenticidade. O conceito de inautenticidade advém do princípio de que o homem, em sua existência no mundo, é levado pelas tradições, pelo cotidiano, pelas massificações que deixam alhures a sua potência criativa. O homem, em seu modo de vida automático e desapropriado de sua existência, afasta-se da sua autenticidade.

O exercício de existência autêntica se dá, nessa perspectiva filosófica, nas malhas dos encontros. Desassociado da epistemologia cartesiana, o mundo, para Heidegger, não é simplesmente o espaço que nos envolve, ele é parte de nós, criado e recriado por nós, na medida em que o habitamos, em que o construímos e conferimos seus sentidos. O homem, portanto, é enquanto ente que se desvela em seus encontros, inseparável do mundo. É o ser-no-mundo. A mudança entre uma vida regida pela repetição, pelas tradições – pela inautenticidade – para a autenticidade seria possível a partir da ameaça da finitude.

É a partir da iminência da morte que o ser jogado ao mundo, e responsável por sua existência autêntica, vê-se privado do ser-aí. Limite,

este, existencial, que o faz apreender o caráter transitório e finito de seu ente, ou seja, sua existência corporificada. Desse modo, é na angústia produzida pela constatação da finitude do ser e da certeza da morte que se faz possível a produção de uma vida autêntica, imbuída de um fazer ético, de um cuidar de si, de escolher-se e lançar-se a escolher suas possibilidades. Heidegger (2005) eleva a morte ao lugar de possibilidade existencial, porque é ela a expressão mais genuína da possibilidade de todas as impossibilidades do ser.

Escuta clínica e morte: reinvenção po-ética

Há diferentes maneiras de morrer dentro de um hospital. Morrem os sonhos de um corredor submetido a uma amputação, morre o ensejo de gestar o próprio filho daquela mulher que precisou fazer uma histerectomia. Morrem os pequenos prazeres alimentares da criança diagnosticada com diabetes mellitus, morrem inúmeras possibilidades de atividades diárias dos pacientes submetidos ao longo e moroso processo de hemodiálise.

O hospital, em si, comporta diferentes representações de finitude, restrições e despersonalização. O que há, no entanto, de vívido por entre essas paredes que permanecem erguidas? Os sujeitos imbuídos de suas demandas, de suas vidas que não cessam de se inscrever, ainda que nos mais difíceis contextos. Por isso, é necessário nesse lugar a figura do psicólogo(a), sujeito a quem se dirige as demandas psíquicas nas suas diferentes expressões sobre aquilo que toca na ordem do insuportável.

Os conteúdos dirigidos à figura do psicólogo(a) nem sempre parecem coerentes com a situação em que o paciente está inserido. Por vezes, o sujeito enredado em seu sofrimento, ou em face do diagnóstico de uma doença incurável prefere falar sobre a novela ou sobre o jogo de futebol. É por isso que se diz que o escutador, o analista, buscará seguir as trilhas da associatividade do sujeito falante, respeitando-as, porque aquilo que é dito ou não dito comporta algo que está além do seu significado, pois as palavras trazem consigo muito além do seu sentido denotativo, trazem significações que muitas vezes estão latentes e não conseguem, por algum motivo e resistência, se manifestar.

A manifestação dessas demandas pode surgir nas mais diferentes formas: choros, silêncios, solicitação de uma partida de videogame, um jogo de baralho ou conhecer pela primeira vez o mar. A morte que convoca o sujeito à responsabilidade consigo, costuma também escancarar pendências e desejos marginalizados pela máquina imperdoável da rotina, do trabalho e do tempo.

Era comum, na enfermaria dos Cuidados Paliativos, uma atenção cuidadosa para aquilo que o paciente solicitava. Fosse de ordem simbólica ou concreta, não raro a equipe se mobilizava para a realização de um passeio, uma visita, a ligação para alguém especial, uma sessão de filme com pipoca. Como se a morte lembrasse, sorrateira, à equipe: cuida-te, apressa-te, toma-te conta, olha para o lado e também para si, todos estamos, sim, prestes a morrer.

Esse cuidado que ultrapassa a saúde puramente orgânica, faz jus à proposta dos Cuidados Paliativos de ver o sujeito de maneira integral. Ao longo do mês, nesse rodízio, foi possível perceber com afincos a realização semanal de uma reunião com a equipe multiprofissional para discussão de casos, iniciada com a apresentação dos pacientes pelos próprios nomes ou apelidos, caso assim eles preferissem ser chamados, com seus gostos alimentares, musicais ou atividades outras que lhes caracterizassem. O sujeito, dessa maneira, é visto em sua singularidade e na história que o compõe, e não somente numa sequência numérica de prontuário, leito ou código diagnóstico.

Enquanto convocação à prática de uma escuta ética circunscrita na enfermaria dos Cuidados Paliativos, tornou-se *sine qua non* à residente repensar o lugar e a função da escuta como dispositivo clínico de cuidado. A linha pode ser tênue e, facilmente, a função do psicólogo(a) torna-se alvo de um equívoco no tocante às demandas da equipe de preencher a falta ou a angústia inerentes ao sujeito, sobretudo, diante da morte. Os desafios que surgiram no último rodízio da residência profissional reiteraram a premissa de que os últimos momentos não são menos produtivos que os demais, pois neles há de se produzir, elaborar e recriar tanto quanto no começo, pois a prática precisa ser inventiva, ou sucumbirá aos velhos modos do fazer sempre igual, discrepante do território clínico, sempre perpassado por mudanças e movimentos.

A função da escuta, portanto, foi de acolhimento às palavras e expressões, sublinhando-as quando sinalizavam algo de peculiar na história daqueles sujeitos, de maneira sutil e cautelosa, porque o psicólogo(a), usando a metáfora de um datilógrafo, deixará que a história seja contada pelo próprio sujeito. As lacunas, palavras soltas, as antíteses ou anáforas que lhe pertencem são seus textos e não nos cabe nada corrigir, pois isto seria uma pretensa fantasia de sabermos qual melhor escrita que cada um utiliza-se para se a ver consigo ou a melhor história que cada um cria de si.

Para Minerbo (2016, p. 58), “A escuta clínica é uma escuta criativa, na qual está implícita uma atividade silenciosa de interpretação daquilo que está sendo dito, ou melhor, daquilo que se expressa por várias linguagens”. A escuta clínica é um dispositivo que faz circular a palavra, a sustentação para a singularidade de cada um, é uma janela que se abre quando se sente preso e sufocado dentro de si. Isto porque, diante da morte, acontecimento que escapa aos recursos de simbolização, a escuta produz bordejamentos, contornos.

Desse modo, por meio da palavra, aquilo que é da ordem do sem sentido – e por isso tomado de forma caótica e angustiante – toma algum destino. Machado (2015) afirma que:

quanto ao paciente terminal, quando este se dispõe a se questionar nesse momento, mesmo que ele não faça uma análise, no sentido mais convencional do termo, o fato de ter sido tocado por essa dimensão reveladora da palavra, possibilitada pela escuta de um analista, talvez contribua para que ele possa inventar algum sentido para o que lhe ocorre. Destaca-se “inventar”, pois não se trata aqui de aderir a um sentido já construído, dado a priori. (Machado, 2015, p. 617)

Foi necessário, então, inventar uma escuta clínica po-ética. Escuta disponível e inclinada ao que foi dito e também calado, sussurrado, vociferado. Uma escuta clínica po-ética, nesse contexto, é uma escuta não pretensiosa, cautelosa e disponível, aberta aos mais díspares elementos que o paciente, em suas breves transferências, deposita. Escuta que aponta para uma ética própria, particular, que diz respeito à inclinação ao fazer poético, à produção de cuidado a partir da escuta e do acolhimento das palavras e da sustentação aos fenômenos contingentes.

Em alusão à psicanálise lacaniana, Moretto (2001) sugere que o psicanalista não recue diante do hospital, porque, aos moldes do tradicional setting freudiano, o processo analítico nesta circunstância estaria comprometido ou fadado ao fracasso. Vale lembrar que também não se deve recuar diante do paciente terminal. Para isso, Moretto (2001) sugere que tais pacientes se beneficiam da escuta, posto que procuram pelo apaziguamento da angústia da morte. Em suas palavras:

Sabemos que a angústia advém da falta de significantes; então, me parece que o que um analista pode fazer com um paciente à beira da morte e que sabe disto (pois todos nós podemos estar também à beira da morte com a diferença que não sabemos propriamente disto), não só no hospital, mas também no seu consultório, ou na casa do paciente, é se oferecer como escuta, como um Outro que possibilita a fala, dado que as formações simbólicas têm como função dar conta da angústia, ainda que não-toda. (Moretto, 2001, p. 103)

Daí, portanto, o compromisso com a escuta favoreceu a inclinação à praxe de uma escuta clínica po-ética, apostando, assim, na escuta enquanto dispositivo de cuidado e no sujeito enquanto narrador da própria história.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este texto teve como objetivo realizar reflexões com articulações teóricas referentes às experiências vivenciadas por mim, uma psicóloga, a partir da sua atuação no programa de Residência Uniprofissional em Psicologia Clínica Hospitalar, circunscrita à enfermaria de Cuidados Paliativos.

Tomando os Cuidados Paliativos enquanto espaço de cuidado integral aos sujeitos em contexto de terminalidade, a escuta clínica, nesse recorte, mostrou-se um exercício ético capaz de dar sustentação às singularidades de cada paciente tanto nas suas formações simbólicas quanto nas criativas.

Manejar a escuta clínica nesse contexto ultrapassou a função para a qual se empresta o analista, aquela de escutar as angústias, as repercussões e os sentidos da morte para cada sujeito. Tal escuta foi ao encontro de uma função fundamentalmente criativa, visto que, ao falar, o sujeito é capaz de recriar seu contexto de terminalidade, elaborando-o e reinventando o tempo que lhe resta.

A escuta clínica po-ética foi o principal instrumento de trabalho no meu percurso da residente no território dos Cuidados Paliativos. Embora houvesse a limitação do tempo, circunscrito em um mês, foi possível reconhecer, por entre as vivências nessa enfermaria, que a escuta clínica aprimorou a filosofia da humanização desse espaço, que convoca, inevitavelmente, o sujeito a uma tomada de consciência da finitude do ser.

REFERÊNCIAS

- Academia Nacional de Cuidados Paliativos. (2012). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. Revisado e Ampliado, 2º ed.
- Angerami-Camon, V. A. (2002). Psicologia hospitalar, passado, presente e perspectivas. In: O Doente, a Psicologia e o Hospital. *Psicologia ed.*, São Paulo, Brasil: Cengage CTP.
- Ariès, P. (1977). *História da morte no ocidente*. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Conselho Federal de Psicologia. (2014). *Resolução CFP N.º 013/2007*. Recuperado de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/Resolucao_CFP_nx_013-2007.pdf.
- Conselho Federal de Psicologia. (2019). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS*. Recuperado de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/ServHosp_web1.pdf
- Freud, S. (2010). *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos* (Vol. 12). São Paulo, São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (2011). *O Futuro de uma ilusão* (Vol. 849). Rio Grande do Sul, Porto Alegre: Companhia das Letras.
- Heidegger, M. (2005). *Ser e tempo*. Petrópolis, Rio Janeiro: Editora vozes.
- IMIP. (2019). *Residência Neonatologia*. IMIP. Recuperado de <https://imip.org.br/pos-graduacao-ls/psicologia-clinica-e-hospitalar/>
- Kovács, M. J. (1992). Morte e desenvolvimento humano. In: Representações da morte. São Paulo, São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kovács, M. J. (2014). O caminho da morte com dignidade no século XXI. *Revista Bioética*.

- Machado, S. M. (2015). Psicanálise e Cuidados Paliativo: do sem-sentido à invenção. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 13 (2), 613-618.
- Meira, D. R. (2020). *Por uma “perspectiva ontológica poética”*: a questão da arte a partir da “Poesia” (Dichtung) no pensamento de Martin Heidegger (tese de doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Minerbo, M. (2016). *Diálogos sobre a clínica psicanalítica*. São Paulo, São Paulo: Blucher.
- Moretto, M. L. T. (2001). *O que pode o analista no hospital?* São Paulo, São Paulo: Casa do Psicólogo.
- OMS. (2022). *Palliative care*. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Pereira Bezerra Viegas, M., Lopes Marinho, V., Azevedo dos Santos, M., & Bruno Ferreira da Silva, J. (2018). Cuidados paliativos: Competências e intervenções do psicólogo. *Amazônia Science & Health*, 6 (4), 30–36. <https://doi.org/10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v6n4p30-36>
- Rodrigues, L. F. (2012). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (2ª ed.). Recuperado de https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5906161/mod_folder/content/o/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf
- Sartre, J. (2011). *O ser e o nada: Ensaio de ontologia fenomenológica* (20th ed.). Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- Simonetti, A. S. (2018). *Manual de Psicologia Hospitalar: O Mapa da Doença* (Psicologia ed.). Belo Horizonte, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Spíndola, T., Macedo, M. C. S. (1994). A morte no hospital e seu significado para os profissionais. *R. Bras. Enferm.*, Brasília. 108-117.

Recebido em 18/04/2021

Aceito em 27/05/2024



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a obra original seja devidamente citada.

Depressão e contemporaneidade: a psicanálise como forma de tratamento a partir de uma leitura de Byung-Chul Han

*Depression and contemporaneity: psychoanalysis as
a form of treatment from a reading of Byung-Chul Han*

*Depresión y contemporaneidad: el psicoanálisis como forma
de tratamiento a partir de una lectura de Byung-Chul Han*

Lucas Koltun Sanvesso*
Marcos Nalli**

Resumo

O aumento alarmante de casos de depressão na atualidade faz da depressão um assunto urgente a ser debatido. A pesquisa teórica, bem como o diálogo entre diferentes campos de conhecimento acerca do tema, é uma maneira de fazer avançar sua compreensão. Pretende-se obter um panorama da depressão na atualidade e, a partir dessa perspectiva, propor a psicanálise como método de tratamento para as depressões. Por meio da comparação textual e argumentativa das obras do filósofo Byung-Chul Han e comentadores da teoria psicanalítica lacaniana, o estudo aborda o sujeito contemporâneo como produto dos ideais neoliberais, atravessado por valores calcados em uma lógica de mercado. A depressão, vista a partir dessa ótica, é efeito dos organizadores sociais, e o contexto contemporâneo de formação subjetiva sinaliza para a continuidade do aumento no número de casos de depressão. Em face disso, a psicanálise revela ser um método de tratamento possível para esse sujeito depressivo.

Palavras-chave: *Depressão; Contemporaneidade; Byung-Chul Han; Psicanálise.*

* Universidade Estadual de Londrina, PR, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-1169-395X>.
E-mail: lsanvesso@gmail.com

** Universidade Estadual de Londrina, PR, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6476-1472>.
E-mail: marcosnalli@yahoo.com

Agência de fomento: Universidade Estadual de Londrina

Abstract

The alarming increase in cases of depression today makes it an urgent matter to be debated. The Theoretical research, as well as the dialogue between different fields of knowledge on the topic is a way to advance its understanding. The research intends to obtain an overview of depression today, and from this perspective, to propose psychoanalysis as a treatment method for depression. Through textual and argumentative comparison of the works from the philosopher Byung-Chul Han and lacanian's psychoanalysis theory scholars, the search approaches the contemporary subject as a product of neoliberal ideals, influenced by values based on a market logic. Depression, seen from this perspective, is an effect of social organizers, and the contemporary context of subjective formation signals for the continued increase in the number of depression cases. Faced with this, psychoanalysis proves to be a possible treatment method for this depressive subject.

Keywords: Depression; Contemporaneity; Byung-Chul Han; Psychoanalysis.

Resumen

El alarmante aumento de los casos de depresión en la actualidad hace que la depresión sea un asunto urgente por debatir. La investigación teórica, así como el diálogo entre diferentes campos de conocimiento sobre el tema, es una forma de avanzar en su comprensión. Se pretende obtener un panorama de la depresión actual y desde esta perspectiva proponer el psicoanálisis como método de tratamiento de la depresión. A partir de la comparación textual y argumentativa de las obras del filósofo Byung-Chul Han y comentaristas de la teoría psicoanalítica lacaniana, el estudio aborda el sujeto contemporáneo como producto de ideales neoliberales, atravesado por valores basados en una lógica de mercado. La depresión, vista desde este punto de vista, es un efecto de los organizadores sociales, y el contexto contemporáneo de formación subjetiva señala el continuo aumento en el número de casos de depresión. Ante esto, el psicoanálisis resulta ser un posible método de tratamiento para este sujeto depresivo.

Palabras clave: Depresión; Contemporaneidad; Byung-Chul Han; Psicoanálisis.

INTRODUÇÃO

Atualmente, vivemos um aumento constante dos casos de depressão no mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), entre 2005 e 2015, o número de casos de depressão no mundo aumentou 18% e, no Brasil, a depressão atinge 5,8% da população. Os sintomas da depressão, segundo o

Manual estatístico e diagnóstico das doenças mentais (DSM-V), englobam: sentir-se deprimido na maior parte do tempo; anedonia, isto é, diminuição do interesse ou prazer em atividades rotineiras; insônia ou hipersonia; perda ou ganho significativo de peso; problemas psicomotores; fadiga; dificuldade de concentração; sensação de inutilidade ou culpa excessiva; apatia, assim como ideias recorrentes de morte ou pensamentos suicidas.

O tipo e a gravidade do estado depressivo são medidos a partir da recorrência e/ou predominância dos sintomas. A estimativa de casos de suicídio entre os depressivos é de 15% (Kehl, 2015) e, em 1995, nos Estados Unidos, mais jovens morreram por suicídio do que pela soma de câncer, aids, pneumonia, derrame, doenças congênitas e cardíacas. A expectativa de um norte-americano experimentar sintomas de depressão é de 50%, e de sofrer um episódio depressivo é de 10%. A depressão cresce ainda mais nos países desenvolvidos, especialmente em crianças e jovens. A maioria daqueles que buscam ajuda recebe tratamento inadequado, ou não recebe tratamento algum (Solomon, 2018).

A depressão mata, de forma silenciosa e desinteressada, ao passo que suas causas e marcas nos passam despercebidas no cotidiano, o que aumenta suas vítimas. Tal condição nos convida a debruçar sobre o tema e pensar seu aumento vertiginoso nos últimos tempos e na atualidade. Portanto, buscaremos compreender, a partir de uma perspectiva teórica, o aumento de casos de depressão na atualidade e estabelecer um debate teórico a partir de autores atuais que versam sobre o assunto no campo da filosofia e da psicanálise, apoiando-nos na teoria do filósofo contemporâneo Byung-Chul Han e em comentaristas da psicanálise lacaniana.

A discussão se desenvolve a partir da noção de contemporaneidade elaborada por Han (2017a, b, c) como o tempo de uma sociedade da positividade, que nega o conflito e o negativo, assim como o sujeito que advém desse contexto e sua relação com os organizadores sociais que sustentam essa posição diante da vida. A partir disso, a depressão será pensada como produto dos modos de subjetivação contemporâneos, contrapondo o sentimento de tristeza, tão presente nos depressivos, à noção contemporânea de felicidade. Nesse contexto a depressão será vista como sintoma social, e o método psicanalítico como forma de tratamento para as depressões.

A depressão se mostra como problema inadiável para se compreender na atualidade, e confrontar o tema com campos diversos do conhecimento pode nos levar a novas perspectivas para se abordar a questão e suscitar formas diversas de reflexão e abordagem do transtorno, bem como possibilidades de tratamento. Nesse sentido, o trabalho pretende obter um panorama da depressão na atualidade, assim como abordar a psicanálise como via de tratamento a partir do diálogo teórico com pensadores atuais do tema das depressões.

METODOLOGIA

Tratando-se de uma pesquisa teórica, este trabalho se orientou pelo debate teórico entre o campo da psicanálise e a análise filosófica acerca da contemporaneidade e das depressões.

Para a pesquisa, utilizou-se, como base de dados, o portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC) e o Scientific Electronic Library Online (SciElo). Os critérios de inclusão e de exclusão foram delimitados a partir de artigos que abordassem o tema das depressões, suas formas de tratamento, bem como a contemporaneidade, inseridos no campo da psicologia e da filosofia, utilizando as chaves de pesquisa “depressão”, “contemporaneidade”, “felicidade”, “modernidade”, “tratamento” e “psicanálise”. A partir desses descritores, trabalhou-se com artigos encontrados nas bases de dados, publicados em revistas de psicologia, em conjunto a livros de Byung-Chul Han e a livros de comentadores da psicanálise lacaniana.

A análise dos textos se voltou para uma leitura crítica e comparativa da argumentação dos autores sobre o tema das depressões, sua concepção e relação com a contemporaneidade, em que se buscam convergências e divergências sobre o tema no campo da filosofia e da psicanálise.

A partir da análise das condições atuais do laço social e do sujeito contemporâneo, o trabalho visou obter um panorama da depressão na atualidade, sob uma perspectiva teórica, e propor a psicanálise como forma de tratamento para a depressão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O sujeito contemporâneo e a depressão

A contemporaneidade, segundo Han (2017) se organiza a partir de uma lógica do excesso, por uma exacerbação de positividade, em que não há espaço para o outro, para o negativo, para a diferença, para o contraditório, o que tem formado, se pensado em termos freudianos (Freud, 1996), um contexto demasiadamente narcisista, egocêntrico. A contemporaneidade, segundo Han (2017a, p. 10), “caracteriza-se pelo desaparecimento da alteridade e da estranheza.” Desaparecimento aqui entendido não como sua extinção, mas como o movimento da tentativa de negar a alteridade, o negativo, no sentido da diminuição progressiva da alteridade como modo de subjetivação possível para os sujeitos, para a constituição subjetiva. Diante desse cenário, é produzida não a eliminação da alteridade, mas uma espécie de pulsão pelo identitário, um esforço de negar o negativo, o outro, a alteridade. Quando se faz isso, não se afirma o eu ou o indivíduo de forma benéfica, mas, ao contrário, compromete-se a estrutura básica da constituição de qualquer subjetividade.

A partir de uma perspectiva imunológica em que a alteridade causa imunorreação, Han admite que o tempo atual é contrário a qualquer forma de imunorreação, sendo o discurso cultural e o sentimento da vida permeados pela hibridização, em que tudo se torna o mesmo (Han, 2017a). Com base nessa perspectiva imunológica, Han afirma que o outro é o negativo:

A dialética da negatividade é o traço fundamental da imunidade. O imunologicamente outro é o negativo, que penetra no próprio e procura negá-lo. Nessa negatividade do outro o próprio sucumbe, quando não consegue, de seu lado, negar àquele. A autoafirmação imunológica do próprio, portanto, se realiza como negação da negação. O próprio afirma-se no outro, negando a negatividade do outro. (Han, 2017a, pp. 13-14)

Dessa forma, pensar “o desaparecimento da alteridade significa que vivemos em uma época pobre de negatividades” (Han, 2017a, p. 14). Han não está negando a alteridade e sua presença, mas apresenta seu argumento

no sentido de mostrar um traço da contemporaneidade que se constrói a partir de uma promessa, o que em termos freudianos pode também ser entendido enquanto fantasia (Freud, 1996a) de autossuficiência, da possibilidade de o sujeito se valer somente por si mesmo, de não depender do outro, da relação com o diferente. Lido sob uma dimensão política, é o movimento de transformar todos em indivíduos atomizados e fechados em si mesmos, a partir de uma promessa, ou fantasia, de autossuficiência. Esta é a marca da contemporaneidade, a promessa de um projeto de autossuficiência para o indivíduo, cuja realização, para Han, não é possível (Han, 2017b).

É devido ao contexto atual de subjetivação estar fundamentado em tal fórmula e os indivíduos estarem embebidos desses ideais, convencendo-se dessa fantasia ou acreditando nessa promessa que outros tipos de adoecimento e sofrimento psíquico se tornam preponderantes, como formas de sofrimento psíquico ainda mais radicais das que, até então, vivíamos.

Atribuir os modos de sofrimento e as patologias atuais à lógica da nossa época é dizer que esses estados patológicos são decorrentes de um exagero de positividade (Han, 2017). O diagnóstico de Han aponta para uma fantasia de autossuficiência, de independência do outro, que se produz na contemporaneidade e que tem levado os indivíduos ao adoecimento psíquico. Para Han, esse excesso de positividade constitui, então, uma forma de violência para o sujeito, ao afirmar que “a violência não provém apenas da negatividade, mas também da positividade, não apenas do outro ou do estranho, mas também do igual” (Han, 2017a, p. 15). Seguindo ainda uma noção imunológica, afirma que “o igual não leva à formação de anticorpos” (Han, 2017a, p. 16). Desse modo, “a violência da positividade não é privativa, mas saturante; não excludente, mas exaustiva, e por isso é inacessível a uma percepção direta” (Han, 2017a, p. 20). Dessa forma, o autor pensa a depressão como “o adoecimento de uma sociedade que sofre sob o excesso de positividade” (Han, 2017a, p. 29).

De uma sociedade que se constrói negando negativas advém um sujeito que, constantemente se afirmando, vê-se como um projeto de si mesmo, gerindo sua vida como uma proposta lucrativa que garanta sucesso e bom desempenho. Um planejamento de vida voltado para “uma versão fantasiosa da vida humana como um investimento no mercado de futuro”

(Kehl, 2015, p. 56). “O eu como projeto, que acreditava ter se libertado das coerções externas e das restrições impostas por outros, submete-se agora a coerções internas, na forma de obrigações de desempenho e otimização” (Han, 2018, p. 9). Essa forma de subjetividade é fruto de um sistema político e econômico que visa ao desempenho e ao lucro que, com a sensação de liberdade promovida pela negação da negatividade, explora o sujeito do desempenho promovendo sua autoexploração. “Em lugar da coação estranha, surge a autocoação, que se apresenta como liberdade” (Han, 2017a, p. 101).

O neoliberalismo se mostra como a forma política progenitora desse sujeito que se vê como um projeto de si e que administra essa forma subjetiva por meio da exploração da liberdade:

O neoliberalismo é um sistema muito eficiente na exploração da liberdade: tudo aquilo que pertence às práticas e às formas de expressão da liberdade (como a emoção, o jogo e a comunicação) é explorado. Explorar alguém contra sua própria vontade não é eficiente, na medida que torna o rendimento muito baixo. É a exploração da liberdade que produz o maior lucro. (Han, 2018, p. 11)

Ao analisar a relação da ideologia neoliberal e o modo de subjetivação que ela produz, Han (2018, p. 16) afirma que “o capital representa uma nova forma de subjetivação”. Foucault, em *Nascimento da biopolítica* (2008), já analisara o neoliberalismo e a forma de subjetivação que ele produz para fundamentar sua teoria sobre o *homo oeconomicus*, caracterizando-o como “aquele que obedece ao seu interesse, é aquele cujo interesse é tal que, espontaneamente, vai convergir com o interesse dos outros.” (Foucault, 2008, p. 369).

A ideologia neoliberal se tornou a forma de subjetivação da contemporaneidade, formando sujeitos permeados pelo discurso da lógica de mercado. Dessa forma, o *homo oeconomicus* constitui um sujeito que, sempre buscando seus próprios interesses, é governável, e governado, pela ideologia neoliberal (Foucault, 2008). É na perspectiva do homem econômico que temos, na contemporaneidade, o que Han (2018) chama de sujeito do desempenho, marcado pelo imperativo capitalista de produção. Voltando

a Foucault (2008, p. 375), deparamo-nos com a lógica de mercado e de desempenho que atravessa esse sujeito: “Não só cada um pode perseguir seu próprio interesse, mas cada um deve perseguir seu próprio interesse, deve persegui-lo até o fim procurando levá-lo ao seu ponto máximo”.

O homem, que era tido como um sujeito da racionalidade, da política, tornou-se, agora, econômico. O mercado passa a formar sua subjetividade. A ação do sujeito contemporâneo é entendida através da economia, seu discurso é o discurso econômico (Foucault, 2008). Foucault apresenta o homem econômico não como um sujeito livre, mas como um sujeito governável. É nisso que Han (2018, p. 27) localiza uma crise da liberdade: “A atual crise da liberdade consiste em estar diante de uma técnica de poder que não rejeita ou oprime a liberdade, mas a explora”.

É, então, a exploração da liberdade que serve como técnica de manutenção da noção contemporânea de sujeito como um projeto de si, que se torna autoexploração no discurso do desempenho. Assim, o sujeito é coagido por ele próprio, fica submisso a si mesmo, fazendo com que liberdade e coação coincidam (Han, 2018). A coação estranha é negativa, é resistente ao desempenho e à produção acelerada, logo, “em lugar da coação estranha, surge a autocoação, que se apresenta como liberdade.” (Han, 2017a, p. 101). Para maximizar seu desempenho é que o sujeito contemporâneo, como um projeto de si, entrega-se à autocoação (Han, 2017a).

A partir da noção do *homo oeconomicus* como tributário da auto-coação, vinda do discurso neoliberal, é que se pode entender o regime neoliberal como administrador dessa forma de subjetividade. De um sujeito como projeto de si:

O regime neoliberal transforma a exploração imposta por outros em uma autoexploração que atinge todas as classes. . . . E, por causa do isolamento do sujeito de desempenho explorador de si mesmo, não se forma um nós político capaz de um agir comum. Quem fracassa na sociedade neoliberal de desempenho, em vez de questionar a sociedade ou o sistema, considera a si mesmo como responsável e se envergonha por isso. Aí está a inteligência peculiar do regime neoliberal: não permite que emerja qualquer resistência ao sistema. (Han, 2018, p. 16)

Esse regime que pauta uma autoexploração acompanhada do sentimento de liberdade, em nome da produção e do desempenho, manifesta uma forma de violência contra o sujeito: a violência da positividade. Han, em *Topologia da violência* (2017, p. 25), escreve que “o projeto revela ser, na verdade, um projétil que o sujeito de desempenho direciona contra si”. O produto dessa violência é um sujeito que adoece com o imperativo da otimização de si, explorado que se torna depressivo e não revolucionário (Han, 2018).

É pela negação do outro, o diferente – que constitui barreira ao próprio, à produção e ao desempenho – portanto, o negativo, que se erige uma sociedade da positividade. Assim, a sociedade do desempenho se afasta da negatividade, positiva todas as coisas em uma lógica consumível, de mercado e de desempenho, tornando tudo igual a si mesmo, em que se expulsa a interferência do negativo e sua resistência (Han, 2017a). Chul Han, em *Agonia do Eros* (2017b, p. 35) diz que “a alteridade não é uma diferença consumível. O capitalismo vai eliminando por toda parte a alteridade a fim de submeter tudo ao consumo”.

O empobrecimento das relações com a alteridade, com o negativo, com o enfrentamento do conflito, forma sujeitos intolerantes ao conflito, o que compromete o desenvolvimento da identidade do sujeito. De acordo com Ferrari:

O que ocorre é que atualmente o encontro com a diferença nem sempre é vivido como potência de vida. Ao contrário, diante da escassez de possibilidades de ser e de parecer, o terror e a negação apresentam-se como frequentes. Aqui, novamente, há a convergência de processos sociais e psicológicos: a valoração negativa dada a tudo que não é igual a mim encontra apoio tanto ‘dentro’ quanto ‘fora’ do sujeito. Embora seja necessário o encontro com o não-eu para o estabelecimento do eu, temos também atuantes forças que nos empurram para a mesmice, para a repetição. Num mundo controlado pelo capital, em que a lógica das ciências e dos saberes se submete às leis do valor e do mercado, perde-se este traço de humanidade que constitui a capacidade de ampliar-se diante do encontro com o diverso. . . . Diante destas condições, os laços de confiança, de inventividade e de exploração do desconhecido não têm espaço para se realizar. Logo, a singularidade necessária ao processo de individuação não acontece. (Ferrari, 2006, p. 6)

Para uma menos custosa governabilidade dos sujeitos, é interessante ao sistema neoliberal a produção de uma identidade frágil, desenraizada, que possa ser coagida a livremente se adequar à lógica do mercado sem precisar ser mandada a isso. Logo, Han (2017a, pp. 96-97) afirma que:

As formas conclusivas que poderiam dar um “conteúdo” estável ao si-mesmo, torná-lo-iam muito inflexível para as relações de produção capitalistas. As formas conclusivas bloqueiam precisamente a aceleração do processo de produção capitalista. Com quanto mais frequência se troca de identidade, tanto mais se impulsiona a produção. . . . a sociedade do desempenho não industrial necessita de uma pessoa flexível, para poder aumentar a produção.

Uma identidade pobre em formas conclusivas a respeito de si se revela nos traços característicos do sujeito atualmente tido como depressivo: a apatia, a indecisão, a inconclusividade. Tal sujeito não encontra um limite entre si e o outro e, aliado ao discurso do desempenho, não admite formas conclusivas, que representam um fechamento, uma parada, contrários à produção desenfreada do neoliberalismo e à otimização de si (Han, 2017c). Também não permite que haja limite a si e está engolido em si mesmo, não conseguindo compor imagem estável de si mesmo em relação ao diferente; não se permite a possibilidade de se distanciar de si mesmo, pois não há espaço para o vazio (Han, 2017b). “O sujeito do desempenho depressivo mergulha e se afoga em si mesmo” (Han, 2017b, p. 11). Com isso, é produzido um esvaziamento subjetivo nesse sujeito que não é capaz de se distanciar da oferta incessante de consumo, em que não há espaço para uma identidade que não aquela apoiada na lógica da obsolescência programada das mercadorias, em que não há tempo para se demorar em um mesmo lugar ou em uma identidade:

A dimensão subjetiva dos prazeres, das pulsões, dos afetos, transformou-se em força de trabalho na sociedade regida pela indústria da imagem. Que produz sujeitos esvaziados do que lhes é mais próprio, mais íntimo, portanto, disponíveis para responder aos objetos e imagens que os convocam; sujeitos ligados ao puro “aqui e agora” de um presente veloz, incapazes de imaginar um devir que não seja apenas a reprodução da temporalidade encurtada característica do capitalismo contemporâneo. (Kehl, 2015, p. 96)

Esse sujeito da contemporaneidade está constantemente envolto por uma oferta abundante de imagens e de representações do diferente, do adverso, positivando o negativo do outro e afastando-o. Contudo, o outro, em sua definição, não pode ser contornado, não pode fazer parte do próprio sujeito. De acordo com Emmanuel Lévinas (2005), o outro é sempre uma alteridade radical, que estabelece limite e não pode ser totalmente compreendido, possuído ou reduzido à condição de eu. Na tentativa de preencher esse vazio marcado pelo campo da alteridade, da diferença, põe-se em oferta vasta gama de imagens e de representações a respeito do outro (Han, 2017b). Consequentemente, é onde não pode haver o próprio, o si mesmo, que está o outro: “A relação bem-sucedida com o outro se expressa como uma espécie de fracasso” (Han, 2017b, p. 26). A abertura ao outro é, então, contrária à lógica do desempenho, na qual o sujeito não pode fracassar.

A busca por um lugar onde o sujeito possa se afirmar constantemente, longe da experiência vinda do vazio marcado pelo outro, é entendida como sinônimo de bem-estar, em um ambiente onde não há conflito, entendido como um ambiente feliz. Na contemporaneidade, a felicidade é comercializada como um bem de consumo, como uma forma de bem-estar. Ao analisar as definições do conceito de felicidade, as transformações que sofreu até a contemporaneidade e seu uso em campanhas publicitárias, Fogaça e Perez (2014) sublinham o caráter compulsório da felicidade vivido hoje. A felicidade, mais que um direito, torna-se um imperativo que deve ser realizado sempre de imediato, aqui e agora, negando-se toda a forma de mal-estar, não permitindo a presença da adversidade, uma vez que o sujeito atravessado pela ideologia neoliberal toma para si a responsabilidade da própria felicidade.

A felicidade é privatizada como bem-estar pessoal e torna-se um projeto individual (Fogaça e Perez, 2014). Transmuta-se em um bem de consumo, como medicamentos e guias de autoajuda que prometem bem-estar. Fogaça e Perez (2014, p. 228) ainda ressaltam que, diante dessa perspectiva, na relação do sujeito com sua felicidade “não se trata de simplesmente ser feliz, mas ser mais feliz, ser feliz ininterruptamente,

prolongadamente” – o que explicita o caráter da felicidade como um bem de consumo, além de limitar sua concepção à ausência de sofrimento. A felicidade se torna um projeto de investimento em bem-estar.

Foucault (2008, p. 433) bem aponta para a noção de que “o liberalismo, por sua vez, é atravessado pelo princípio: ‘sempre se governa demais’, ou, pelo menos, sempre se deve suspeitar que se governa demais”. Como efeito disso, propaga-se a ideia de se procurar um Estado mínimo. A respeito, Fortes (2009, p. 1136) diz que “vivemos em um mundo dominado pela iniciativa individual, que se realiza à custa do recrudescimento do privado em detrimento da esfera pública” – o que acarreta, por sua vez, “o enfraquecimento do Estado como figura que protege e vela pelos cidadãos [o que] acaba gerando, nestes últimos, um clima de insegurança” (Fortes, 2009, p. 1136). Nesse âmbito, a felicidade é tomada como uma conquista individual, em uma esfera privada, como um bem de consumo. Nos sujeitos, o efeito disso é, como assinala Fortes (2009, p. 1136), “como se dissessem para si mesmos: ‘se o poder de ser feliz está em suas mãos e você não o é, você é o grande culpado por isso’”.

Conclui-se, então, que a subjetivação, na contemporaneidade, é dada por “uma negação do sofrimento acompanhada da busca incessante de felicidade. A subjetividade é hoje caracterizada pelo hedonismo, pelo imperativo de gozo que se associa ao dever de ser feliz” (Fortes, 2009, p. 1125). Em face dessa obrigação de gozar, “a felicidade não é mais um direito ou uma possibilidade no horizonte da subjetividade: a felicidade tornou-se um dever” (Fortes, 2009, p. 1132). O contemporâneo, então, é marcado pelo imperativo da felicidade, pelo imperativo de gozo, com a negação da alteridade, do sofrimento, do outro, do conflito.

Kehl (2015, p. 89), citando Alain Ehrenberg, diz que “a desconfitualização do psíquico é concomitante da desconfitualização do campo social”. Portanto, entende a depressão como “um dos marcadores da dificuldade de se produzir uma relação a partir de conflito. [tendo em vista que] O conflito não é mais o grande motor da unidade social e da pessoa” (Kehl, 2015, p. 89).

Ao não ser capaz de se distinguir da incessante oferta de imagens, possibilidades de gozo e bem-estar, operadas pelo imperativo da felicidade e

da diversão, produz-se no sujeito uma falta de saber sobre si, um empobrecimento da dimensão subjetiva (Kehl, 2015). Ao renunciar suas referências de identidade – que dariam sustentação à sua singularidade, devido à grande oferta de consumo que se alia ao imperativo da obtenção da felicidade –, é que esse sujeito da contemporaneidade estaria mais propenso a se deprimir (Kehl, 2015). “A tristeza, os desânimos, as simples manifestações da dor de viver parecem intoleráveis em uma sociedade que aposta na euforia como valor agregado a todos os pequenos bens em oferta no mercado” (Kehl, 2015, p. 31). Sentir-se deprimido, então, seria a consequência direta de uma sociedade que faz da felicidade seu imperativo, pautando-se no consumo.

No entanto, a tentativa de suprimir a tristeza e os desânimos em prol de um projeto de bem-estar e felicidade constante parece falhar, restando um sujeito incapaz de lidar com a adversidade desses sentimentos, que lança mão à via facilitada para suprimi-la: a medicação, o consumo. Com isso, o processo de simbolização do conflito e da adversidade torna-se empobrecido. A negação contemporânea da tristeza, por conseguinte, acaba por gerar um efeito inverso ao que se pretende: o aumento de sujeitos deprimidos. Assumir que o aumento do número de casos de depressão são consequência dos imperativos de felicidade que imperam na contemporaneidade é dizer que esse discurso produz um sujeito incapaz de produzir um trabalho psíquico em relação ao conflito, à tristeza e ao desamparo (Kehl, 2015). Um sujeito, portanto, deprimido. De acordo com Kehl (2015, p. 217):

O imperativo do gozo que circula nas sociedades capitalistas do século XXI não aboliu a dívida simbólica nem anulou a principal característica do sujeito da psicanálise – o conflito psíquico. Por outro lado, a equivalência entre os ideais de felicidade e supressão do conflito constrói a perspectiva fantasiosa de que o sujeito possa se tornar idêntico a si mesmo . . . O empobrecimento da vida subjetiva que resulta das diversas estratégias contemporâneas de anulação do conflito – seja por via medicamentosa ou pela adesão sem reservas às ofertas de gozo em circulação no mercado – é cúmplice do atual crescimento dos casos de depressão.

O discurso do desempenho encontra apoio na lógica medicamentosa de tratamento dos desencontros da vida: “A ideia que se propaga nesse caso é de que as dores da vida deveriam ser todas dispensadas, eliminadas por

meio de medicação, na busca de um breu ótimo de eficiência existencial” (Kehl, 2015, p. 54). O que dá forma ao recuo ante o conflito, em nome do desempenho, que caracteriza esse sujeito contemporâneo.

A perspectiva de que os sentimentos – desde o luto, a tristeza, o vazio da falta de sentido, até o tédio, o desânimo e a improdutividade – devem ser tratados com medicamentos acarreta “uma patologização generalizada da vida subjetiva, cujo efeito paradoxal é a produção de um horizonte cada vez mais depressivo” (Kehl, 2015, p. 52). Tomar a tristeza e o desamparo como patologias é criar uma fábrica de sujeitos depressivos.

O discurso psiquiátrico faz par com o discurso do desempenho e da supressão da falta, promovendo o tratamento da depressão pelo caminho medicamentoso com vistas à boa adaptação do sujeito. De acordo com Kehl (2015, p. 252):

O depressivo é um fatalista: não aposta na potência criativa de sua ação. A psiquiatria, ao tratar sua dor moral como déficit, promove a convalidação social dessa fantasia que oprime o depressivo: de fato ele imagina que sua prostração se deva a um déficit de alguma coisa que aos outros, neuróticos ‘normais’, não falta.

Desse modo, a medicalização facilita o abandono da dimensão conflitiva no sujeito, no entanto, não o ajuda a enfrentá-la, produzindo o empobrecimento da dimensão subjetiva (Kehl, 2015).

No uso excessivo de medicamentos se encontra uma resposta imediata para o mal-estar, impedindo sua elaboração (Lima e Rudge, 2015). A vivência da dor e da tristeza é, hoje, uma patologia a ser tratada e erradicada com medicamentos, encontrando suporte no discurso psiquiátrico, que vem excluindo da dimensão subjetiva o processo de elaboração do luto, por exemplo. Como apontam Lima e Rudge (2015, p. 182):

O DSM parece atender às demandas da sociedade contemporânea ao viabilizar a medicalização como resolução para todo mal-estar, transformando em doença o que nunca foi. Um exemplo é o critério de definição do luto patológico, que foi antecipado de dois meses para 15 dias pelo DSM-5, quando sabemos que, há não tanto tempo atrás, as pessoas costumavam usar roupas negras de luto e recolher-se por pelo menos um ano, numa verdadeira moratória para elaborar a perda de alguém querido.

A desvalorização do luto é exemplo de um fator derivado da lógica acelerada do desempenho. Uma vez que ele se configura como um processo que exige do sujeito um tempo dilatado para sua elaboração, o luto é tratado como “perda de tempo”, e busca-se suporte no tratamento medicamentoso. Contudo, “a medicalização da tristeza ou do luto rouba ao sujeito o tempo necessário para superar o abalo e construir referências, e até mesmo outras normas de vida, mais compatíveis com a perda ou com a eventual incapacitação” (Kehl, 2015, p. 31). Esse fator atua no aumento de casos de depressão na atualidade.

É evidente que o uso de medicamentos, em muitos casos, é útil e tem grande importância no tratamento dos casos de depressão, porém, propagar o uso de medicamentos como resposta às questões subjetivas e ao mal-estar, tornando-o uma forma de erradicar o sofrimento, faz com que o sujeito se desimplique do seu sofrimento (Lima e Rudge, 2015), transformando-o em um fator externo que deve ser extinto. “A ênfase no tratamento exclusivamente medicamentoso faz calar o sujeito eliminando seu sintoma e tem como horizonte uma noção de cura que é entendida como correção, adaptação, retorno à ordem, à padronização dos comportamentos” (Lima e Rudge, 2015, p. 183).

A depressão a partir da psicanálise

Para ler a depressão a partir do olhar atual da psicanálise lacaniana, é preciso introduzir uma categoria conceitual elaborada por Lacan a partir dos textos freudianos: o grande Outro. Esse conceito se pauta na noção do discurso inconsciente como um lugar, lugar simbólico da linguagem, como estrutura simbólica, bem como lugar da cultura, ou, ainda, de pessoas que assumem um papel fundamental na constituição subjetiva, tendo, assim, um efeito incontornável para a formação da subjetividade. Nas palavras de Antônio Quinet (2012, pp. 20-21.):

O grande Outro como discurso do inconsciente é um lugar. É o alhures onde o sujeito é mais pensado do que efetivamente pensa. . . . É de onde vêm as

determinações simbólicas da história do sujeito. É o arquivo dos ditos de todos os outros que foram importantes para o sujeito em sua infância e até mesmo antes de ter nascido.

Esse conceito, o grande Outro, é escrito na teoria lacaniana com a inicial maiúscula, dispensando o adjetivo “grande” ao se tratar do Outro (Quinet, 2012). Vê-se, então, que é a partir do Outro que o sujeito constitui sua subjetividade, está inserido no discurso do Outro, e é nele que vem a se reconhecer, uma vez que o Outro:

É o lugar onde se coloca para o sujeito a questão de sua existência, de seu sexo e de sua história. . . . É um lugar simbólico, lugar dos significantes, onde as cadeias significantes do sujeito se articulam determinando o que o sujeito pensa, fala, sente e age. Nada do sujeito escapa ao Outro: sua mente e seu corpo, seus movimentos e seus atos. Seus sonhos e sua vigília. (Quinet, 2012, p. 22)

Kehl (2015, p. 21), em seu livro *O tempo e o cão*, analisa a depressão na contemporaneidade sob a perspectiva do tempo acelerado da sociedade capitalista, assinalando: “O que o Outro exige do sujeito contemporâneo é sempre que ele goze. Muito.” Nesse percurso, retoma o conceito de sociedade do espetáculo de Guy Debord (1997), que se refere às relações sociais perpassadas pela infinidade de imagens postas à disposição dos indivíduos, que oferecem um sentido uno e fechado do outro, ao qual o sujeito se identifica, positivando sua relação com o outro em um movimento de exclusão da dimensão da alteridade, do desconhecido do outro. Dessa maneira, assinala que “a face imaginária do Outro vem sendo positivada constantemente por obra da indústria do espetáculo, cuja oferta de imagens recobre quase toda face do planeta” (p. 92). Tal processo é correlato à marca da negação da negatividade e dos imperativos de felicidade experimentados em nosso tempo.

A oferta de imagens positivadas do outro, sempre disponível, articula-se com a ocorrência das depressões quando vistas como efeito de uma simbolização precária da ausência, do desconhecido, ou, ainda, da

alteridade. O sujeito deprimido é aquele que experimenta a ausência de ausência, a falta de falta, atrofiando os meios possíveis de simbolização do vazio e tornando-se incapaz de um fazer a partir dele (Kehl, 2015).

O aumento de episódios depressivos se justifica nesse movimento – cada vez mais facilitado – de renunciar a se deparar com o vazio e agir a partir dele “em troca de tantas ofertas/demandas de gozo de/para o Outro” (Kehl, 2015, p. 101). Nessa perspectiva, a depressão pode ser entendida como uma reação à disposição dos organizadores da vida social que nos atropelam na contemporaneidade: desempenho, adaptação, felicidade constante, produção e consumo. “O sujeito se refugia na depressão justamente porque não dispõe de recursos para se defender da voracidade do Outro” (Kehl, 2015, p. 256).

Considerar a depressão como sintoma social contemporâneo é concebê-la como uma forma de contestar a ideia vigente do sujeito como um projeto de si, é afirmar “que os depressivos constituam, em seu silêncio e em seu recolhimento, um grupo tão incômodo e ruidoso quanto foram as histéricas no século XIX” (Kehl, 2015, p. 22). Isso esclarece o ascendente interesse da psiquiatria e da indústria farmacêutica na tentativa de desenvolver técnicas que se ocupem de “solucionar esse problema”, prometendo resultados a partir de uma compreensão biológica da depressão, com antidepressivos e estabilizadores de humor propostos a fim de suprir uma falta – a falta de serotonina – que podem garantir bom humor e adaptação do sujeito ao projeto de felicidade. Portanto, entende-se que “os depressivos, cujo número parece aumentar na proporção direta dos imperativos de felicidade, são incômodos na medida em que questionam esse projeto” (Kehl, 2015, p. 103). Assim, obtém-se a dimensão do sintoma social como produto das práticas e dos valores vigentes:

Afirmar que a depressão é um sintoma social contemporâneo equivale a afirmar que representa, no início do século CCI, o que a histeria representou para as sociedades europeias no final do XIX: uma forma de mal-estar que, ao se expandir contra a corrente das crenças, valores e práticas corriqueiras, interroga as condições atuais do laço social. (Kehl, 2015, p. 217)

Nessa concepção de sintoma social, a depressão pode ser entendida como um sintoma que faz faltar o imperativo de gozo e a crença no consumo como meios de felicidade (Kehl, 2015). Os sujeitos depressivos se inserem nesse contexto na medida em que “o recuo do depressivo ocupa esse lugar do sintoma social. Ao deprimir-se, ele tenta fugir do excesso de ofertas (entendidas como demandas pelo sujeito) do Outro para se refugiar debaixo das cobertas” (Kehl, 2015, p. 141).

Han apresenta uma visão do contemporâneo pautada na negação da negação e localiza a estrutura superegoica freudiana como negativa. O superego, instância psíquica elaborada por Freud que tem como características a repressão, a moral, bem como a lei, é uma instância negativa na medida em que o sujeito introjeta essas normas a partir de um outro. Com essa noção, Han (2017a) afirma que, na sociedade da positividade, já não há mais participação do outro, do negativo, na constituição dessa instância psíquica, o que tornaria obsoleta, na contemporaneidade, a psicanálise freudiana. Apesar de Han não se contrapor à psicanálise lacaniana, o autor deriva da sua conclusão formulada a partir da noção negativa do superego freudiano para afirmar: que “o inconsciente não tem influência na depressão” (Han, 2017a, p. 89) e que, na depressão, “não há qualquer participação da dimensão do outro”. (Han, 2017a, p. 91).

As críticas de Han podem ser respondidas com a noção lacaniana de superego, quando tomamos as elaborações de Lacan acerca do superego freudiano, que o dispõem como imperativo de gozo: “Nada força ninguém a gozar, senão o superego. O superego é o imperativo de gozo – Goza!” (Lacan, 2008, p. 11). Tal formulação interpreta a instância superegoica de modo a fazer par ao sujeito, dispondo-se de forma positiva, afirmativa, enquanto liberdade e possibilidade para o sujeito. Kehl (2015, p. 94) afirma: “Que essa seja uma das faces contraditórias do imperativo superegoico – ‘goze!/não goze!’ – só faz tornar essa exigência, promovida à condição organizadora do laço social, ainda mais angustiante e opressiva para os sujeitos”. O superego deixa de ser uma instância que reflete negatividade, estranheza, coação ao sujeito, mas, sim, que opera em conjunto com o eu, na medida em que este deve cumprir o ideal de ser ele mesmo, livre, feliz, autossuficiente e produtivo.

Han (2017a) ainda afirma que o sujeito contemporâneo de desempenho não está assujeitado a ninguém e que, desta forma, passaria a viver como empreendedor de si em seu projeto de vida. Contudo, pode-se constatar que sua autocoação para o desempenho e seu projeto se faz, ainda, como presença da marca deste. Outro que funda o lugar do sujeito, a presença do Outro no imperativo de gozo que orienta sua vida, bem como em sua fala. Como visto, o Outro é linguagem, cultura, que coloniza o sujeito desde antes mesmo de seu nascimento. Não há sujeito sem linguagem, e a linguagem é o Outro, bem como o nome próprio que nos é dado por um outro.

Assim, o movimento de negação da negatividade, do outro – caminho que a sociedade de consumo renuncia –, não chega ao seu fim, mas continua em movimento, na tentativa de negar o outro. Contudo, negar o outro não erradica sua presença e sua marca, assim como “na sociedade de consumo, gozar é a forma mais eficaz de trabalhar para o Outro” (Kehl, 2015, p. 96). Dessa operação, resta um sujeito que fracassa na tentativa de eliminar toda forma de negatividade, não lhe sobrando meios para lidar com a presença do negativo, do outro, vendo-se como falha em seu projeto. O depressivo não conta com recursos para agir diante do Outro, o que culmina em seu fatalismo perante a vida:

A aliança entre os ideais de precisão científica e de eficiência econômica produz uma versão fantasiosa da vida humana como um investimento no mercado de futuros. . . . É evidente que, de acordo com a lógica subjacente a esse projeto, o campo incerto da subjetividade . . . deve ser reduzido à sua dimensão mais insignificante a fim de que nenhum rodeio inútil se interponha entre cada projeto de vida e sua meta final. Tal desvalorização dos meios (e dos rodeios, dos descaminhos, da errância e de todas as formas de digressão que permitem certo usufruto desinteressado do tempo) em prol de uma finalidade urgente e inquestionável favorece o sentimento genuinamente depressivo de desvalorização da vida. (Kehl, 2015, p. 56)

Em função disso, o dispositivo psicanalítico se apresenta como meio de tratamento para as depressões, uma vez que “se, como vimos, o mundo contemporâneo é regido pela negação do sofrimento, há na psicanálise, em contrapartida, o acolhimento à dor” (Fortes, 2009, p. 1139). O percurso de

tratamento psicanalítico volta-se para a aparição do sujeito, um sujeito que advenha, justamente, do encontro com a falta, deparando-se com o vazio, com a falta, com esse Outro e com o estranho na própria fala, deitando-se e demorando-se naquilo que de si não sabe. Isso também vai ao encontro da proposição apresentada por Han (2017b) de que aprender a conviver aberto à relação com a alteridade, ao outro, ao negativo, é o que garantiria sanidade ao sujeito.

Lacan formula o inconsciente como um saber, um saber que é dito (Jorge, 2005), assim como “um saber que não se sabe, . . . um saber Outro” (Jorge, 2005, p. 66). Mais além, Lacan afirma que o inconsciente é o discurso do Outro e fala a respeito do Outro (Eidelsztein, 2017). Tendo em vista que o trabalho psicanalítico se volta para a escuta do sujeito do inconsciente, fica evidente a importância que a alteridade toma em um processo de análise, em que se aborda a diferença, a falta, o vazio, a negatividade, o conflito e o estranho. Aqui, porém, não se trata de encobrir, negar ou ainda tentar suprimir isso, mas, sim, de experimentar sua presença, dialogar com essas questões e produzir um saber próprio a seu respeito. Em análise, o sujeito não está resguardado da presença do vazio, mas deve se defrontar com essa angústia, e a tolerar, para que possa produzir um saber a partir dela (Kehl, 2015).

Quando Han (2017a, p. 88) afirma que hoje as depressões estão ligadas “à incapacidade de dizer não”, temos outro indicativo da psicanálise como forma de tratamento: Kehl, em *O tempo e o cão* (2015, p. 95), cita, em nota de rodapé, Slavoj Žižek, que em 2003, em um debate com psicanalistas em São Paulo, ao ser perguntado a respeito das possibilidades do analista na atualidade, propôs que “não cabe ao analista proibir as pessoas de gozar. Mas ele pode ser o porta-voz da autorização para não gozar”. Atravessar uma análise viabiliza o sujeito a barrar esse Outro apressado da atualidade, que o engole em suas ofertas e demandas de gozo, viabilizando um sujeito capaz de dizer não.

A psicanálise, então, apresenta-se como possibilidade de tratamento das depressões na atualidade. Seja por tratar justamente com isso que se procura negar, a alteridade, ou, ainda, por permitir ao sujeito um lugar em que ele possa se demorar em sua dor, dialetizá-la, dando-lhe a possibilidade

de transformar seu sofrimento em uma narrativa, apropriar-se e agir a partir dela. “Para os depressivos, trata-se de buscar a duração de um tempo necessário para que o sofrimento se converta em experiência” (Kehl, 2015, p. 224).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou elaborar uma expansão teórica acerca da depressão na atualidade, na qual os casos vêm aumentando cada vez mais, apesar das formas mais difundidas de tratamento do transtorno. A análise do contexto social contemporâneo e seu impacto na formação subjetiva nos denuncia a manutenção do aumento no número de casos. Os meios contemporâneos de construção subjetiva analisados revelam um sujeito que sempre tem à sua disposição a depressão como possibilidade.

A investigação teórica delimitada no trabalho nos oferece a perspectiva do aumento de episódios depressivos entre os indivíduos, na atualidade, como expressão de um sintoma social, como formação reativa das técnicas de formação subjetiva do neoliberalismo: o depressivo não busca pelo seu interesse e não produz.

Diante dessa perspectiva, o debate com o campo psicanalítico faz valer o método da psicanálise como perspectiva de tratamento para esse sujeito, uma vez se pondo a trabalhar a partir do vazio sentido em sua vida (Solomon, 2018).

Também se buscou debater as análises filosóficas de um teórico da atualidade que versa sobre o tema das depressões, Byung-Chul Han, confrontando suas teorias com o campo da psicanálise, assim apontando fundamentos para outro caminho possível para as depressões que foi posto de lado pelo autor: a psicanálise. Assim, pode-se pensar a psicanálise como método de tratamento da depressão a partir do olhar filosófico de Han e de como as noções lacanianas da psicanálise respondem à problemática da depressão na atualidade interpretada por Han.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (APA). (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Debord, G. (1997). *Sociedade do espetáculo*. Rio de Janeiro: Contraponto, 2000.
- Eidelsztein, A. (2017). *O grafo do desejo*. 1. ed. São Paulo: Toro editora.
- Ferrari, M. A. L. D. (2006). O papel da diferença na construção da identidade. *Boletim de Psicologia*, 56(124), 1-8. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432006000100002&lng=pt&tlng=pt.
- Fogaça, J., Perez, C. (2014). Felicidade adjetivada: polifonia conceitual, imperativo social. *Intercom: Revista Brasileira de Ciências da Comunicação*, 37(1), 217-241. doi: 10.1590/S1809-58442014000100011
- Fortes, I. (2009). A psicanálise face ao hedonismo contemporâneo. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 9(4), 1123-1144. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482009000400004&lng=pt&tlng=pt.
- Foucault, M. (2008). *Nascimento da biopolítica*. (E. Brandão, Trad.). São Paulo: Martins Fontes, 2008. (Original publicado em 2004).
- Freud, S. (1996). O mal-estar na civilização. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 21). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1930).
- Freud, S. (1996a). Uma criança é espancada: Uma contribuição ao estudo da origem das perversões sexuais. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 17). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1919).
- Han, B-C. (2017). *Topologia da violência*. (E. P. Giachini, Trad.) Petrópolis, RJ: Vozes. (Original publicado em 2011).
- Han, B-C. (2017a). *Sociedade do cansaço*. 2. (E. P. Giachini, Trad.) ed. Petrópolis, RJ: Vozes. (Original publicado em 2010).

- Han, B-C. (2017b). *Agonia do eros*. (E. P. Giachini, Trad.) 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes. (Original publicado em 2012).
- Han, B-C. (2017c) *Sociedade da transparência*. (E. P. Giachini, Trad.) 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes. (Original publicado em 2012).
- Han, B-C (2018). *Psicopolítica: O neoliberalismo e as novas técnicas de poder*. (M. Liesen, Trad.) 1. ed. Belo Horizonte, MG: Âyiné. (Original publicado em 2000)
- Jorge, M. A. C. (2005). *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan, vol. 1: as bases conceituais*. 2. ed., 12 reimpr. Rio de Janeiro: Zahar.
- Kehl, M. R. (2015) *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. 2. ed., [4. reimpr.]. São Paulo: Boitempo.
- Lacan, J. (2008). *Seminário, livro 20: mais, ainda (1972-1973)* (3^a. ed.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Lévinas, E. (2005). *Entre Nós: Ensaio sobre a alteridade*. 2. ed., Petrópolis: Vozes.
- Lima, J. M. & Rudge, A. M. (2015). Neurose obsessiva ou TOC?. *Tempo psicanalítico*, 47(2), 171-187. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382015000200012&lng=pt&tlng=pt.
- Quinet, A. (2012). *Os outros em Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Solomon, A. (2018). *O demônio do meio-dia: Uma anatomia da depressão*. São Paulo: Companhia das Letras.

Recebido em 23/11/2020

Aceito em 03/07/2024



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a obra original seja devidamente citada.