



PERSPECTIVAS INTERDISCIPLINARES EM PROMOÇÃO DA SAÚDE E DIVERSIDADE

Cristina Vianna Moreira dos Santos
Glauca Mitsuko Ataka da Rocha

Cristina Vianna Moreira dos Santos

Glaucia Mitsuko Ataka da Rocha

(ORGANIZADORAS)

**PERSPECTIVAS
INTERDISCIPLINARES
EM PROMOÇÃO DA
SAÚDE E DIVERSIDADE**



**Palmas- TO
2020**

Universidade Federal do Tocantins

Reitor

Luis Eduardo Bovolato

Vice-reitora

Ana Lúcia de Medeiros

Pró-Reitor de Administração e Finanças (PROAD)

Jaasiel Nascimento Lima

Pró-Reitor de Assuntos Estudantis (PROEST)

Kherley Caxias Batista Barbosa

Pró-Reitora de Extensão, Cultura e Assuntos Comunitários (PROEX)

Maria Santana Ferreira Milhomem

Pró-Reitora de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas (PROGEDEP)

Vânia Maria de Araújo Passos

Pró-Reitor de Graduação (PROGRAD)

Eduardo José Cezari

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação (PROPESQ)

Raphael Sanzio Pimenta

Conselho Editorial EDUFT

Presidente

Francisco Gilson Rebouças Porto Junior

Membros por área:

Liliam Deisy Ghizoni

Eder Ahmad Charaf Eddine
(Ciências Biológicas e da Saúde)

João Nunes da Silva

Ana Roseli Paes dos Santos

Lidianne Salvatierra

Wilson Rogério dos Santos
(Interdisciplinar)

Alexandre Tadeu Rossini da Silva

Maxwell Diógenes Bandeira de Melo
(Engenharias, Ciências Exatas e da Terra)

Francisco Gilson Rebouças Porto Junior

Thays Assunção Reis

Vinicius Pinheiro Marques
(Ciências Sociais Aplicadas)

Marcos Alexandre de Melo Santiago

Tiago Groh de Mello Cesar

William Douglas Guilherme

Gustavo Cunha Araújo
(Ciências Humanas, Letras e Artes)

Diagramação e capa: Gráfica Movimento

Arte de capa: Gráfica Movimento

O padrão ortográfico e o sistema de citações e referências bibliográficas são prerrogativas de cada autor. Da mesma forma, o conteúdo de cada capítulo é de inteira e exclusiva responsabilidade de seu respectivo autor.



Associação Brasileira de Editores Científicos

<http://www.abecbrasil.org.br>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP

S237p

Santos, Cristina Vianna Moreira dos.

Perspectivas interdisciplinares em promoção da saúde e diversidade / Cristina Vianna Moreira dos Santos; Glaucia Mitsuko Ataka da Rocha – Palmas, TO: EDUFT, 2020.

132 p. il. ; 21 x 29,7 cm.

ISBN: 978-65-89119-52-4

Inclui referências ao final.

1. Saúde Mental. 2. Psicologia, Brasil. 3. Psicologia, indígenas. 4. Políticas, saúde. 5. Sexualidade. 6. HIV, tratamento. I. Glaucia Mitsuko Ataka da Rocha. II. Título.

CDD – 613

SUMÁRIO

Parte I - Promoção da Saúde Mental	10
Capítulo I - Promoção da saúde e cuidado em saúde mental: Desafios para a prática	11
<i>Rafael Camilo Gonçalves e Renata Fabiana Pegoraro</i>	
Capítulo II - A clínica ampliada como estratégia política em saúde mental: Um enfoque psicanalítico.....	21
<i>Jamile Luz Morais</i>	
Capítulo III - Qual o espaço da Psicologia no bem viver indígena?.....	29
<i>Gláucia Mitsuko Ataka da Rocha, Tales Vilela Santeiro, Natália Maurício de Oliveira Carvalho e Kleber Wairurã Xerente</i>	
Parte II - Saúde Mental e Gênero.....	39
Capítulo IV - Produção de conhecimento em gênero e Psicologia no Brasil: Revisão de literatura	40
<i>Cláudia de Oliveira Alves</i>	
Capítulo V - O conceito de gênero e sua contribuição para a Psicologia e a saúde mental	51
<i>Mayk Diego Gomes da Glória Machado e Maria do Rosário Silva Resende</i>	
Capítulo VI - Gênero, raça e experiências de vida: Saúde mental de mulheres em contexto de pobreza	60
<i>Cristina Vianna Moreira dos Santos</i>	
Capítulo VII - Domesticidade feminina e impactos na saúde mental	72
<i>Luciana da Silva Santos</i>	
Parte III – Políticas de Saúde e Sexualidades.....	81
Capítulo VIII - Diversidade sexual e drogas: Questões para a saúde LGBT	82
<i>Marco José de Oliveira Duarte</i>	
Capítulo IX - Regimes de (in) visibilidade e as políticas de saúde para lésbicas, mulheres bissexuais e transexuais no Brasil	94
<i>Bruna Andrade Irineu e Danuta Ramos Duarte</i>	
Capítulo X - Quando a experiência toca o corpo: Narrativas de vidas entrelaçadas pelas transexualidades	103
<i>Pablo Cardozo Rocon</i>	
Capítulo XI - Adesão ao tratamento do HIV: Transferência na relação psicóloga-paciente	113
<i>Rosely Vieira Cecílio e Cristina Vianna Moreira dos Santos</i>	
Capítulo XII - A reconfiguração do campo de uma pessoa que vive com HIV	122
<i>Amanda Araújo Malta de Sá e Jordana Calil Lopes de Menezes</i>	

Quando se trata das sociedades modernas contemporâneas, os sistemas de saúde e a medicina científica também não se dirigem a um mundo único, moderno e universal. As diversidades culturais onde interferem as diferenças religiosas, educativas, étnicas; as diferenças de gênero, de idade, de classes sociais; as diferenças somáticas, regionais e tantas outras colocam novamente os sistemas de saúde e a medicina moderna diante de um universo plural e multifacetado que exige dela atenção e olhares diferenciados.

(KABENGELE, 2007, p. 14).

PREFÁCIO

Desde 1986, quando foi apresentada a Carta de Ottawa, a Promoção da Saúde foi definida como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Havia o entendimento de que a saúde é um conceito positivo, um recurso para a vida, sendo o maior deles para o desenvolvimento social, econômico e pessoal. Ademais, estavam elencados como pré-requisitos para a saúde – paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. O desafio estava posto e, mesmo com todas as discussões e avanços subsequentes, percebemos que o escopo do conhecimento e das ações necessárias para se promover a saúde em cenários de grande desigualdade social era e ainda é gigantesco.

Muitos avanços foram feitos ao longo dos anos durante as demais conferências internacionais sobre promoção da saúde, no entanto, pensar em promoção da saúde é estar frente a frente, cotidianamente, com esses desafios que não podem ser entendidos como individuais ou de grupos que trabalham na área da saúde, mas desafios que exigem um trabalho político que envolve as comunidades. Trata-se de um trabalho teórico, técnico e interdisciplinar, que considera a complexidade do que se denomina saúde, de seus determinantes sociais e dos recursos necessários à promoção da saúde e manutenção de uma boa qualidade de vida.

Por essas características, na presente obra, apresentamos textos que transitam neste amplo cenário de reflexões e ações necessárias. A ideia deste livro teve origem a partir das preocupações debatidas no contexto do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Sexualidade, Corporalidades e Direitos – Grupo de Pesquisa consolidado há dez anos na Universidade Federal do Tocantins (UFT) – que foram compartilhadas com outras/os pesquisadoras/es e profissionais, de regiões distintas do país, dando início à produção dos capítulos. Fortalecendo o debate junto ao Núcleo de Sexualidade, o nascimento de um Grupo de Estudos na UFT, que tem desenvolvido suas discussões e ações fundamentadas na promoção da saúde mental e cuidado com a saúde a partir da perspectiva interdisciplinar, gerou como fruto um capítulo com foco nas especificidades da população indígena.

Neste sentido, no livro **Perspectivas Interdisciplinares em Promoção da Saúde e Diversidade**, as organizadoras reuniram textos que pretendem ampliar a compreensão de leitoras/es sobre a promoção de saúde, especialmente ao trazer reflexões sobre equidade no cuidado em saúde, em uma perspectiva de reconhecimento da diversidade e de valorização da interdisciplinaridade.

Na primeira parte desta obra as/os autoras/os se dedicam a reflexões que giram em torno do tema **Promoção da Saúde Mental**, na qual são apresentados dois textos que versam sobre os grandes desafios de pensar e fazer saúde mental no Brasil. O primeiro capítulo abre esse campo tomando o tema a partir de uma perspectiva ampla, o da relação entre promoção da saúde e cuidados em saúde mental. O segundo capítulo segue com o desafio de se adotar a perspectiva psicanalítica enquanto orientadora da clínica ampliada, como uma estratégia política em saúde mental, em contraposição ao modelo médico e ao poder instituído pela norma. Por fim, apresentamos nessa seção um texto em que as/os autoras/es abordam o desafio de se construir um espaço de diálogo entre o saber do fazer indígena e o saber do conhecimento científico, no intuito de desenvolver práticas de cuidado em saúde mental que respeitem o conhecimento tradicional.

Em sua segunda parte, é abordada a relação entre **Saúde Mental e Gênero**. Nos capítulos desta seção, as/os autoras/es articulam a importância do debate acerca das desigualdades vivenciadas no campo da saúde e da saúde mental, a partir das diferenças entre mulheres e homens, assim como entre as próprias mulheres em relação aos marcadores de raça/etnia e classe social. Refletem sobre a inserção do gênero como categoria de análise nas produções acadêmicas em Psicologia e a construção de uma perspectiva feminista em Psicologia. A saúde mental de mulheres em contexto de pobreza e os determinantes sociais de saúde são problematizados a partir de uma perspectiva de gênero e interseccional, assim como a denúncia das relações assimétricas de poder, a partir da exploração do trabalho doméstico das mulheres, levando em conta os processos de subjetivação envolvidos.

A terceira e última parte, intitulada **Políticas de Saúde e Sexualidades**, dedica-se a discutir a questão sobre saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, a partir de conceitos como “biopolítica”, “biopoder” e “regimes de visibilidade”. A sexualidade enquanto uma dimensão da vida imbricada em regimes de verdade, apresenta situações de cuidado e promoção da saúde específicas, que nem sempre encontram espaços em políticas sociais universalistas. A partir da análise de documentos oficiais que balizam as políticas de saúde, de narrativas de mulheres que passaram por cirurgia de redesignação sexual e de relatos de experiências de pessoas que vivem com HIV, discutem-se o campo das políticas públicas para a população LGBT, e os processos de escuta analítica como estratégia para adesão ao tratamento, levando em conta o impacto da revelação diagnóstica, bem como de escuta clínica para pensar as diversas dimensões de quem vive com HIV.

Deste modo, esta coletânea reúne pesquisadoras/es e profissionais de campos interdisciplinares que atuam em instituições de Ensino Superior nos estados do Tocantins, Mato Grosso, Goiás, Distrito Federal, Minas Gerais e Espírito Santo, além de outras/os profissionais que colaboram com as reflexões propostas. Reúnem nesta obra seus esforços para sistematizar conhecimentos no sentido de construir uma proposta de diálogo com leitoras/es, visando apresentar o cenário da saúde coletiva e de práticas interventivas no contexto da saúde pública envolvendo diferentes atores sociais.

Pensar, refletir, sistematizar, promover saúde e cuidado em saúde mental, em espaços institucionais e coletivos, é valorizar o atravessamento das diferenças entre pessoas e grupos e, ao mesmo tempo, considerar o fortalecimento do campo das políticas públicas que sistematizam proteção e garantia de direitos a grupos específicos. Produzir conhecimento e fomentar aprendizagens no campo da saúde, em tempos adversos, envolve engajamento político com a efetivação de direitos e com a defesa do acesso universal aos serviços públicos. Diante deste panorama, para que ocorra a promoção da saúde é necessário que, desde a formação de profissionais haja o estímulo à atenção integral à saúde de maneira interdisciplinar, na qual a autonomia dos sujeitos e profissionais seja evidenciada, para que assim, ao vivenciar seu cotidiano de trabalho, tanto estudante quanto profissional consigam se movimentar e direcionar as demandas da população dentro do sistema de saúde, considerando o “universo plural e multifacetado” em que vivemos.

Uma boa leitura a todas e todos!

Ruhena Kelber Abrão Ferreira¹

1 Pós-doutor em Políticas Públicas (UMC). Doutor em Ciências da Saúde (UFRGS). Professor Adjunto II da Universidade Federal do Tocantins (UFT). E-mail: kelberabrao@gmail.com

PARTE I

PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

CAPÍTULO I

PROMOÇÃO DA SAÚDE E CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DESAFIOS PARA A PRÁTICA

Rafael Camilo Gonçalves²

Renata Fabiana Pegoraro³

Na atual Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) é adotada a concepção ampliada de saúde, a qual implica na articulação entre equipamentos do setor de saúde e serviços interseoriais para garantir os cuidados à população (BRASIL, 2014). Não se trata, portanto, de ações para evitar ou tratar o adoecimento, mas de produzir condições de vida saudável. Por outro lado, as ações direcionadas aos problemas de saúde mental no Brasil foram desenvolvidas, ao longo do século XX, com ênfase no isolamento social do louco por meio das internações psiquiátricas, de forma distante e não articulada com as ações para os cuidados à saúde, em geral. Existiam ações destinadas à saúde geral e outras destinadas a tratar de problemas psiquiátricos. A aproximação entre os cuidados à saúde e à saúde mental da população brasileira ocorreu a partir da década de 1990, com a implementação do Programa de Saúde da Família (LANCETTI; AMARANTE, 2012).

Neste contexto, as demandas em saúde mental da população assistida pelas equipes de saúde da família e a política de saúde mental, voltada para a desinstitucionalização da assistência, permitem estabelecer uma relação entre a promoção de saúde e o campo de cuidados em saúde mental, agora organizados a partir da noção de Rede de Atenção Psicossocial. Logo, serão abordados neste capítulo: (a) inicialmente as definições sobre promoção de saúde e a origem deste termo e a atual política nacional de promoção de saúde; (b) os pontos chave da assistência psiquiátrica no Brasil, o movimento de desinstitucionalização em saúde mental e a criação de serviços de base territoriais, para então problematizar a relação entre promoção de saúde e cuidados em saúde mental.

2 Psicólogo e Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia (Bolsista CNPq). E-mail: rafael-camilopsi@gmail.com

3 Doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo (Câmpus Ribeirão Preto). Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). E-mail: renata.pegoraro@ufu.br

A promoção da saúde: definições e seu delineamento atual no Brasil

No início do século XX o sanitarista Henry Sigerist apresentou a noção de promoção da saúde, a qual envolvia, basicamente, práticas envoltas por ações de educação em saúde e ações do Estado na direção da melhoria de qualidade de vida da população (DEMARZO; AQUILANTE, 2008). Durante o pós-guerra, a noção de promoção da saúde foi aderida às concepções da Medicina Preventiva, sendo compreendida a partir de uma diversificação de atividades desenvolvidas enquanto prevenção primária (LEAVELL; CLARCK, 1987 *apud* TEIXEIRA, 2006), isto é, voltada para a promoção da saúde dos indivíduos e a proteção contra doenças. Décadas depois, no cenário dos anos 70, ganhou espaço a concepção de promoção da saúde influenciada pelo Relatório de Lalonde, publicado no Canadá em 1974, com destaque para os estilos de vida dos variados grupos de população, em função de seus riscos e escolhas comportamentais. Aqui, a promoção de saúde era compreendida como uma responsabilidade individual, a ser atingida pelo cultivo de hábitos saudáveis.

As mudanças na forma de se compreender o que vem a ser saúde e as diferentes políticas e práticas que surgiram após a década de 70 provocaram novas alterações na concepção sobre promoção de saúde (TEIXEIRA, 2006). Um marco fundamental para esta transição ocorreu em 1986, com a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, no Canadá, com a conseqüente elaboração da “Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde” como resultado do encontro. Neste documento foram reunidas novas orientações reforçando o conceito ampliado de saúde e seus determinantes sociais, como, também, indicações referentes aos cinco campos de ação para a promoção da saúde, sendo eles: (1) a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; (2) a criação de ambientes favoráveis à saúde; (3) o reforço da ação comunitária; (4) o desenvolvimento de habilidades pessoais; (5) e a reorientação do sistema de saúde (WESTPHAL, 2012).

Em uma concepção mais atual, a promoção da saúde caracteriza-se como uma construção de capacitação e fortalecimento não só de indivíduos, mas, também, da comunidade, ampliando a possibilidade de controle dos determinantes do processo saúde-adoecimento, buscando positivamente mudanças nos níveis de saúde. Esta nova definição ainda busca superar os obstáculos para a adoção das políticas públicas de saúde considerando a intersetorialidade das ações, a reorganização dos serviços de saúde e a implementação de ações comunitárias e coletivas (DEMARZO; AQUILANTE, 2008). Logo, corroborando com os pensamentos supracitados, o estudo de Buss (2017) associa a conceituação mais atual de promoção da saúde a um aglomerado de valores sociais, morais, éticos e participativos, em uma combinação de estratégias com a participação do Estado (por meio de políticas públicas), da comunidade, de indivíduos e outras parcerias institucionais, destacando a noção de corresponsabilização pelos problemas, bem como por propostas e soluções para os mesmos.

A partir desta nova concepção, Westphal (2012) apresenta alguns princípios modernos da Promoção da Saúde. O primeiro deles sugere que as ações de promoção da saúde devem considerar a multicausalidade do processo saúde-doença (aspectos biológicos, psicossociais, históricos, econômicos, por exemplo). O segundo aborda a equidade nas ações e concepções da promoção da saúde, garantindo acesso universal à saúde, com justiça social. O terceiro enfatiza a intersetorialidade na articulação dos saberes e experiências no planejamento, execução e avaliação das ações. O quarto destaca a participação social no envolvimento, planejamento, execução e avaliação dos projetos, fomentando o empoderamento coletivo na capacidade de

exercer controle nos determinantes do processo saúde-doença. Por último, o quinto princípio retrata a sustentabilidade, uma vez que situações ou questões de natureza complexas demandam transformações coletivas por conta de seus impactos de médio a longo prazo.

Nesta mesma linha de raciocínio, Rabello (2010) acrescenta que a promoção da saúde atua na contribuição da renovação das concepções sanitárias contemporâneas contrapondo-se ao modelo biomédico, hospitalocêntrico e curativo dominante nas concepções desde o século XX. Aqui vale uma diferenciação entre promoção da saúde e prevenção de doenças. Em suas publicações, Demarzo (2011, p.6) esclarece que as mais recentes formas de se pensar a promoção da saúde visam “incrementar a saúde e o bem-estar gerais, promovendo mudanças nas condições de vida e de trabalho capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população, ou seja, facilitar o acesso às escolhas mais saudáveis” e a prevenção “trabalha no sentido de garantir proteção a doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações”. Acrescenta o autor que para a lógica da promoção da saúde, o conceito de saúde é multidimensional, são valorizadas formas de intervenção participativas e intersetoriais, e a população e o ambiente são os alvos de suas ações.

Por outro lado, na lógica da prevenção de doenças, destaca-se a compreensão de saúde como ausência de doenças, onde as intervenções são centradas no profissional de saúde e os alvos principais são os grupos de alto risco. Nesse sentido, Buss (2017) acrescenta que a prevenção, diferentemente da promoção, orienta-se a partir de grupos com enfermidades específicas, buscando detectar, controlar e enfraquecer seus fatores de risco e causalidade, focando na doença e as intervenções ou ferramentas para combatê-la.

Atualmente, mesmo com os avanços e reformulações nas concepções, Westphal (2012) destaca que muitos profissionais de saúde ainda entendem a prevenção de doenças e a promoção da saúde a partir de definições menos atuais, mantendo viva a tensão paradigmática em torno das perspectivas de saúde e as suas causas. No cenário brasileiro, de acordo com Teixeira (2006), o setor da saúde e as concepções que embasam as políticas e práticas que aí se desenvolvem, têm passado por transformações a partir das propostas da Reforma Sanitária e, especialmente, do processo de construção do SUS e a implementação de suas propostas. Essas transformações devem ser consideradas tanto nos modos de se construir intervenções em saúde quanto nas formas de ensino (WESTPHAL, 2012).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi inicialmente publicada em 2006, refletindo transformações ocorridas no setor da saúde nas últimas décadas e em consonância com os princípios e outras políticas do Sistema Único de Saúde (SUS). A política teve seu texto revisado em 2014, por meio da Portaria nº 2.446 de 11 de novembro daquele mesmo ano. A revisão da PNPS no ano de 2014, pela Portaria nº 2.446 de 11 de novembro, estabeleceu como critérios para o fortalecimento da promoção de saúde: a necessidade de sua articulação com outras políticas públicas e o fomento à participação social e popular. Deste modo, a possibilidade de trabalho isolado do setor sanitário deve ser evitada e a construção de ações junto aos serviços de diferentes esferas do campo público para se enfrentar os determinantes e condicionantes da saúde devem orientar as ações em saúde, sustentadas pela lógica intersetorial.

Na operacionalização desta política se faz fundamental a consolidação de ações direcionadas aos indivíduos e coletividades, em uma perspectiva integrativa, multidisciplinar e articulada. Sendo assim, fundamentado em todo processo sócio-histórico-ideológico da promoção da saúde, esta passa a ser compreendida como uma esfera que envolve estratégias e maneiras de se

produzir saúde, individual e coletivamente. Tal premissa acontece por meio da articulação e participação intra e intersetorial na formação da Rede de Atenção à Saúde, bem como por meio das suas tecnologias e políticas voltadas para a promoção da equidade de vida e redução dos variados riscos e vulnerabilidades decorrentes dos determinantes sociais, políticos, culturais, econômicos e ambientais. No processo saúde-adoecimento, a perspectiva da promoção da saúde deve estimular e impulsionar, de forma intersetorial, a construção de políticas específicas, a identificação de fatores de risco e vulnerabilidades, bem como produzir responsabilização dos diferentes atores, provocando mudanças na forma de organizar, planejar, analisar e avaliar o trabalho em saúde.

A PNPS orienta a necessidade essencial de se articular a outras esferas das políticas públicas já conquistadas pela população, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP-SUS), a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, a Política Nacional de Atenção às Urgências e as Políticas Nacionais de Saúde Integral de Populações Específicas, como as da população negra e da população Lésbica, Gay, Bissexuais e Travestis (LGBT).

Neste sentido, na PNPS é proposto que a atuação contemple os seguintes eixos: territorialização, articulação e cooperação intra e interinstitucional; Rede de Atenção à Saúde; participação e controle social; educação e formação; vigilância, monitoramento e avaliação; produção e disseminação de conhecimentos e saberes; e, por último, a comunicação social e de mídia (BRASIL, 2014).

Frente aos eixos mencionados, destacam-se como temas prioritários da PNPS: a formação e educação permanente; alimentação adequada e saudável; práticas corporais e atividades físicas; enfrentamento do uso de tabaco e seus derivados; enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas; promoção da mobilidade segura; promoção da cultura de paz e dos direitos humanos e, finalmente, promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2014). Portanto, considerando-se a concepção de saúde, os eixos principais e as temáticas mais urgentes presentes na PNPS (como a elaboração de projetos de promoção da saúde a partir da extensa diversidade que os contextos apresentam) sua construção e implementação só podem ocorrer mediante o diálogo entre profissionais e serviços que compõem a Atenção Primária, tradicionalmente denominada “Atenção Básica”, no Brasil.

A Política Nacional de Atenção Básica, implementada em 2006, traz a partir de sua atualização com a Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017), a definição da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como coordenadora, ordenadora das ações e serviços disponibilizados pela rede cuja estratégia é voltada ao cuidado em sua integralidade e as necessidades da população, sendo que os serviços da atenção primária são considerados as portas de entrada da RAS.

Desse modo, a atenção básica, por meio da sua amplitude de ações e objetivo de atenção integral à saúde, constitui-se por intervenções direcionadas para promoção e proteção da saúde, bem como a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2012). Dessa forma, Teixeira (2006) aponta que nesse processo de formulação das políticas e programas de saúde, foram sendo incorporados, a cada proposta, os princípios da Promoção da Saúde, como nos casos

do Programa destinados ao controle da infecção pelo HIV e da AIDS, Controle do Tabagismo, do Programa de Controle da Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA), Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, dentre outros que também levantaram a discussão sobre as estruturas do sistema de vigilância da saúde no SUS.

De acordo com essa lógica, Westphal (2012, p.662) considera que a implementação do conceito de Promoção da Saúde, no SUS, abordando os aspectos socioambientais, “poderá favorecer o questionamento da prática atual e recuperar as promessas da Reforma Sanitária, redirecionando seus caminhos bem como os da prevenção, no sentido da emancipação das populações”. Logo, nos estudos de Teixeira (2006), a aderência às propostas ligadas à Promoção da Saúde, carrega consigo a possibilidade de resgatar os princípios da Reforma Sanitária, ampliando a chance de atualização e renovação das suas propostas originais, tanto no sentido de superar o processo de medicalização na sociedade quanto pela necessidade de trazer a população para discutir a formulação e implementação das propostas, sempre considerando “os avanços científicos e tecnológicos que ocorreram durante os últimos 25 anos na área da Saúde e especialmente na área da Saúde Coletiva” (TEIXEIRA, 2006, p. 104).

Ainda que tenham sido movimentos distintos, a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica Brasileira constituíram-se em movimentos com capacidade para provocar mudanças no cenário da oferta de cuidados à população brasileira, em busca de melhores condições de saúde física e psíquica, com a defesa de atenção integral, gratuita e com equidade a qualquer um. Os acontecimentos que levaram à construção do movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil serão discutidos na sequência.

Da (des)assistência psiquiátrica ao cuidado no território: apontamentos sobre o cuidado em saúde mental no Brasil

A assistência psiquiátrica no Brasil foi inaugurada com a criação do primeiro hospital psiquiátrico, em 1852, na então capital do país, a cidade do Rio de Janeiro. Superlotado em poucos meses, esse hospital não foi o único criado neste momento. Outras instituições surgiram em diferentes Estados do Brasil e, no final do século XIX, os chamados hospitais-colônia, ancorados na ideia de isolar do meio e de curar pelo trabalho, cerne do tratamento moral de Pinel na Europa, começaram a se multiplicar. Deste modo, as grandes instituições asilares foram responsáveis pelo tom da assistência psiquiátrica que, a partir das primeiras décadas do século XX, ganharam como recursos o eletrochoque, a insulino-terapia, as psicocirurgias e as primeiras medicações a se propagarem no campo da psiquiatria (ODA; DALGALARRONDO, 2004)

Nas décadas de 1960 e 1970, nosso país assistiu ao que se convencionou chamar de “indústria da loucura”, com a compra de leitos privados pelo governo federal para garantir a assistência psiquiátrica. Os maus tratos, a punição, a hipermedicação e a fome dos pacientes ali internados há meses ou décadas foram registrados pela imprensa e denunciados por profissionais que trabalhavam em instituições psiquiátricas, como nos recorda Amarante (2017), no que pode ser considerado o início do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Um dos fatos que marcaram esse período foi a presença de Franco Basaglia, no Brasil, psiquiatra responsável pelas mudanças da assistência no norte da Itália. Ao conhecer o hospital colônia do município de Barbacena, em Minas Gerais, Basaglia o comparou a um campo de concentração, conforme

registrou Amarante (2017). Além da presença de Basaglia, as matérias publicadas pela imprensa e o filme de Helvécio Raton sobre o mesmo hospital colônia mostraram à opinião pública, aos profissionais de saúde e aos acadêmicos a condição sub-humana das pessoas ali reclusas, cuja condição não era diferente de outros tantos pacientes espalhados por grandes, médios e pequenos hospícios pelo Brasil, subsidiados por dinheiro público (AMARANTE, 2017).

Na década de 1980, as ideias e alguns personagens importantes do Movimento da Reforma Sanitária passaram a participar da formulação de políticas públicas de saúde e da gestão dos serviços. Neste mesmo período, outros atores se unem ao movimento de crítica do asilo, dando corpo ao que se convencionou chamar de Reforma Psiquiátrica Brasileira - movimento em busca de dignidade na forma de tratar das pessoas em sofrimento psíquico e de outras formas para se compreender e lidar com a loucura no espaço social.

A bandeira da Reforma Psiquiátrica se justificava pelo saldo deixado por anos de institucionalização, nos quais centenas de pacientes-moradores – aqueles há 5, 10, 20, 40 anos internados – precisavam de uma chance para reconstruir suas trajetórias. Para eles, o hospital havia se tornado a morada, tendo em vista a perda de laços familiares e sociais. Ao final da década de 1980 vários destes pacientes-moradores começaram a ser inseridos em módulos residenciais dentro dos próprios hospitais, lares abrigados e, posteriormente, residências terapêuticas localizadas nos espaços urbanos dos municípios. Construía-se, assim, a saída do asilo, isto é, a desospitalização de pessoas em processo de desinstitucionalização (MÂNGIA; MARQUES, 2004).

Em paralelo a isso, serviços de atenção diária foram criados no Brasil. Em Santos/SP, com o desmonte da Casa de Saúde Anchieta, em decorrência de uma intervenção ancorada em denúncias de mortes e maus tratos, foram criados os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), inspirados na Psiquiatria de Setor francesa (AMARANTE, 2017). Os NAPS eram responsáveis pelo cuidado em saúde mental do território aos quais pertenciam. Funcionavam 24 horas por dia e se configuravam, portanto, como serviços substitutivos à internação. Em São Paulo, foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), não a partir da necessidade de cuidado por fechamento de uma instituição psiquiátrica como em Santos, mas como tentativa de encontrar outro modo de cuidado para pacientes crônicos em acompanhamento nos ambulatórios de psiquiatria e histórico de internação estilo “porta-giratória”, isto é, reinternações frequentes de indivíduos sem serviços psiquiátricos de urgência ou de curta-duração. O espaço do CAPS seria mais acolhedor, poderia oferecer diversas atividades ao longo de seu funcionamento e permitiria a criação de laços entre equipe e usuários. Diferentemente dos NAPS, os CAPS funcionavam apenas durante o dia (GOLDBERG, 1994; AMARANTE, 2017).

Os espaços residenciais e os serviços de atenção psicossocial vão, aos poucos, marcando a necessidade de diálogo com a loucura em contexto comunitário. Em 2001, foi aprovada a chamada lei da saúde mental (Lei 10216/2001), que propõe que o tratamento em contexto comunitário anteceda a internação e que esta seja um recurso usado apenas quando se esgotarem os recursos extra-hospitalares e que tenha a menor duração possível. Porém, neste contexto que relação há entre saúde mental e promoção de saúde? A nosso ver são ao menos três os pontos de convergência entre a saúde mental e promoção da saúde - a produção de vida, a noção de território e a Rede de Atenção Psicossocial – detalhados à frente.

Cabe ressaltar a respeito da definição de saúde mental que, conforme Lancetti e Amarante (2012), pode ser relacionada a diferentes sentidos, seja no campo profissional (ser profissional de saúde mental), como área de atuação (Centro de Atenção Psicossocial, por exemplo) ou

ainda saúde mental como um ideal a ser atingido pela sociedade. Neste último caso, Lancetti e Amarante (2012) chamam atenção para propostas preventivistas. Aqui vale um resgate da ideia de Psiquiatria Comunitária, um dos chamados movimentos de Reforma da Psiquiatria ocorrido na década de 1960 nos Estados Unidos da América (EUA), para diferenciar prevenção e promoção.

Para a Psiquiatria Preventiva, surgida nos EUA, seria possível prevenir as doenças mentais, ou ao menos realizar detecção precoce dessas/delas/destas, de forma a encurtar sua duração, diminuir os índices de problemas psiquiátricos em uma comunidade, ou diminuir a deterioração decorrente da doença mental. A atuação das equipes de saúde mental deveria ocorrer na comunidade, fortalecendo as normas e os padrões ético-morais, na identificação das doenças, tomando assim a categorização como mecanismo de controle e normatização das populações marginalizadas (AMARANTE, 2017). Corroborando com tais ideias, Silva-Filho (1990, p.95) menciona que as “relações sociais mais amplas” deveriam ser “reinterpretadas e ensinadas ao doente que, por sua vez, deve internalizá-las, reeducando seus hábitos sociais”.

Não é, portanto, desta noção de saúde mental, fortemente associada à prevenção de doenças que desejamos falar. Compreendemos que a promoção de saúde em saúde mental relaciona-se aos três pontos-de-vista que aqui elencamos. O primeiro ponto é a noção de *Produção de vida*, tão cara à Reforma Psiquiátrica Brasileira. Em “A instituição negada”, Franco Rotelli defende a ideia de que é preciso reconstruir as pessoas como atores sociais, dar ferramentas para que cada um transforme seu modo de viver e sentir, e deste modo, tenha sua existência cotidiana também transformada, de uma perspectiva de sofrimento (existência-sofrimento) para produção de vida. Essa compreensão se relaciona à ideia de Rabello (2010), anteriormente exposta, sobre a contraposição da promoção da saúde às lógicas biomédicas, hospitalocêntricas e curativas. Os serviços de saúde, no cuidado à saúde mental, devem, portanto, traçar planos terapêuticos singulares que promovam a vida e não a eliminação de sintomas psiquiátricos.

O segundo ponto é a noção de território para o cuidado do usuário na atenção psicossocial. Segundo Furtado et al. (2016), o conceito crítico de território difere da ideia de área ou região. Se por um lado o território pode ser compreendido como o espaço em que se dá a reinserção social de pessoas em processo de desinstitucionalização, por outro e ao se considerar as relações de poder existentes em um território vivo (não mais como espaço geográfico apenas, mas que considere as relações que ali se desenvolvem, as instituições, os recursos sociais, as características culturais locais). Deve-se observar “verdadeiro (des)encontro entre pessoas com sofrimento mental grave e o espaço urbano e social na sociedade brasileira contemporânea (...) para aqueles que tentam se inserir socialmente, é imenso o risco de sujeição a valores e comportamentos hegemônicos” (p.10).

O terceiro ponto é a Rede de Atenção Psicossocial. A partir de 2011 (BRASIL, 2017), os Centros de Atenção Psicossocial foram alocados como um dos pontos de cuidado em saúde mental, ao lado de outros equipamentos aos quais os sujeitos em situação de sofrimento psíquico podem recorrer e receber cuidado, tais como Unidades Básicas de Saúde, Equipes de Saúde da Família, serviços residenciais terapêuticos, centros de convivência e cultura, unidades transitórias. Esse desenho de serviços atende ao proposto na Política de Promoção de Saúde na medida em que o aspecto intrasetorial ganha força, com o diálogo entre equipamentos de cuidado pelos quais transita a pessoa em sofrimento psíquico. Não mais estanques, os serviços de saúde mental

tornam-se serviços de saúde e a divisão entre assistência psiquiátrica e assistência à saúde tende a ter suas fronteiras em dissolução.

Ao mesmo tempo, as demandas que encontramos na realidade dos usuários de saúde mental não podem ser resolvidas apenas com intervenções do setor saúde. Não será o grupo, oficina ou o acolhimento que permitirá que o cuidado de que a pessoa necessita seja encontrado. Há a necessidade de diálogo com o setor da Educação em busca de creche para que a mãe possa ir ao CAPS, a presença do Centro de Referência da Assistência Social para discutir questões de vulnerabilidade social, a recolocação no mercado de trabalho e tantos outros.

Para não concluir: alguns desafios

Na relação direta entre a atual Política de Promoção de Saúde e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destacamos como desafios para a prática que a noção de promoção da saúde seja incorporada aos cuidados em saúde mental, especialmente na lógica do consultório na rua, no âmbito da educação permanente em sua relação com o Núcleo de Apoio em Saúde da Família que opera pela lógica do matriciamento e na promoção de saúde dos agentes comunitários de saúde.

A transformação do Consultório de Rua em Consultório na Rua (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014) pode ser compreendida como uma tentativa de desvincular a imagem da pessoa em situação de rua àquela que faz uso abusivo de álcool e outras drogas, alinhando a ela outras demandas em saúde, em uma perspectiva mais integral e, portanto, em diálogo com o SUS. Esses serviços têm o desafio de ampliar o acesso à saúde por pessoas em situação de rua que, muitas vezes, restringem-se ao uso em situações de urgência e emergência ou nem mesmo frequentam uma unidade de saúde por sentirem-se discriminados ou desconhecem seu direito de acesso universal à saúde. Como promover saúde daquele que não acredita que também tenha direito à saúde?

Com a inserção das equipes de saúde da família na lógica da RAPS, os cuidados em saúde mental, direcionados aos cuidadores de idosos, gestantes em sofrimento psíquico, usuários com histórico de internação psiquiátrica ou inserção em CAPS, usuários de álcool e outras drogas, acabam deslocando o foco, muitas vezes ainda existente, nas ações voltadas a grupos muito conhecidos da atenção primária: gestantes, hipertensos e diabéticos. O agente comunitário em saúde, ao desbravar o território, seja no cadastro ou acompanhamento de famílias, é colocado diretamente em contato com famílias nas quais o sofrimento psíquico se faz notar, sem ter ferramentas para manejo.

Como promover a saúde de um profissional de nível médio, como o agente comunitário de saúde que, a depender do território em que reside/atua, se depara cotidianamente com situações assim? A árdua tarefa – sem manual a seguir – dos profissionais que integram o Núcleo de Apoio à Saúde da Família tem dupla dificuldade. A criação de espaços para discussão dos casos de sofrimento psíquico no território e de estratégias de cuidados para a saúde mental da população que ali reside, incorporando realmente a promoção de saúde nas ações das equipes de atenção básica são desafios urgentes. Vencê-los é importante para que os usuários de serviços de saúde em situação de sofrimento psíquico, na prática, deixem de ser identificados, na unidade de saúde de seu bairro, por equipes e usuários, como “pacientes da saúde mental”, cujo cuidado há muito tempo já não deveria ficar restrito aos CAPS e aos leitos de internação.

Referências

AMARANTE, P. **Teoria e crítica em saúde mental**. Textos selecionados. São Paulo: Zagodoni Editora, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html> Acesso em 18 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em: 30 jul. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 3588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html Acesso em: 18 set. 2018.

BUSS, P. M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p.15-38.

DEMARZO, M. M. P. Reorganização dos sistemas de saúde. In: _____. **Promoção da Saúde e Atenção Primária à Saúde**. São Paulo: UNIFESP, 2011. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade02/unidade02.pdf> Acesso em: 19 set. 2018.

DEMARZO, M. M. P.; AQUILANTE, A. G. Saúde escolar e escolas promotoras de saúde. _____. In: Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed/Pan-Americana, 2008. p.49-76.

FURTADO, J. et al. A concepção de território na Saúde Mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.9, e00059116, 2016.

GOLDBERG, J. **Clínica da psicose**. Um projeto na rede pública. Rio de Janeiro: Te Corá/ Instituto Franco Basaglia, 1994.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos, G.W. de S. C. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012. p.661-680.

LONDERO, M.F.P.; CECCIM, R.B.; BILIBIO, L.F.S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface**, Botucatu, v.18, n.49, p.251-260, Abr. 2014.

MÂNGIA, E.; MARQUES, A. Desinstitucionalização e serviços residenciais terapêuticos: novas perspectivas para o campo da reabilitação psicossocial. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.15, n.3, p.129-135, 2004.

ODA, A.M.G.R.; DALGALARRONDO, P. O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria. Rev. **Latinoam. Psicopatol. Fundam.**, São Paulo, v.7, n.1, p.128-141, Mar. 2004.

RABELLO, L.S. **Promoção da saúde:** a construção social de um conceito em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: ROTELLI, F. et al.. **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, 1990. p.89-99.

TEIXEIRA, C. F. Promoção da saúde e SUS: um diálogo pertinente. In: TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. **Modelo de atenção à saúde:** vigilância e saúde da família. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. p. 85-108.

WESTPHAL, M. F. Promoção de saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. (org). **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2012. p.681-717.

CAPÍTULO II

A CLÍNICA AMPLIADA COMO ESTRATÉGIA POLÍTICA EM SAÚDE MENTAL UM ENFOQUE PSICANALÍTICO

Jamile Luz Morais⁴

“o inconsciente é a política”
(LACAN, 1966-1967, p. 236).

Discutir a noção de clínica ampliada como um dispositivo político em saúde mental vincula-se à ideia segundo a qual é possível falar de uma clínica do social que, por sua vez, destina-se também a uma clínica do sujeito. Trata-se de uma acepção encontrada em Freud (1921/2011) em ‘Psicologia das massas e Análise do Eu’: toda psicologia social é uma psicologia individual e vice-versa. Neste sentido, podemos afirmar que a clínica está para o social como o social está para clínica.

Ora, é impossível concebermos a emergência de um sujeito sem o aparato da cultura, intermediada por uma linguagem própria, capaz de determinar normas, valores, comportamentos, produzir sintomas e doenças em uma coletividade. Tal afirmação freudiana é tão valiosa que não podemos instituir a velha dicotomia social versus individual (subjetivo), posto que ambos se relacionam a partir de uma continuidade em que não é possível identificar o que é só interno ou apenas externo ao sujeito. Social e individual andam juntos e, nessa perspectiva, concordando com Onocko Campos (2012, p. 13), não há “um sujeito do inconsciente possível de se desenvolver em uma cápsula hermeticamente isolada do seu meio cultural e social”.

Deste modo, devemos pensar a clínica não como um campo de atuação, com um *setting* físico determinado, mas no seu sentido original como afirma Foucault (1998) em ‘O nascimento da clínica’: como um ato de se inclinar sobre o leito, condição fundamental de constituição do saber médico. Escutar o *pathos*, o sofrimento psíquico, possibilita-nos discutir a clínica ampliada como uma estratégia que intervém nas relações de poder que existem nas instituições de saúde mental e mesmo dentro das políticas públicas de saúde. Além disso, permite-nos atuar

⁴ Psicóloga e Psicanalista. Professora Adjunto do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Tocantins (UFT). Doutora em Psicologia Social (PUC/SP), mestre em Psicologia (UFPA). Especialista em Oncologia na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde (HUJBB/UFPA). E-mail: jamile@uft.edu.br

em um contexto macro que produz modos de ser de um determinado coletivo em um dado tempo histórico. Intervindo no macro, podemos intervir no sujeito que se constitui por meio deste.

Segundo Figueiredo (2004), o ato de clinicar não pode estar isento do social e aos modos de vida da contemporaneidade. Inclui-se a isso as políticas públicas de saúde que, embora sejam necessárias e legítimas, também são capazes de produzir generalizações, massificações, negligenciando não apenas as particularidades de cada comunidade, mas também do próprio sujeito que ali demanda por cuidados. Por esta razão é que, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), surgem outras políticas como um anteparo aos riscos a que a toda política não está imune, a qual segundo Goldenberg (2006, p. 9) sustenta-se com “a mira posta no poder de governar”. Trata-se de uma política dentro de outra política. Nesta perspectiva, nasceu em 2003 a Política Nacional de Humanização e, com ela, a concepção de clínica ampliada. Logo, é preciso discutir o lugar dela na política pública de saúde, localizando seu surgimento e a serviço de quem ela emergiu, a fim de que possamos compreendê-la como uma estratégia política no campo da saúde mental, à luz de uma interlocução com a psicanálise.

A clínica ampliada e a saúde mental

De modo geral, quando se pensa em clínica, imagina-se um médico prescrevendo um remédio ou solicitando um exame para comprovar ou não a hipótese do paciente ter uma determinada doença. No entanto, a clínica precisa ser muito mais do que isso, pois todos sabemos que as pessoas não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras (BRASIL, 2004, p. 5).

Se a clínica não pode se reduzir ao fato de o paciente ter ou ser portador de uma determinada doença, isso significa ampliar a própria concepção da clínica, que não deve se ancorar em um referencial unicamente biomédico, generalizante e universal para todos. Faz-se necessário que o ato de clinicar esteja direcionado à singularização do sujeito, considerando o coletivo em que ele está inserido e como este pode determinar e produzir doenças e transtornos. A descentralização do saber médico psiquiátrico, por outro lado, convoca a importância de outros profissionais da saúde no cuidado ao usuário. Assim, a concepção de uma clínica ampliada surge como resultado desta nova maneira de olhar o sujeito, sob o prisma da integralidade da atenção, da necessidade de um trabalho interdisciplinar e da própria concepção de saúde proposta com a instauração do SUS, a saber: de que a saúde não é somente ausência de doença, mas vista por meio de uma ótica social, das condições econômicas e culturais e como estas afetam o sujeito.

Humanizar a atenção do SUS requer a proposição de dispositivos no cuidado, entendendo que “não só médicos fazem a clínica, mas todos os profissionais de saúde fazem cada um à sua clínica” (BRASIL, 2007, p. 3). É no entrecruzamento dessas clínicas que se apresenta a proposta da clínica ampliada.

Uma prática muito comum nos serviços de saúde é justamente a redução dos usuários a um recorte diagnóstico ou burocrático (o diabético, o alcoolista ou, pior ainda, o leito número tal...). A proposta de clínica ampliada é ser um instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes. Este desafio de lidar com os usuários enquanto Sujeitos buscando sua participação e autonomia no projeto terapêuti-

co é tanto mais importante quanto mais longo for o seguimento do tratamento e maior for a necessidade de participação e adesão do Sujeito no seu projeto terapêutico (BRASIL, 2007, p. 3-4).

Agora, no que tange ao campo da saúde mental, o desafio da clínica ampliada impõe-se categoricamente, pois apesar da Reforma Psiquiátrica e do movimento de desmistificação do dito “louco”, com o surgimento da atenção psicossocial, isso por si só não impede que alguns discursos instituídos, pautados no saber médico, não se façam presentes. Criar condições para a (re)inserção e autonomia do usuário na saúde mental, reposicionando o seu lugar na família, na sociedade e consigo mesmo é uma aposta política que se coloca para a equipe de saúde, sustentada na perspectiva da clínica ampliada. É política, porque não basta humanizar o tratamento, “mas de dar outra resposta social à questão da loucura”, operando nas micropolíticas existentes, comumente, na equipe de saúde (RINALDI; LIMA, 2008, p. 64).

Não é suficiente que o profissional de saúde passe a chamar o usuário pelo seu nome e não pelo transtorno mental que carrega como estigma. É neste ponto que o alcance político aparece no campo da saúde mental. O psicólogo, por exemplo, uma vez se atentando aos múltiplos olhares, oportunizado pelo trabalho interdisciplinar, pode escutar e se atentar às “exceções”, ou seja, ao que foge à normatização e universalização. Esta “escuta”, portanto, pode, muitas vezes, convocar outro dispositivo que não aquela oficina, que supostamente contemplaria a maioria ou um todo homogêneo.

Ao escutar e estar atento às “exceções”, automaticamente, o profissional se atenta ao projeto terapêutico singular. Logo, o que isso significa? A resposta: algo que serve para um não necessariamente servirá para outro simplesmente porque ambos possuem a mesma patologia mental. Atuar dessa maneira pode agenciar uma mudança de posição no sujeito. Em outras palavras, se antes o sujeito estava submetido a uma norma social dita padrão (muitas vezes reforçada pelos próprios Centros de Atenção Psicossocial por meio de dispositivos terapêuticos generalizantes), a partir de então, ele pode ser capaz de se apropriar do que não suporta em sua situação e, até mesmo, autorizar-se a ser diferente, posto que cada um é único, independente se, conforme os manuais psiquiátricos, ele se iguale aos outros portadores de um transtorno X, Y ou Z.

A noção de clínica ampliada possibilita, ainda, que a intervenção possa acontecer na própria equipe, que não está imune aos automatismos de estratégias do cuidado e às relações de poder na atenção psicossocial. Afinal, não é à toa que uma das premissas da clínica ampliada está pautada na intersetorialidade, no sentido de reconhecer os limites dos conhecimentos dos profissionais da equipe de saúde, que não é onipotente e não consegue abarcar todas as técnicas em relação a determinado sujeito com sofrimento psíquico (BRASIL, 2007). Diante disso, no âmbito da saúde coletiva, cabe questionar: qual a contribuição possível da psicanálise no âmbito da saúde mental e clínica ampliada?

O discurso do psicanalista e o seu ato político no seio da clínica ampliada

Ao elaborar a teoria dos discursos, no Seminário 17: o avesso da psicanálise, o psicanalista francês Jacques Lacan (1969-70/1992) afirmou que o discurso do psicanalista seria o avesso do discurso do mestre, deste que pretende dominar, governar, manter-se no poder, reforçando

um discurso instituído, congelado. Sabemos que toda política se sustenta em uma dialética que envolve o dominado e o dominante e que até mesmo uma política pública de saúde como o SUS, incorre nessa questão, na medida em que existe um Estado que dita as regras de como os programas de saúde devem proporcionar ações e serviços neste setor.

Nessa direção, as políticas de saúde mental que existem na ordem pública instituem que são os “trabalhadores da saúde mental que decidem se alguém pode circular entre os demais nas ruas, em seu país, entre os países, ou se, pelo contrário, não pode sair de casa” (MILLER, 2011, p. 54). Partindo dessa lógica, se os trabalhadores da saúde mental detêm certo poder, eles se assemelham aos trabalhadores da política e da justiça, os quais, como agentes do Estado, podem vigiar e punir (IBIDEM, 2011).

O psicólogo que atua na saúde mental e se sustenta no discurso do psicanalista é atingido por uma tensão constante, pois ao mesmo tempo em que é um trabalhador de saúde e faz parte de uma equipe, ele deve estar atento aos enunciados que esta promove e nem mesmo se dá conta, como, por exemplo, colocar inconscientemente um usuário em uma posição de bode expiatório do grupo porque ele, com seu delírio, atrapalha o andamento das oficinas. Uma vez atravessado pelo discurso do psicanalista, este psicólogo entenderá que o delírio se apresenta como uma tentativa de cura do sujeito, isto é, como única alternativa possível de estar no mundo. Para além dos delírios e alucinações que o sujeito psicótico manifesta, existe uma satisfação inconsciente peculiar que muito diz daquele sujeito e que se alicerça na tentativa de fazer simbolização, mesmo que delirante. Ao invés de querer erradicar o sintoma, empurrando-o para “debaixo do tapete”, o discurso do psicanalista deixa aparecer o que não se pode dominar e nem governar: a angústia!

Desta maneira, Tenório (2000) ressalta que não podemos submeter o psicótico aos moldes e ideais de funcionamento sob o olhar normativo padrão, pois possivelmente ele não vai atender a essas expectativas (aliás, isso não se restringe ao sujeito psicótico!). Igualmente, não se pode colocar o “bem-estar psicossocial” em uma posição superior ao trabalho subjetivo. Este autor alerta ainda para uma distinção entre a atenção psicossocial, preconizada pela reforma psiquiátrica e pela ética dos cuidados e a psicanálise. É inegável a importância do movimento da reforma e o que ela trouxe consigo (como a humanização da doença mental, reposicionando-a em outro lugar na sociedade), entretanto, sua diferença essencial em relação à psicanálise é que, para última, a inclusão social é um efeito de um laço possível tecido pelo sujeito psicótico.

A psicanálise não coloca a inclusão como causa, mas sim como produto do que o sujeito pode oferecer considerando suas limitações. Em contrapartida, não se trata de inserir uma oposição radical e sim de um conflito necessário que, de certo, coloca a atenção psicossocial e a clínica ampliada em movimento, provocando questionamentos e enigmas, tirando a equipe do mesmo e a fazendo trabalhar. Se operarmos no contexto da clínica ampliada, partindo das expectativas da inclusão social como causa e não como efeito de um trabalho e tratamento possível para a psicose e doença mental, incorreremos, juntamente com a equipe, em frustração, decepção e desistência:

movidos pela crença de que é possível ao psicótico exercer-se com suficiência no laço social e de que é isso que ele deseja, quando isso não acontece nos decepcionamos – com ele ou conosco – e disso advêm efeitos deletérios em nosso trabalho: irritação, desistência, mais voluntarismo, insistências nas injunções para ele irrealizáveis e até indutoras ao surto”; e a “diluição da especificidade

do fato mesmo da psicose em graus diferentes de romantização da loucura. O que, manifestando-se nas práticas de cuidado, pode ter consequências negativas e perigosas para o paciente, entre elas a de negligenciarmos a necessidade de uma ação de tutela” (TENÓRIO, 2000, p. 92).

Em concordância, Almeida (2015, p. 28) afirma, apoiando-se na indicação freudiana, que “o sujeito deve ser buscado em sua produção psicótica” e não no que a sociedade dele espera. O discurso do psicanalista, direcionado para a ética do desejo e da singularidade do sintoma, concebe valor de verdade ao que pode ser considerado socialmente como fora do padrão. Ao invés de tentar erradicar o sintoma a qualquer custo, o discurso do psicanalista agencia que isto não deve ser causa, mas o produto de uma fala produzida pelo próprio sujeito que adocece. Porém, mesmo assim, nada garante que o sujeito passe a não manifestar delírios. Sabemos que, de um modo ou de outro, eles sempre se farão presentes. O que muda, entretanto, é a maneira como o sujeito passa a lidar com a sua patologia, reposicionando-se no laço social não como portador de um diagnóstico, mas sim como um sujeito de desejo e direitos. Para tanto, não se faz necessário erradicar todo o sintoma do sujeito simplesmente porque isso o coloca fora da norma.

Nessa direção, concordamos com Miller (2011) quando afirma que a saúde é para todos, mas não sem a loucura de cada um. O discurso do psicanalista opera justamente neste caminho, a saber: dar vazão ao que é de mais singular do sujeito, acolhendo o que o discurso hegemônico da saúde rejeita ou quer eliminar a todo custo. A clínica ampliada possibilita que o psicólogo e a própria psicanálise possa comparecer no entrecruzamento das clínicas variadas que circulam na saúde mental, contribuindo com o alcance político, na medida em que propicia um giro discursivo, uma mudança na relação de poder, pois para este o que importa e quem detém o saber sobre si mesmo é o sujeito em sofrimento. É ele quem pode construir uma narrativa, não apenas isso, mas também sua história.

Ao sustentar uma verdade falha e, portanto, faltosa, o discurso do psicanalista não vai atrás de tudo abarcar, ao contrário, revela e aponta para o furo como possibilidade de criação, de invenção. Trata-se de subverter a relação de poder usuário-equipe de saúde de tal modo que o primeiro tenha voz e possa se apropriar do que lhe é mais singular. Mesmo em tempos de clínica ampliada, é importante ter em mente que o saber biomédico e neoliberal ainda se mostram como discurso totalitário, partindo da seguinte afirmação: “o que é bom para um é bom para todos”. Em “A ordem médica”, Clavreul (1983, p. 84) nos traz um argumento que se atualiza com o passar do tempo:

eliminando qualquer outro discurso, e conseqüentemente o do próprio doente, o discurso médico afasta, pois, um certo número de elementos que não deixam de ter interesse em si mesmos. É da visada totalitária do discurso médico (como de todo discurso) nada querer saber nem poder saber do que não lhe pertence, porque é inarticulável em seu sistema conceitual, e não pode resultar em nenhuma prática que não fosse médica.

Para Miller (2004), seguindo Lacan, toda política carrega consigo ideais identificatórios, agrupamentos que se instituem e se cristalizam. Nesse contexto, Calzazans (2008, p. 20) menciona que a “prática psicanalítica é contrária a toda identificação, vai em direção ao questionamento dos significantes que pretendem dizer qual é o bem do sujeito”.

No campo da saúde mental, a política da identificação das massas é visível especialmente quando algumas oficinas terapêuticas são realizadas a partir do diagnóstico. Essa tentativa de homogeneização, na contemporaneidade, pode se tornar um desafio para quem visa à singularidade do sujeito. Sobre isso, Dias (2005, p. 123) salienta: “ser deprimido é um dos nomes do ser na atualidade. Pela depressão o sujeito se faz um ser, produz um ser de gozo que se chama: ser deprimido”. Pela via do diagnóstico, o sujeito tende a se cristalizar em uma posição de tal modo que passa a se comportar conforme ele. Trata-se de uma palavra que pode agenciar um determinado discurso. Identificando-se, portanto, a um diagnóstico, o sujeito se apazigua momentaneamente diante de seu sofrimento, na medida em que recebe um nome que supostamente o representa, (des)implicando-se com seu desejo, sua história e suas potencialidades. Para Calazans (2008, p. 20-21):

desse modo, podemos dizer que a psicanálise, como uma clínica do sujeito, não é uma prática que visa o bem, mas que visa pensar e questionar o mal que é feito em nome dos bens da identificação que têm o poder de evitar qualquer questionamento sobre a situação do sujeito. A psicanálise, por sua vez, opera um corte com certo estado de coisas, donde não poderemos desvincular a prática clínica da ética da psicanálise.

Assim, quando diz Lacan “o inconsciente é a política” (LACAN, 1966-1967, p. 236), ele nos chama a atenção para uma mudança de posição em relação ao discurso dominante que o discurso do analista faz operar no instante mesmo em que visa àquilo que faz furo em uma estrutura de linguagem pré-estabelecida, instituída, que constrói normas, ideias, valores, os quais, muitas vezes, não condizem com o que podemos esperar nem da equipe e nem do próprio sujeito-usuário, especialmente quando se trata da psicose. Para concluir, especialmente considerando a diferença feita por Tenório (2000) entre a atenção psicossocial e a psicanálise, cabe aqui a seguinte provocação: como a clínica ampliada, emergida na esteira da atenção psicossocial, pode se constituir como uma estratégia política?

No momento em que a atenção psicossocial se propõe a tarefa do cuidar ao invés de curar e quando a clínica ampliada permite a inserção de um entrecruzamento de clínicas advindas dos mais variados campos de saber, esta última aparece como uma estratégia política não somente baseada na tentativa de fazer resistência à ordem médica e patologizante, mas, também, criando um terreno propício para que o surgimento do furo possa aparecer e, com isso, resultar na aceitação das mais diversas formas de trabalho que considere um tratamento possível, não ideal e singular à doença mental. A clínica ampliada cria um território fértil para a emergência do discurso do psicanalista. Este, com sua “escuta” voltada para além do que se diz na equipe e pelo sujeito, propicia que o Projeto Terapêutico Singular se faça valer, não sendo um mero automatismo do que a política de saúde espera que ele seja, mas que se faça no ato.

Referências

ALMEIDA, Ricardo Monteiro Guedes de. O Ego Particular de Joyce: Da Experiência Epifânica ao Sinthoma. **Rev. Subj.**, Fortaleza, v. 15, n. 1, p. 24-36, abr. 2015. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692015000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 15 de maio de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: a clínica ampliada** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://www.heab.fmrp.usp.br/App_Data/Conteudo/Arquivos/Humaniza%-C3%A7%C3%A3o/Clinica%20Ampliada.pdf. Acesso em 14 de fevereiro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf. Acesso em 10 de janeiro de 2018.

CALAZANS, Roberto. Psicanálise e política **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 8, n. 15, p. 17-30, jun. 2008. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2008000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 15 de maio de 2016.

CLAVREUL, Jean. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

DIAS, Mauro Mendes. O problema da identificação na posição depressiva. In: FINGERMANN, D.; DIAS, M. M. (Org.). **Por causa do pior**. São Paulo: Iluminuras, 2005.

FIGUEIREDO, L. C. **Revisitando as Clínicas**. Da Epistemologia à Ética das Práticas e Discursos Psicológicos. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

FREUD, S. Psicologia das massas e análise do Eu. In S. Freud. **Obras completas** (P. C. de Souza, trad., vol. 15. São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1921), 2011, p. 13-113.

GOLDENBERG, Ricardo. **Psicanálise e política**. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar, 2006.

LACAN, J. A ciência e a verdade. In: **Escritos**, 1998.

_____. (1966-1967). **Le Séminaire: la logique du fantasme**. Paris: Association Freudienne Internationale, Inédito.

_____. (1969-1970). **O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

MILLER, Jacques-Alain. Saúde mental e ordem pública. In: GLAZE, A.; BRISSET F. O. B.; MONTEIRO, M. E. D. (Org.). **A saúde para todos não sem a loucura de cada um: perspectivas da psicanálise**. Rio de Janeiro: Wak, 2011.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. **Psicanálise saúde coletiva: interfaces**. São Paulo: Hucitec, 2012.

RINALDI, Doris Luz; LIMA, Maria Cândida Neves. Entre a clínica e o cuidado: a importância da curiosidade persistente para o campo da saúde mental. *Mental*, Barbacena, v. 4, n.

6, p. 53-68, 2006. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272006000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 13 de janeiro de 2018.

TENÓRIO, Fernando. Psicanálise e reforma psiquiátrica - um trabalho necessário. In: Coleções-IPUB - Psicanálise: Pesquisa e Clínica. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

CAPÍTULO III

QUAL O ESPAÇO DA PSICOLOGIA NO BEM VIVER INDÍGENA?

*Gláucia Mitsuko Ataka da Rocha*⁵

*Tales Vilela Santeiro*⁶

*Natália Maurício de Oliveira Carvalho*⁷

*Kleber Wairurã Xerente*⁸

“Tomara que estes encontros criativos que ainda estamos tendo a oportunidade de manter animem a nossa prática, a nossa ação, e nos deem coragem para sair de uma atitude de negação da vida para um compromisso com a vida, em qualquer lugar, superando nossas incapacidades de estender a visão a lugares para além daqueles a que estamos apegados e onde vivemos...”

(KRENAK, 2019, p.50).

Introdução

Há grandes desafios a serem enfrentados no que tange à saúde dos povos indígenas, e, infelizmente, pouco conhecimento no que diz respeito à área da saúde mental, fato este que interfere diretamente no bem viver destes povos. O cuidado em saúde mental nos territórios ainda é recente e, conseqüentemente, pouco compreendido pelas comunidades e pelos próprios profissionais, acarretando grande desafio a todos. Tal fator requer uma atenção diferenciada que preserve e respeite as culturas desses povos, considerando, portanto, além dos aspectos teórico-técnicos, a heterogeneidade geográfica, política, social e cultural das diferentes etnias que habitam o território brasileiro.

5 Doutora em Psicologia e Mestre em Psicologia Clínica pela PUC Campinas. Pós-doutorado pelo Instituto de Psicologia da USP. Professora Adjunto do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Tocantins (UFT). E-mail: glauciarocha@uft.edu.br

6 Doutor em Psicologia e Mestre em Psicologia Clínica pela PUC Campinas. Professor Associado do Departamento de Psicologia, Coordenador Substituto e Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. E-mail: talesanteiro@hotmail.com

7 Psicóloga, atuou como Responsável Técnica pelo Programa de Saúde Mental do Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI/ Tocantins. E-mail: natt.22@hotmail.com

8 Assistente Social, trabalha no Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI/ Tocantins. E-mail: kleberwairu@yahoo.com.br

Em um extremo, existem comunidades que vivem isoladas na Amazônia ou em terras não demarcadas e que estão em constante litígio com invasores brasileiros e estrangeiros, lutando, literalmente, pela vida. Por outro lado, existem comunidades que vivem em terras indígenas demarcadas e mantêm contato de longo tempo com a cultura não indígena, porém não sem conflitos que são inerentes ao contato interétnico.

Talvez a diversidade característica dos Povos Indígenas, exposta em diferentes etnias que habitam o território brasileiro, tenha dificultado o desenvolvimento de teorias psicológicas que compreendessem a diversidade desses grupos e nas quais os psicólogos pudessem fundamentar suas intervenções. Em recente publicação do Conselho Federal de Psicologia acerca das Referências Técnicas para atuação de Psicólogas(os) com Povos Tradicionais, os povos indígenas e quilombolas foram retirados do foco, pois entenderam a “necessidade de elaboração de referências específicas para eles, frente às particularidades e demandas próprias de cada um desses povos” (CFP, 2019, p. 6).

A distinção do pertencimento étnico dos indígenas é recente em nosso país. Foi a partir do Censo de 2010 que o Brasil deixou de ser um dos poucos países da América Latina que não investigavam o pertencimento étnico dessa população. De acordo com os resultados daquele censo, 817,9 mil pessoas se declararam indígenas, representando 0,4% da população total brasileira, distribuídas por 305 etnias e 274 línguas diferentes. Dos indígenas com cinco anos ou mais de idade, 37,4% falavam uma língua indígena e 76,9% falavam o português. A Região Norte, com 342 mil indígenas, era a mais populosa em indígenas no país. Nessa região, somente 25,7% recebiam um salário mínimo e a maioria (66,9%) não tinha rendimento algum (BRASIL, 2012).

No que tange à saúde indígena, é importante destacar que as transições demográfica e epidemiológica impactam os indígenas em geral e delineiam padrões marcados pela existência de doenças transmissíveis não controladas, assim como de doenças crônicas e transtornos mentais (UNA-SUS, 2018). O desafio na Atenção Básica em Saúde tem assumido, assim, contornos mais subjetivos, mais complexos e, igualmente, de difícil intervenção, considerando fatores como os recursos humanos, dispersão geográfica e grande número de aldeias.

Neste cenário, lembramos que a atenção à saúde indígena como um subsistema do Sistema Único de Saúde (SUS), com a garantia da universalidade, da equidade e da integralidade, surgiu apenas em 1999 e em 2009 foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), implementada somente em 2010 (GARNELO, 2014). Naquele momento, a SESAI, diretamente ligada ao Ministério da Saúde, trazia em seu bojo o entendimento de que a atenção à saúde indígena deveria ter um regramento diferenciado, considerando a realidade local, bem como as especificidades da cultura dos povos indígenas (UNA-SUS, 2018).

É importante delimitar um pouco mais o nosso campo, a começar pela sua nomeação: a saúde mental. Não há consenso acerca do sentido desta expressão quando aplicada à saúde dos povos indígenas, principalmente em razão do termo ‘mental’ ter sido elaborado no contexto da sociedade ocidental moderna. Por conseguinte, outras expressões têm sido utilizadas, como ‘atenção psicossocial em contexto indígena’ e ‘bem viver indígena’, este último entendido não apenas como ausência de sofrimento ou doença, mas como bem-estar individual, familiar e comunitário (BRASIL, 2019a).

No esforço por aproximar o psicólogo desse campo ainda novo, o Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (CRPSP, 2010) publicou o que veio a ser um marco no diálogo inter-

cultural e interdisciplinar – o livro *Psicologia e Povos Indígenas*. Esta obra foi o resultado do encontro entre representantes indígenas e outros profissionais com a intenção de sistematizar referências significativas para a inserção e atuação dos psicólogos nesse campo. Desses encontros, um dos resultados obtidos foi a definição das necessidades da Psicologia e dos psicólogos para a criação de Redes de Atenção aos Povos Indígenas, organizadas em torno de duas frentes: 1) de instrumentalização intercultural, como, por exemplo, apreender a cultura indígena e garantir uma atuação criteriosa e cuidadosa; e 2) de integração e comunicação, dentre elas, a de divulgar as possibilidades de intervenção no campo da Psicologia para indígenas (CRPSP, 2010).

Posteriormente, o CRP/SP publicou um novo volume. Uma coletânea das palestras proferidas durante o 3º Ciclo de Debates *Psicologia e Povos Indígenas*, evento realizado em março de 2016, em universidades de três cidades, sendo: Universidade de São Paulo (USP) de Ribeirão Preto, Universidade Católica de Santos e USP de São Paulo, a partir das quais aprofundaram as discussões do ponto de vista teórico e epistemológico, destacando-se as contribuições da etnopsicologia (CRP SP, 2016).

No mesmo ano, Batista e Zanello (2016) publicaram uma revisão sistemática de artigos entre os anos de 1999 e 2012, indexados nas bases de dados SciELO e BVS-PSI com o tema “saúde mental em contextos indígenas”, na qual elencaram 14 artigos. Destes, apenas sete contaram com psicólogos entre os autores. As autoras consideraram a baixa adesão do psicólogo diante das demandas de saúde mental nas populações indígenas como uma possível falha na formação acadêmica desses profissionais diante de demandas relativas à diversidade étnica e cultural. Os temas estudados referiram-se à avaliação psicológica, suicídio, uso do álcool (metade deles) e de substâncias psicoativas. Ademais, apontaram a incipiência das pesquisas sobre saúde mental em conjunturas indígenas e a falta de reflexão epistemológica para fundamentar a complexidade do diálogo intercultural.

Apesar desses esforços, continuam tímidas as publicações acerca das ações realizadas por psicólogos junto aos povos indígenas. As recentes publicações do Ministério da Saúde (2019a; 2019b; 2019c) sobre a atenção em saúde mental buscaram preencher essa lacuna e indicar os caminhos que orientam fazer na saúde indígena, a partir da perspectiva da saúde pública.

Uma referência no atendimento à saúde geral dos indígenas é a do Projeto Xingu (UNA-SUS, 2018). Mesmo não tendo seu foco na saúde mental, os profissionais que trabalham junto aos indígenas foram confrontados por depressão, uso prejudicial do álcool, suicídio, dentre outros problemas. Naquele panorama, Mendonça (2015) relatou o atendimento realizado por um médico a um Cacique que apresentava sintomas de depressão, em um enquadre que envolvia a consultoria de um psiquiatra pela *internet* e atendimento fora do consultório médico, especificamente na porta da casa do Cacique, uma vez que ele não saía para buscar ajuda, e os métodos tradicionais de cura. Foram ressaltadas as possibilidades de atendimento compartilhado entre especialistas não indígenas e os saberes tradicionais indígenas, os dos pajés.

Tratando-se dos problemas enfrentados pelos indígenas brasileiros na área da saúde mental, os mais frequentes referidos na literatura científica nacional têm sido o suicídio (MORGADO, 1991, ORELLANA et al., 2016, SOUZA, 2016, 2019; SOUZA; ONETY, 2017, STALIANO et al, 2019) e o uso prejudicial do álcool (SILVA; SOUZA, 2015; PEREIRA; OTT, 2012; SOUZA; OLIVEIRA, 2019). São duas grandes áreas de enfrentamento às quais esforços têm sido dispendidos no sentido de compreender e intervir sobre esses fenômenos.

O suicídio entre indígenas tem chamado a atenção de pesquisadores, principalmente em razão da taxa de mortalidade ser maior do que entre não indígenas. No entanto, as ações de monitoramento deste fenômeno multifatorial em comunidades indígenas, realizadas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI, por meio das áreas técnicas do programa de atenção à saúde mental dos povos indígenas, é possível observar que o suicídio não é comum em todas as etnias, mas sim a povos específicos (BRASIL, 2017).

Estudos com enfoque em grupos e regiões específicos mostraram que, em grupos indígenas de Roraima, o perfil das pessoas que morreram por suicídio era de menor idade dos indígenas; não ocorrência de óbitos em hospital ou via pública, nem por intoxicação; concentração dos casos indígenas em menos da metade dos municípios; e taxa de mortalidade por suicídio entre indígenas 1,7 vezes maior do que entre não indígenas (SOUZA; ONETY, 2017). No Mato Grosso do Sul, entre indígenas Guarani e Kaiowá, a concentração de suicídios deu-se entre jovens, do sexo masculino, de 12 e 22 anos. A maioria (95%) morreu por enforcamento e, dentre as causas, foram encontradas as explicações cosmológicas, os feitiços, formas culturais de morrer, desterritorialização e inserção econômica marginal (STALIANO et al., 2019). Souza (2019) analisou os dados sobre mortalidade por suicídio de crianças, de 10-14 anos, do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, no período compreendido entre 2010 e 2014 e verificou que 9,4% das crianças mortas por suicídio eram indígenas, na maioria meninas (58,2%). A morte por enforcamento foi a mais frequente (96,4%) e a maioria ocorreu no domicílio (65,5%).

No início dos anos de 1990, Morgado (1991) discutiu hipóteses acerca do suicídio, em especial do grupo Guarani-Kaiowá, e afirmou preferir considerar o processo causal pela hipótese do recuo impossível, caracterizada pela ocorrência simultânea de dois tipos de sujeição máxima da pessoa: 1) total esgotamento de opção para recuar ou mudar, sem nenhuma possibilidade de território para os indígenas viverem, enquanto povo com identidade própria; e 2) degradação extrema de condições universais de dignidade do ser humano, que independe de ser um indígena ou não; partindo do pressuposto de que liquidar o patrimônio material e cultural, corromper os costumes e aviltar a pessoa é ruim para qualquer grupo de indivíduos.

As ações de prevenção do suicídio são realizadas pelas equipes multidisciplinares de saúde indígena *in loco*, e fazem parte da rotina dos profissionais de saúde, considerando sempre, os diferentes entendimentos sobre sofrer e morrer, de cada povo. As estratégias de prevenção são elaboradas a partir dos fatores de risco existentes nas comunidades com prevalência desse agravo. As intervenções são pautadas na prevenção e na promoção da saúde mental, por meio de ações que envolvam as comunidades, como as rodas de conversas (estratégia vista como espaço de troca), visitas domiciliares, acolhimento, escuta qualificada, Projeto Terapêutico Singular (PTS), genograma, mapeamento dos pontos de apoio existentes, tais como pessoas e grupos, além da prática de ações que levem à vida, promovam e fortaleçam as potencialidades as comunidades (BRASIL, 2019b).

As ações de saúde mental têm um papel importante nas comunidades indígenas, não só no cuidado, mas na prevenção/intervenção às violências, suicídios e problemas relacionados ao consumo prejudicial de bebidas alcoólicas e outras drogas, dentre outros agravos atrelados à saúde mental.

O consumo prejudicial de álcool deve ser entendido a partir de um paradigma que compreenda o uso do álcool em seu contexto social e cultural. Ao discutirem as transformações

históricas no consumo de álcool e de sua relação com as mudanças nos padrões de vida de indígenas do Alto Rio Negro, Souza e Garnelo (2014) concluíram que as formas de consumo de álcool estavam relacionadas aos novos sentidos de comportamentos e valores que emergiram da fronteira das relações interétnicas e da ressignificação da cultura tradicional de que os jovens necessitavam para lidar com os desafios do mundo contemporâneo.

Um exemplo é o estudo com indígenas Tenharim, em que foi encontrada a relação entre alcoolização e rito de passagem indígena, pelo qual os meninos se tornam adultos. Esse rito era marcado pela reclusão dos meninos na mata – Floresta Amazônica – e retorno à aldeia, como homens autônomos. Entre os Tenharim, a mata da Floresta Amazônica foi substituída pela cidade dos homens não indígenas. Por volta dos 12 anos, esses adolescentes ganham autonomia para irem à cidade, sem a supervisão de um adulto, onde têm contato livre com bebidas alcoólicas (PEREIRA; OTT, 2012).

Um dos entraves para a devida compreensão desse fenômeno é que as visões dos profissionais estão permeadas pelo olhar biomédico e foram construídas no âmbito de ideias universalistas acerca dos conceitos de saúde e doença e, para que as explicações e intervenções façam sentido a determinado grupo étnico, é necessário que se considere a diversidade étnica, que se faça uma escuta atenta e priorize o diálogo intercultural (SILVA; SOUZA, 2015).

As primeiras informações coletadas em levantamento realizado sobre os dados da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) em 27 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) por meio da Ficha de Monitoramento do Uso de Álcool mostraram que, em 2016, as equipes de atenção básica acompanharam 1.753 indígenas que demandaram cuidados relacionados ao uso prejudicial do álcool, sendo que 49% residiam no Norte do país. A maior parte (83%) era de homens, entre 30 e 59 anos e com alguma relação conjugal (60%). A bebida utilizada era predominantemente destilada (75%), em especial, a cachaça. Os principais problemas decorrentes do uso do álcool relatados pelos indígenas que procuraram assistência das equipes de assistência básica foram: conflitos familiares com violência física (48,33%), problemas de saúde física associados ao uso do álcool (19,51%) e conflitos violentos na aldeia (15,43%) (BRASIL, 2019c).

No que tange à avaliação do uso do álcool e dos prejuízos à população indígena, Souza et. al., (2018) procederam a uma revisão sistemática de estudos que avaliaram o uso de álcool em populações indígenas e, a partir da constatação de que instrumentos costumeiramente utilizados em populações não indígenas não eram adequados para serem aplicados aos povos indígenas brasileiros, elaboraram a Entrevista de Avaliação do Uso e Prejuízos de Bebidas Alcoólicas em Indígenas (AUAIN) (SOUZA; OLIVEIRA, 2019). As constatações desses dois estudos citados colocam em foco outro ponto importante ao se tratar das possibilidades de intervenção em saúde mental junto aos povos indígenas: a de que o campo da avaliação psicológica ainda é pouco explorado, necessitando esforços para o seu desenvolvimento, uma vez, que da avaliação com instrumentos com qualidades psicométricas comprovadas depende o planejamento das intervenções necessárias e possíveis.

Na ausência de instrumentos validados para os povos indígenas, como estratégia de vigilância epidemiológica, a Ficha de Monitoramento do uso prejudicial de álcool, é o instrumento desenvolvido e utilizado na atenção à saúde indígena (DASI/SESAI/MS). A coleta dos dados, para o preenchimento da ficha, é realizada pelas equipes de saúde, que fazem o acompanhamento conforme as entradas em territórios, entendendo os prejuízos individuais, de saúde e coletivos decorrentes do consumo e partindo do olhar da comunidade acerca do agravo. Este processo

exige que o profissional de saúde tenha vínculo estabelecido com a comunidade, para que ela possa relatar sua percepção. A partir desse processo são traçadas ações de acompanhamento e de cuidado, sempre envolvendo a comunidade sendo imprescindível que haja articulação com a rede de apoio existente nos municípios de referência de cada comunidade.

Dada esta situação, gostaríamos de frisar dois pontos que entendemos como importantes para a discussão acerca do espaço da Psicologia no contexto da saúde indígena. O primeiro ponto a destacar é que a Saúde Especial Indígena tem por foco a Atenção Básica, e as ações são efetivadas em território indígena, por meio das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena que atuam junto às comunidades indígenas. Desta forma, o cuidado com a saúde mental indígena não precisa ser feito, necessariamente, por um profissional da psicologia. Os profissionais que atuam como referências em Saúde Mental em um DSEI são:

os antropólogos, os assistentes sociais, os enfermeiros, os psicólogos, os médicos, os terapeutas ocupacionais, ou qualquer outro[a] profissional que tenha uma inserção maior na área da Saúde Mental, que possua experiência ou algum tipo de especialização e/ou qualificação específica nesta área. (BRASIL, 2019a, p. 13)

Logo, esses profissionais podem estar lotados na Divisão de Atenção à Saúde Indígena, nos Polos-base e nas CASAI (BRASIL, 2019a). Pode-se pressupor que estes profissionais tenham conhecimento das necessidades específicas e do contexto cultural em que se insere uma determinada população. O segundo ponto diz respeito aos limites da atenção dada pelos DSEI. Quando as situações se mostram mais complexas e considera-se que a pessoa necessite de cuidados específicos, ela é encaminhada à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitais gerais, ambulatórios, entre outros, na qual podem ser encontrados cuidados especializados em saúde mental. No entanto, este é um dos maiores gargalos enfrentados, quando se refere aos encaminhamentos para a média e alta complexidade, já que tais cuidados não exigem que os profissionais tenham conhecimento mais aprofundado dos contextos em que vive um subgrupo da população geral atendida (BRASIL, 2019a).

Diante deste cenário e, pensando na formação do psicólogo que atuará na saúde pública, nos dispusemos a discutir o campo de atuação do psicólogo, os desafios e os recursos necessários para enfrentá-los. Como vivemos vizinhos de diferentes grupos indígenas e não nos perguntamos sobre quais seriam suas necessidades e quais seriam as nossas, a fim de podermos trabalhar junto a eles?

Em 2018, nos debruçamos a estudar e conhecer melhor o grupo étnico habitante de um município próximo ao do Câmpus de Miracema da Universidade Federal do Tocantins (UFT) e que tem a maior parte do grupo residindo em terras indígenas demarcadas e outra parte residindo na cidade de Tocantínia, separada do município de Miracema, pelo Rio Tocantins - os Akwê Xerente. Os primeiros contatos dos Akwê Xerente com a população não indígena ocorreram por volta de 1785 e, desde aquela época, suas relações com o governo da Capitania de Goiás foram consideradas pacíficas. A denominação Akwê significa gente/povo e localiza os Xerente no tronco linguístico Macro-Jê, da família Jê, falantes da língua Akwê. No início dos anos 2000, a população Akwê Xerente era de 3.814 pessoas e havia 74 aldeias (LIMA, 2017). Atualmente, estima-se a existência de mais de 90 aldeias. Por terem esse contato longo com não indígenas, bem como residirem nas proximidades do Câmpus universitário de Miracema, há muitos alunos dessa etnia na universidade, o que nos leva à dialética reflexão-ação com muita contundência.

Construímos um espaço de discussão, reflexão, estudo e, principalmente, de trocas com os alunos indígenas que participam de nosso grupo de estudos e com a comunidade indígena Akwẽ Xerente. A partir dessas trocas emergiram discussões em torno do trabalho de psicólogos junto a diferentes grupos étnicos. Discussões que passavam pela necessidade de conhecer a cultura de determinado grupo étnico, pelas práticas tradicionais de cura e noções de saúde e doença; pela história que marca como os indígenas se relacionam com os não indígenas; de como história e cultura influenciam os modos de cuidar e ser cuidado. Nesse processo de conhecimento, a interlocução com teorias psicológicas e o fazer psicológico levaram-nos a iniciar um diálogo interdisciplinar com a antropologia, a educação e o serviço social, em busca de promover a capacidade de reflexão e crítica fundamentadas tanto em textos acadêmicos quanto nas experiências pessoais.

Nesse ímpeto, desenhamos um projeto de Extensão no Centro de Ensino Médio Indígena Xerente (CEMIX), em parceria com a Diretoria Regional de Educação (DRE) de Miracema do Tocantins, nomeado: “Meu mundo, seu mundo, nosso – transição entre a vida aldeada e a urbana”, para alunos concluintes do Ensino Médio que objetivavam o ingresso no Ensino Superior. Neste espaço, estamos finalizando um projeto de pesquisa que versa sobre os problemas e modos de enfrentamento de indígenas Xerente na universidade e iniciáramos, em 2020 (não fosse a ocorrência da COVID-19), um estágio supervisionado em Psicologia Comunitária sobre prevenção do uso prejudicial do álcool e a promoção do Bem Viver Akwẽ Xerente.

Concomitante às atividades supracitadas, se desenvolvia o Programa Institucional de Monitoria Indígena (PIMI) da UFT, que oferece apoio aos universitários indígenas para a realização das atividades acadêmicas. Nosso desejo é o de formar profissionais de Psicologia que possam atuar de maneira responsável, crítica, interdisciplinar e efetiva junto a comunidades indígenas, tratando-as cada uma segundo sua singularidade cultural e de saúde mental.

Considerações

É da perspectiva de psicólogos que formam futuros psicólogos de ascendência indígena e não indígena, de profissionais que atuam diretamente em terras indígenas e que conhecem as lacunas existentes no atendimento à saúde mental desses povos que este texto foi construído. Escrevemos, portanto, a partir de um espaço que está em construção por meio de pesquisa, reflexão e ação em que os atores fazem trocas com o genuíno intuito de tornar mais permeáveis os limites entre o saber acadêmico e o saber tradicional indígena, especialmente, o dos Akwẽ Xerente.

Pensar e fazer em saúde mental junto aos povos indígenas exige de nós, psicólogos, mais do que as teorias clássicas que transitam entre processos de conceber saúde e a doença influenciados pelo modelo biomédico; mais do que as técnicas advindas de modelos também clássicos de atendimento; mais do que o desejo de aproximação. Exige o contato cuidadoso, fortalecido pelo conhecimento da cultura desses povos, assim como o aprofundamento teórico interdisciplinar e a flexibilidade técnica que possibilite um enquadre diferenciado.

Desde a década de 90, Piovesan e Temporini (1995) discutiam a necessidade de se conhecer previamente as maneiras de agir, sentir e pensar da comunidade alvo de ações de saúde pública e o contexto de sua inserção. Recomendavam que a argumentação técnica a ser utilizada, por exemplo, diante de crenças sobrenaturais como causas das doenças, devia ser elaborada com

base no conhecimento dessas variáveis e na linguagem popular, ao invés de na linguagem científica. Dessa maneira, evitaríamos as barreiras que se formavam ao se tentar executar ações na área da saúde.

Torna-se fundamental ouvir os saberes dos indígenas, sejam eles aldeados, urbanos ou universitários (GODOY, 2016). Ao adentrar o território interétnico, a atenção às pessoas precisa, portanto, levar em consideração sua integralidade, que envolve o entendimento dos significados pessoais e da situação objetiva de vida das pessoas e o respeito às noções de saúde e doença desde a perspectiva da cultura (GUIMARÃES, 2016).

A construção de alicerce teórico, a prática e a pesquisa no que diz respeito à Psicologia, de modo geral e à saúde mental dos povos indígenas brasileiros, especificamente, estão em processo de reconhecimento das diferenças e dos espaços de diálogo, indicando a necessidade de alimentação recíproca. Há que se rever, de tempos em tempos, os significados, as representações acerca dos processos saúde-doença que são elaborados no contato interétnico, de aproximação, de intersecção entre a cultura indígena e a não indígena. Nessa direção, será possível encontrar e manter noções de cuidado que respeitem esse campo paradoxal - novo e antigo - entendendo-o como um campo dinâmico que exige do pesquisador e do psicólogo conhecimento e flexibilidade.

O lugar da Psicologia, portanto, é um lugar em construção. Lugar a ser construído em diferentes frentes em todo o território brasileiro. Sobretudo, um lugar em que os próprios indígenas são atores ativos, não apenas aqueles que são cuidados, mas aqueles que cuidarão, como futuros psicólogos, de seus povos e que cuidarão da formação de outros psicólogos.

Referências

- BATISTA, M. Q.; ZANELLO, V. Saúde mental em contextos indígenas: escassez de pesquisas brasileiras, invisibilidade das diferenças. **Estudos de Psicologia (Natal)**, Natal, v. 21, n. 4, p. 403-414, 2016. doi.org/10.5935/1678-4669.20160039
- BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010** - características gerais dos indígenas. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico**: perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. SESAI. **Atenção psicossocial dos Povos Indígenas** – tecendo redes para a promoção do bem viver. Brasília, Ministério da Saúde, 2019a.
- BRASIL, Ministério da Saúde. SESAI. **Estratégias de Prevenção do Suicídio em Povos Indígenas**. Brasília, Ministério da Saúde, 2019b.
- BRASIL, Ministério da Justiça. SENAD. **Álcool e população indígena**: produção de conhecimento e abordagens metodológicas. Brasília, 2019c.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) com povos tradicionais**. Brasília: CFP, 2019.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO. **Psicologia e povos indígenas**. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia da 6a. Região, 2010.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO. **Povos indígenas e Psicologia: a procura do bem viver**. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia da 6a. Região, 2016.

GARNELO, L. O SUS e a saúde indígena: matrizes políticas e institucionais do Subsistema de Saúde Indígena. In TEIXEIRA, C.C.; GARNELO, L. (Org.). **Saúde indígena em perspectiva: explorando matrizes históricas e ideológicas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014, p. 107-142.

GODOY, D. B. O. A. Vozes do Brasil: diferentes identidades, um devir intercultural? In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO. **Povos indígenas e psicologia: a procura do bem viver**. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia da 6a. Região, 2016, p. 110-123.

GUIMARÃES, D. S. A Psicologia e a questão indígena no Brasil. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO. **Povos indígenas e Psicologia: a procura do bem viver**. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia da 6a. Região, 2016, p. 178-188.

KRENAK, A. **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

LIMA, L. G. B. **Os Akwẽ – Xerente no Tocantins: território indígena e as questões socioambientais**. 2017. 320 f. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Geografia Humana, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MENDONÇA, S. Saúde mental e povos indígenas: experiência de construção coletiva no contexto do Projeto Xingu. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos Humaniza SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. v.5, Saúde Mental, p. 403-414.

MORGADO, A. F. Epidemia de suicídio entre os Guaraní-Kaiwá: indagando suas causas e avançando a hipótese do recuo impossível. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 585-598, 1991. doi.org/10.1590/S0102-311X1991000400009

ORELLANA, J. D. et al. Spatial-temporal trends and risk of suicide in Central Brazil: an ecological study contrasting indigenous and non-indigenous populations. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 222-230, 2016. doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1720

PEREIRA, P. P.S.; OTT, A. M. T. O processo de alcoolização entre os Tenharim das aldeias do rio Marmelos, AM, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 43, p. 957-966, 2012. doi.org/10.1590/S1414-32832012005000055

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 318-325, 1995. doi.org/10.1590/S0034-89101995000400010

SILVA, R.A.; SOUZA, R.S. Alcoolismo e uso do álcool entre os Akwen Xerente do Tocantins: a perspectiva indígena. **Rev. Bras. Sociol. Emoção**, João Pessoa, v. 14, n. 42, p. 109-120, 2015.

SOUZA, M. L. P. Narrativas indígenas sobre suicídio no Alto Rio Negro, Brasil: tecendo sentidos. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 25, . 1, p. 145-159, 2016. doi.org/10.1590/S0104-12902016145974

SOUZA, M.L.P. Mortalidade por suicídio entre crianças indígenas no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 35, Sup. 3, 2019. doi.org/10.1590/0102-311x00019219

SOUZA, M. L. P.; GARNELO, L. Quando, como e o que se bebe: o processo de alcoolização entre populações indígenas do alto Rio Negro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.7, p.1640-1648, 2014. doi.org/10.1590/S0102-311X2007000700015

SOUZA, M. L. P.; ONETY, R. T. da S. Caracterização da mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas em Roraima, Brasil, 2009-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n.4, p.887-893, 2017. doi.org/10.5123/S1679-49742017000400019

SOUZA, R.S.B.; OLIVEIRA, J.C.; TEODORO, M.L.M. Construção de um instrumento para avaliar o uso de bebidas alcólicas em uma etnia indígena de Minas Gerais. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 39, e176628, p. 1-11, 2019. doi.org/10.1590/1982-3703003176628

SOUZA, R.S.B.; OLIVEIRA, J.C.; ARAÚJO, V.E.; TEODORO, M.L.M. Instruments for the evaluation of alcohol use in indigenous communities – a systematic review. **Trends in Psychology**, v. 26, n.3, p.1589-1603, 2018. doi.org/10.9788/TP2018.3-En

STALIANO, P.; MONDARDO, M.L.; LOPES, R.C. Onde e como se suicidam os Guarani e Kaiowá em Mato Grosso do Sul: confinamento, Jejuvy e Tekoha. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 39, (n.spe), p. 9-21, 2019. doi.org/10.1590/0102-311x00019219

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – UNA SUS. **O fazer da saúde indígena**, 2018. Disponível em: < <https://www.unasus.gov.br/noticia/saude-indigena-e-tema-de-curso-da-una-sus>>. Acesso em 22 set. 2018.

PARTE II

SAÚDE MENTAL E GÊNERO

CAPÍTULO IV

PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO EM GÊNERO E PSICOLOGIA NO BRASIL

REVISÃO DE LITERATURA

Cláudia de Oliveira Alves⁹

Introdução

A pretensão de objetividade e neutralidade na Ciência é extremamente “política”, pois encobre o caráter político e contribui para a manutenção do *status quo* da e na sociedade. O conhecimento é, portanto, produzido dentro de um contexto cultural específico e não está livre dos valores adotados pela pessoa que pesquisa e escreve e que podem ou não ser compartilhados em uma determinada cultura e momento histórico (BANDEIRA, 2008). Donna Haraway (1995), em seu texto *Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial*, argumentou que a produção científica deve acontecer a partir de um posicionamento crítico. É importante explicitarmos quais são e quais não são os nossos lugares de fala, para, a partir de então, podermos produzir saberes que são localizados e, nas palavras da autora, responsáveis.

A crítica feminista e os estudos de gênero vieram questionar a forma como se produz conhecimento não só em Psicologia, mas em todas as áreas do saber. Interessa-nos aqui aprofundar como essas críticas afetaram especificamente a ciência psicológica. O objetivo desta revisão de literatura foi investigar e discutir como a perspectiva feminista e os estudos de gênero estão inseridos na produção de conhecimento em Psicologia Clínica no Brasil, a partir da análise do uso do termo gênero nas publicações científicas.

As ideias feministas influenciaram a Psicologia em diversos países e contribuíram para o desenvolvimento de novas teorias, conteúdos, práticas e métodos de pesquisa (MATOS, 2008; WORELL, 2000). “O feminismo tem a ver com uma visão crítica, consequente com um posicionamento crítico num espaço social não homogêneo e marcado pelo gênero” (HARAWAY, 1995, p. 31).

⁹ Doutoranda e Mestre em Psicologia Clínica e Cultura pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília (UnB). Docente do Curso de Psicologia da Universidade Paulista (UNIP). E-mail: claoalves@hotmail.com

Os movimentos feministas, nas suas diversas vertentes, se disseminaram primeiramente na Europa e Estados Unidos e, posteriormente, chegaram ao Brasil. O conceito de gênero foi adotado como categoria política pelos movimentos feministas em meados dos anos 1970, mais especificamente no que passou a ser conhecido como segunda onda do feminismo (ALVES; DINIZ, 2015).

A incorporação do termo partiu de reflexões desses movimentos e serviu para analisar a subordinação das mulheres a partir das relações sociais e a consequente produção da sexualidade e do próprio gênero (MAYORGA, et al. 2013; NARVAZ; KOLLER, 2007). O uso do termo gênero se disseminou no meio acadêmico brasileiro na década de 1980. Os estudos que envolviam a categoria mulher começaram a aparecer mais sistematicamente na academia brasileira na década de oitenta e só posteriormente a categoria gênero começou a ser incorporada (MAYORGA et al., 2013).

Nas pesquisas de Scott (1995), a historiadora propôs o conceito “gênero” como uma categoria de análise resultante das seguintes proposições: (1) gênero é visto como elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e (2) gênero é compreendido como uma forma primária de dar significado às relações de poder. Assim, gênero atravessa a construção simbólica, as normas e as instituições sociais. Por fim, constitui elemento fundamental da construção indenitária de homens e mulheres. Essa definição foi amplamente utilizada em estudos no Brasil.

A autora supracitada argumenta que o termo gênero, por ter um caráter menos ameaçador que o termo mulher, que era emblemático do caráter político das lutas feministas, possibilitou que esses estudos adentrassem a academia. O termo começou a ser utilizado pelas feministas para se referir à organização social e à relação entre os sexos; assim, gênero traz uma noção relacional (SCOTT, 1995).

Nas pesquisas de Santos et al. (2016), as autoras apontam que a incorporação do termo gênero pelas feministas foi usada para compreender relações de poder a partir de uma perspectiva histórica e desnaturalizante da condição de mulheres e homens na sociedade. Além disso, Mayorga et al. (2013) analisaram que o gênero passou a ser utilizado de diversas formas no âmbito acadêmico, assumindo conotações diversas da proposta inicial de elucidar construções sociais e relações de poder. Muitas vezes, o gênero foi destituído de sua potência crítica e transformadora. Desde o início do seu uso no âmbito acadêmico no Brasil, o termo gênero foi usado como uma categoria de análise crítica para pensar as experiências de desigualdades vivenciadas pelas mulheres (SANTOS et al., 2016).

Várias vozes têm se unido objetivando problematizar a noção de gênero, dentre elas teóricas pós-coloniais, pensadoras lésbicas e feministas negras. Uma das autoras que têm direcionado críticas ao feminismo da branquitude e à noção de gênero é bell hooks (2015). Esse movimento de críticas e reflexões em torno do conceito de gênero e dos próprios movimentos feministas contribui para que estes últimos permaneçam como um campo plural.

Esse cenário de problematizações em torno de gênero conta com contribuições de autoras como Judith Butler (1990/2014) que propôs a desconstrução de gênero como derivado do sexo biológico a partir da noção de que o próprio sexo também é construído. A partir dessa compreensão, a ideia de identidade de gênero foi colocada em xeque. Nesse contexto, a categoria gênero tem passado por transformações em sua compreensão e uso ao longo do tempo.

Identificar a relação dos estudos de gênero com a Psicologia brasileira não é um interesse atual, uma vez que pesquisas com esse foco vêm sendo desenvolvidas há algum tempo. Narvaz (2009) discutiu a produção acadêmica sobre gênero no Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Borges et al. (2013) investigaram os sentidos sobre gênero e sexualidades a partir da análise das produções acadêmicas dos programas de graduação e de pós-graduação do Curso de Psicologia da PUC/Goias; Santos et al. (2016) analisaram as produções sobre gênero publicadas na revista *Psicologia & Sociedade*, no período entre 1996 a 2010.

Worrel (2000) afirmou que o impacto do feminismo no futuro da Psicologia seria significativo e robusto. Nesse sentido, cabe, então, perguntar: como a Psicologia está sendo impactada por essa perspectiva hoje? Como essa influência está presente na Psicologia Clínica brasileira? Logo esse estudo foi desenvolvido com o objetivo de compreender como as questões de gênero estão sendo apropriadas pela Psicologia Clínica brasileira.

Metodologia

Foi realizada uma revisão da literatura nacional. A busca foi conduzida nas bases de dados brasileiras *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC), sem limite inicial de data para publicação. O artigo mais antigo encontrado foi publicado no ano de 1994 e foram identificados e incluídos artigos até o ano de 2016. A amostra foi composta por artigos empíricos, de revisão e teóricos.

Seleção e categorização dos artigos

A busca dos artigos foi feita a partir dos seguintes descritores: “feminismo AND psicologia clínica”; “gênero AND psicologia”; “gênero AND psicologia clínica”; “gênero AND psicoterapia”; “gênero AND terapia”; “perspectiva feminista AND psicologia”; “perspectiva feminista AND psicoterapia”; “perspectiva feminista AND terapia”; “psicologia AND feminismo”; “psicologia feminista”; “psicoterapia feminista”; “terapia feminista”. Todos os artigos passaram por uma leitura flutuante do título e resumo. Foram incluídos neste estudo artigos brasileiros da área de Psicologia, ou seja, produzidos por autores/as brasileiros/as em instituições brasileiras. Dentre os artigos com mais de um/a autor/a, foram incluídos aqueles que pelo menos um dos autores/as estava vinculado a alguma instituição brasileira. Os critérios de exclusão foram: artigos estrangeiros, artigos de outras áreas que não a Psicologia, artigos repetidos.

Análise dos artigos brasileiros na área de Psicologia

No intuito de analisar como os estudos de gênero e a perspectiva feminista estavam presentes nessas publicações buscou-se identificar o sentido dado ao termo gênero no texto do artigo. Partiu-se do pressuposto que não há como fazer uma discussão de gênero e das ideias feministas sem fazer referência à categoria de análise gênero. A análise teve como foco identificar se o artigo utilizava o termo gênero fazendo, em alguma medida, reflexão crítica sobre essa categoria como proposto pelas teorias feministas e os estudos de gênero.

Matos (2008) fez uma análise importante da inserção dos estudos de gênero no contexto acadêmico brasileiro e apontou que gênero se tornou uma categoria de análise muito utilizada nas Ciências Humanas, principalmente na Antropologia, Sociologia e História. A autora divide essa inserção em dois grupos: teorias que abordam gênero, mas não como um conceito central de suas considerações, o que ela nomeia de “teorias e gênero”; e estudos que abordam gênero como um conceito central, denominados “teorias de gênero” (p. 337). Estes últimos são os que a autora considera ter um viés feminista.

A análise realizada no presente estudo levou em consideração essa diferenciação do uso do termo gênero proposta por Matos (2008). Os estudos classificados pela autora como “teorias e gênero” e “teorias de gênero” foram aqui inseridos na mesma categoria como a) artigos com análise de gênero; os artigos que utilizavam o termo e não faziam essa análise foram classificados como b) artigos sem análise de gênero. Ainda no sentido de apreender como o termo gênero aparece nessas publicações, as palavras que acompanhavam o termo no texto foram destacadas e agrupadas. Não foram contabilizadas quantas vezes cada palavra aparecia, mas sim a sua ocorrência em cada texto. Exemplos: “relações de gênero”, “dinâmica de gênero”, “identidade de gênero”, “gênero feminino”. As palavras foram agrupadas por proximidade ou relação de sentido entre elas.

A análise dos artigos, em relação ao uso do termo gênero, foi realizada de modo independente por duas avaliadoras, ambas psicólogas e especialistas em Psicologia com perspectiva feminista para garantir a confiabilidade do estudo. As análises foram comparadas, mensurando o cálculo de concordância entre as codificadoras. Nesse caso, o número de concordâncias é dividido pela somatória de concordâncias e discordâncias e multiplicado por cem. O grau de concordância encontrado foi de 89,6%.

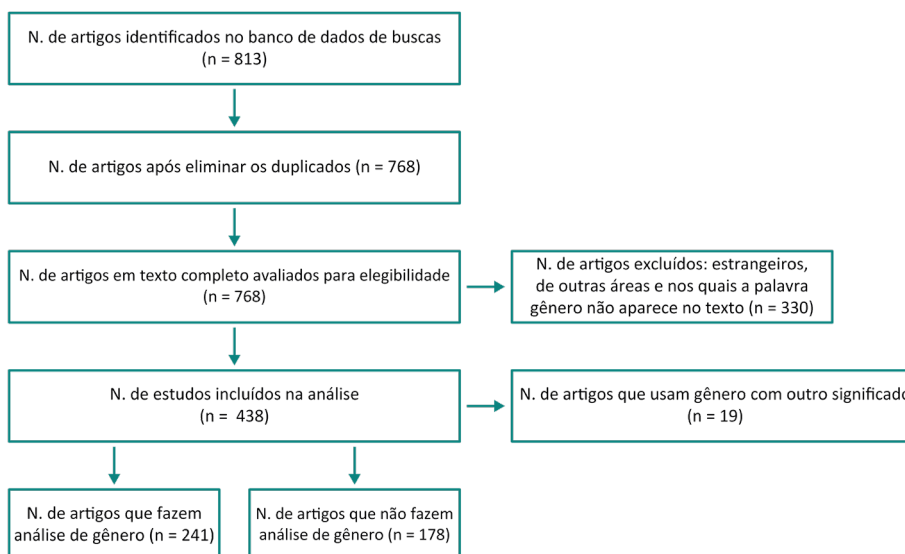
Resultados

Um total de 813 artigos foi localizado nas duas bases examinadas, isto é, SciELO e PePSIC. A maior quantidade de artigos (559) foi encontrada com o descritor “Gênero e Psicologia”. Depois de aplicados os critérios de exclusão e eliminados os duplicados, foram selecionados 438 artigos da área de psicologia (Figura 1).

Foi realizada uma leitura flutuante de todos os artigos para identificar o contexto em que o termo gênero aparecia. A análise foi baseada na discussão do campo dos estudos de gênero e perspectivas feministas.

Os artigos foram classificados em categorias: a) fazem análise de gênero em alguma medida; b) não fazem análise de gênero; c) gênero é apresentado com outro significado. Dos 438 artigos analisados, 241 fizeram uma análise de gênero em alguma medida, 178 utilizaram o termo gênero, mas não fazem análise referente a ele, e em 19 artigos gênero foi apresentado com outro significado. Nos artigos que apresentaram gênero com outro significado apareceram termos como gênero cinematográfico, gênero textual, gênero literário, dentre outros. Ao final, 419 artigos foram analisados efetivamente. As publicações eram predominantemente de periódicos de Psicologia. Esses dados são apresentados na Figura 1.

Figura 1 - Esquema geral dos resultados encontrados



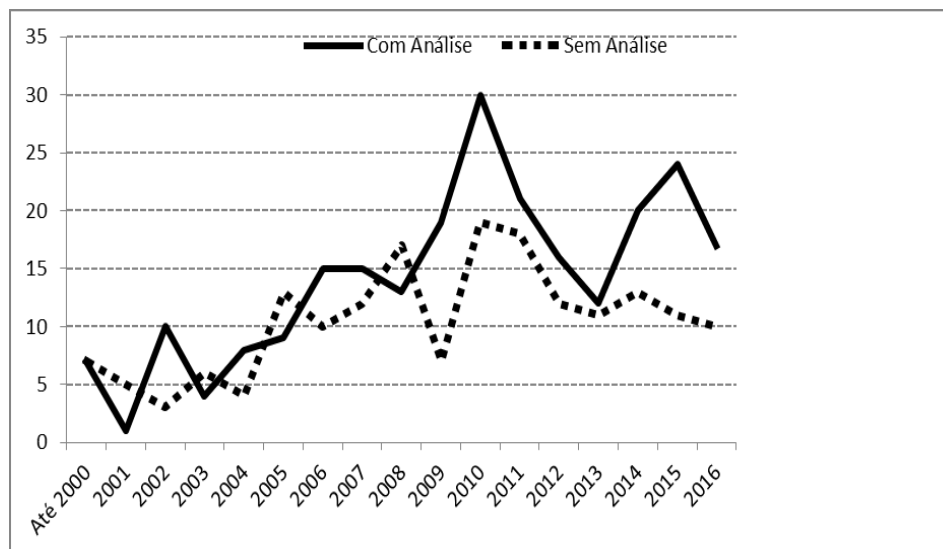
Os artigos foram organizados por ano de publicação. Esses dados estão apresentados na Tabela 1 a seguir.

Tabela 1 - Frequência de Publicações por Ano

Ano	Artigos com análise de gênero	Artigos sem análise de gênero	Total
Até 2000	7	7	14
2001	1	5	6
2002	10	3	13
2003	4	6	10
2004	8	4	12
2005	9	13	22
2006	15	10	25
2007	15	12	27
2008	13	17	30
2009	19	7	26
2010	30	19	49
2011	21	18	39
2012	16	12	28
2013	12	11	23
2014	20	13	33
2015	24	11	35
2016	17	10	27
Total	241	178	419

A sobreposição da distribuição por ano dos artigos permite visualizar a dinâmica dessas produções ao longo dos anos. Na intenção de facilitar a visualização, apresentamos na Figura 2 os resultados de publicações até o ano de 2016.

Figura 2 - Frequência geral de publicação por ano dos artigos



No intuito de compreender como a palavra gênero é utilizada nos artigos, as palavras que acompanhavam esse termo foram retiradas e agrupadas por aproximação ou relação de sentido. Na Tabela 2 são apresentadas as palavras encontradas com maior frequência nos artigos. Na maioria dos casos, um mesmo artigo fazia referência a vários termos.

Tabela 2 - Palavras Associadas ao Uso do Termo Gênero nos Artigos Analisados

Palavras	Com análise de gênero	Sem análise de gênero	Total
Campo de conhecimento, estudos, questões, perspectiva, teoria, aporte, leitura, visão, termo, enfoque, ótica, discussão, aspecto, temática	127	17	144
Categoria relacional/analítica, relações de gênero	107	7	114
Diferença, semelhança, distinção, diversidade	53	54	107
Gênero feminino	24	55	79
Gênero masculino	18	45	63
Variável, dado sociodemográfico, comparação, estratificação, segmentação	7	54	61
Papel, comportamento, performance, prática, expressão, vivência, conduta, experiência, atuação	51	8	59
Identificação, identidade, elemento da subjetividade	70	4	74
Estereótipo, imaginário, expectativas, características, ideia, típico, representação, qualificação, rótulo	51	11	62

Palavras	Com análise de gênero	Sem análise de gênero	Total
Igualdade, desigualdade, assimetria, equiparação, equidade	52	6	58
Violência de gênero, discriminação, opressão, conflito	51	1	52
Conceito, definição, significado, esquema, conotação	45	0	45
Gênero de participantes/entrevistadas/os	7	27	34
Construção histórica/social/cultural/política, constructo social, ideologia, socialização	35	3	38
Noção, conscientização, compreensão, entendimento, inteligibilidade, concepção	31	0	31
Discurso normativo, normas, dispositivo, orientação, cobrança, determinação, script, prescrição, regulação, mecanismo, regime, política	38	2	40
Relações de dominação, hierarquia, poder, emancipação, subordinação	34	2	36
Efeito, influência, interferência, impacto, peso, implicações	15	12	27
Padrões	16	3	19
Posição, condição, status, sobreposição	14	1	15
Total	846	312	1.558

As palavras utilizadas, quando se faz uma análise de gênero, são consideravelmente diferentes de quando não se faz. Palavras que referem-se ao gênero como campo de conhecimento (estudos, questões, perspectiva, teoria, aporte, leitura, visão, termo, enfoque, ótica, discussão) e como categoria relacional (categoria relacional/ sócio histórica/ analítica, relações de gênero) são amplamente utilizadas quando o artigo faz análise de gênero em alguma medida. Em relação aos estudos que não fazem análise de gênero, as palavras associadas ao termo se referem ao sentido de diferença (diferença, semelhança, distinção, diversidade), feminino e masculino.

Discussão dos resultados

Tendo por base os dados obtidos compreende-se que há um aumento nos estudos em Psicologia que levam em consideração a perspectiva feminista e os estudos de gênero. Apesar do fato de as produções com essa perspectiva estarem cada vez mais em evidência isso não significa que tais discussões tenham conquistado um lugar de destaque na Psicologia, em especial na Psicologia Clínica, como já haviam apontado as pesquisas de Alves e Diniz (2015), Roseiro (2017) e, mais recentemente, Silva (2020).

No estudo realizado por Borges *et al.* (2013), os resultados permitem inferir que as temáticas de gênero, embora tenham começado a estar mais presentes, ainda permanecem sem destaque na graduação e pós-graduação em Psicologia na Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Esses dados também foram semelhantes ao encontrados por Narvaz (2009). Ao analisar as publicações com a temática gênero em apenas uma revista da área de Psicologia Social, Santos *et al.* (2016) encontraram resultados semelhantes em relação ao aumento dessas publicações ao longo dos anos.

O estudo realizado, ao mesmo tempo em que denota resultados semelhantes a estudos anteriores sobre a temática, também evidencia que as discussões de gênero estão cada vez mais presentes nas publicações em Psicologia Clínica. Nesse interim, Matos (2008) argumenta que gênero já está consolidado enquanto instrumento de construção teórico-analítico. A autora ressalta que existem usos diferenciados para o conceito e aponta a convivência de “teorias que se intitulam efetivamente ‘de’ gênero e teorias que flertam ou apenas se aproximam dessas discussões (teorias ‘e’ gênero), como já apresentado, conformam volume substantivo de estudos numa condição crítico-reflexiva madura” (p. 340).

A utilização do termo gênero não significa que é feita uma análise crítica das relações e implicações sociais para a construção de subjetividades e relações como proposto pela perspectiva feminista. O número de produções que utilizam gênero como sinônimo de sexo é elevado, ainda. O fato é que o termo gênero ainda é muito utilizado no lugar de sexo, para mostrar que homens e mulheres foram pesquisados. Esse uso do termo merece atenção, pois a utilização equivocada do termo dificulta a incorporação das ideias que as feministas defendem ao utilizarem gênero como categoria de análise. Esse tipo de uso pode até resultar em uma compreensão errônea, não apenas do termo, mas, também, do próprio pensamento feminista. Santos *et al.* (2016, p. 592) analisam esse fenômeno e apontam que

O problema desse tipo de prática está ligado ao potencial analítico da categoria gênero, que passa a ser neutralizado por um uso eufemístico muito mais relacionado ao campo do politicamente correto do que a um campo de estudos que poderia analisar a constituição de identidades, subjetividades, relações interpessoais, institucionais, simbólicas materiais a partir das lentes do gênero, identificando, sobretudo, efeitos de poder e também potenciais de transformação.

Outro grande obstáculo para a legitimação acadêmica dos estudos feministas e de gênero é o preconceito e a marginalização dessa abordagem ainda vigente no campo da Psicologia. Narvaz e Koller (2007) destacam que esta resistência para incorporar uma reflexão de gênero na produção acadêmica e nos currículos universitários no campo da Psicologia não é evidenciada apenas no Brasil. Tal fato ocorre também em outros países, onde cursos sobre esta temática ainda são oferecidos predominantemente na pós-graduação. Tal fato evidencia que a temática é vista como algo a ser tratado por especialistas. O curso de graduação constitui a base da formação da/o futura/o profissional, professor/a e/ou pesquisador/a. A reflexão crítica sobre temas fundamentais como as influências de processos sociais e históricos sobre a construção das identidades/subjetividades e dos processos relacionais é essencial no processo de formação.

Teorizar gênero ou trabalhar com essa categoria implica em verdadeira encrenca, devido à complexidade do conceito e da tendência que se tem de domesticá-lo, sinalizou Azerêdo (2010). Em seus estudos, Worell (2000) apontou que muitas áreas apresentam resistência à mudança, como é o caso da área de desenvolvimento infantil, psicologia da personalidade e psicologia jurídica, entre outras. As barreiras aparecem, segundo a autora, quando o termo feminismo é utilizado. Em contextos nos quais as ideias feministas são utilizadas sem esse rótulo, psicólogas/os feministas encontram mais abertura. A tradição positivista dentro da Psicologia é outro fator que dificulta a aceitação e incorporação de gênero como algo construído histórica e socialmente e que têm caráter relacional (WORELL, 2000).

Visualizar as palavras que acompanham o termo gênero nas publicações estudadas dá alguns indícios de como a categoria tem sido incorporada. Nos estudos que fazem análise de

gênero em alguma medida, as palavras mais utilizadas para acompanhar o termo referem-se a gênero como um conceito potencialmente gerador de conhecimentos e análises. O entendimento de gênero como categoria relacional e a noção de identidade de gênero também foram predominantes. Nas publicações que não fazem análise de gênero o foco do uso do termo foi no sentido de diferenciação focada em binarismos e o uso das expressões “gênero masculino” e “gênero feminino” (muitas vezes como sinônimo de sexo). Gênero como uma variável de comparação também foi predominante nesses estudos. É importante que a/o estudante, pesquisador/a, leitor/a possa fazer uma análise crítica das diferenças no uso dos termos sexo e gênero e possa compreender seus impactos e implicações em construções pessoais e sociais, ou seja, para a construção da ciência.

A construção de conhecimento é um campo fundamental de toda área do saber. É através da produção científica que os resultados de pesquisas e novas ideias, conceitos, teorias, perspectivas práticas circulam e são apropriadas. A produção de conhecimento deve passar por uma postura crítica de quem pesquisa, apontou Haraway (1995). Corroborando essa ideia, Santos et al. (2016, p. 601) afirmaram que usar as lentes do gênero contribui para desnaturalizar as “relações sociais – seja no campo da experiência individual, do corpo, das relações educacionais, comunitárias, da arte e cultura, do trabalho, da política e nos ajudam a analisar e problematizar a dinâmica entre público e privado constitutiva das sociedades modernas”. As pesquisas de Zanello (2018) sobre a relação entre gênero e processos de subjetivação também apoiam esse entendimento.

Costa, Nardi e Koller (2017) ao analisarem as dimensões de gênero nos instrumentos de avaliação utilizados na Psicologia brasileira apontaram que ainda persistem as noções dicotomizadas, binárias e classificatórias para homens e mulheres. Ao continuar usando instrumentos de avaliação baseados na essencialização das pessoas, se está contribuindo para a permanência de estereótipos arcaicos e pactuando com desigualdades.

O questionamento, a modificação e reflexão sobre esse processo de construção social das identidades e das expectativas quanto ao ser homem e ser mulher são quase impermeáveis, pois as diferenças entre os sexos/gêneros são vistas como intrínsecas às pessoas. Uma vez que diferenças de gênero são teorizadas como elementos psicológicos internos, concepções essencialistas parecem predominar. Um exemplo é a concepção essencialista, segundo a qual a identidade de gênero deve ser adequada ao sexo biológico (NARVAZ; KOLLER, 2007). Essas concepções são contrárias às teorizações feministas atuais.

Ainda hoje o patriarcado está profundamente enraizado nas nossas práticas sociais, nas produções acadêmicas e na forma como nos relacionamos. Estamos impregnados pelos símbolos e mensagens dessa cultura. Não é fácil, portanto, criticá-la e rejeitá-la. É preciso aprender a problematizá-la. Os resultados deste estudo visam, portanto, despertar tais problematizações e incentivar uma postura de compromisso com a reflexão crítica de gênero como categoria de análise no campo da Psicologia Clínica. Gênero, por ser estruturante de relações, tem repercussões em todas as dimensões da vida humana. Desta forma, é importante que esta categoria seja considerada nos estudos que tratam de relações humanas, pois ao fazer parte das relações sociais, contribui para a manutenção de relações desiguais de poder entre os sexos.

Considerações

Este estudo permitiu identificar a inserção do termo gênero como categoria de análise na produção acadêmica brasileira na área da Psicologia Clínica. Foi possível, ainda, vislumbrar quais são as referências/palavras de sentido utilizadas quando é feita menção a gênero. O presente estudo mostrou que a inserção de gênero como categoria de análise na Psicologia Clínica tem crescido ao longo dos anos e que tem sido cada vez mais utilizada como uma lente crítica de análise das relações e da construção das subjetividades. Os dados ainda permitem refletir sobre a perda da potência crítica da categoria gênero. Entendemos como limitação do estudo o fato desta pesquisa ter sido conduzida somente em duas bases de dados. Fica a sugestão para que estudos futuros abordem outras fontes como livros, teses, dissertações, entre outras formas de produção e publicação na Psicologia Clínica e em outras áreas da Psicologia.

Referências

ALVES, C. de O.; DINIZ, G. R. S. Gênero, feminismos e sua inserção na psicologia clínica. In: CONCEIÇÃO, M. I. G.; TAFURI, M. I.; CHATERLAD, D. S. (Orgs.). **Psicologia Clínica e Cultura Contemporânea**, v.2, Brasília: Technopolitik, 2015, p. 596-616.

AZERÊDO, S. Encrenca de gênero nas teorizações em Psicologia. **Estudos Feministas**, v.18, n.1, p. 175-188, 2010.

BANDEIRA, L. A contribuição da crítica feminista à ciência. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n.1, p. 207-230, 2008.

BORGES, et al. Abordagens de gênero e sexualidade na Psicologia: Revendo conceitos, repensando práticas. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 33, n. 3, p. 730-745, 2013.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: Feminismo e subversão da identidade**. (R. Aguiar, Trad.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014. (Original publicado em 1990).

COSTA, A. B.; NARDI, H. C.; KOLLER, S. H. Manutenção de desigualdades na avaliação do gênero na psicologia brasileira. **Temas em Psicologia**, v. 25, n. 1, p. 97-115, 2017.

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. (M. Correa, Trad.). **Cadernos Pagu**, v. 5, p. 7-41, 1995.

HOOKS, B. Mulheres negras: Moldando a teoria feminista. **Revista Brasileira de Ciência Política**, v. 16, p. 193-210, 2015.

MATOS, M. Teorias de gênero ou teorias e gênero? Se e como os estudos de gênero e feministas se transformaram em um *campo novo* para as ciências. **Revista Estudos Feministas**, v. 16, n. 2, p. 333-357, 2008.

MAYORGA, C. et al. As críticas ao gênero e a pluralização do feminismo: Colonialismo, racismo e política heterossexual. **Revista Estudos Feministas**, v. 21, n. 2, p. 463-484, 2013.

NARVAZ, M. A **(in)visibilidade do gênero na psicologia acadêmica**: Onde os discursos fazem(se) política. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

NARVAZ, M.; KOLLER, S. A marginalização dos estudos feministas e de gênero na psicologia acadêmica contemporânea. **PSICO**, v. 38, n. 3, p. 216-223, 2007.

ROSEIRO, M. C. **Dissidências em curso**: transicionando gêneros nos currículos e nas práticas discursivas em psicologia. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Espírito Santo, Vitória, 2017.

SANTOS, L. C. et al. Gênero, feminismo e Psicologia Social no Brasil: análise da revista *Psicologia & Sociedade* (1996-2010). **Psicologia & Sociedade**, v. 28, n. 3, p. 589-603, 2016.

SCOTT, J. Gênero, uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, v. 20, p. 71-99, 1995.

SILVA, L. R. **Psicologia e sexualidade**: uma análise da formação acadêmica a partir dos atravessamentos da (in) visibilidade de gênero e diversidade sexual nos currículos. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de São Paulo, Araraquara, 2020.

WORELL, J. Feminism in psychology: Revolution or evolution? **Annals of the American Academy of Political and Social Sciences**, v. 571, n. 1, p. 183-196, 2000.

ZANELLO, V. **Saúde mental, gênero e dispositivos**: cultura e processos de subjetivação. Curitiba: Appris, 2018.

CAPÍTULO V

O CONCEITO DE GÊNERO E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A PSICOLOGIA E A SAÚDE MENTAL

Mayk Diego Gomes da Glória Machado¹⁰

Maria do Rosário Silva Resende¹¹

Introdução

A história da humanidade tem demonstrado como modos de ser considerados próprios de homens e mulheres podem ser modificadas de acordo com a cultura e a história das sociedades. Os modos de ser homem ou mulher são cotidianamente reiterados pelas instituições sociais como modos de ser e estar no mundo.

No entanto, este movimento não ocorre de forma inócua. Ele acontece nos corpos de cada sujeito, inscritos de forma a criar uma inteligibilidade ao que seja apropriado, de maneira funcional, para homens e mulheres. Para compreender como este processo de significação ocorre, é necessário analisarmos, de forma atenta, o conceito de gênero. Este difundido no seio dos movimentos feministas tendo como objetivo denunciar de maneira historicizada as opressões impostas às mulheres em diferentes sociedades calcadas em sistemas patriarcais (RODRÍGUEZ, 2019; CRUZ; GARCIA-HORTA, 2016; MATTOS, 2015).

Logo, com esse trabalho nos propomos levantar a discussão em torno do processo de como a construção social do gênero emerge das relações e como este conceito consegue explicitar a forma como constituímos nossas relações no processo de sociabilidade, ressaltando a interface deste conceito com a Psicologia e a saúde mental. Neste estudo, os dados emergem da pesquisa bibliográfica e de caráter exploratório, pois buscamos embasar nossas reflexões no entendimento de autoras que sustentam posturas feministas para compreensão dos fenômenos sociais.

Pesquisadores como Cruz e Garcia-Horta (2016) entendem o conceito de gênero como uma categoria elaborada em um momento contextualizado a partir da segunda metade do século XX na história das teorias sociais sobre a diferença sexual. Este desde meados da década de 1970 vem ganhando notoriedade e produzindo mudanças significativas nas sociedades, pois questiona a naturalização de muitas experiências, comportamentos, expectativas reforçadas pelas instituições como a família a escola e a comunidade, argumentando o caráter construído nas relações sociais e na cultura.

10 Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Goiás (UFG). E-mail: maykdagloria.machado@gmail.com

11 Professora Associada da Universidade Federal de Goiás na Graduação em Psicologia e no Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP-UFG). E-mail: mrsresende@uol.com.br

Gênero, de acordo com Scott (1995), aparece primeiro no movimento feminista norte americano que sustentava um entendimento de caráter fundamentalmente social das diferenças baseadas no sexo, em que o uso do termo gênero implica na rejeição enfática destas feministas ao determinismo biológico imbricado na utilização do termo “sexo” ou “diferença sexual”. A substituição do termo sexo, por gênero, sublinharia outro aspecto importante na análise dos fenômenos sociais. Por assim dizer, o aspecto relacional que define de forma normatizadora o que se estabelece como próprio às mulheres, isto é, as feminilidades.

O gênero enquanto conceito se diferencia do sexo, explicitando como tais opressões impostas às mulheres são construídas socialmente, negando uma essencialidade, uma natureza biológica das relações sociais dos sujeitos. Assim, refuta o discurso de naturalização do que é esperado do “desempenho” para homens e mulheres em suas relações intra e/ou interpessoais desde os espaços tidos como privados, como, por exemplo, a família, até os espaços públicos, tais como a escola, o trabalho e a rua, por exemplo.

Utilizamos aqui a categoria gênero - e não o sexo, distinção/diferença sexual, patriarcal ou a dominação masculina - para compreender as imposições de modos de ser e estar no mundo. O conceito de gênero tem sido área de debates e reflexões para compreender o campo por meio do qual o poder se articula. A partir da compreensão do gênero como uma categoria analítica, este é entendido como uma atribuição cultural feita aos sexos, estabelecendo padrões de exercício do que vem a ser homem e mulher, conferindo inteligibilidade a essas identidades e afetando relações sociais generizadas e estruturadas simbolicamente (SCOTT, 1995).

Logo, Butler (2013) menciona que o gênero é um conceito feminista, percebido como a categoria cultural assumida pelo corpo, sendo um marcador identitário que denota a compreensão do mundo para uma perspectiva binária e ao mesmo tempo questiona com força analítica, os lugares estabelecidos para mulheres e homens no campo social. Ao conceder o gênero como um marcador identitário, este é considerado como constituinte do sujeito por meio de sua identidade. Essa identidade é múltipla e plural, ao passo que pode sofrer transformações, uma vez que não é fixa ou cristalizada e que pode ser, inclusive, contraditória, dependendo da lógica hegemônica. O sujeito é então constituído por diferentes marcadores identitários que o atravessa, interseccionam entre si, por exemplo: a classe social, raça, etnia, gênero, orientação sexual, religião. O gênero vai além do desempenho aprendido de papéis instituídos socialmente; ele constitui o sujeito (FIRMINO; PORCHAT, 2017).

O que se denomina de Estudos de Gênero ou Estudos Feministas, buscam frisar o caráter social das assim conhecidas diferenças sexuais. Este processo desvela uma complexa rede de poderes na relação entre os gêneros, a qual é naturalizada. O gênero não analisa homem e mulher como par relacional. Logo, ele possibilita uma análise da constituição cultural de masculino e feminino, bem como diversas possibilidades entre ambos, saindo da lógica inscrita de uma coerência biológica calcada na reprodução. Assim, o gênero é compreendido como um efeito discursivo, com valor simbólico que se materializa ao ser apresentado como real: destino dos sujeitos; natural: um desdobramento do sexo; binário: possibilidade de existência única de homem e mulher; hierarquizado: mulher subordinada ao homem (CRUZ; GARCÍA-HORTA, 2016).

Feminismo, gênero e Psicologia: por uma Psicologia feminista

A reflexão sobre questões relacionadas ao gênero nas ciências psicológicas ainda tem se mostrado incipiente e de caráter complexo devido à tradição antropocêntrica das ciências. Essa análise na Psicologia pode ser invisibilizada devido à perspectiva cartesiana e positivista que ainda é sustentada nessa disciplina. Realizar uma análise do gênero na Psicologia levanta uma complexidade e, geralmente, existe uma tendência em tentar domesticar esse conceito (RODRÍGUEZ, 2019).

Nas proposições de Mattos (2015) e Nogueira (2017), a Psicologia convencional falha ao não questionar a produção de conhecimento e como esta produção pode estar atrelada ao poder e significados corroborados por atitudes patriarcais. Tal processo desencadeado por décadas trouxe como consequência a marginalização das questões de gênero e de outros marcadores sociais, tais como a raça e sexualidade em perspectivas não patologizantes, por exemplo. Tal fato levou muitas feministas a questionarem o papel da Psicologia, levando-as a rejeitar esta disciplina por acreditarem que os métodos e conhecimentos produzidos reiteravam a subalternização do sujeito feminino.

A priori, se a Psicologia como disciplina de saber e poder, marginaliza as experiências subjetivas de mulheres por invisibilizar os aspectos relacionais que implicam o gênero (MACHADO, 2016), suscitam-se algumas reflexões: como sair de pressupostos teóricos e epistemológicos que retroalimentam tal sistema de violência de gênero dentro da Psicologia? Qual(is) alternativa(s) pode(m) ser lançada(s) para que a reflexão não recaia sobre as teias misóginas de análise dos fatos sociais? É possível uma saída desse labirinto de forma a não perder o caráter científico, mas, também, não ser engolido por ele sem realizar uma reflexão crítica de ciência?

De acordo Anjos e Lima (2016), a resistência por parte da Psicologia convencional em relação à crítica feminista pode ser analisada de dentro da própria Psicologia. A Psicologia como Ciência Social – construída por meio da análise dos fenômenos que emergem nas relações sociais – resiste ao feminismo assim como a sociedade em geral. Demonstra uma cumplicidade ideológica com o projeto social em vigor, logicamente na contramão do que se propõe o feminismo. Ousamos interpretar isso como um sintoma do conservadorismo ainda influente na Psicologia.

Aparentemente antagônica quando olhada à distância, a relação da Psicologia com os Feminismos é basilar para a própria compreensão do conceito de gênero. A interlocução entre a disciplina de saber e o movimento social tem sido provocada não apenas, mas, principalmente, por mulheres que têm buscado construir uma Psicologia capaz de analisar as experiências subjetivas específicas de mulheres. Essa dinâmica relacional demonstra como o feminismo tem contribuído para a construção de uma Psicologia crítica na análise dos fenômenos sociais (ANJOS; LIMA, 2016).

A Psicologia Feminista, com suas teorias e métodos acerca e para as mulheres, é uma sobrevivente do processo de marginalização de gênero na Psicologia. Para fugir da Psicologia convencional, positivista, normatizadora, marginalizadora do gênero, bem como de questões pertinentes à sexualidade e raça/etnia, buscaremos sustentar uma postura pautada em uma perspectiva de Psicologia Feminista (MATTOS, 2015; NOGUEIRA, 2017).

As questões de gênero estão perpassadas de forma transversalizadas por expectativas, normas e regras da sociedade que são colocadas aos sujeitos de forma impositiva e imperativa. Naturalizadas e internalizadas, a construção social do gênero é difundida e fundamentada no discurso dominante por meio de representações que supõem que as desigualdades balizadas no gênero são naturalmente estabelecidas. Gênero então pode ser considerado uma construção social que organiza as relações entre homens e mulheres em contextos específicos, legitimando as relações de poder desiguais entre os sujeitos (ZANELLO, 2016).

Narvaz e Koller (2006) definem a Psicologia Feminista como um espaço estratégico situado entre os saberes e teorias feministas e a ciência psicológica, objetivando criticar as concepções tradicionais da Psicologia positivista que se apresenta acrítica e despolitizada em relação às relações de gênero, bem como outras relações atravessadas por marcadores identitários que culminam na organização desigual das relações entre os sujeitos, justificadas pelos mais diversos vieses ideológicos. Para além da discussão acadêmica, pode-se indicar que a Psicologia Feminista se encontra, atualmente, no fazer de profissionais de psicologia no Brasil, ultrapassando fronteiras geopolíticas e das abordagens tradicionais das ciências psicológicas (SALDANHA; NARDI, 2016).

A Psicologia tem feito aproximações com as discussões de gênero objetivando compreender os fenômenos sociais considerando as construções sociais, históricas e culturais estabelecidas sob a égide de sociedades patriarcais, misóginas e heteronormativas. A compreensão dessas dinâmicas de articulação entre o gênero e outros marcadores sociais se apresenta como condição fundamental para uma análise compromissada ética e politicamente. É necessário buscar discursos e práticas alternativas dentro das ciências psicológicas que questionem e desconstruam a lógica dominante que oprime sujeitos que se encontram em posições de subalternidade por suas condições plurais que fogem da norma hegemônica dos modos de ser e estar em sociedade.

Gênero e saúde mental: uma análise em construção

Ao longo da história de desenvolvimento das sociedades, uma das esferas de substancial relevância para as populações têm sido os processos de saúde-doença e como estes afetam todo o funcionamento social de acordo com a complexidade das demandas que emergem desses mesmos processos, os quais sofrem influência direta dos fatores econômicos, sociais, fisiológicos, psicológicos e ambientais. O conceito de Saúde Mental tem demonstrado uma amplitude em sua definição, refletindo assim a ampla esfera de determinantes biopsicossociais que influenciam sua manutenção.

A definição de saúde mental é complexa devido às diferenças culturais existentes entre as sociedades. No entanto, o conceito abrange aspectos tais como o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a autorrealização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Nessa perspectiva, nosso entendimento é de que saúde é determinada socialmente, em que o sujeito dá significado à sua existência a partir da interação com a coletividade e nesses processos históricos e sociais, constitui a complexidade na relação saúde-doença e contextos sociais (NEDEL; BASTOS, 2020).

Sendo assim, a saúde mental pode ser entendida como algo mais do que a ausência de perturbações mentais, sofrendo influência de fatores fisiológicos e sociais. Ela é consequência do aumento da resiliência individual, da presença de condições de vida e ambientais favoráveis, do bem-estar psicológico e serve como fator de proteção eficaz contra a doença mental (WHO, 2004).

É importante destacar que, assim como qualquer outro campo de conhecimento e prática, a saúde mental também pode ser compreendida como espaço político composto por diferentes atores sociais com saberes, interesses, projetos e práticas os quais discutem de forma intensa o que se define como saúde mental e todo o aparato de saber e poder que desse/nesse campo emergem (KANTORSKI et al., 2019).

Tal fato desvela a mudança de paradigmas na saúde mental a partir do advento de outras ciências de campos de conhecimento nessa área de saber e poder, trazendo assim uma leitura sociocultural do sofrimento psíquico, evidenciando indicadores psicossociais que influenciam a saúde mental. Assim, o sofrimento psíquico é compreendido enquanto sintoma da nossa cultura, enfatizando fatores de risco nos modos de relação social. (ZANELLO; 2017).

Ancorados por Machado (2016), compreendemos que a saúde mental pode ser afetada por situações de diferentes ordens e que estas podem levar ao uso de substâncias psicoativas e, desta forma, desencadear dependência das mesmas. Esse processo não se dá de modo causa-efeito, mas como uma das possibilidades existentes no processo de adoecimento mental devido às situações estressoras cotidianas presentes nas histórias de vida dos sujeitos.

Refletindo nessa perspectiva, seriam as relações de gênero pauta de reflexão para a saúde mental? Com pode ser articulada a análise da saúde mental levando em conta as questões de gênero? Diversas/os autoras/res têm apontado para a incipiente produção científica em relação à temática de gênero e saúde mental (ZANELLO, 2016; ZANELLO, FIUZA, COSTA, 2015).

Essas questões são complexas, podendo não ter respostas prontas à priori, deixando uma lacuna no campo da saúde mental na práxis. Apontamentos que levem em consideração a historicização das relações sociais contribuem para melhor entendimento das questões de saúde mental, levando-nos a concordar com a afirmação de que: Entendemos que o sofrimento psíquico deve ser refletido e compreendido de modo complexo e dinâmico a partir das relações sociais, de forma contextualizada, considerando as relações de poder, e o gênero como uma das categorias de análise dessas relações (ZANELLO, 2014).

A experiência do sofrimento psíquico trata de uma construção social, trazendo em si valores e normas de uma configuração social específica, em um espaço temporal também específico. Sendo assim, o que parece ser uma experiência individual – o sofrimento no campo subjetivo – pode ser a vivência de sujeitos mulheres e homens devido às normatizações de modos de ser expressas nas relações estabelecidas dentro de uma determinada sociedade (ZANELLO, 2017).

Nessa mesma perspectiva, corroborados por Zanello (2014), concordamos que pensar a implicação das relações de gênero na saúde mental suscita questionarmos como os valores e papéis de gênero participam da constituição da subjetividade do sujeito, implicando refletir como ele se expressa e também sobre como se expressa. Na continuação das reflexões da autora consideramos analisar que, se há o entendimento que o sujeito se constitui nas relações sociais, incluindo as de gênero, não se pode desconsiderar a participação destes valores, estereótipos e ideias na formação do próprio sintoma de sofrimento psíquico.

Na convergência entre a categoria gênero e as questões de saúde mental, percebe-se a presença de uma racionalidade reducionista e biologizante, a qual fica fadada à naturalização, refém de um raciocínio biomédico que busca compreender os fenômenos da ordem do que é considerado mental, reduzindo-os a uma compreensão que parte do biológico. Essa racionalidade reducionista desconsidera, ou relega à uma outra ordem de menor importância os aspectos socioculturais que determinam a saúde mental dos sujeitos, com uma tradição fortemente apoiada em leituras, uma perspectiva de parcimônia e objetividade (ANDRADE, 2014)

Para Machado (2016), considerar a interação entre saúde mental e gênero é dar visibilidade ao aspecto político (de poder) nos processos de subjetivação que emergem entre sujeitos diferentes, relações que se estabelecem de formas desiguais, hierarquizadas, implicando em consequências psicológicas e emocionais para os atores desse processo. Como uma categoria importante para a análise do processo de saúde mental, o conceito de gênero explicita os desdobramentos em práticas e discursos que reproduzem hierarquias, reforçam desigualdades e assimetrias que naturalizam o sofrimento das mulheres. Essa mesma configuração tende a afetar também os homens os quais acometidos por algum tipo de sofrimento no campo do que entende como “mental”, da ordem da subjetividade, são deslocados de seus lugares historicamente construídos de poder e superioridade para lugares de subalternidade, assemelhando-se ao lugar das mulheres nas relações sociais hierarquizadas (ANDRADE, 2014).

A perspectiva de uma suposta natureza feminina ou, ainda, de um sofrimento próprio das mulheres as colocam em um lugar de vulnerabilidade, de fragilidade, confinadas no imaginário social ao espaço doméstico por ser “algo próprio de sua natureza”. Seguindo esse raciocínio, há uma determinação que delega às mulheres funções como promotoras de cuidado, exercício natural da função materna, naturalizada como própria do feminino, dentre outros aspectos que são impostos graças a esta naturalização.

O gênero tem influência sobre muitos dos fatores que determinam a saúde mental como, por exemplo, o *status* socioeconômico, o acesso aos recursos, às funções desempenhadas em relação aos papéis sociais e as violências que decorrem desse entrelaçamento de gênero com outros marcadores sociais. A exclusão social, o estigma racial e a discriminação, o desemprego e condições de trabalho, a pobreza e condições precárias de habitação, o nível de urbanização, nível de educação, discriminação sexual e violência de gênero, experiências precoces, interação familiar e cultural e acontecimentos de vida estressantes, como o uso de drogas de forma abusiva, podem ser citados como determinantes sociais e econômicos da saúde mental (MACHADO, 2016).

Para Andrade (2014), seguindo o raciocínio de Judith Butler, os marcadores sociais como gênero, etnia, classe social, questões sexuais e regionalidades, são ainda significativos na definição e perpetuação das concepções de inferioridades e processos de exclusão contemporâneos em nossa sociedade. A autora denota a interseccionalidade na constituição de homens e mulheres, pois estes têm em sua constituição identitária outras categorias que reificam lugares, reforçam posicionamentos sociais e diferenças (ANDRADE, 2014).

Seguindo a compreensão de Kantorski et al. (2019), concordamos que a categoria gênero tem colaborado para realizar análises que consideram a prevalência de exposição a riscos de saúde específicos. Será na intersecção a outros marcadores sociais como classe, raça/etnia, geração, orientação sexual, dentre outros, que se determinará a posição ocupada na hierarquia social, o que sucederá em uma forma singular de percepção do mundo pelo sujeito, assim como em sua autopercepção, suas relações interpessoais, de reconhecimento de alteridades.

O gênero enquanto uma construção produz significados sociais e culturais a respeito das pessoas e estrutura relações de poder em distintos níveis (entre pessoas; entre pessoas e instituições; entre instituições). É necessário, portanto, estarmos vigilantes a estas questões para refletirmos sobre esses processos em nossas análises e práticas (MACHADO, 2016).

Considerações

No desenvolvimento deste estudo realizamos alguns apontamentos históricos sobre as relações de gênero que parecem circunscrever uma relevante condição de risco. Isso nos remete à necessidade de analisar as relações de gênero, entendendo este conceito e como são criadas hierarquias sociais ancoradas em relações de poder que fluem das diferenças de gênero transformadas em desigualdades sociais, colocando mulheres em situação de subalternidade devido à forma machista e misógina de organização social.

Essa questão é objeto de reflexão e crítica do movimento feminista. Com relevante trajetória histórica e de militância, esse movimento busca a emancipação e equidade para as mulheres que, por heranças culturais patriarcais, foram e ainda são colocadas em posição de desvalia pelo significado que seus corpos assumiram e ainda assumem no modo androcêntrico de funcionamento do corpo social.

O conceito de gênero, marcador indispensável para as análises feministas dos fenômenos em nossas sociedades, articulado com outros marcadores identitários (raça, etnia, classe social, orientação sexual, entre outros), tem possibilitado análises que abarcam de forma mais ampla e contextualizada as realidades que se pretende analisar. O gênero busca tirar o foco da análise das características ou diferenças sexuais, rompendo com a herança biologizante que explica as desigualdades entre sujeitos masculinos e femininos.

O processo de desigualdade passa a ser analisado por meio do que compreendemos como construção social dos gêneros: o significado, a categoria cultural assumida pelo e no corpo que influencia diretamente como nos organizamos enquanto sociedade, delimitando o que seja próprio para homens e mulheres exercerem na dinâmica social, excluindo os que não se enquadram na norma, ou inteligibilidade de gênero. Esse processo de análise tem significados importantes para a Psicologia como ciência, fomentando a reflexão sobre um espaço estratégico situado entre os saberes e teorias feministas e a ciência psicológica, objetivando criticar as concepções tradicionais da Psicologia positivista e suas ortodoxias a respeito das relações de gênero e quaisquer marcadores identitários que, interpretados por uma lógica normatizadora e normalizadora, acabam por organizar de forma desigual as relações entre os sujeitos.

A Psicologia Feminista aqui é compreendida como *ethos*, uma atitude crítica assumida pela/o psicóloga/o diante das leituras da realidade possíveis por meio das teorias psicológicas. Não compreendemos que esta seja uma ciência específica e nova, com objeto próprio, mas antes uma construção de aproximações com as discussões de gênero na busca de compreensão dos fenômenos sociais ponderando as construções sociais, históricas e culturais estabelecidas sob a égide de sociedades marcadas pelas desigualdades construídas a partir das diferenças.

Essa é uma condição fundamental para uma análise comprometida ética e politicamente com a qualidade de construção das ciências psicológicas em consonância com os direitos

humanos. Refletir e construir uma Psicologia Feminista é, sobremaneira, realizar a própria construção ética e política da Psicologia como ciência e profissão de forma a não patologizar os sujeitos e suas experiências subjetivas e concretas.

A intersecção entre gênero e saúde mental, ainda incipiente de produção científica, busca refletir como as relações de gênero configuram importante influência na saúde mental articulada com outros marcadores sociais, potencializando fatores determinantes da saúde mental. É necessário buscar discursos e práticas alternativas dentro das ciências psicológicas, que questionem e desconstruam a lógica dominante que oprime sujeitos que se encontram em posições de subalternidade por suas condições plurais as quais fogem da norma hegemônica de produção de nossas subjetividades. As diferenças não devem ser transformadas em desigualdades por meio dos valores vigentes reguladores das relações sociais. Tanto a questão de gênero, bem como a violência, proveniente das relações gendradas tem que ser discutidas de maneira a fomentar políticas públicas intersetoriais específicas para a reflexão do gênero como um fator de risco para o adoecimento mental. Consideramos que a compreensão cultural não pode estar separada das experiências de vida de mulheres que, analisadas sob uma perspectiva crítica, podem contribuir em demasia para desvelar as reiteradas desigualdades que têm marcado a existência das mulheres.

Referências

ANDRADE, A. P. M. (Entre)laçamentos possíveis entre gênero e saúde mental. In: ZANELLO, V.; ANDRADE, A. P. M. (Orgs.). **Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade**. Curitiba: Appris, 2014. p. 59-77.

ANJOS, K. P. L.; LIMA, M. L. C. Gênero, sexualidade e subjetividade: Algumas questões incômodas para a psicologia. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora, v. 10, n. 2, p. 49-56, dez. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472016000200007&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 30 jul. 2020.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. 5. ed. Tradução: Renato Aguiar - Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

CRUZ, J. M. D.; GARCÍA-HORTA, J. B. Igualdad, equidad de género y feminismo, una mirada histórica a la conquista de los derechos de las mujeres. **Revista CS**, n. 18, 107-58, 2016.

FIRMINO, F. H.; PORCHAT, P. Feminismo, identidade e gênero em Judith Butler: apontamentos a partir de “problemas de gênero”. **DOXA: Revista Brasileira de Psicologia e Educação**, v. 19, n. 1, p. 51-61, jan. 2017. ISSN 2594-8385. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/doxa/article/view/10819/7005>. Acesso em: 30 jul 2020.

KANTORSKI, L. P. et al. Gênero como marcador das relações de cuidado informal em saúde mental. **Cad.saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 60-66, mar. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2019000100060&lng=en&nrm=iso. Acesso em 30 jul 2020.

MACHADO, M. D. G. G. **Mulheres no contexto da rua: a questão do gênero, uso de drogas e a violência**. 2016. 179 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Faculdade de Educação - Universidade Federal de Goiás, 2016.

MATTOS, A. Feminist psychology: researches, interventions, challenges. In: Ian Parker. (Ed.), **Handbook of Critical Psychology**. Routledge: London e New York, 2015.

NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. Metodologias feministas e estudos de gênero: Articulando pesquisa, clínica e política. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 647-654, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n3/v11n3a20.pdf>. Acesso em: 12 set. 2018.

NEDEL, F. B.; BASTOS, J. L. Para onde seguir com a pesquisa em determinantes sociais da saúde? **Revista de Saúde Pública**. v. 54, n. 15, p. 1-6, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2020.v54/15/pt>. Acesso em: 29 jul. 2020.

NOGUEIRA, M. C. **Interseccionalidade e Psicologia Feminista**. Salvador: Editora Devires, 2017

SALDANHA, M.; NARDI, H. C. Uma psicologia feminista brasileira? Sobre destaque, apagamento e posição periférica. **Revista Psicologia Política**, v. 16, n. 35, p. 35-52, 2016.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, v. 20, n. 2, p. 71- 99, 1995.

ZANELLO, V. Saúde mental sob o viés de gênero: uma releitura gendrada da epistemologia, semiologia e da interpretação diagnóstica. In: ZANELLO, V.; ANDRADE, P. M. (Orgs.). **Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade**. Curitiba: Appris, 2014. p. 41-58.

ZANELLO, V. Saúde mental, gênero e dispositivos. In: DIMENSTEIN, M.; LEITE, J.; MACEDO, J. P.; DANTAS, C. (Orgs.). **Condições de Vida e Saúde Mental em Assentamentos Rurais**. São Paulo: Intermeios, 2016. p. 23-43.

ZANELLO, V. Saúde mental, gênero e Interseccionalidades. In: PEREIRA, M. O.; PASSOS, R. G. (Orgs.). **Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Autografia, p. 52-69, 2017.

ZANELLO, V.; FIUZA, G.; COSTA, H. S. Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. **Fractal: Revista de Psicologia**. v. 27, n. 3, p. 238-246, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options**. Summary report. 2004, 66 p. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf. Acesso em: 18 set. 2018.

CAPÍTULO VI

GÊNERO, RAÇA E EXPERIÊNCIAS DE VIDA

SAÚDE MENTAL DE MULHERES EM CONTEXTO DE POBREZA

Cristina Vianna Moreira dos Santos¹²

Introdução

Ao longo do ciclo de vida, a trajetória de uma pessoa pode ser impactada por momentos de vida negativos, conhecidos como fatores de risco, eventos adversos ou estressores. Eventos considerados como risco são obstáculos individuais ou ambientais que aumentam a vulnerabilidade e a probabilidade do desenvolvimento de sintomas, que podem levar a uma maior gravidade e duração dos principais problemas de saúde mental. Enquanto os fatores de risco referem-se a características ou variáveis que, se presentes em um determinado contexto, tornam pessoas e/ou grupos mais vulneráveis a desfechos negativos em saúde mental, os fatores de proteção, por sua vez, referem-se às condições que melhoram a resistência das pessoas em relação a dificuldades e perturbações (ABREU et al., 2015; PESCE et al., 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Os fatores de proteção são aqueles que amparam uma pessoa de transtornos e permitem um desenvolvimento saudável. Eles reduzem, abrandam ou eliminam as exposições aos fatores de risco, diminuindo a vulnerabilidade ou aumentando a resistência das pessoas aos riscos. Fatores de risco e de proteção podem ser individuais, relacionados com a família, demais relações sociais e com o ambiente. Intervenções preventivas trabalham com foco na redução de fatores de risco e buscam reforçar fatores de proteção associados à minimização de problemas de saúde mental (TAVARES, 2005).

As desigualdades sociais nos diferentes estados de saúde têm origem no gênero, na raça e etnia, na classe social, na orientação sexual, e referem-se a relações injustas que colocam, sistematicamente, alguns grupos em desvantagem com relação a se manter sadio (BARATA, 2009). Há crescente evidência internacional de que em países de baixa e média renda, o transtorno mental, a saúde e a pobreza interagem em um ciclo negativo.

12 Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (UnB). Professora Adjunto do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Tocantins (UFT). Coordenadora do Centro de Estudos e Serviços de Psicologia, Coordenadora do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Sexualidade, Corporalidades e Direitos, Vice-Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental da Universidade Federal do Tocantins (UFT). E-mail: cristina.vianna@uft.edu.br

Condições de pobreza aumentam o risco de transtorno mental em função da presença de nível elevado de estresse, diminuição do capital social, má nutrição, exclusão social e aumento de riscos de violência e experiências traumáticas. Adversidades que tendem a se agravar, não apenas por viver com um transtorno mental, mas por permanecer em contexto de pobreza (LUND et al., 2011). Em contextos de baixa renda e pobreza é maior a probabilidade de haver pouco acesso a recursos de saúde, educação e trabalho remunerado, considerando as condições de vida precárias e baixo nível de suporte social. As circunstâncias sócio econômicas, o suporte social e os comportamentos relacionados à saúde têm efeitos independentes sobre a saúde mental e juntas reforçam-se mutuamente (WHO, 2000, 2002).

A pobreza tem um impacto dramático nos recursos de mulheres para se manterem bem e com saúde, pois restringe as chances de atendimento e tratamento e as mantém economicamente dependentes. Tal fato aumenta a possibilidade de permanecerem em situações abusivas e de violência doméstica, ao passo que diminui a habilidade de participarem de suas comunidades, isola e estigmatiza a si mesmas e as suas famílias (MORROW; CHAPPELL, 1999).

A crescente pobreza entre mulheres no mundo exige mudanças na estrutura social e econômica e ampla participação democrática. Logo, é necessária a discussão de como a pobreza enfraquece a cidadania das mulheres, dificulta assumir posições políticas e fazer interferências institucionais e legais para modificarem sua condição (BANDEIRA; BITTENCOURT, 2005).

Nesse sentido, em nosso estudo, discorremos, a partir de experiências de vida de mulheres pobres, a presença de fatores de risco e de proteção em sua saúde mental, apontando impactos negativos e positivos que eles têm no bem-estar psicossocial, tendo por base científica, as críticas feministas, de gênero e de raça. Uma pesquisa realizada com mulheres no contexto da atenção básica em saúde, constatou que a presença de fatores de riscos como violências, abuso sexual na infância, preconceito, discriminação, ansiedade, depressão e tentativas de suicídio, estão presentes nas experiências de vida e no cotidiano de mulheres pobres, onde desigualdade social e racismo as colocam em situação de maior risco e vulnerabilidade.

Reflexões interseccionais para a saúde mental de mulheres

A crítica feminista e de gênero é uma tomada de posição no debate político sobre como as diferenças entre pessoas se estabelecem como desigualdades e tem impacto em seu cotidiano e bem-estar psicossocial. Neste estudo, adotamos a compreensão de Connell e Pearse (2015) que discutem gênero como a estrutura de relações sociais centrada na arena reprodutiva e no conjunto das práticas que enfatizam as distinções reprodutivas sobre os corpos nos processos sociais que incluem as vidas pessoais e os destinos coletivos. Problematiza-se, à medida que tomamos o gênero como algo dado, que reforçamos a posição da maior parte das discussões sobre gênero, que enfatiza uma dicotomia entre os corpos sexuados, a partir de diferenças sexuais ou psicológicas que correspondem a essa divisão. Ocorre que essa definição baseada em dicotomia exclui diferenças entre mulheres e entre homens, portanto defende-se que o gênero deve ser entendido como uma estrutura social que padroniza as atividades cotidianas.

Os estudos feministas assumem seu caráter político que problematiza, subverte e transgride a objetividade, a neutralidade, o distanciamento e a isenção. O projeto de transformação feminista almeja mudanças institucionais, éticas e culturais, considerando que essa luta demo-

crática não se dá somente em nível estrutural, mas, também, no nível da vida cotidiana. O feminismo inclui teoria e prática no combate às desigualdades, no enfrentamento ao capitalismo patriarcal e ao racismo nas relações de gênero em busca de mudança social.

A terceira onda feminista foi lançada à discussão sobre intersecções e um feminismo mais diversificado e polifônico, apontando a ilusão de uma estabilidade identitária. Neste contexto, abordagens feministas diversificadas têm como ponto comum a diferença, a desconstrução e a descentralização. Nas abordagens da terceira onda, é possível identificar aproximações no uso da diferença para desconstruir o essencialismo, e na visão de que o conhecimento é socialmente construído e que todo o conhecimento é parcial histórica e politicamente. De acordo com Nogueira (2017), quatro grandes perspectivas compõem a terceira onda feminista: a teoria da interseccionalidade proposta pelas mulheres negras, as abordagens pós-modernas e pós-estruturalistas, a teoria pós-colonial e a agenda das novas feministas.

Do feminismo hegemônico problematiza-se a universalização da categoria mulher, pensada e disseminada a partir das mulheres brancas de classe média alta. O feminismo negro critica a ideia de mulher essencialista e a ausência de teorização sobre as opressões múltiplas vivenciadas por mulheres negras marcando seu lugar de fala. Lugar de fala, apesar da imprecisão da origem do termo, deve ser compreendido, em uma perspectiva foucaultiana do discurso, como um sistema que estrutura determinado imaginário social, no qual circulam poderes. Considerando que o lugar social que certos grupos ocupam restringem oportunidades, o lugar de fala de mulheres negras deve ser o de refutar a historiografia tradicional e a hierarquização de saberes (RIBEIRO, 2017).

Ângela Davis, em entrevista para um documentário brasileiro de 2017, enfatiza como o feminismo tem sido ressignificado pelas mulheres negras do Brasil, protagonistas de novas questões, e no contínuo combate ao assédio sexual, a violência contra mulheres, ao feminicídio. Ribeiro (2017) destaca a importância de visibilizar o percurso intelectual e de luta de mulheres negras como modos de resistência e (re)existência, onde mulheres negras escrevem sobre a invisibilidade da mulher negra como categoria, denunciando seu apagamento e reforçando seu lócus de sujeito histórico e político.

Em seus estudos Kilomba (2019) destaca que existe uma fantasia sobre o racismo ser algo em torno das estruturas sociais, mas não um determinante dessas relações. Segundo a autora, a discriminação gera a diferença, que é articulada através do estigma, da desonra, da inferioridade, construídos a partir da supremacia branca. A construção da diferença associada a hierarquia gera o preconceito que junto ao poder formam o racismo. A pesquisadora afirma sua preocupação: “Como o racismo afeta, então, o status de subjetividade de uma pessoa?” descortinando um ponto nevrálgico para pensar o sofrimento emocional, ético-político e a saúde mental (KILOMBA, 2019, p. 75).

Neste sentido, é preciso apontar a responsabilização das mulheres brancas no combate ao reformismo e no engajamento da luta política por uma transformação social contra as opressões. Aponta Ribeiro (2017) que é necessário que as pessoas de grupos privilegiados estejam conscientes que, embora se engajem na luta contra as opressões, elas ainda são beneficiadas estruturalmente pelas opressões que infligem a outros grupos. Deste modo, cabe a reflexão feita por bell hooks (2018) em “O feminismo é para todo mundo: Políticas arrebatadoras”, do reconhecimento que a branquitude é uma categoria privilegiada e que, mulheres negras, exigem um olhar mais objetivo e uma compreensão mais realista para servir como fundamentação de uma política realmente feminista, de sororidade genuína, aliando o feminismo à luta antirracista.

Em suas pesquisas Nogueira (2017) afirma que enquanto a política de aliança é uma resposta política, a interseccionalidade é uma resposta teórica feminista e antirracista. Sua ênfase está no sistema de opressão que reflete a intersecção de múltiplas formas de discriminação. A interseccionalidade foi pensada nos anos 1980 por Crenshaw, que postulou a experiência interseccional como maior do que a soma do racismo e do sexismo, devendo considerar as muitas formas de subordinação das mulheres.

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras (CRENSHAW, 2002, p.177).

Desconstruir o essencialismo, por meio da discussão sobre identidade e opressão, inclui pensar sobre como grupos marginalizados experimentam subordinações múltiplas a partir de suas próprias vozes. Para a perspectiva interseccional, a identidade não é o acúmulo de pertencas, mas sua multiplicidade em contextos sociais estruturais. Seu nível de análise deve, portanto, apontar como a discriminação e a opressão criam oportunidades, benefícios sociais e materiais para aqueles que gozam de estatutos normativos, denunciando privilégios e desigualdades, e propondo mudanças nas relações de poder na luta por justiça social.

Metodologia

Este é um estudo qualitativo e descritivo que teve como objetivo levantar informações sobre fatores de risco e de proteção em saúde mental presentes nas histórias de vidas de mulheres adultas pobres e de baixa renda, usuárias e funcionárias de uma unidade básica de saúde da região metropolitana de Goiânia-GO. Dois instrumentos foram utilizados e analisados neste estudo. O primeiro foi o questionário demográfico formado por questões gerais sobre o perfil socioeconômico das participantes, e questões sobre assistência psicológica e psiquiátrica recebidas, somadas a perguntas sobre sua condição de bem-estar no momento da coleta. O segundo instrumento foi o Questionário sobre Experiências de Vida (QEV) que versa sobre o impacto de experiências no decorrer da vida de uma pessoa. O QVE é uma versão brasileira do *Life Experiences Survey* (LES) composta por uma lista de 63 eventos de vida e uma lista complementar com mais 10 eventos dirigidos para estudantes.

O *Life Experiences Survey* (LES) é um instrumento de avaliação psicológica em saúde mental que apresenta uma lista de eventos que podem trazer mudanças e requerer ajuste social na vida de quem os experimenta. Desenvolvido por Saranson, Johnson e Siegel (1978), o LES possui confiabilidade e correlaciona-se com uma variedade de medidas dependentes relevantes. Apontam seus autores que esse instrumento poderia ser usado em estudos destinados a identificar variáveis de risco, protetivas e seus efeitos.

O instrumento solicita ao participante que escolha, para cada item da lista de eventos, o período em que o evento ocorreu, se há muito tempo, se há pouco tempo (de seis meses a um ano), ou se nunca ocorreu. É solicitado que a/o respondente escolha e marque, em uma escala tipo *Likert*, para cada item da lista, além do período de ocorrência, também o impacto do evento,

se positivo ou negativo, e sua intensidade, pouca, moderada ou extrema. Assim, a/o respondente deve indicar se o evento ocorreu em sua vida, quando ocorreu e qual foi seu grau de impacto. O instrumento também solicita aos respondentes que acrescentem outras experiências que tiveram impacto positivo ou negativo em sua vida.

A coleta foi realizada em uma unidade básica de saúde em um município da região metropolitana de Goiânia-GO. A equipe de pesquisadoras foi composta pela presente pesquisadora e um grupo de seis psicólogas. Durante cinco dias de coleta, foram aplicados questionários de avaliação em saúde mental em 37 participantes. Ao final de cada aplicação, elas eram convidadas a fazer parte de um grupo de conversação voltado para a saúde mental de mulheres. O presente texto não trata dos processos desenvolvidos nos grupos de conversação para mulheres, e se centrará somente na descrição e análise dos dados informados pelos instrumentos.

Discussão dos resultados

Eventos de vida podem trazer mudanças e requererem ajustes sociais. Ademais, esses eventos podem ser avaliados tanto de forma negativa quanto positivamente. Entende-se que muitos deles, quando experimentados, simultaneamente, e vistos como muito negativos têm impacto significativo na saúde mental, podendo se tornar fatores de risco para o adoecimento psíquico. Os principais eventos de vida apontados neste estudo como negativos para as participantes foram discutidos como fatores de risco para a saúde mental dessas mulheres. No presente estudo, o número de eventos de vida negativos, considerados como fatores de risco, foi praticamente o dobro do número de eventos de vida positivos apontados.

Informações dos questionários demográficos mostraram que as 37 participantes deste estudo tinham idades entre 31 e 50 anos, e média de idade de 45 anos. Dentre as participantes 87,5% eram casadas ou viviam com companheiros/as, moravam em casa própria com família de até 11 pessoas, com baixa renda que variavam de um a quatro salários mínimos. Em relação à escolaridade, 37,5% cursaram ou concluíram até o Ensino Fundamental.

A maioria das participantes (75%) era natural de alguma cidade do interior de Goiás. Neste cenário, de mulheres na “meia-idade”, com baixa escolaridade e baixa renda, morando com muitas pessoas, cabe lembrar que os cuidados à saúde das mulheres pobres são diferentes e desiguais se comparados aos serviços disponíveis a mulheres de outras classes sociais, uma vez que as primeiras dependem, basicamente, dos serviços públicos de saúde que, de maneira geral, funcionam de modo deficiente e precário, agravo somado a sobrecarga de papéis desempenhados como cuidadoras das famílias.

A partir do questionário demográfico, quando indagadas sobre qual era sua cor/raça, 37,5% das participantes se classificaram como morenas e 25% como pardas, totalizando mais de 60% de mulheres negras/não brancas. Com impacto muito ou extremamente negativo, grande parte das participantes relatou ter sido vítima de preconceito em algum momento da vida. Considerando que mulheres pobres e negras têm sido vítimas, ao longo da história, do racismo, do sexismo e da misoginia, é necessário apontar como essas estruturas geram desempoderamento, produzindo ou agravando quadros de sofrimento psíquico.

Mulheres negras sofrem mais violência no decorrer da vida que outras mulheres. No Brasil, devido pesquisas como a da Fiocruz, podemos inferir que elas foram as vítimas mais frequentes da violência obstétrica, o índice atingiu 65,9% em 2014. De acordo com o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, mulheres negras foram 53,6% das vítimas de mortalidade materna no ano de 2015. Ainda no mesmo ano, 58,86% das mulheres vítimas de violência doméstica eram mulheres negras de acordo com o Balanço Ligue 180 – Central de Atendimento à Mulher. Segundo o Diagnóstico dos Homicídios no Brasil do Ministério da Justiça, 68,8% das mulheres mortas por agressão foram mulheres negras (PRADO; SANEMATSU, 2017).

No presente estudo, das 62,5% das participantes que concluíram o Ensino Médio, 50% também terminaram o curso técnico de Enfermagem, trabalhavam na área e eram funcionárias da UBS, enquanto 25% estavam desempregadas e 12,5% trabalhavam com costura e serviços gerais. A predominância como profissionais de saúde denuncia o gênero na relação de cuidado profissional, bem como sua permanência nos trabalhos ligados a limpeza e a organização, atividades que demandam sobrecarga de tempo e exercício laboral e que são sistematicamente mal pagas, desvalorizadas e cada vez mais precarizadas. É preciso apontar que mulheres desempregadas são aquelas que não exercem atividades remuneradas. Ocorre que, devido a dinâmica dos papéis de gênero, e, em contexto de pobreza, mulheres que não trabalham fora, trabalham em casa, sem remuneração e assumem responsabilidade por diversos tipos de atividades.

Santos (2014) realizou uma pesquisa sobre como o trabalho das “donas de casa” pode representar riscos para a saúde física e mental dessas mulheres, considerando que o espaço doméstico inclui jornadas repetidas e inacabadas das atividades realizadas, submissão ao domínio do marido, falta de autonomia econômica, bem como falta de lazer e descanso. Soma-se a isto a efemeridade do esforço que se torna invisível em atividades como o cuidado com a casa, com os filhos, marido, pessoas idosas, familiares doentes, além das chamadas obrigações cotidianas de limpeza e organização. Enquanto isso, o trabalho remunerado que a maioria das mulheres pobres tem acesso está relacionado às suas habilidades domésticas que são desvalorizadas e mal pagas, organizadas pela ordem internacional do capital, na qual a feminização do trabalho acompanha a feminização e racialização da pobreza (GIFFIN, 2002).

Acerca do uso de medicação, de acordo com os resultados da nossa pesquisa, enquanto 37,5% nunca haviam tomado medicação psiquiátrica, o mesmo percentual a estava tomando no momento da pesquisa e 25% já havia tomado esse tipo de medicamento. O principal motivo relatado por aquelas que já haviam feito uso de medicação foi diagnóstico de síndrome do pânico. Já os motivos relatados por aquelas que faziam uso de medicação psiquiátrica, no momento da coleta, foram além da síndrome do pânico, depressão, ansiedade e insônia. Este dado é recorrente na literatura segundo a qual, mulheres recebem mais frequentemente estes diagnósticos, assim como fazem o uso maior de medicação psiquiátrica do que os homens (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004).

Em relação a vivência de doenças pessoais consideradas graves, uma participante apontou a depressão e citou, também, a internação psiquiátrica como experiência de impacto extremamente negativo. A utilização de psicofármacos pode ajudar a dormir, acalmar a dor, reduzir a angústia, mas é importante ressaltar que somente esse uso não oferece possibilidade de reflexão, tampouco contribui para mudar as condições que geram o mal-estar. Dentre as participantes, 50% já haviam feito psicoterapia.

Depressão, ansiedade, estresse, dependência de medicamentos e substâncias psicotrópicas, e risco de suicídio são problemas de saúde mental associados com a presença de violência na vida das mulheres. As consequências da violência vão além das marcas deixadas nos corpos, constituem experiências que alteram a vida emocional e psíquica, limitam suas possibilidades de escolhas e bloqueiam seus sonhos e projetos. Experiências de violência comprometem sua saúde física e mental minando sua capacidade produtiva, sua qualidade de vida, seu autoconceito e autoestima, o que reflete baixo poder de emancipação (VIANNA, 2005; 2012; VIANNA; DINIZ, 2014).

O impacto de diversas formas de violência também esteve muito presente na vida das participantes. Elas citaram abuso sexual, violência sexual e agressão física como experiências de impacto extremamente negativo em suas vidas. Dentre as diversas formas de violência apontadas pelas participantes, “*Agressão sexual sem penetração por irmão mais velho*”, foi destacado por uma delas, tendo ocorrido há muito tempo, com impacto extremamente negativo.

A violência sexual vivenciada por mulheres deixa sequelas duradouras e há uma forte associação entre ser abusada sexualmente na infância e a presença de múltiplos problemas de saúde mental ao longo da vida. A severidade do abuso parece ser um dos grandes responsáveis pelo adoecimento psíquico, independente do período de tempo em que o abuso tenha ocorrido (WHO, 2002).

Nos estudos de Soares (1999), as vítimas de violência sexual estão expostas a graves fatores de risco como outras formas de violência – física, sexual, psicológica, abuso sexual, turismo sexual, prostituição, exploração de menores, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e gravidez indesejada. Mulheres vítimas de violência sexual queixam-se de dores crônicas corporais, dificuldades de obter prazer sexual, medo de estabelecer relacionamentos afetivos, comportamentos destrutivos e tentativas de suicídios.

Um estudo da Organização Mundial de Saúde reuniu dados provenientes de oito países ao redor do mundo, evidenciando a relação significativa entre a experiência de violência física por um parceiro íntimo e ideação suicida. Neste estudo, o Brasil foi um dos países participantes e foram coletados dados de 940 mulheres, aos quais se revelaram que 48% da amostra que havia experimentado violência física pelo parceiro já tinham pensado cometer suicídio (WHO, 2002).

Muitas mulheres, com história de tentativa de suicídio, confirmam abuso físico e sexual no passado, especialmente, durante a infância, percebendo seus problemas como pessoais. Estes dados são muito relevantes para o debate sobre saúde mental de mulheres, pois aproximam experiências de violência, em suas diversas formas, de tentativas, e, portanto, do risco de suicídio.

Tentativas de suicídio foram confirmadas pelas participantes e seu impacto foi avaliado como muito negativo, independentemente dessa tentativa ter sido há muito tempo ou mais recentemente, meses antes da coleta de informações. As participantes também relataram tentativas ou suicídios consumados nas famílias como evento negativo. A epidemiologia do suicídio aponta que cada suicídio tem um sério impacto na vida de pelo menos outras seis a dez pessoas. O suicídio assusta e deixa um rastro de culpa muito grande misturado ao processo de luto inesperado. Tavares, Silva e Coloma (2013) destacam a necessidade de atenção ao luto dos sobreviventes, isto é, aquelas/es que vivem o processo de perda de alguém. Segundo os autores supracitados, vivenciar esse processo pode ser um disparador e, infelizmente, essas pessoas têm suas chances de suicídio aumentadas.

Doenças ou lesões graves de algum parente foram relatadas como eventos de vida muito negativos, sendo acrescentada por uma participante “*Irmão com transtorno mental trazendo preocupação*” com impacto extremamente negativo. A presença de transtorno mental em familiares constitui fator de risco para a saúde mental de mulheres, pois, de modo geral, são as mulheres que cuidam de membros que necessitam de tratamento psiquiátrico no contexto da família.

As ações de cuidado demandam tempo e dedicação, envolvem uma elevada carga emocional e altos custos financeiros. Tais fatores somados acabam gerando um comprometimento da qualidade de vida, especialmente quando as mulheres são as principais cuidadoras e não podem contar com apoio social para desempenhar essa função, o que gera um alto nível de tensão. Quando são elas que experimentam o adoecimento mental, a família é muito afetada, considerando o agravante da presença de filhos pequenos e do contexto de pobreza e baixa renda (PEGORARO; CALDANA, 2008; WHO, 2002).

Experiências como morte de familiares e de amigos, ocorridas no passado ou no momento da coleta, foram apontadas pela maioria das participantes como muito ou extremamente negativas. Perda e luto constituem um importante fator de risco psicológico para a saúde mental. Foi destacada a perda de contato com amigos e familiares por mudança de cidade como uma experiência muito negativa. Logo, cabe ressaltar que a migração também é fator de risco e contribui para aumentar o risco de tentativas de suicídio (DINIZ; COELHO, 2007).

Outras experiências familiares como o consumo de bebida alcoólica pelo parceiro ou por parente próximo, apontado pelas participantes é um fator associado ao desenvolvimento de transtornos mentais comuns em mulheres, pois também se relaciona com o aumento da violência cometida contra elas (SHIDHAYE; PATEL, 2010). A separação do parceiro, por sua vez, teve seu desdobramento relatado por uma participante que destacou a perda da guarda das filhas para o ex-marido como um impacto extremamente negativo em sua vida. O divórcio também impactou negativamente outra participante, mas, nesse caso, “*Divórcio da minha filha*”, que foi relatado como evento de vida negativo, talvez pela sobrecarga de papéis que a participante passou a desempenhar para apoiá-la após a separação, ou pelo estigma que advém dos papéis de gênero acerca de mulheres divorciadas.

As relações familiares podem, também, colocar em risco a saúde mental em outras dimensões. Na história de vida dessas mulheres, morar fora da casa dos pais, pela primeira vez, surgiu para a metade das participantes como um acontecimento muito negativo. Além disso, o divórcio dos pais, a/o filha/o sair de casa ou ter um familiar preso foram igualmente apontados como fatores estressores.

Discussões na família e “filhos revoltados”, como apontado por uma participante foram experiências negativas no cotidiano das mulheres. Merece destaque ainda outros eventos como, por exemplo, a piora na situação financeira; trancamento da faculdade; diminuição do lazer; mudança na qualidade do sono e nos hábitos alimentares; aborto; e dificuldades sexuais.

É possível identificar nos resultados que experiências positivas surgiram em menor número em comparação com experiências negativas no cotidiano de mulheres negras/não brancas em contexto de pobreza. Faz-se necessário destacar que as experiências positivas apontadas por mulheres estão ligadas sobremaneira as dimensões conjugal e familiar. Experiências positivas foram consideradas, neste trabalho, como possíveis fatores de proteção à saúde mental, prevenin-

do ou reduzindo adoecimentos, contribuindo para promover melhor qualidade de vida (PESCE et al., 2004). Eventos de vida percebidos como positivos estavam relacionados a diversas áreas da vida, como, por exemplo, o casamento. No aspecto relacional, o casamento surgiu como evento positivo na história de vida de 75% das participantes, sendo que 25% delas referiam-se ao segundo casamento. Do mesmo modo, a gravidez apareceu como vivência mais positiva (62,5%) do que negativa (25%) para as mulheres.

Reconciliação e menos discussão com o/a parceiro/a, maior aproximação com a família e melhora no comportamento dos filhos surgiram como experiências de impacto positivo. Importante destacar que *“Filha sair de casa”* tem implicação positiva quando vem acompanhada da compreensão de *“filha encaminhada”*, ou seja, formada, casada ou trabalhando. Logo, a importância de se construir uma família, criar filhos e *“Ser avó”*, foram relatadas como experiências com impacto extremamente positivo: *“Deus me deu a graça de quatro netos.”*

As participantes citaram conquistas pessoais tais como manter auto-estima, concluir a educação formal, ingressar em uma faculdade e conseguir um novo emprego. Melhoria das condições gerais de vida e acesso a bens e serviços foram ressaltados incluindo mudança de residência e melhora na situação financeira. Todos estes aspectos tiveram um impacto positivo nas vidas das participantes, incluindo a vivência de uma religião. Eventos de vida ligados à vivência pessoal como estratégias de autocuidado apareceram com impacto moderadamente positivo referido por uma participante como *“Conquista do amor próprio”*.

Considerações

Pensar a saúde mental de mulheres exige considerar as relações entre pobreza, racismo, LGBTfobia, marginalização, violência, trabalho, envelhecimento, mudanças nos papéis conjugais e familiares, bem como sua intersecção com os padrões de socialização de gênero na construção da identidade, nas relações interpessoais e na organização da vida social. Inclui a complexa relação entre fatores de risco tais como o abuso sexual, queixas depressivas e de ansiedade, dependência de álcool e outras drogas, múltiplas jornadas, conflitos de relacionamento, tentativa e risco de suicídio; e fatores de proteção como autoconceito positivo, autoestima elevada, pertença grupal e comunitária, acesso a educação e profissionalização, e acesso a recursos e serviços (VIANNA, 2005; 2012; VIANNA; DINIZ, 2014).

Neste trabalho reiteramos a importância de levarmos em conta as adversidades de viver com dificuldades emocionais ou transtornos mentais e permanecer em contexto de pobreza como mulher. O desafio foi produzir pesquisa com mulheres, considerando a importante interação entre gênero, raça, classe e saúde mental. No contexto da prevenção e da promoção da saúde mental, a atenção psicológica deve incluir ações que levem em conta os riscos presentes no cotidiano, uma vez que dar visibilidade a esses fatores é discutir interseccionalmente como eles têm o potencial de provocar sofrimento psíquico e agravar adoecimento. Entretanto, é fundamental, no processo de resistência e luta política, também desenvolver estratégias de ação e intervenção que visem potencializar recursos protetivos para o enfrentamento de violências e vulnerabilidades.

Na experiência de grupos de conversação que permitem promover um espaço de expressão e de reflexão sobre o sofrimento psíquico entre mulheres, a escuta é uma ação potente que pressupõe disponibilidade – de tempo e emocional – para com a outra pessoa, e alteridade,

gerando um lugar de acolhimento e suporte psicológico. Em nosso trabalho, esta escuta está implicada como feminista porque se coloca de modo ativo como questionadora das relações de opressão e dominação. Em tempos de cruzada antigênero, escutar a partir de uma ética feminista exige bem mais que ouvir a diferença, significa comprometer-se com o combate antirracista, antilgbtfóbico e antimanicomial, posicionando-se politicamente nos processos de luta pela justiça social e pela democracia.

Referências

ABREU, S.; BARLETTA, J. B.; MURTA, S. G. Prevenção e promoção em saúde mental: Pressupostos teóricos e marcos conceituais. In: MURTA, S. G.; LEANDRO-FRANÇA, C.; SANTOS, K. B.; POLEJACK, L. (Orgs.). **Prevenção e promoção em saúde mental: Fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção.** (p. 54-74). Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015.

BANDEIRA, L.; BITTENCOURT, F. Desafios da transversalidade de gênero nas políticas públicas brasileiras. In: **Mulheres em ação: práticas discursivas, práticas políticas** (p. 169-193). Santa Catarina: Editora Mulheres e Editora Pucminas, 2005.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CARVALHO, L. F.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. **Estud. Psicol.**, Natal, v. 9, 1, p. 121-129, 2004.

CONNELL, R.; PEARSE, R. **Gênero: uma perspectiva global.** São Paulo: nVersos, 2015.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Rev. Estud. Fem.**, vol 10, 1, p. 171-188, 2002.

DINIZ, G.; COELHO, V. Gênero, migração e saúde mental: dimensões da experiência de mulheres nordestinas no Distrito Federal. In: FÉRES-CARNEIRO, T. (Org.). **Família e Casal: Saúde, trabalho e modos de vinculação** (v. 1, p. 35-54). São Paulo Casa do Psicólogo, 2007.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Pública**, v.18, suppl., p. S103-S112, 2002.

HOOKS, B. **O feminismo é para todo mundo: Políticas arrebatadoras.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018.

KILOMBA, G. **Memórias da plantação: Episódios de racismo cotidiano.** Cobogó, 2019.

LUND, C. et al. **Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries.** 2015. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60754-X/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60754-X/abstract)

Acesso em: 27 set. 2016.

MORROW, M.; CHAPPELL, M. **Hearing women's voices: mental health care for women.** British Columbia Centre of Excellence for Women's Health. Vancouver: British Columbia, 1999.

NOGUEIRA, C. **Interseccionalidade e psicologia feminista.** Salvador: Editora Devires, 2017.

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Saúde soc.**, vol.17, n.2, p.82-94, 2008.

PESCE, R. P. Et al. Risco e Proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. **Psic.: Teor. e Pesq.** [online], vol.20, n.2, pp.135-143, 2004.

PRADO, D.; SANEMATSU, M. (Orgs.). **Femicídio: #InvisibilidadeMata.** São Paulo: Instituto Patrícia Galvão, 2017.

RIBEIRO, D. **O que é lugar de fala?** Belo Horizonte: Letramento/ Justificando, 2017.

SANTOS, L. **Dona de casa: Dona da própria vida?** Problematizações acerca do trabalho (in) visível e da saúde mental de mulheres (des)valorizadas. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

SARANSON, I. G.; JOHNSON, J. H.; SIEGEL, J. M. Assessing the impact of life changes: development of the life experiences survey. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 46, n. 5, p. 932-946, 1978.

SHIDHAYE, R.; PATEL, V. Association of socio-economic, gender and health factors with common mental disorders in women: a population-based study of 5703 married rural women in India. In **J Epidemiol.**, v. 39, p. 1510-1521, 2010.

SOARES, B. M. **Mulheres invisíveis: violência conjugal e novas políticas de segurança,** Rio de Janeiro: Civilização Brasileiro, 1999.

TAVARES, M. Prevenção, riscos e identificação precoce. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 2, n. 3, p. 51-53, 2006.

TAVARES, M.; SILVA, L. C.; COLOMA, C. Suicídio: o luto dos sobreviventes. In: Conselho Federal de Psicologia (Org.). **O suicídio e os desafios para a Psicologia** (p. 43-76). Brasília: CFP, 2013.

VIANNA, C. **Climatério e Autovalorização: uma reflexão feminista.** Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

VIANNA, C. **Gênero e Psicologia Clínica: risco e proteção na saúde mental de mulheres.** Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

VIANNA, C.; DINIZ, G. Gênero, feminismos e saúde mental: implicações para a prática e a pesquisa em Psicologia Clínica. In: ZANELLO, V; ANDRADE, A. P. M. (Orgs.). **Saúde Mental e Gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade** (p. 81-106). Curitiba: Appris, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Gender and Mental Health.** 2002. Disponível em: <http://www.who.int/gender/other_health/genderMH.pdf> Acesso em: 27 set 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental Health Atlas 2011**. 2011. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/> Acesso em: 27 set 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Women's Mental Health: an evidence based review**. Geneva: Mental Health Determinants and Populations. 2000. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/en/67.pdf Acesso em: 27 set 2016.

CAPÍTULO VII

DOMESTICIDADE FEMININA E IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL

Luciana da Silva Santos¹³

Trabalho doméstico: O cárcere feminino

A divisão sexual do trabalho é um tema amplamente debatido em várias ciências, dentro e fora dos espaços acadêmicos. Contudo, ainda carece de visibilidade, conscientização e problematizações para inúmeros fatores correlatos e multidimensionais. Nesse contexto, é necessário analisar as relações de gênero que são impregnadas e impregnam as relações de trabalho, culminando na separação de esferas de (re)produção, sendo a divisão do trabalho desigual e desfavorável à mulher que, independente do trabalho público, é a principal (ou única) responsável pelos trabalhos domésticos (ANDRADE, 2015; HIRATA, KERGOAT, 2008; SOUSA, GUEDES, 2016).

Assim, indubitavelmente, a atribuição de trabalhos e espaços oferecidos aos homens e às mulheres atendeu aos estereótipos formulados a esses. O lugar “sem valor” (econômico) foi atribuído às mulheres com base nas condições biológicas da maternidade, mas, também, nas representações que a sociedade construiu destas como cuidadoras, pautadas nos dispositivos amor e materno (ZANELLO, 2018). Logo, foi pela capacidade que a mulher possui de gerar que houve uma idealização das responsabilidades femininas quanto ao cuidado dos/as filhos/as e da família. O papel da mulher, apoiado em sua condição biológica, justificou seu confinamento ao espaço doméstico, ao trabalho reprodutivo e sem valor econômico (ANDRADE, 2015; CARRASCO, 2006; MELLO, 2011; SAFFIOTI, 1987). O fato é que o trabalho doméstico foi, hegemonicamente, considerado como reprodutivo, diferente e distante do trabalho produtivo (BORIS, 2014; CARRASCO, 1992; 2006). A separação desses espaços produziu subsistemas independentes e, acima de tudo, reforçou a divisão e assimetria de papéis – ditos – femininos e masculinos na sociedade.

Embora se perceba que a estrutura doméstica depende da estrutura industrial para reproduzir seus indivíduos, ao passo que fornece a força de trabalho que sustenta a economia capitalista, é latente a desvalorização das atividades realizadas no espaço doméstico. De estudos clássicos aos mais contemporâneos (DURÁN, 1983; MELLO, CONSIDERA, SABBATO, 2013; SAFFIOTI, 1978; SOUZA, GUEDES, 2016) se observa que o trabalho doméstico não-pago realizado pelas mulheres continuam sem valor por não ser produtor de bens de consumo –

13 Doutora e Mestre em Psicologia Clínica e Cultura pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília (UnB). Docente do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Católica de Brasília (UCB). E-mail: lucianasantospsi@gmail.com

produtos para o mercado, mola propulsora do modelo capitalista em vigor. Torna-se necessário, portanto, compreender o espaço privado como o espaço sem valor e, por conseguinte, o trabalho e a pessoa que o exerce também. É importante mencionar que desde que se começou a debater a invisibilidade do trabalho doméstico esse nunca conseguiu ser mensurado – de forma fidedigna – por ser reconhecido que, o trabalho realizado no interior da casa, não se trata de um trabalho, propriamente dito, mas de um *papel* feminino (ANDRADE, 2015; BORIS, 2014; CARRASCO, 1992). Este papel (maternidade) sim, é um bem incalculável, e porque não dizer, “incomprável”.

Há dois pontos importantes e correlacionados que levam à invisibilidade do trabalho doméstico e devem ser problematizados. O primeiro é a complexidade que envolve o trabalho não-pago na sociedade capitalista, principalmente, pelo fato desse trabalho ser compreendido como “coisa de mulher” e, assim, um não-trabalho. O segundo são as próprias atividades realizadas no espaço doméstico e suas implicações pelo fato da mulher não ter garantias trabalhistas, pelas relações de poder existentes e pelos produtos inacabados e efêmeros dos afazeres realizados.

Para melhor compreender o primeiro aspecto norteador da invisibilidade do trabalho da dona de casa é necessário questionar: Por que é, e foi, tão necessário atribuir às mulheres o cuidado pelo espaço doméstico pautado em suas condições biológicas? Pode-se dizer que, uma vez destituído de seu caráter naturalmente feminino, o trabalho doméstico, gratuitamente executado pela mulher – no papel de dona de casa – abalaria a base econômica da sociedade, transformando esse trabalho em algo voluntário, sem opressão, e as desocupariam para o espaço político/público, inclusive. (ANDRADE, 2015, BIROLI, 2016; CARRASCO, 2006; DURÁN, 1983; MELLO, 2011).

O fato é que esse trabalho “invisível” desonera o Estado, uma vez que seria impraticável criar mecanismos que dessem conta de promover o bem-estar e equilíbrio necessários à vida familiar e aos agentes do trabalho reprodutivo, ao passo que deixam o acesso desigual ao espaço público, ao tempo livre e a renda, e limitam a participação das mulheres na política (ANDRADE, 2015; BIROLI, 2016, MELLO, 2011). Dessa forma, o trabalho reprodutivo não é pago e não fornece qualquer direito trabalhista às mulheres – desonerando a máquina econômica. Se não fosse conferido às mulheres o “trabalho de cuidados”, nem Estado nem trabalhadores(as) teriam condições econômicas para custear o nascimento e o desenvolvimento de novos membros para a sociedade. Logo, é remetida à mulher, à mãe, à dona de casa – trabalhadora gratuita – essa responsabilidade (BORIS, 2014; CARRASCO, 2006; DURÁN, 1983; MELLO, 2011).

No entanto, apesar da ampla gama de atividades que as donas de casa desempenham, elas são consideradas como população inativa pelo mercado de trabalho e, portanto, não têm suas atividades incluídas nos cálculos do Produto Interno Bruto (PIB). Em seus estudos Melo, Considera e Sabbato (2007) avaliaram, a partir de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), o número de horas dedicadas às atividades domésticas. Os(as) autores(as) afirmam que se os afazeres domésticos executados pelas mulheres fossem contabilizados como serviços não-mercantis, produzidos e consumidos pela família, em 2006, o PIB brasileiro teria sido de 2.535,8 bilhões de reais, 213 bilhões a mais que o anunciado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Caminhando na mesma linha de pensamento, se considerarmos o PIB de 2012 que totalizou R\$ 4.402.573 milhões, a contabilização dos serviços não-mercantis produzidos e consumidos pela família representaria R\$501.900 milhões. Em dez anos este valor seria R\$5.019.000

milhões. Em síntese, o trabalho doméstico feminino, de 2001 a 2010 corresponderia a 11,4% do PIB brasileiro (MELO; CONSIDERA; SABBATO, 2013). No entanto, esse trabalho não é valorado economicamente e, com isso, também é desvalorizado socialmente.

Esses dados encontram respaldo no segundo ponto necessário para se avaliar o trabalho doméstico não-remunerado realizado, majoritariamente pelas mulheres, que é o fato das atividades realizadas no interior do lar e para a família acabam não sendo reconhecidas. Logo, há um ocultamento da quantidade e da qualidade das atividades que são desempenhadas por elas, causando uma “cegueira” social.

Há quase uma década, Delfino (2012) considera que o trabalho da dona de casa possui três componentes de atuação: 1) o trabalho doméstico em sentido restrito: que seria o limpar, arrumar, lavar, passar, cozinhar, cuidar dos móveis, imóveis, veículos, plantas, entre outros; 2) o trabalho específico de cuidadora: se dedicar às crianças (saúde, educação, lazer...), ao marido, aos enfermos, idosos, entre outros que necessitem seu apoio; e 3) o trabalho como consumidora: por adquirir bens e serviços para o lar e para os seus membros, como vestuário, alimentação, material de limpeza, mobiliário, etc.

E, de fato, avaliando-se nos dias atuais percebe-se que, na maioria das vezes, compete às mulheres o cuidado absoluto com os(as) filhos(as), tais como levar e buscar na escola, dar ou mandar tomar banho, providenciar alimentação e fazê-los(as) se alimentar, comprar presentinhos para amigos(as), levar nas festinhas, ajudar nas tarefas de casa, ir às reuniões, levar ao médico, por exemplo. Recai sobre elas, também, providenciar os consertos domésticos (encanador, eletricista, manutenção de equipamentos, entre outros); fazer um gerenciamento financeiro (pagar contas e serviços, fazer as compras de feira, supermercado, vestuário...), além das demais ocupações com a limpeza da casa. A complexidade dessas tarefas é ignorada, consequentemente, quem o faz também é ignorada.

Tal invisibilidade está atrelada à falta de objetivação de suas funções uma vez que o trabalho, além de ininterrupto é efêmero. Em pesquisas realizadas anteriormente, Santos (2008, 2014) constatou que uma das queixas das donas de casa que realizam, sozinhas, as atividades domésticas é o fato de o resultado do seu trabalho não ser aparente. Tudo que é realizado é logo desfeito e necessitará ser recommçado, constantemente, diariamente, o que provoca também a impossibilidade de identificar a “obra” terminada, tornando-se função e não um trabalho. Tal fato denota a falta de reconhecimento e percepção das atividades desenvolvidas pelas donas de casa, por exemplo. Esse processo pode gerar mal-estar uma vez que as funções desempenhadas no espaço doméstico têm esse caráter de inacabadas.

Logo é ratificada a invisibilidade do trabalho doméstico no campo econômico-familiar. Essa atividade gera, portanto, subordinação e está diretamente ligada à relação social institucionalizada de que a mulher deve zelar pela família (ANDRADE, 2015; DURÁN, 1983). Entretanto, essa relação, se levada ao limite, pode se constituir em uma dívida impagável próximo ao que se vê nas relações análogas de trabalho escravo. A mulher fica marcada pela servidão e pela manutenção de uma jornada de trabalho exaustiva por dívida.

Esse vínculo servil ou patronal que se apresenta nas relações sociais existem no espaço doméstico. Nesse sentido, muitas vezes a condição econômica e os vínculos conjugais e de poder estabelecidos na família, podem levar as donas de casa a uma condição infantil (do latim *in fante*, sem voz). Às vivências nas quais não possuem voz, uma vez que exercem um trabalho

não remunerado, desvalorizado na sociedade e internamente na família, invisível, tanto nas esferas operacionais quanto econômicas. Tudo isso, adicionado aos elementos que desenham a realidade do trabalho doméstico e os vínculos existentes nessa situação, pode gerar processos que comprometem a saúde mental de mulheres e, mais especificamente, as que exercem a função exclusiva de donas de casa.

O espaço habitado e o impacto na saúde mental

‘A mística feminina’, livro de Betty Friedan, lançado em 1963, teve papel relevante no movimento feminista a partir da década de 1960. É um clássico, no qual é retratada a solidão, insatisfação e a clausura que as mulheres da época passaram, um “desajuste” que Friedan chamava de “*o problema sem nome*”. Que, na realidade, eram “distúrbios comportamentais” que boa parte das mulheres norte-americanas vinham sentindo ao ter que voltar ao lar e aos papéis domésticos após a guerra. Esse retorno coincidiu com o incremento de instrumentos desenvolvidos para facilitar os afazeres domésticos, tais como ferro de passar, cafeteira, máquinas de lavar roupas, entre outros. Se por um lado essa “mecanização” das tarefas desonerava as mulheres, por outro não diminuía necessariamente a condição de invisibilidade e de mal-estar presentes no seu cotidiano. O fato é que o célebre livro “A mística feminina” tentava alertar para o mal-estar que essas mulheres estavam sentindo, uma vez que o espaço doméstico passou a ser pequeno para os anseios das mulheres.

No contexto atual, o impacto da vida doméstica nas experiências de mulheres, é um tema que continua necessitando de visibilidade. Entre outros fatores, porque se sabe que o contexto no qual a pessoa está inserida pode ser favorável para diferentes formas de adoecimentos. Logo, não se pode desconsiderar a domesticidade feminina, as relações assimétricas de poder, processos de subjetivação envolvidos e, inevitavelmente, a influência desses fatores na saúde, especialmente após a compreensão da divisão sexual do trabalho e da multiplicidade de papéis femininos, com apontado por Travis (2014).

Estudos têm revelado a existência de diferenças na forma como os processos sociais afetam a saúde de homens e mulheres. A assimetria entre homens e mulheres, quer seja pela diferença anatômica e funcional de seus corpos, quer seja pelas realidades sociais ou pelas expectativas e papéis, deixam as mulheres expostas a fatores de risco para sua saúde física e mental. Steiner (2005) já afirmava que são inúmeras as situações estressoras às quais as mulheres estão mais vulneráveis, e que estas, associadas às dimensões também biológicas ou genéticas específicas, favorecem o adoecimento da mulher.

Na pesquisa feita por Santos e Siqueira (2010) foram examinados alguns estudos a respeito dos transtornos mentais que mais afetam a população brasileira. Por meio das pesquisas foi verificada uma prevalência maior de transtornos de humor e ansiedade em mulheres adultas – fase reprodutiva e que, em geral, as mulheres são cuidadoras da família e do espaço doméstico. Tal fato já havia sido identificado no trabalho de Andrade, Viana e Silveira (2006) que, ao discutirem estudos epidemiológicos na área de saúde, verificaram uma inegável diferença de gênero quanto à incidência, prevalência e curso de transtornos mentais.

As autoras supracitadas constataram que tanto as condições orgânicas quanto, principalmente, a realidade social à qual a mulher é submetida, favorece um quadro clínico que contribui

para maior ocorrência de problemas psicológicos. Dentre esses problemas, as autoras destacam a depressão, ansiedade, distúrbios alimentares, transtornos associados ao ciclo reprodutivo, ao puerpério, à perimenopausa e à menopausa.

Senicato, Lima e Barros (2016; 2018) trazem constatações referentes à saúde de mulheres que trabalham fora e dentro do lar, ao traçar um paralelo entre elas. As mulheres que desempenham atividades profissionais fora do espaço doméstico tendem a possuir melhores condições de saúde em decorrência das relações profissionais, do apoio social e demais recursos para a construção de segurança e autoestima. Já as mulheres que são, exclusivamente, donas de casa, costumam ser casadas e tem um maior número de filhos, assim como menor escolaridade, renda *per capita* e menor índice de qualidade de vida. Aquelas que além de tudo, ainda fazem parte de camadas mais pobres, possuem menos equipamentos domésticos e geralmente não têm plano de saúde privado. O somatório desses fatores, além de deixar essas mulheres mais vulneráveis, reflete na presença e prevalência de doenças psíquicas relacionadas a fatores emocionais que, segundo as autoras, trazem um alerta aos serviços públicos quanto à necessidade de oferta de cuidados adicionais a essa população.

Araújo, Pinho e Almeida (2005) identificaram que mulheres com sobrecarga de atividades domésticas apresentaram taxas de Transtorno Mentais Comuns (TMC) mais elevadas. A ocorrência maior foi de transtornos de humor depressivo/ansioso (nervosismo, tristeza, irritabilidade, choro), sintomas somáticos (dor de cabeça, insônia, dor estomacal), cansaço e perda de ânimo, especialmente entre as mulheres de baixa renda e com pouca escolaridade.

Zanello e Silva (2012) também encontraram a mesma correlação entre saúde mental e gênero. Em pesquisa que averiguava prontuários de hospital psiquiátrico do Distrito Federal, no intuito de identificar questões socioeconômicas que interferiram no desenvolvimento dos Transtornos Mentais Comuns, constataram que em quase 60% dos casos de mulheres havia a presença de tais transtornos. Sintomas de irritabilidade, choro, tristeza, insônia, angústia, nervosismo, depressão, ansiedade, cefaleia, isolamento social, entre outros, foram mais verificados nos prontuários das mulheres do que nos dos homens. Cabe apontar que em 33% dos casos as pacientes eram donas de casa e em 14,4% eram trabalhadoras domésticas.

Vianna e Diniz (2014) ainda chamam atenção para o fato que gênero articulado a outros marcadores sociais como classe, raça/etnia, sexualidade, geração, sistemas sociais simbólicos e estruturais desvelam o fato que os sistemas de opressão estão interligados e moldam as identidades, a conjugalidade, e a vida familiar. Tal cenário aprisiona a subjetivação em processos e contextos normativos que têm o potencial de gerar adoecimento físico e mental, tal como avaliado por Zanello (2018).

A partir dos dados evidenciados com quadros psicopatológicos e sintomas apontados, acredita-se que as tarefas do cuidar de uma casa e de uma família impõem à mulher, especialmente pela responsabilidade de cuidar dos outros, e por, frequentemente, ter os seus interesses e necessidades pessoais preteridos em função de seus familiares, têm trazido prejuízos à saúde das mulheres. Logo, as atividades domésticas e vinculações realizadas nesse espaço tem impacto na saúde mental de mulheres.

Santos (2008, 2014), em pesquisa realizada com donas de casa, verificou que o espaço doméstico, local o qual muitas mulheres passam a maior parte de suas vidas, de fato, pode representar um fator de risco para a saúde física e mental destas. Entre os aspectos potencializadores

de danos estava a jornada repetida e inacabada das atividades realizadas; o contato com produtos tóxicos e objetos perfuro-cortantes; a falta de lazer e descanso; a falta de autonomia econômica; e, muitas vezes a repressão sexual e/ou submissão ao domínio do marido, o que pode interferir inclusive na satisfação conjugal.

Relação esta que muitas vezes é atravessada por experiências de violência doméstica. É importante mencionar os males físicos e mentais causados pelos maus tratos e pela violência contra a mulher, geralmente perpetrada no espaço doméstico. Diniz (2013), Drezett (2003), Jorge e Oliveira (2007), Medeiros e Zanello (2018), Santos e Diniz (2018), são alguns dos estudos que mostram que essas experiências de violência sofrida por mulheres na relação afetiva-sexual, no contexto privado, é causadora de adoecimentos psíquicos, como depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, transtornos alimentares, distúrbios sexuais e de humor, sintomas de dissociação, congelamento e hipervigilância, podendo afetar as mulheres, as filhas e filhos desta e a toda a família. Embora, raramente, a violência seja reconhecida como um fator de risco para a saúde mental.

Há pesquisas que evidenciam, ainda, a redução da qualidade de vida e diminuição de autoestima, fatos estes que afetam os demais relacionamentos sociais e a autoimagem (SOUZA et al., 2013, SANTOS, 2018). Há também os riscos de traumas físicos, infecções sexualmente transmissíveis, gravidez resultante do estupro, além de ideações paranóides, psicóticas, dificuldades em gestão do cotidiano, perfil reservado e afetabilidade em capacidades familiares e laborativas (DREZETT, 2003).

Pensa-se que mesmo que seja encontrada uma relação que promova satisfação conjugal que a mulher desempenhe um papel ativo na família e com trocas recíprocas com seu parceiro e filhos no seu dia-a-dia, ainda assim – o que nem sempre ou raramente ocorre – sua condição já lhe rende um considerável gasto de energia física e mental (SANTOS; DINIZ, 2008). Há estresse, por ter que coordenar diversas atividades simultaneamente: os cuidados com os membros da família – alimentação, consultas médicas; o controle do orçamento familiar; os contatos com parentes e familiares; a educação dos filhos e filhas – horário de colégio, tarefas, reuniões escolares; o entendimento entre os membros da família, sem falar na relação que ela desenvolve com demais instituições ou sistemas – vizinhança, escola, hospitais, igreja (SANTOS, 2014).

O “problema sem nome”, como proposto há cerca de 70 anos por Friedan, retrata o sentimento de vazio, de não pertencimento, de cansaço, de dificuldade de adaptação ao “ser mãe e esposa”, refletem, na verdade, uma incompreensão por terem que cumprir papéis que muitas vezes são impostos às mulheres pelas condições biológicas e que desde o seu nascimento têm que assumir e/ou aceitar. Um “problema sem nome” que pode apontar para opressões, violências e inadequações frente à realização de um trabalho marcado tanto pela desvalorização social quanto pela invisibilidade econômica de sua prática reprodutiva bem como pela falta de reconhecimento da sociedade e do núcleo familiar.

Referências

ANDRADE, Joana El-Jaick. O feminismo marxista e a demanda pela socialização do trabalho doméstico e do cuidado com as crianças. **Rev. Bras. Ciênc. Polít.**, Brasília, n. 18, p. 265-300, Dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-33522015000400265&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24, julho de 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-335220151810>.

ANDRADE, L., VIANA, M.; SILVEIRA, C. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.33, n.2, 43-54. 2006. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n2/43.html>>. Acesso em 04, abril de 2018. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000200003>.

ARAÚJO, T.; PINHO, P.; ALMEIDA, M. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sócio-demográficas e o trabalho doméstico. **Revista Brasileira de Saúde e Maternidade Infantil**, v.5, n.3, p.337-348, 2005.

BIROLI, Flávia. Divisão Sexual do Trabalho e Democracia. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 719-754, Set. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582016000300719&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27, julho de 2020. <https://doi.org/10.1590/00115258201690>.

BORIS, Eileen. Produção e reprodução, casa e trabalho. **Tempo soc.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 101-121, Jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702014000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26, Julho de 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-20702014000100008>.

CARRASCO, C. La paradoja del cuidado: necesario pero invisible. **Revista de Economía Crítica**, 5, 39-64, 2006 Disponível em: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1972570>. Acesso em: 30, setembro de 2019.

CARRASCO, C. El trabajo de las mujeres: producción y reproducción (Algunas notas para su reconceptualización). **Cuadernos de Economía**. v. 20, 95-109, 1992. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=146510>>. Acesso em: 30, setembro de 2019.

DELFINO, María Andrea. Desocupación, trabajo doméstico y desigualdad: una mirada desde el uso del tiempo en Rosario, Argentina. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 785-808, Dez. 2012 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2012000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13, jul de 2019. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000300010>.

DINIZ, G. Até que a vida – ou a morte – os separe: Análise de paradoxos das relações violentas. In: T. Féres-Carneiro (Org.), **Casal e família: transmissão, conflito e violência**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013, p. 191-216.

DREZETTI, J. Violência sexual contra a mulher e impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva. **Revista de Psicologia da UNESP**. v. 2, n. 1, p. 36-50, 2003.

DURÁN, M. **A dona-de-casa: crítica política da economia doméstica.** (Y. Fernauto & W. Cappeler, Trans.). (Coleção Tendências, vol.5). Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983.

HIRATA, H.; KERGOAT, D. Divisão sexual do trabalho profissional e doméstico: Brasil, França e Japão. In: A, COSTA; B, SORJ; C. BRUSCHINI; H. HIRATA. (Orgs.). **Mercado de trabalho e gênero: Comparações internacionais.** Rio de Janeiro: FGV, 2008.

JORGE, E.; OLIVEIRA, M. Violência contra mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. **Rev. RENE.** v.8, n. 2, p. 93-100. 2007. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/658>>. Acesso em: 20/08/11.

MEDEIROS, Mariana Pedrosa de; ZANELLO, Valeska. Relação entre a violência e a saúde mental das mulheres no Brasil: análise das políticas públicas. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p 384-403, jan./abr. 2018. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/38128>>. Acesso em: 26 ago. 2019. DOI: <https://doi.org/10.12957/epp.2018.38128>.

MELO, H., CONSIDERA, C.; SABBATO, A. 10 anos de mensuração dos afazeres domésticos no Brasil. Em: **35º Conferência da Associação Internacional para Pesquisas de Uso do Tempo (IATUR)**, Rio de Janeiro, Brasil, 2013.

MELO, H., CONSIDERA, C.; SABBATO, A. Os afazeres domésticos contam. **Economia e sociedade**, v.16, n.3, 435-454, 2007.

MELLO, S. Um trabalho naturalmente feminino? Discussões feministas do Cone Sul (1970-1990). **Tempo e Argumento**, v. 3, n.10, 210-231, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.udesc.br/index.php/tempo/article/view/2175180303012011210/1711>>. Acesso em: 13/05/20. <http://dx.doi.org/10.5965/2175180303012011210>

SAFFIOTI, H. **O poder do macho.** São Paulo: Moderna, 1987.

SAFFIOTI, H. **Emprego doméstico e capitalismo.** Petrópolis: Vozes, 1978.

SANTOS, L. **Dona de casa: Dona da própria vida?** Problematizações acerca do trabalho (in)visível e da saúde mental de mulheres (des)valorizadas. 151f. (Tese de Doutorado) Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

SANTOS, L. **Profissão: do Lar.** A (des)valorização do trabalho doméstico como desdobramento da (in)visibilidade feminina. 180f. (Dissertação de Mestrado) Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

SANTOS, Luciana da Silva; DINIZ, Gláucia Ribeiro Starling. Saúde mental de mulheres donas de casa: um olhar feminista-fenomenológico-existencial. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 37-59, 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652018000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 30, julho de 2020. <http://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0030n01A02>.

SANTOS, E.; SIQUEIRA, M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: Uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n.3, p.238-246, 2010.

SENICATO, Caroline; AZEVEDO, Renata Cruz Soares de; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 2543-2554, ago. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000802543&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 31, julho de 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018238.13652016>.

SENICATO, Caroline; LIMA, Margareth Guimarães; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Ser trabalhadora remunerada ou dona de casa associa-se à qualidade de vida relacionada à saúde?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000805001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28, Julho de 2020. Epub Aug 08, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00085415>.

SOUSA, L.; GUEDES, D. A desigual divisão sexual do trabalho: um olhar sobre a última década. **Estud. av.**, São Paulo, v. 30, n. 87, p. 123-139, Aug. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000200123&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27, julho, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142016.30870008>.

SOUZA, F. et al. Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual. **Reprodução e Climatério**. v. 2”, n. 3, p.98-103, 2013. Disponível em< <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S141320871300006X?token=14DDD66BA51BDCACB1F6F3A38E90BA20005832FCE0B8579446794E1733E393398B700D944E8F90C1BAB050C368FA6448>>. Acesso em 04, setembro de 2019. <https://doi.org/10.1016/j.recli.2013.03.002>

STEINER, M. Saúde mental das mulheres: o que não sabemos? **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Editorial. 27(SuplII):S41-S42, 2005.

TRAVIS, C. (2014). **Women and health psychology: mental health issues**. New York: Psychology Press.

VIANNA, C.; DINIZ, G. R. S. Gênero, feminismos e saúde mental: implicações para a prática e pesquisa em psicologia clínica. IN V. ZANELLO e A. P. M. ANDRADE (Orgs). **Saúde Mental e Gênero: Diálogos, Práticas e Interdisciplinaridade**. (p. 81-106) Curitiba: Editora Appris, 2014.

ZANELLO, V. **Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação**. Curitiba: Appris, 2018.

ZANELLO, V.; SILVA, R. Saúde mental, gênero e violência estrutural. **Revista Bioética**, v.20, n.2, p.267-279, 2012. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/745/776>. Acesso em: 14, maio de 2019.

PARTE III

**POLÍTICAS DE SAÚDE E
SEXUALIDADES**

CAPÍTULO VIII

DIVERSIDADE SEXUAL E DROGAS QUESTÕES PARA A SAÚDE LGBT

Marco José de Oliveira Duarte¹⁴

Introdução

O debate sobre Gênero e Drogas se amplia ao tomarmos o campo dos estudos de gênero e sexualidade, em particular, da diversidade sexual e de gênero, tendo como referência a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) e o uso de drogas. Nesse sentido, o que vem à tona no debate é o peso moral como essas sexualidades são tratadas socialmente, no qual a questão das drogas é mais um elemento moralizador sobre o dito “desvio de conduta” das diferenças sexuais frente ao cisheterossexismo e a heteronormatividade. A proposta desse capítulo é problematizar alguns elementos da relação de LGBT e o uso de drogas, apresentando o peso das discriminações e preconceitos em relação a esses sujeitos e a questão do uso prejudicial, ou não, de drogas lícitas e/ou ilícitas, como resposta para os sofrimentos psicossociais, traduzidos como LGBTfobia.

Logo, nos propomos a apresentar uma análise a partir de algumas pesquisas sobre a relação LGBT e drogas, tomando como referência os marcadores sociais de diferença e suas interseccionalidades. Nos ancoramos, também, nas configurações dos cenários de uso e as drogas, como o consumo de produtos sintéticos que se associam ao prazer sexual, as relações sexuais desprotegidas e as drogas injetáveis, o uso problemático de álcool e sua relação com depressões e suicídios, automedicação, uso indiscriminado e sem orientação médica de hormônios entre outros.

Conclui-se apontando que as vulnerabilidades dessa população estão muito mais localizadas nas violências e discriminações do que no uso prejudicial de drogas em si. Essas sim são as diferenças em relação aos heterossexuais e seus usos.

14 Assistente Social, Psicólogo, Sanitarista, Mestre e Doutor em Serviço Social e Pós-Doutor em Políticas Sociais. Professor Adjunto da Faculdade de Serviço Social e Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. Docente Colaborador do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Bolsista Produtividade do CNPq. Líder e Coordenador do Grupo de Estudos e Pesquisas em Sexualidade, Gênero, Diversidade e Saúde: Políticas e Direitos (GEDIS/UFJF/CNPq). E-mail: majodu@gmail.com

Sobre as vulnerabilidades e violência LGBTfóbica

Sabemos que as diferenças sexuais e de gênero de LGBT tendem a serem invisibilizadas pela sociedade, pois essa toma por base a existência de um modelo hegemônico e universal heteronormativo ou de uma heterossexualidade compulsória. Sendo assim, aos que se “destoam” do modelo dominante, tornam-se “desviantes”, diferentes, doentes ou em pecado.

Esse ocultamento, diante das expressões das sexualidades e gêneros por parte de instituições sociais e dos sujeitos nas esferas públicas e privadas, tem o sentido de silenciamento e negação dessas questões como num tipo de supressão mágica das diferenças, levando a formas radicais de apagamento, como tipos de violência e morte. Tal fato só promove que cada um construa, a seu modo, um entendimento muitas vezes estereotipado ou equivocado do outro que lhe é diferente, pautando as diferenças a partir de um modelo de existência, por vezes acrítico, conformando divisões e hierarquias sobre as sexualidades e os gêneros.

Assim, a livre expressão da sexualidade tem sido negada como um direito humano e a LGBTfobia tem-se revelado como uma das formas de violação de direitos reproduzida no cotidiano, seja no interior da família ou nas instituições sociais, colocando-se como obstáculo no exercício de cidadania por LGBT. Essas barreiras, portanto, podem ser observadas, seja no acesso a determinados serviços públicos e privados, e quando se acessa, na permanência em tais instituições como usuários/as, uma vez que a lógica da exclusão permeia sempre ao que é diferente das normas, por vezes, produzindo aversão e ódio.

Contudo, apesar dessa dominação moral, observa-se que emergem socialmente construídas, novas identidades sexuais, que rompem com estereótipos atrelados social e culturalmente ao processo histórico das normas sexuais hegemônicas, sobretudo ao paradigma do binarismo de gênero. Esse processo marcou os mais variados tipos de rótulos e estigmatizações que servem para discriminar, perseguir e contribuir para o aumento do sofrimento, da violência e do ódio. No entanto, ao se empoderarem desses mesmos rótulos, os LGBT positivaram seu uso, afirmando suas identidades diferenciadas dos demais cidadãos, não se colocando mais como abjetos, de segunda classe, mas afirmando suas subjetividades e suas existências.

Identifica-se que os debates e as produções científicas em torno das questões de sexualidade, orientação sexual e identidade de gênero que permeiam a esfera da diversidade sexual vão se ampliando e se consolidando. Embora ainda se tenha ações preconceituosas, discriminatórias e estigmatizantes sobre LGBT, uma vez que esses sujeitos são expostos a situações humilhantes e vexatórias no cotidiano de suas vidas, sobretudo, por expressarem um comportamento fora dos padrões heteronormativos.

Não se pode negar ou fazer vistas as implicações éticas e políticas desses segmentos, em suas singularidades na realidade social, marcada pelas vulnerabilidades específicas, seja na luta pela equidade do acesso à permanência no trabalho e emprego, como na saúde, na educação, na assistência social dentre outras políticas públicas. Mesmo que seja consenso entre nós que nos campos públicos e políticos haja a necessidade de enfrentamento à LGBTfobia, na medida que esses campos também são espaços de sociabilidade e de políticas públicas, contraditoriamente, portanto, esses lugares têm sido reprodutores da desigualdade, da segregação e da exclusão social, bem como da discriminação e do preconceito.

Portanto, é nesse contexto adverso e influenciado pelo ideário neoliberal, levando em conta o aumento do desemprego e da desigualdade, a contenção dos salários, a redução dos gastos e dos benefícios sociais, dentre outros efeitos desse Estado mínimo para o social e máximo para o capital, elevando suas taxas de juros para restaurar o crescimento econômico, que se precisa, e muito, afirmar a garantia de direitos e da democracia. É preciso romper com as desigualdades sociais e econômicas impostas, ainda mais considerando que a população LGBT vem sendo alvo constante de perseguição, ataques aos precários e poucos direitos recentemente constituídos.

Sabemos que boa parte dessa contestação e barreiras no interior da sociedade tem sido mais radicalizada pelos setores conservadores e com forte teor fundamentalista religioso, impondo uma leitura de doença, como que se algo devesse ser tratado e recuperado aos moldes das “terapias reparadoras”. Desse modo, as práticas sexuais são configuradas em uma concepção de pecado, voltadas para questões moralistas, assim, vão a favor do direcionamento social em torno do pensamento majoritário da defesa de um modelo heterossexual, isto é, para o que é aceitável, normal e padronizado. Esse processo provoca um sofrimento psicossocial intenso para uma parcela significativa de LGBT, às vezes, considerando-se anormal e desviante da normatividade dominante.

No rumo dessas reflexões, as políticas relacionadas a esses sujeitos LGBT vêm se situando para responder aos ataques físicos, agressões sexuais, espancamentos, torturas e assassinatos, marcas da LGBTfobia. No entanto, apesar do Estado Democrático de Direito conceder políticas públicas e direitos voltados à LGBT, apesar de fragmentados, esses se dão sob a égide de uma LGBTfobia cordial (BENTO, 2015), assim como no racismo. Desta forma, o Estado Nacional, ao regular a cidadania, o faz mais pela moral do que pelo reconhecimento ético dessas diferenças na dinâmica pública. Assim sendo, a partir desses limites institucionais, as poucas e frágeis políticas públicas para LGBT vem tentando contribuir para algumas mudanças efetivas na sociedade e os efeitos da discriminação, intolerância, ódio e violência que assolam a maioria de LGBT.

Segundo o Grupo Gay da Bahia (GGB), a partir do último Relatório (GGB, 2018), a cada 19 horas uma pessoa LGBT é assassinada ou se suicida vítima dessa LGBTfobia, fazendo o Brasil campeão mundial desse tipo de crime mais do que nos países em que há criminalização das dissidências sexuais e de gênero. Conforme o último Relatório de Violência Homofóbica de 2013 (BRASIL, 2016), a partir de denúncias ao poder público, tanto pelo Disque 100, quanto aquelas veiculadas nas mídias referentes a violações de direitos humanos cometidas contra LGBT, apesar do subregistro desses dados, já que os mesmos representam a pequena parcela dos casos que são denunciados e notificados, temos:

73,0% das vítimas são do sexo biológico masculino (...); a identidade sexual das vítimas, manteve-se a maioria de não informados (46,8%), seguido de gays (24,5%) e travestis (11,9%) (...); pretos e pardos totalizam 39,9% das vítimas (...); a grande maioria das vítimas se concentra entre 15 a 30 anos, com 54,9%; 36,1% das violações ocorreram nas casas – da vítima (25,7%), do suspeito (6,0%), de ambos ou de terceiros (4,4%), seguido pela rua, com 26,8% das violações e outros locais com 37,5% das denúncias (delegacias de polícia, hospitais, igrejas, escola, local de trabalho e outros); as violências psicológicas foram as mais reportadas, com 40,1% do total, seguidas de discriminação (36,4%), violências físicas (14,4%) e negligências (3,6%); as violências físicas

aparecem em terceiro lugar nos dados do poder público durante o ano de 2013, dentre essas, as lesões corporais são as mais reportadas, com 52,5% do total de violências físicas, seguidas por maus tratos, com 36,6%; as tentativas de homicídios reportadas totalizaram 4,1%, com 28 ocorrências, enquanto homicídios reportados ao poder público federal contabilizaram 3,8% do total de violências físicas denunciadas, com 26 ocorrências (BRASIL, 2016, p. 16-20)

Segundo o mesmo Relatório, mas sobre os dados hemerográficos analisados, observa-se que,

para compreender a especificidade e o grau da violência homofóbica, faz-se imprescindível conhecer os tipos bárbaros de agressões infringidas contra a população LGBT. De acordo com a pesquisa hemerográfica, 22,4% das vítimas sofreram facadas; 21,9% foram alvejadas a tiros; 8,6% foram espancadas; 6,2% foram estranguladas; 5,2% foram apedrejadas; 4,4% sofreram pauladas; 2,6% foram asfixiadas; 1,6 foram carbonizadas e 0,5% foram afogadas. Algumas vítimas sofreram mais de um tipo desses ataques. Esses dados apontam de modo eloquente para a gravidade e o ódio com que os crimes de caráter homofóbico costumam ser cometidos no Brasil (BRASIL, 2016, p. 40).

Nesse sentido, esse grupo social vivencia um quadro de intensa violação de direitos. Esse tipo de iniciativa possibilita o começo de uma luta, se não pelo seu fim, ao menos torna-se dados concretos para se pensar em uma política estratégia sobre esse cenário de violações dos direitos humanos LGBT, uma vez que possuem como direcionamento, o combate dessa problemática, assim como à promoção da cidadania e do respeito e aceitação da diversidade sexual.

LGBT e Drogas: Conversações e tessituras

Ao relacionar LGBT e drogas o que vem à tona é o peso moral, em como essas sexualidades são tratadas pelo conjunto da sociedade, expressas pela LGBTfobia, no qual a questão das drogas é mais um elemento moralizador sobre o desvio de conduta das diferenças sexuais frente a cisheterossexismo. Somamos a isso o rebatimento do peso e mesmo a internalização dessas discriminações e preconceitos sobre esses sujeitos que tentam se aliviar desses sofrimentos psicossociais no uso prejudicial ou não das drogas lícitas ou ilícitas.

Por certo, em se tratando de espaços de lazer, as baladas mais requintadas e algumas luxuosas, são lugares de consumo de substâncias psicoativas, em particular, as sintéticas que se associam muito mais ao prazer sexual, por exemplo. Logo, a população LGBT não é imune, principalmente, nas ditas *raves* e suas músicas eletrônicas. Contudo, paralelo a esse cenário, vem à tona os diferentes usos do prazer sem proteção, o *bareback*, de forma consciente, com risco ou não, como o clube do carimbo e o *bugchasing/bugchasers* (gays ou homens que fazem sexo com homens - HSH, que procuram ou “caçam” pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana – HIV, sigla em inglês), mas também o uso dos recursos farmacológicos da PEP (Profilaxia Pós-Exposição ao HIV) e da PrEP (Profilaxia Pré-Exposição ao HIV) constitutivos das estratégias da prevenção combinada ou não.

Se tomarmos o Brasil da década de 1980, no contexto da epidemia da síndrome da imunodeficiência adquirida - AIDS (GRECO, 2008), a forma mais usual de contágio era por relações

sexuais, mas concomitantemente, os usuários de drogas injetáveis (UDI) também tiveram um importante papel na transmissão sexual e vertical do HIV (TELLES et al., 1998), além do compartilhamento das seringas em grupo. Portanto, é nesse contexto histórico que emergiu a estratégia de redução de danos (RD) à saúde quanto ao HIV, possibilitando tanto a distribuição de preservativos, como a troca de seringas usadas por novas.

Atualmente, podemos observar quando correlacionado aos usos de drogas e o sexo desprotegido, principalmente, entre jovens gays e bissexuais, um universo de outros segmentos antes não existentes, além dos HSH, como *g0ys*, *highsexual* (atração sexual de um homem por outro após o uso de maconha) e os que tem uma experiência de prática homossexual sublimando-se pelo efeito das drogas passam a existir de forma mais frequente. Todos esses são configurados como público alvo no dilema das boates, nas principais cidades, administradas pelo *pink money* (mercado de consumo LGBT), interessados muito mais no lucro do que em qualquer prevenção em saúde. Inclusive é notório que muitos desses lugares têm seguranças LGBTfóbicas violentos, muito mais para reprimir determinados comportamentos sexuais do que o uso ou mesmo o tráfico de drogas, em particular, nos banheiros.

Observa-se, no geral, que o processo de “assumir-se” ou “sair do armário”, às vezes é doloroso, com sofrimento, isso se deve aos padrões e códigos morais no interior da família e tantas instituições sociais. O uso prejudicial de drogas muito vezes está associado ou a LGBTfobia internalizada ou ao heterossexismo internalizado (AMADIO, 2006), que se caracteriza pelo isolamento, medo, vergonha, não aceitação, conflito e, inclusive, pelo processo de negação do seu próprio desejo, e decerto, também de si.

Não estamos afirmando com isso que o percurso de cada LGBT seja igual, mas que há contradições e ambiguidades entre sujeitos e instituições. Mas, se por um lado, há uma baixa autoestima, por outro lado, existem modelos positivos, de referência e representatividade para se espelharem. Atualmente, isso é muito mais frequente. Posto que, durante muito tempo, as estratégias da repressão como proibições, negações, correções, silenciamentos e ajustamentos para com o comportamento do sujeito, foram muito mais impositivas e autoritárias.

Portanto, esse dispositivo da negação como um elemento central na sociabilidade, esteve (e ainda está) presente na vida cotidiana de parcela significativa de LGBT. Está presente tanto no interior das famílias quanto na escolarização, dentre outros lugares que modelam e capturam os sujeitos e suas subjetividades à determinadas identidades sociais, de sexualidade e gênero.

É nesse contexto que espaços denominados de guetos e suas culturas foram sendo produzidos, haja vista que nesse jogo entre o público e privado, da casa, da rua, do botequim ou do barzinho, esses lugares se tornaram meios da sociabilidade LGBT. Para muitos são espaços de encontros, convivência comunitária e pertencimento, em uma tentativa de superar isolamento, solidões, carências, “faltas”, fragilidades, tristezas, depressões, comportamentos autodestrutivos, extrema sensibilidade, sofrimentos diversos, problemas com a intimidade emocional, ou mesmo as diversas práticas sexuais (ROSARIO et al., 2009).

Cabe sinalizar que, em geral, uma parcela significativa de LGBT nasce ouvindo ofensas LGBTfóbicas, como a ridicularização dos estereótipos cada vez mais negativos e, como uma camisa de força, tentam se proteger do mundo sem coração (e às vezes da própria família) e acabam por criar, na maioria das vezes, lugares clandestinos, no qual a carga de sofrimento psíquico (incidindo em suicídio, depressão e ansiedade) se torna recorrente. É desta forma,

portanto, que a LGBTfobia estrutural da sociedade modela os agravos à saúde mental de LGBT, mas também influencia na exposição desses sujeitos a outros tipos de vulnerabilidades, como infecções sexualmente transmissíveis (IST), doenças, violências e mortes.

Tomando como referência a revisão da literatura, realizou-se levantamento em bancos de dados virtuais sobre produções acadêmicas que o conteúdo abordasse o tema do uso de drogas por LGBT, ou mesmo que articulassem os dois campos de estudos, drogas e LGBT. Nesse sentido, observamos que no Brasil há uma escassez dessa produção de dados. Portanto, se já é difícil ter uma política pública consistente para essa população, todavia, em se tratando de LGBT e uso de drogas, necessitaríamos de um melhor conhecimento e compreensão das necessidades desses usuários e seus modos de consumo para suprir essa carência analítica.

A grosso modo, nacionalmente, encontramos cinco produções científicas sobre o tema, com uma mesma autora que foca a questão pelo signo da dependência química e substância psicoativa; um trabalho denso sobre a questão da homofobia internalizada (ANTUNES, 2016) em que um dos subcapítulos da tese trata do assunto e, por fim, um artigo em que a temática é articulada como um dos agravos à saúde de LGBT em situação de rua (GARCIA, 2013). Observamos que a maioria das pesquisas versa sobre estudos de outros países e, em particular, as produções estadunidenses e inglesas.

Nesses últimos, os dados enfocam que gays e lésbicas são os grupos mais estudados, com taxas elevadas de consumo de álcool e drogas do que o restante da população (GUSS; DRESCHER, 2000), com a particularidade de terem as taxas mais altas de transtornos de humor e ansiedade, mas, geralmente, respondem melhor aos tratamentos (CABAJ; STEIN, 1996). Portanto, é nesse cenário internacional que destacamos os dois tipos de amostras coletadas. O primeiro tipo tem por base as pesquisas realizadas por organizações não-governamentais (ONG) LGBT inglesas. Dessas, a primeira pesquisa é a *Part of the Picture* (POTP) desenvolvida numa parceria entre a *LG Foundation* (LGF) e a *University of Central Lancashire* (UCLan), financiada pelo programa de pesquisa do *Big Lottery Fund* com duração de cinco anos (2009-2014) que produziu diversas publicações, com significativos dados, dentre eles, destacam-se que,

em todas as faixas etárias, as pessoas LGBT são muito mais propensas a usar drogas do que a população em geral;

Os padrões problemáticos de beber são muito mais comuns entre as pessoas LGBT;

Pessoas LGBT demonstram uma maior probabilidade de ser dependente de substâncias e mostram altos níveis de dependência de substâncias;

Aqueles que marcaram como dependentes de substância são mais prováveis procurar a ajuda, embora melhor em fontes informais do que de serviços especializados;

Um terço dos entrevistados que obtiveram pontuação como dependente de substância não procurariam informações, conselhos ou tratamento, mesmo se eles estivessem preocupados com o uso abusivo de álcool e outras drogas.

Pessoas LGBT podem ser mais vulneráveis ao desenvolvimento de relacionamentos dependentes e problemáticos com álcool e outras drogas. Existem barreiras significativas na busca de informações, conselhos ou ajuda entre as pessoas LGBT (BUFFIN et al., 2012, p. 30-31).

Segundo dados da *LG Foundation*, o uso de drogas entre pessoas LGBT “é sete vezes maior que o da população em geral, e entre homens gays e bissexuais duas vezes maior e a dependência de substâncias psicoativas (SPA) é mais elevada” (BUFFIN et al., 2012, p. 30). Dentre essas, *poppers*, *crystal meta* (MD) e as “G” - *GHB* (ácido gama-hidroxitúrico) e *GBL* (gama-butirolactona), para citar algumas, que são completamente diferentes de outras drogas e seus usuários.

A segunda pesquisa, realizada pela ONG *Stonewall*, em 2013, com foco no uso de cigarro, álcool e drogas entre homens gays e bissexuais, teve como resultado que o consumo de álcool para esse público é de “mais de dois em cada cinco (42%) homens gays e bissexuais bebem álcool em três ou mais dias por semana em comparação com 35% dos homens em geral” e que “oito em cada dez (78%) homens homossexuais e bissexuais tomaram uma bebida na última semana comparada a sete em dez (68%) homens em geral” (GUASP, 2013, p. 20). Nesse universo,

um em cada cinco (19%) homens gays e bissexuais estão bêbados ou se pendurando enquanto trabalham, indo para escola, ou cuidando de outras responsabilidades, mais de uma vez nos últimos seis meses.

Um em cada sete (13%) faltou ou estava atrasado para o trabalho, escola ou outras atividades porque estava bebendo ou se pendurando mais de uma vez nos últimos seis meses.

Um em vinte e cinco (4%) beberam álcool mesmo que um médico tenha sugerido que parassem de beber. Apenas 2% já procuraram ajuda ou conselhos de um profissional de saúde sobre problemas com o consumo de álcool (GUASP, 2013, p. 26).

O relatório da pesquisa afirma que “metade (51%) de homens gays e bissexuais usaram drogas no último ano em comparação com apenas um em cada oito (12%) dos homens em geral” (GUASP, 2013, p. 29). Na pesquisa, conclui-se que:

no ano passado, um em cada seis (15%) homossexuais e bissexuais usaram cocaína em comparação com 4% dos homens em geral;

Um em cada nove (11%) homens gays e bissexuais usaram êxtase no último ano em comparação com apenas 2% dos homens em geral;

Um em cada doze (8%) dos homens gays e bissexuais usaram ketamina e mefedrona no último ano comparado a um 1% dos homens em geral;

No último ano, 4% dos homens gays e bissexuais tomaram anfetaminas, GHB e tranquilizantes em comparação com 1% ou menos dos homens em geral;

2% usaram cristal meta no ano passado em comparação com menos de 1% dos homens em geral;

Dois em cada dez (21%) homens homossexuais e bissexuais usaram maconha no ano passado, em comparação com 9% dos homens em geral. Três em cada dez (31%) de homens gays e bissexuais usaram poppers no último ano em comparação com apenas 2% dos homens em geral (GUASP, 2013, p. 30).

Cabe salientar que no rol dos usos de drogas acima, essas não são associadas às *práticas sexuais*. Contudo, essa combinação vem aumentando nos últimos anos com o advento do *chemsex* (ZARO et al., 2016), uma expressão de origem anglo-saxônica que vem de *chemical sex* ou sexo químico. O termo é comumente utilizado por homens gays, bissexuais e HSH em sites e aplicativos de relacionamento sexual, basicamente, para se referir ao uso de três drogas (“*chems*”) específicas combinadas na prática sexual: *meth*, *meph* e *G*, que facilitam ou potencializam o ato e prazer sexuais. Essa mistura no Brasil é conhecida como *Special K* (cocaína, êxtase e ketamina) e em algumas situações, complementa-se com uma raspadinha de Citrato de Sildenafil, sob nome comercial de Viagra, um estimulante sexual.

Desta forma, como destacamos acima, o segundo tipo de amostra coletada refere-se a literatura científica internacional, basicamente, como afirmamos, as estadunidenses e inglesa. Esses estudos afirmam que a população LGBT tem uma propensão maior de abuso de drogas ilícitas, com uma incidência de duas a três vezes maior se comparada à população heterossexual de mesma idade e renda (BUX, 1996; JORDAN, 2000; COCHRAN et al., 2000).

Embora pouco pesquisada, a população trans (transgêneros, travestis e transexuais) aparece em algumas pesquisas internacionais, porém em terras brasileiras é quase inexistente esse tipo de pesquisa. Nos Estados Unidos da América se chegou à conclusão, por meio de pesquisas, que esse público possui taxas mais elevadas de uso de drogas em detrimento ao restante da população.

Nas pesquisas supracitadas, como os estudos de Halkitis e Jerome (2008), os autores chegaram à conclusão de que os gays são mais propensos ao uso da metanfetamina e os chamados *club drugs* (drogas para clubes – tradução livre), ou *rave drugs* (drogas provocadas pelo delírio – tradução livre), ou *party drugs* (drogas para festas – tradução livre) que denominam-se assim por pertencerem a uma categoria de drogas recreativas, associadas, em sua origem, as discotecas das décadas de 1970 e casas noturnas, clubes de dança, festas de músicas e danças eletrônicas dos anos de 1980 até os dias atuais. Nesses cenários, o uso de álcool e outras drogas, comumente, para gays e lésbicas, incluindo os bissexuais, não todos, seria uma forma de facilitar interações sociais em grupos de amigos/as, encontros afetivo-sexuais e busca de parceiros/as (embora os aplicativos de celulares hoje em dia tenham facilitado as aproximações entre as pessoas, muito com foco no sexo), reduzir a ansiedade, angústia, carência, vulnerabilidade, estresse, depressão, lidar com o preconceito, aliviar sofrimento, e minimizar, por vezes, a autorejeição, a sensação de isolamento social, da violência física e psicológica em uma sociedade preconceituosa e discriminatória.

Esses lugares, contudo, são espaços privilegiados de socialização de LGBT, onde, geralmente, o consumo de álcool e outras drogas é permitido e concedido, e, por vezes representa um estilo de vida LGBT. Na medida em que o uso de drogas proporciona alívio e prazer surgem os comportamentos de risco, como relações sexuais desprotegidas ou compartilhamento de agulhas, expondo pessoas a IST e/ou outras doenças.

Em relação aos locais onde a prática sexual pode ocorrer há os privados (casa, festas fechadas, entre outros), os comerciais (casas noturnas, saunas, bares, clube de sexo, cinema e outros) e os públicos (parques, praças, banheiros, entre outros). Segundo Weber (2008), homens gays e bissexuais e as travestis que praticam sexo em locais públicos e comerciais, evidentemente, o fazem de maneira mais arriscada do que aqueles que praticam em locais privados, e tendem a usar mais álcool e outras drogas. Segundo Garcia (2013, p. 1015), “o recurso ao mercado

sexual e o abuso de drogas como consequência do processo de discriminação sofrida apontam também para um aumento da vulnerabilidade em seu plano social”.

No Brasil, ainda temos algumas particularidades, e, nesse sentido, há outras formas de uso de drogas nessa cartografia. Uma, embora não exclusiva da comunidade LGBT, mas com grande incidência significativa, é a tão propagada como “boa noite, cinderela”, que é praticado, geralmente, entre homens, particularmente, em lugares de lazer noturno do universo de LGBT, como boates, bares, festas, saunas, danceterias ou similares. As vítimas são envolvidas e drogadas por pessoas sedutoras e de má índole ou até mesmo por homofóbicos que o fazem para roubo ou estupro. Em geral, no cardápio das drogas conhecidas como *rape drugs* (drogas de estupro – tradução livre) ingeridas com álcool, são as seguintes: GHB, Ketamina, Escopolamina, Rohypnol (Flunitrazepam) e Clorofórmio. Consequentemente, as vítimas apresentam, além dos efeitos de intoxicação, lacunas de memória, incapacidade de coordenar seus movimentos dentre outros, podendo, em alguns casos, levar a morte.

Ainda nesse espectro da diversidade da comunidade LGBT, encontra-se um outro universo bem delimitado dessa variação, com sua língua e dialeto próprios, o *pajubá*, e, nesse contexto, emergem vocábulos que apontam os usos de drogas, como *otim* (bebida alcoólica), *oxanã* (cigarro), *pade* (cocaína), *taba ou tabanagira* (maconha), dentre outros. O outro que se emerge e, em particular, para a população trans, é o uso indiscriminado e sem orientação de hormônios femininos e masculinos. Essa automedicação, geralmente, em doses elevadas, tem ocasionado determinadas agravos e riscos à saúde desses sujeitos, seja pela ocorrência de acidente vascular cerebral, flebites, infarto do miocárdio entre outros agravos, resultando em mortes ou sequelas importantes. Sem contar, na particularidade das travestis e o uso do silicone industrial.

Dentre os objetivos da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSI-LGBT), do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), no que tange ao uso de drogas, está a redução de danos “à saúde da população LGBT no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para travestis e transexuais” (Art. 2º, VIII), assim como, a redução dos “problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre LGBT, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde” (Art. 2º, XX). A temática das drogas e a população LGBT é algo que, apesar de estar oficialmente na PNSI-LGBT, e, em particular, no uso do verbo “reduzir” nos objetivos da referida política, há um grande hiato, ou um vazio, entre o que está escrito no papel e o que se tem efetivado, na realidade concreta e objetiva dessa população e o uso de drogas.

Considerações

Cabe ressaltar que não há um modelo único de “estilo de vida” de LGBT pois há uma singularidade desta população assim como nas demais da sociedade. Portanto, o respeito às diferenças é necessário. No Brasil, apesar de não termos dados oficiais ou mesmo pesquisas sobre esses universos e sujeitos tendo como objeto o uso de drogas, diferentemente do contexto da população LGBT inglesa e estadunidense, com apoio governamental, tem-se questões que são muito comuns, como o *bullying* (atos violentos contra uma pessoa indefesa, que gera danos físicos e psicológicos) e todos os tipos de preconceito e de discriminação em serviços de saúde, de assistência social, bem como na educação e outras políticas públicas. Além disso, há vulne-

rabilidades que produzidas socialmente aos LGBT, fato esse que é mais um agravante quando relacionado com o uso de drogas. Se tomarmos a interseccionalidade com os marcadores de diferença, iremos ver, com certeza, recaírem sobre determinados sujeitos e comunidades uma variação de estigmas, preconceitos e discriminações que se impõe pela desigualdade social, racial, de gênero e sexualidade e que repercutem em exclusão e vulnerabilidades.

Jovens LGBT, negros e em situação de rua “são mais sujeitos ao abuso de álcool e substâncias ilícitas” e “tem um número significativamente maior de parceiros sexuais” (COCHRAN, 2002 apud GARCIA, 2013, p. 1007). Consequentemente, “são praticantes mais frequentes da troca de atividade sexual por drogas” (WHITBECK, 2004 apud GARCIA, 2013, p. 1007).

Segundo Garcia (2013, p. 1013) “as vivências associadas ao uso de drogas são apresentadas como marcadas por momentos de uso intenso, associados a um ‘perder-se de si mesmo’ e de abstinência ou pouco uso, associados a um ‘controle de si mesmo’”. No entanto, tanto no Brasil, quanto em outros países, observa-se a falha no apoio e suporte a usuários LGBT pelos serviços sociais públicos e privados, o silenciamento e o receio de falar sobre tais sujeitos e vice-versa, mas, principalmente, o despreparo para operar mudanças sobre o preconceito no trato com LGBT. Tais fatos ocorrem devido a vulnerabilidades e sofrimentos que configuram tais problemas que estão muito mais localizadas na violência e discriminação que esses sujeitos sofrem com o preconceito cotidiano com relação às suas dissidências sexuais e de gênero.

Por isso que, quanto ao uso de drogas, não é uma questão dessa população em si, mas da sociedade como um todo. Na medida em que o referido consumo está muito mais relacionado à forma como essa população lida consigo e com a sua existência frente à opressão que sente imposta pela ordem moral burguesa e sua cisheteronormatividade.

Desta forma, o uso de drogas por LGBT não apresenta um padrão de consumo mais problemático e “desviante” do que dos heterossexuais, apenas diferente e com essa complexidade. Tal fato decorre de como essas pessoas já internalizaram, como vergonha, medo, autocensura e, com isso, determinados comportamentos autodestrutivos que reproduzem os preconceitos sofridos na sua forma de lidar consigo e com o outro. Refletindo-se em não buscar atenção, cuidado e tratamento para o uso de drogas, e por outro lado, na não capacitação das equipes em lidar com essa população e sua singularidade no uso e nos efeitos desses usos na vida de LGBT.

Referências

AMADIO, D. M. Internalized heterosexism, alcohol use, and alcohol-related problems among lesbians and gay men. **Addictive Behaviors**, v. 31, p. 1153-1162, 2006.

ANTUNES, P. P. S. **Homofobia internalizada**: O preconceito do homossexual contra si mesmo. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social;

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2016.

BENTO, B. “*Pinkwashing* à brasileira”: do racismo cordial à LGBTTTTfobia cordial. **Revista Cult**, São Paulo, 16 de dezembro de 2015. Disponível em: <<https://revistacult.uol.com.br/home/pinkwashing-brasileira-do-racismo-cordial-lgbtfffobia-cordial/>>. Acesso em: 24 jul. 2020.

BRASIL. **Relatório de Violência Homofóbica no Brasil**: ano 2013. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos; Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos, Brasília, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BUFFIN, J.; ROY, A.; WILLIAMS, H.; WINTER, A. **Part of the Picture** (The national LGB drug & alcohol database): Lesbian, gay and bisexual people’s alcohol and drug use in England (2009-2011) – Project Report. Manchester: LGF, UCLan, Lottery Funded, 2012.

BUX, D. A. The epidemiology of problem drinking in gay men and lesbians: A critical review. **Clinical Psychology Review**, 16(4), 277-298, 1996.

CABAJ, R. P.; STEIN, T. S. **Textbook of homosexuality and mental health**. Washington DC: American Psychiatric Press, 1996.

COCHRAN, S. D.; KEENAN, C.; SCHOBER, C.; MAYS, V. M. Estimates of alcohol use and clinical treatment needs among homosexually active men and women in the U.S. population. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 68, 1062-1071, 2000.

GARCIA, M. Diversidade sexual, situação de rua, vivências nômades e contextos de vulnerabilidade. **Temas em Psicologia**, vol. 21, n. 3, p. 1005-1019, 2013.

GRECO, D. B. A epidemia da Aids: impacto social, científico, econômico e perspectivas. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 22, n. 64, p. 73-94, dez., 2008.

GRUPO GAY DA BAHIA (GGB). **Mortes Violentas de LGBT no Brasil**: Relatório 2017. Salvador: GGB, 2018. Disponível em: <<https://homofobiamata.files.wordpress.com/2017/12/relatorio-2081.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2018.

GUASP, A. **Gay and bisexual men’s health survey**: Survey results analysed by Sigma Research. London: Stonewall, 2013.

GUSS, J. R.; DRESCHER, J. (eds.). **Addictions in the gay and lesbian community**. New York: Haworth Medical Press, 2000

HALKITIS, P. N.; JEROME, R. C. A comparative analysis of methamphetamine use: black gay and

bisexual men in relation to men of other races. **Addictive Behaviors**, 33 (1): 83-93, 2008.

JORDAN, K. M. Substance abuse among gay, lesbian, bisexual, transgender, and questioning adolescents. **School Psychology Review**, 29, 201-206, 2000.

ROSARIO, M.; SCHRIMSHAW, E. W.; HUNTER, J. Disclosure of sexual orientation and subsequent substance use and abuse among lesbian, gay, and bisexual youths. **Psychology of Addictive Behaviors**, vol.23(1): 175-184, 2009.

TELLES, P. R.; VARNIER-ALMEIDA, R. M. R.; BASTOS, F. I. Infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis: análise dos fatores de risco no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo , v. 1, n. 3, p. 245-255, dez., 1998.

WEBER, G. N. Using to numb the pain: substance use and abuse among lesbian, gay, and bisexual

individuals. **Journal of Mental Health Counseling**, vol. 30, 1, p. 31-48, jan., 2008.

ZARO, I.; NAVAZO, T.; VAZQUEZ, J.; GARCÍA, A.; IBARGUCHI, L. **Aproximación al chemsex en España**. Madrid: Imagina MÁS, Apoyo Positivo, 2016.

CAPÍTULO IX

REGIMES DE (IN) VISIBILIDADE E AS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA LÉSBICAS, MULHERES BISEXUAIS E TRANSEXUAIS NO BRASIL

Bruna Andrade Irineu¹⁵

Danuta Ramos Duarte¹⁶

Neste texto abordamos um extrato da pesquisa “Mapeamento crítico das políticas públicas de educação, saúde e trabalho para população LBT na América Latina: um estudo comparativo entre Brasil e Argentina”, desenvolvida entre os anos de 2015 e 2016, junto ao Curso de Serviço Social na Universidade Federal do Tocantins (UFT). Pretendemos então discutir os regimes de visibilidade e invisibilidade concernentes às políticas de saúde para lésbicas, mulheres bissexuais e transexuais (LBT) no contexto brasileiro.

Nos estudos de Borges (2005) sobre mídia e lesbianidades, são assinalados os efeitos da invisibilidade e da clandestinidade das práticas afetivo-sexuais. Para a autora, a visibilidade envolve tornar aparente e perceptível. Já para Deleuze (2005), esse conceito pode ser traduzido em “relâmpagos, reverberações, cintilações”, e, deste modo, se imbricam em uma economia da visibilidade no exercício do poder. Para o autor, o padrão de visibilidade da sociedade disciplinar envolveria regimes de verdade.

Tal fato se relaciona diretamente com o que Carvalho (2014, p. 250) aponta, ao afirmar que há disputas no campo dos regimes de visibilidade. Ele expõe, a partir de sua pesquisa com ativistas travestis, que nem sempre a visibilidade é “positiva” para um segmento social marginalizado. Esse fator articula-se a exposições estereotipadas ou mesmo a publicização de imagens ou notícias que evidenciam as travestis como “não pessoas”.

Neste sentido, adotamos neste trabalho uma posição reflexiva e crítica quanto aos regimes de visibilidade e invisibilidade que tem imbricado as reivindicações de lésbicas, mulheres bissexuais e transexuais no âmbito das políticas de saúde no Brasil. Ressalta-se que o debate

15 Assistente Social. Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) e do Programa de Pós-Graduação em Política Social (PPGPS/UFMT). Coordenadora do NUEPOM (UFMT/DGP/CNPq) e pesquisadora do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Sexualidade, Corporalidades e Direitos (UFT). E-mail: brunairineu@gmail.com

16 Médica. Bacharel em Medicina pela Universidade Federal do Tocantins (UFT) e ex-bolsista do Programa Voluntário de Iniciação Científica (PIVIC) do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Sexualidade, Corporalidades e Direitos (UFT). E-mail: danutta@uft.edu.br

sobre políticas públicas para população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) data especialmente da última década, posto que é apenas no ano de 2004, com o lançamento do Programa Brasil sem Homofobia, pelo Governo Federal, que se inicia a execução da primeira política específica para este segmento no país.

Deste modo, buscamos analisar o discurso e os sentidos produzidos pelo poder público nacional sobre a saúde LGBT, especialmente a partir das conferências nacionais LBT e de Mulheres do ano de 2011. As Conferências constituem um importante mecanismo de controle social das políticas públicas, sendo elas ao mesmo tempo um espaço de diálogo e tensionamento com o Estado, mas, sobretudo, de reivindicação na agenda política do governo federal. As propostas apresentadas por quem participa da conferência envolvem um panorama das demandas de cada segmento e delineiam diretrizes que serão subsídio para a formulação de políticas públicas. Assim, interessou-nos analisar as concepções de saúde presentes nos principais documentos que balizam as políticas públicas de saúde para as mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais (CALDERARO, 2012).

Considera-se que a partir das décadas 1960-70 houve a ascensão de um novo conceito de saúde, por meio de uma perspectiva mais ampla de saúde pública que realçava a determinação econômica e social da saúde, visando superar a perspectiva biologicista predominantemente centrada no controle da enfermidade. Anteriormente, as Nações Unidas já haviam declarado que “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”, além de asseverar que se trata de um direito humano fundamental de responsabilidade do Estado.

Todavia, as mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais compõem um grupo heterogêneo de indivíduos que historicamente foram excluídas e/ou invisibilizadas no universo da vida pública (CALDERARO, 2012). As relações de poder que determinam este apagamento são as mesmas que mantêm a iniquidade no âmbito da saúde, causando uma interrupção deste equilíbrio físico, mental e social. Dessa forma, as categorias gênero e sexualidade podem ser vistas como determinantes sociais de saúde, pois interferem diretamente no processo saúde-doença (BRASIL, 2011). Logo, a partir de pesquisa documental buscou-se: a) Identificar as demandas de lésbicas, mulheres bissexuais e transexuais em relação às políticas de saúde; b) Verificar a concepção de saúde nas conferências que norteiam políticas públicas de saúde para lésbicas, bissexuais e mulheres transexuais; c) Analisar as respostas do Estado às demandas de saúde de LBT no contexto brasileiro.

Caminhos da pesquisa documental

Este estudo vincula-se a tradição qualitativa, utilizando-se do referencial dos Estudos Feministas, Gays e Lésbicos e *Queer*. Tal fato significa que compreendemos que a dimensão *saúde* não pode ser completamente contemplada se ignorarmos a dimensão das opressões de gênero e sexualidade que historicamente incorrem sobre as mulheres (BARBOSA, 2006).

A problemática da invisibilidade lésbica (ALMEIDA, 2005), da negação da bissexualidade, da desumanização das pessoas trans por meio da transfobia também permeiam as relações sociais no âmbito da saúde e se manifestam de modo pungente na sociedade (SANTOS et al., 2014). Agrega-se a isso, o que Navarro-Swain (2004) traz à tona quando menciona a histórica

subjugação de mulheres de sexualidade “fora da norma” pelo poder médico, através de uma análise histórico-feminista.

Assim, buscamos desenvolver um levantamento comparativo das propostas que envolvem as demandas LGBT, nas conferências nacionais de mulheres e LBT, realizadas no ano de 2011. Recorta-se este período, o qual Dilma Rousseff estava à frente do governo federal, ainda em sua primeira gestão. Salienta-se que devido ao *impeachment*, em 2016, ela não finalizou seu segundo mandato. Neste mesmo ano de 2016, houve conferências LGBT e de Mulheres, entretanto não se observa na gestão Michel Temer um empenho na continuidade das ações que vinham sendo desenvolvidas na gestão do Partido dos Trabalhadores (PT), na área de políticas para mulheres e LBT. Tal fato é evidenciado nos projetos e programas cujos recursos foram extintos ainda em 2016. É por isso, que nos dedicamos a avaliar os resultados das conferências de 2011, pois as diretrizes retiradas nas mesmas tiveram tempo para culminarem em formulações de projetos e programas na Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM) e Secretaria de Direitos Humanos (SDH).

Destarte, realizamos análise documental das propostas presentes nos Anais da 3ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres e 2ª Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos para a população LGBT, realizadas no ano de 2011, que abarcaram as demandas de lésbicas, mulheres transexuais e bissexuais. Os documentos foram acessados livremente via internet nos sites governamentais da SPM e da SDH, ambas vinculadas a Presidência da República na época. Em seguida, expusemos os dados obtidos em um quadro para análise qualitativa observando o quantitativo de propostas e ações relacionadas às demandas por saúde LBT.

Os textos para o levantamento do Estado da Arte foram analisados a partir de dois grandes campos: o da saúde pública e dos estudos de gênero e sexualidade. Utilizamos a base de dados *Scielo* para seleção de textos, com os seguintes critérios: a) textos de referência para o tema, com relevância histórica ou maior número de citações; b) textos com análise histórica e sociológica do tema e c) autoria/revistas científicas de referência sobre o tema. Dito isso, a *Revista de Saúde Coletiva* foi fonte primordial para uma análise social da saúde.

Outros textos foram previamente selecionados, a partir de publicações em livro ou periódicos não inseridos no *Scielo*. Dentre estes, destacam-se os textos de Borges (2005), Perilo (2011), Avritzer (2013), Calderaro (2012) e Carvalho (2014), os quais fundamentam a discussão desenvolvida neste capítulo.

A participação social LBT e os processos de conferências de direitos no Brasil

As conferências de políticas públicas surgem no Brasil, no período do Getulismo. A primeira conferência de saúde ocorreu no ano de 1941, promovida pelo então ministro Gustavo Capanema, do Ministério da Educação e Saúde Pública na época. De acordo com Avritzer (2013), as conferências, a princípio, tinham a função de ser um meio de articulação federativa, servindo ao propósito centralizador Getulista. Entretanto, após a redemocratização e reabertura política, houve uma ruptura com este modelo arcaico (que se preparou ao longo dos anos com mudanças progressivas) dando lugar à descentralização e ampliação da participação social.

A histórica VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, é um marco desta mudança de paradigma que levou à busca pela democratização da saúde por meio de uma intensa mobilização popular, culminando no lançamento das bases do Sistema Único de Saúde (SUS) e estimulando conferências de outras áreas à conversão para um aspecto mais mobilizatório-político (BORIS, 1995). Já as conferências de mulheres vão ganhar uma dimensão reivindicatória e de controle social, a partir dos anos de 1998. As conferências LGBT, surgem, no Brasil, em 2008, que por seu ineditismo mundial ganharam visibilidade internacional e alcançaram a gestão do governo Lula como uma gestão que colocou a homofobia na agenda pública (IRINEU, 2019).

As conferências de mulheres e LBGT, em 2011, demarcam outro momento importante da luta pelo direito à saúde para as mulheres LBT, pois ocorre no mesmo período do lançamento do Plano Nacional de Saúde Integral LGBT (demanda das conferências de 2008). Estas caracterizam mais uma mudança de paradigma: a tentativa de introdução de um modelo de saúde integral e não apenas focado no adoecimento. Obviamente, que os planos e conferências evoluem avanços e contradições, tensões naturais do processo de construção democrática da cidadania (IRINEU, 2019).

Abaixo, apresentamos um quadro quantitativo de propostas referentes às demandas LBT nas conferências do ano de 2011.

Quadro 1 – Número de propostas referentes às demandas das mulheres LBT nos documentos oficiais

Nº de propostas/ Documento	Saúde Lésbica, Bissexual e Trans	Saúde Lésbica	Saúde Bissexual	Saúde Mulher Trans	Saúde Lésbica + Trans
Anais da 3ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres - CNPM	1	1	0	0	1
Anais da 2ª Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos para LGBT - CNPPDH/ LGBT	5	0	0	0	0

Fonte: Pesquisa Direta, 2016.

Podemos observar a partir do quadro acima que a quantidade de propostas que abordaram saúde das mulheres LBT não foram muito discrepantes entre as duas conferências analisadas – três propostas na 3ª CNPM e cinco propostas na 2ª CNPPDH LGBT -, salientando a diferença fundamental no modo de apresentação dessas propostas. Isto é, a distribuição dos sujeitos-alvo se deu de maneira diversa.

Na 3ª CNPM observamos no seu texto final, a distinção entre as especificidades das mulheres LBT com propostas exclusivas para saúde lésbica (1) e saúde da mulher transexual e saúde lésbica (1). Além disso, houve (1) proposta englobando demandas dos três segmentos e (0) propostas que abordassem exclusivamente saúde da mulher bissexual. Em contrapartida, a 2ª CNPPDH LGBT trouxe todas as diretrizes da área da saúde envolvendo as LBT de maneira agrupada, abordando a saúde da mulher lésbica, bissexual e transexual em (5) diretrizes.

A classificação da contagem dessa forma não é despropositada, aqui dividimos os números na exposição do quadro para privilegiar uma leitura mais analítica. Como um reflexo da própria trajetória do movimento LGBT, as pautas específicas das mulheres quando discutidas em um cenário mais geral, historicamente acabavam sendo diluídas em demandas comuns e invisibilizadas perante pautas ditas da homossexualidade masculina (CALDERARO, 2012).

De modo semelhante, mesmo dentro do grupo *mulheres*, além das disparidades entre mulheres cis, hétero e mulheres LBT, observamos, também, disparidades entre mulheres que não estão inseridas na cis-heteronormatividade (BUTLER, 2013). Portanto, a partir da compreensão da interseccionalidade dos marcadores sociais da diferença, é lógico conceber que quando demandas específicas são abordadas conjuntamente entre vários segmentos distintos, há uma tendência em não as atender de maneira equânime devido à tendência generalista que busca identificar o que é comum a ambas.

Não obstante, cabe ressaltar que as propostas/diretrizes enunciadas pelas conferências, não necessariamente se traduzirão em ações governamentais. As conferências funcionam como um norte para a elaboração de políticas públicas, podendo esbarrar em vários entraves político-orçamentários no caminho desde a sua elaboração até sua execução (PERILO et al., 2011). Ambas as conferências aqui analisadas foram realizadas após o lançamento da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, em 2010. Esta nova Política marca a introdução de um novo modelo de saúde para a população LGBT, unificando tentativas anteriores, por meio de uma perspectiva baseada nos princípios do SUS de integralidade e equidade. Porém, a ineficiência do Pacto Federativo, demonstra uma adesão diferenciada em cada estado e região do país.

O “campo da saúde” e as demandas LBT: muito além da aids

O antigo modelo baseado na prevenção e combate à epidemia de aids, entretanto, persistiu e continua a coexistir com o modelo de atenção integral. De fato, a relação paradoxal entre doença-saúde-cidadania para os LGBT na perspectiva estatal é, ainda, marcada pelo estigma do HIV e da Aids. Ao passo que a epidemia levou à ascensão e ao aniquilamento de diversos coletivos LGBT na década de 1980, resultou em uma primeira aproximação entre a população LGBT e Estado, em nome do combate à AIDS (PERILO et al., 2011).

Segundo Perilo (2011), a coexistência desses modelos forma um quadro complexo, que intensifica o potencial da saúde como *locus* ainda privilegiado de acesso da população LGBT a políticas públicas, cidadania e atenção do Estado. Entretanto, é necessário que se desenvolvam ações para além da perspectiva do adoecimento que estigmatiza as LBT e contribui para a perpetuação da lesbitransfobia. Neste sentido, há uma escassez de dados em relação à saúde lésbica, bissexual e transexual que fomente políticas de atenção integral de forma abrangente.

A 3ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres ocorreu na capital do país, em dezembro de 2011, sob o tema “Autonomia e Igualdade Para as Mulheres”. A Conferência reuniu cerca de 3 mil mulheres, a partir das 200 mil participantes das etapas municipais e regionais. Os debates se debruçaram sobre problemáticas clássicas enfrentadas pelas mulheres que perduram nos séculos XXI, como a autonomia econômica feminina, a maior participação das mulheres na política e o fim da violência contra as mulheres. O texto das resoluções aprovadas se agrupou em quatro Eixos: Autonomia Econômica e Social, Autonomia Pessoal das Mulheres, Autonomia

Cultural e Autonomia Política, institucionalização e financiamento de políticas públicas para as mulheres (BRASIL, 2011).

O texto de abertura da 3ª CNPM declara que as mulheres negras, indígenas, brancas, ciganas; trabalhadoras do campo e da cidade, ribeirinhas, quilombolas, trabalhadoras domésticas, donas de casa, gestoras e servidoras públicas; lésbicas, bissexuais, mulheres com deficiência e com doenças crônicas; jovens e idosas constituem os sujeitos políticos e autoras legítimas das resoluções da 3ª Conferência Nacional de Política para as Mulheres (BRASIL, 2011). Por conseguinte, ao se evocar o termo “mulheres em sua diversidade”, os sujeitos acima são os contemplados. Isto chama atenção para o fato de que as mulheres transexuais não são mencionadas como sujeitos políticos (autoras e objeto) das resoluções da Conferência. De forma contraditória, mesmo não assinalando o reconhecimento das transexuais no texto de abertura, foram as mulheres bissexuais as mais invisibilizadas nas propostas aprovadas da conferência (com 0 propostas exclusivas e 0 articuladas com as do segmento lésbicas).

As mulheres bissexuais, no tocante à saúde, foram mencionadas apenas em uma (01) proposta que engloba de forma generalista as duas especificidades sexuais e de identidade de gênero. A única proposta a contemplar as mulheres bissexuais se deu no Eixo: “Autonomia Pessoal das Mulheres”, no item A. *Ampliação e aperfeiçoamento da rede de atendimento às mulheres em situação de violência e implementação da Lei Maria da Penha*. A proposta tratou da necessidade de assistência qualificada e capacitação dos profissionais da área da saúde.

As mulheres transexuais também não obtiveram nenhuma proposta que as contemplasse de forma exclusiva, entretanto foram citadas em conjunto com lésbicas (1) e em conjunto com mulheres bissexuais e lésbicas (1). Por outro lado, as mulheres lésbicas dentro o campo de estudo, foram as mais citadas, tendo (1) proposta exclusiva e mais outras 3 em conjunto com outros grupos, totalizando 4 menções na área da saúde.

Logo, na 3ª CNPM de um total de 91 propostas, 15 mencionaram o verbete saúde (mesmo estando fora do tópico C que trata especificamente da saúde, no Eixo Autonomia Pessoal), das quais 4 abordaram a saúde das mulheres LBT. Sendo: 1 proposta englobando LBT, 1 proposta exclusiva para mulheres lésbicas, 0 exclusivas para bissexuais, 0 abordando somente mulheres transexuais e 1 abordando questões referentes à saúde das mulheres lésbicas e trans.

A 2ª Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, realizada em Brasília entre os dias 15 a 18 de dezembro de 2011, teve como tema “Por um país livre da pobreza e da discriminação, promovendo a cidadania de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais” e trouxe diretrizes que se propõem a orientar a atuação das três esferas do poder executivo para a promoção da cidadania LGBT (BRASIL, 2011).

As diretrizes foram agrupadas em diversas áreas, sendo a Saúde uma das treze seções. O texto de abertura da seção Saúde rememora a criação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, criada em dezembro do mesmo ano. A Política Nacional considera a orientação sexual e a identidade de gênero como “determinantes sociais e culturais da saúde e destaca a importância de se levar em conta as desfavoráveis condições de saúde de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) agravadas pelo preconceito e discriminação existentes ainda na sociedade” (BRASIL, 2011, p. 4).

O texto final trouxe cinco (5) diretrizes no âmbito da saúde LGBT, sem, entretanto, mencionar especificamente as particularidades existentes para mulheres lésbicas, bissexuais e trans. Uma exceção foi uma menção ao processo transexualizador na diretriz 1 da seção. Cabe destacar ainda que a 3ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres se deu em um contexto ímpar da história brasileira, no qual havia na presidência pela primeira vez uma mulher, a presidenta Dilma Rousseff. Sobre o tema “saúde” foram mais abordadas de forma geral as questões sobre saúde sexual, reprodutiva e autonomia sobre o próprio corpo.

O direito ao afeto e à sexualidade em pleno exercício para as mulheres em situação de encarceramento é vinculado ao direito do acesso ao atendimento ginecológico e obstétrico, sem discriminação de orientação sexual. Entretanto, no documento não é discutido ou pelo menos não há menção específica sobre formas de combate à lesbofobia no consultório ginecológico, uma problemática enfrentada pelas mulheres lésbicas (encarceradas ou não). Ainda sobre as mulheres lésbicas, os Anais da 3ª Conferência abordam em suas diretrizes o atendimento integrado e transdisciplinar da Rede de Atendimento à Mulher, em que é sugerida uma ação conjunta de profissionais da segurança pública, educação, justiça e assistência psicossocial de forma coordenada com o setor saúde na temática da violência de gênero.

Um fato marcante e simbólico no documento é o fato de os termos *bissexual* e *transexual* somente serem mencionados nas questões relativas ao HIV e a Saúde Mental. As demais dimensões abordadas para a saúde das lésbicas não foram citadas no tocante às especificidades das mulheres bissexuais e transexuais. Todavia, a transexualidade não foi abordada de forma patologizante na diretriz que enuncia sobre saúde mental da mulher, mas sim, abordada como uma característica suscitadora de preconceito e este preconceito pode gerar adoecimento.

As diretrizes e menções relativas à saúde das lésbicas pareciam tomar uma perspectiva parcamente semelhante à de Marc Lalonde que lançou o termo “campo da saúde” (GUIZARD, 2004). O campo da saúde abrange a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da assistência à saúde. A ênfase na organização da assistência (acesso e qualidade do atendimento) foi predominante e as demais dimensões foram negligenciadas. Aspectos importantes como a influência ambiental (condições de moradia e trabalho, por exemplo) ficaram no ostracismo. A partir desse olhar, fica evidente que muito se discute acerca dos efeitos do sistema de saúde sobre as pessoas e não a agência das mulheres lésbicas em relação à própria saúde. A leitura que permanece é uma visão dos indivíduos como objeto/alvo de ações e não sujeitos plenos dotados de todas as dimensões do ser.

De modo semelhante, a 2ª Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos de LGBT também ocorreu em um contexto histórico para o país. Foi realizada no mesmo ano e dias após a aprovação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, resultado de avanços progressivos alcançados durante o governo Lula e do debate iniciado na 12ª Conferência Nacional de Saúde. O tema desta Conferência foi “Por um país livre da pobreza e da discriminação: Promovendo a Cidadania de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais” e o documento se ateve às discussões relativas ao trabalho e combate à homofobia e à lesbo, bi e transfobia. Paradoxalmente ao contexto vivenciado na época, a discussão sobre saúde foi relativa à promoção de saúde no ambiente de trabalho e a criação de fundos para combate à discriminação.

No tocante à transexualidade, uma diretriz contemplou a exigência por processo transexualizador no SUS. As dimensões psicofísicas da saúde não foram abordadas, salvo na questão do enfrentamento a DST/AIDS. Entretanto, o que chama atenção nos Anais da 3ª CNPM é a

perspectiva predominante do adoecimento. Em todas as propostas enunciadas a prevenção e combate a DST/HIV/AIDS estavam presentes. O sexo é então dissociado do prazer e reduzido a um vetor de doenças sexuais. Calderaro (2012, p. 223) analisa que “a ausência das discussões sobre sexo, sexualidade e prazer é parte das estratégias de visibilidade política e social, que buscam a associação das lésbicas a uma imagem aceitável socialmente e não-sexualizada”.

Além disso, a concepção de saúde que permeia estes documentos se situa com enorme distância do aforisma ideário da Organização Mundial de Saúde (OMS) baseado na dimensão física, mental e social. Entretanto, ambos os documentos revelam a necessidade urgente por combater a lesbitransfobia na atenção, promoção e cuidado em saúde. É necessário que se desenvolvam ações para além da perspectiva do adoecimento que estigmatiza as LBT e contribui para a perpetuação da lesbitransfobia.

Neste sentido, há uma escassez de dados em relação à saúde lésbica, bissexual e transexual que fomenta políticas de atenção integral de forma abrangente. Logo, este debate temático não se esgota aqui, buscamos demonstrar de quais maneiras as demandas de LBT se apresentam nas esferas de controle social, especificamente as conferências de direitos e, deste modo, evidenciamos a invisibilidade deste debate na saúde, demonstrando a necessidade de intervenção do poder público e da sociedade civil frente a essa realidade.

Referências

ALMEIDA, G.E.S. **Da invisibilidade à vulnerabilidade, percursos do corpo ‘corpo lésbico’ na cena pública face a possibilidade de infecção por DST e Aids.** Tese de doutorado em Saúde - 2005.

AVRITZER et al. **Conferências nacionais: atores, dinâmicas participativas e Efetividades** - Brasília: Ipea, 2013.

BARBOSA, Regina M.; FACCHINI, Regina. **Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade.** Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2006.

BRASIL. **Anais da Conferência 2ª Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos para LGBT.** Brasília: 2011.

BRASIL. **Anais da Conferência 3ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres.** Brasília: 2011.

BORGES, Lenise Santana. Visibilidade lésbica: um comentário a partir de textos da mídia. **Boletim CLAM**, Ano XI – nº especial 23/24/25 – outubro 2005, Programa de Estudos e Pesquisas em Gênero, Sexualidade e Saúde – CLAM/IMS/UERJ.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade.** Civilização Brasileira: Rio de Janeiro, 2013.

CALDERARO, F. Políticas de Saúde voltada às Lésbicas: sobre as possibilidades de reverter um quadro histórico de invisibilidade. In: IRINEU, Bruna A.; FROEMMING, Cecilia N. **Gênero**,

Sexualidade e Direitos: construindo políticas de enfrentamento ao sexismo e a homofobia. s/ed: Palmas, 2012.

CARVALHO, Mário Felipe. O “armário trans”: entre regimes de visibilidade e lutas por reconhecimento. In: COELHO, Maria Thereza Ávila D.; SAMPAIO, Liliana Lopes P. **Transexualidades:** um olhar multidisciplinar. Salvador: EdUFBA, 2014.

DELEUZE, Gilles. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 2005.

GUIZARD, F. et al. Participação da Comunidade em Espaços Públicos de Saúde: uma Análise das Conferências Nacionais de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):15-39, 2004.

IRINEU, Bruna A. **Nas tramas das políticas públicas LGBT:** um estudo crítico sobre a experiência brasileira (2003-2015). Cuiabá: EdUFMT, 2019.

LIONÇO, Tatiana. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. **Physis (Rio J.)**, 19.1 (2009): 43-63.

MARTINS, L. et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2009 jan/mar; 17(1):111-7.

PERILO et al. Entre a aids e a Integralidade: Travestis, Transexuais, Bissexuais, Lésbicas e Gays nas Políticas Públicas de Saúde no Brasil. Ser-tão: UFG, 2011. Disponível em: < https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/16/o/teste_para_impress__o_sa__de.pdf >.

PUTTINI, R. et al. Modelos explicativos em Saúde Coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 [2]: 753-767, 2010

SANTOS, Adelyany Batista; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHAN-HAMANN, Edgar. Processo de formação das representações sociais sobre transexualidade dos profissionais de saúde: possíveis caminhos para superação do preconceito. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, 2014.

NAVARRO-SWAIN, T. **O que é lesbianismo**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

CAPÍTULO X

QUANDO A EXPERIÊNCIA TOCA O CORPO

NARRATIVAS DE VIDAS ENTRELAÇADAS PELAS TRANSEXUALIDADES

Pablo Cardozo Rocon¹⁷

“Ninguém nasce um corpo: torna-se um. Para viver em sociedade é preciso ter um corpo e para ser um corpo, é preciso construir um. Ninguém nasce com um corpo pronto para ser usado”
(LANZ, 2015, p.135).

Se não nascemos um/com um corpo, há que se levar em conta que não haverá nada de exclusivamente biológico no que compreendemos como corpos, logo, também não nascemos com sexo e gênero. Essas provocações nos remetem às discussões realizadas por Rocon et al. (2017), indicando que o corpo não se limita a estruturas físico-biológicas, todo corpo é também semiótico, composto por signos, atravessado por saberes e poderes.

Nesse sentido, compreenderemos aqui o corpo como um ponto de encontro de normas e tecnologias sexuais e de gênero no bojo das relações de poder. Como plano composto por expressões de materialidade e imaterialidade. Um corpo que não se basta em seu conjunto de estruturas físico-biológicas, apresentada por determinados saberes e poderes como independentes dos processos da história e alheios à cultura. Um corpo que não é livre dos movimentos socio-políticos da história é interpelado por normas, tecnologias disciplinas, dispositivos e estratégias de governo da vida. Um corpo que, para o ser, aciona um conjunto variado de signos, é marcado pela experiência (LARROSA, 2015), pelo que se passa e o toma, o atravessa, afeta, transforma, desmonta, o apaixona e assim, ao produzir padecimento, o constitui singular, inigualável e não universalizável.

Não se nasce um corpo, torna-se um em meio a experiências na vida, mediadas por normas, técnicas de si, processos de subjetivação, resistências, estratégias de governo da vida, dispositivos, tecnologias de gênero e sexualidade, formas de exploração do trabalho humano, entre outros. Ser/tornar-se um corpo passa também pelo reconhecimento de si, por processos de autoidentificação, bem como pelos processos de reconhecimento pelos outros, nos encontros com os outros. Para ser/ter/tornar-se um corpo, também é preciso ser reconhecido um. Busca-se na construção de um corpo o reconhecimento da vida que o habita (ROCON et al., 2020).

17 Doutor em Educação e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Professor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). E-mail: pablo-cardoz@gmail.com

A partir do exposto, neste capítulo acompanharemos experiências de autoidentificação com as transexualidades bem como as estratégias para construção de um corpo a ser vivido com as relações de gênero. Para tal, comporá a cena do texto narrativas de mulheres que realizaram cirurgias de redesignação sexual em um Hospital Universitário (HU).

Aspectos metodológicos

A pesquisa foi conduzida sob abordagem qualitativa, entendendo-a como profícua para o estudo e análise dos “produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2014, p. 57). Os dados foram produzidos por meio de entrevistas narrativas gravadas em áudio digital realizadas em 2016 e 2017. Castellanos (2014) afirma que “a narrativa é considerada uma forma universal de construção, mediação e representação do real que participa do processo de elaboração da experiência social” (p. 1068). Nesse sentido, “as narrativas possuem um caráter performático, situacional e relacional. Não há neutralidade na produção narrativa” (p. 1069).

Nove participantes compuseram a pesquisa. Foram selecionadas através da metodologia bola de neve, “que utiliza cadeias de referência. Ou seja, a partir desse tipo específico de amostragem não é possível determinar a probabilidade de seleção de cada participante na pesquisa, mas torna-se útil para estudar determinados grupos difíceis de serem acessados” (VIUTO, 2014, p. 203). Assim, cada participante indicava novas participantes a serem entrevistadas.

Todas as participantes preencheram um termo de consentimento livre-esclarecido (TCLE) como requisito para participação. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob número CAAE: 57931916.2.0000.5060, Parecer nº 1.778.321. Nomes e outras informações que poderão identificar as participantes foram omitidas como estratégia de garantia do direito ao anonimato.

Apagar ou recriar um passado

Nove participantes construíram essa pesquisa junto ao pesquisador. No entanto, houve dez negativas de encontro sob duas alegações principais: mudança de estado após a cirurgia e indisponibilidade em narrar o passado. As 19 mulheres contatadas possuem, em comum, experiências com transexualidade ao longo de suas vidas e a realização da cirurgia de redesignação sexual em um Hospital Universitário.

No entanto, não confundamos comum com universal. As narradoras elaboram, pensam, sentem, se afetam, com suas experiências de modo singular. Larrosa (2015) nos ajuda a pensar na singularidade da experiência mesmo quando ela aparenta ser idêntica a todos os sujeitos da experiência. Aqui, apontamos como uma marca da singularidade da experiência as diferentes formas de elaborar as narrativas sobre si. Uma das mulheres justificou a indisponibilidade em participar da pesquisa enviando uma mensagem ao pesquisador por meio do aplicativo *WhatsApp*. Em tal mensagem, tal mulher se desculpava pela indisponibilidade em participar, escrevendo que após a realização da cirurgia, deixou o passado para trás procurando esquecê-lo, afirmando que ao acordar da cirurgia haveria apagado aquele passado, apontado por ele como de dor e sofrimento.

Tal mensagem, recebida pelo pesquisador e aqui narrada por ele, permite reflexões que apontam que, para algumas pessoas, a transição no gênero concebida muitas vezes como completa por perspectivas biomedicalizadoras (com a realização da cirurgia de redesignação sexual), oferecida pelos equipamentos biomédicos, não é suficiente para a produção de um corpo a ser experimentado e vivido. É preciso que o novo corpo seja acolhido pelos outros e, para tal feito, algumas pessoas vislumbram, como necessário, um exercício de apagar o passado: “quando eu acordei da cirurgia, eu de certa forma apaguei aquele passado de dor”, afirmou a narradora. O centro-cirúrgico parece representar um lugar de transição de vida pela morte: vida-morte-vida, onde o passado desaparece ao ser vida que ficou no passado, e o presente se torna vida reencarnada em um corpo construído e novo.

Em suas pesquisas Bento (2006) e Rocon et al. (2020) identificaram que pacientes de serviços transexualizadores buscavam nos procedimentos técnico-cirúrgicos a humanização de seus corpos a partir de impressão das normas de gênero. Aqui, a busca pela humanização parece escapar do território do hospital, ela supõe realizar uma assepsia das ambiguidades da história com o corpo. Nascer de novo exige um novo corpo e uma nova história. Uma nova história pode exigir uma mudança de território, remodelar a narrativa de si, ou ainda elaborar artifícios que tornem o passado aceitável.

A busca pela humanização, possibilidade de viver o corpo construído, talvez nos justifique a indisponibilidade em narrar o passado, o porquê de mudanças de território, a não autoidentificação como mulher trans e a cirurgia de redesignação sexual apresentada com corte entre passado e presente/futuro. Vejamos alguns fragmentos:

Quem conhecia a gente antes da cirurgia vai sempre conhecer a gente como um viado, no pejorativo, a coisa muda quando você muda de lugar. Ou quando alguém te conhece e você já é operada (Participante 7).

Ela conheceu um rapaz, aí foi morar com ele. Depois começou a surgir uns boatos de que ela era isso, que ela era aquilo. Aí ela conversou com ele, falou que ela tinha nascido hermafrodita, e que por isso ela tinha tirado um sexo. Não falou totalmente. [...]. Mas depois ela começou a sofrer bullying pela igreja, porque os boatos surgem, né. Ela mudou de um bairro pra outro, mas facebook, internet, você sempre tem comunicação. Aí eles se separaram. (Participante 8).

Umam amigas já me falaram que mudaram de onde vivia, pra poder [viver]. (Participante 4).

Eu tinha disforia de gênero. Que é o que foi baseado o meu caso. [...] Depois da cirurgia eu me considero uma mulher heterossexual, eu não me considero uma mulher Transgênero. Eu era uma mulher transgênero antes da cirurgia em 1999, após isso eu me considero uma mulher heterossexual, cisgênero. (Participante 1).

As Participantes 4 e 7 narram, com pesar, a permanência da discriminação após a transição, materializada no não reconhecimento do novo corpo: “vai sempre conhecer a gente como um viado”, apontando a mudança de território como estratégia para viver as relações sociais engendradas. As Participantes 1 e 8 apresentam o artifício da patologização – hermafroditismo e disforia de gênero - como recurso discursivo em função da busca à aceitação de seus corpos/vidas na sociabilidade generificada. Os trechos selecionados são amostras de discursos cons-

truídos ao longo das histórias narradas, com fins de reivindicarem o reconhecimento de suas existências.

As participantes da pesquisa narraram não compreender a transexualidade como doença, nem do processo transexualizador como um tratamento de doenças, usando sempre o termo ‘correção’ ao referirem-se aos procedimentos cirúrgicos de redesignação sexual. Nessa direção, o bisturi com seu poder de cortar e remontar um corpo junto a todos os demais recursos farmacológicos – hormônios, próteses, medicações, produzem experiências, constituem-se em elementos de uma história a ser narrada, cortada e remontada, sempre em direção à construção de uma vida que se deseja viver. Correção, nesse sentido, pode ser a produção de um corpo cuja existência é reconhecida na sociabilidade engendrada.

Larrosa (2015) afirma que a experiência é o encontro com a prova, a experimentação, o perigo, dúvida, incerteza, travessia e perigo. Não há certeza sobre os resultados das cirurgias, dos efeitos de uma hormonioterapia, das consequências das mudanças de território, de uma história remodelada ou de um passado apagado. Segundo o autor “o sujeito da experiência tem algo desse fascinante que se expõe atravessando um espaço indeterminado e perigoso, pondo-se nele a prova e buscando nele sua oportunidade, sua ocasião” (LARROSA, 2015, p. 26). Apagar o passado é uma experiência de morrer para viver uma vida fabulada com elementos disponíveis nas experimentações com a transexualidade, a sustentar a história narrada, elementos retirados da própria experiência o processo transexualizador.

Dos processos de autoidentificação ou, as experiências com um corpo trans

As experiências das participantes produziram seus corpos ou os corpos produziram as experiências narradas? Há uma ordenação nos acontecimentos? Se concordarmos com Jorge Larrosa (2015, p.26) que a “experiência é a passagem da existência” (p. 26), então, poderemos pensar que não há primeiro ou segundo, mas que os corpos são a própria experiência encarnada, é a materialidade das experiências que tocaram, modelaram e produziram corpos por uma passividade presente na disponibilidade, receptividade e abertura dos corpos das narradoras às transexualidades.

Há que destacar que o lugar de pesquisador, muitas vezes pode representar em si um lugar do saber, da academia, da especialidade, e também do outro na relação que se estabelece para uma conversa e para avaliação coletiva de uma série de signos, como os de beleza, saúde, feminilidade, masculinidade, etc. É sempre com o outro que tais avaliações podem acontecer. Nesse sentido, o encontro pesquisador e narradoras também coloca para elas a oportunidade de narrar suas histórias para si e para o outro, destacando nelas os elementos semióticos que mobilizam na construção de um corpo de mulher, que afirmam um lugar no campo das relações de gênero ao qual tal construção corpórea é pertencente. Tal movimento vemos com as participantes dessas pesquisas:

Tudo começou... Primeiro você sente que você é diferente desde muito cedo, porque você sente que você é diferente? [...] então, eu tinha muito primo e prima e todo mundo junto, porém, eu via que meus primos ficavam sem camisa, eu não conseguia ficar sem camisa, entendeu? Nós íamos brincar de alguma

coisa na rua, a gente pegava as camisas de malha, enrolava aqui e fazia isso [a participante mostra como ‘produzia’ uma espécie de camiseta feminina], era o que todas as meninas faziam, entendeu? (Participante 2).

Então, eu cresci sabendo que eu era diferente, mas não sabia direito o que era. A princípio eu pensei que eu fosse gay, mas, aí, eu fui vendo... Tipo assim, eu me sentia diferente, eu brincava de boneca, colocava a camisa na cabeça. Eu só jantava com uma blusa e um arquinho. Quando eu fui chegando à adolescência, na puberdade, eu fui tendo acesso à internet, a televisão. Então, eu fui descobrindo algumas coisas, descobri as Travestis. Então eu comecei a me identificar com esse mundo [...]. Eu fui me identificando cada vez mais, e foi aí que eu descobri a cirurgia de troca de sexo (Participante 6).

Eu vestia as roupas da minha mãe. Eu não gostava de brincar com os meus primos, só com as primas. Eu tinha esse comportamento, que eu já achava que era mais pro feminino (Participante 4).

As narradoras buscaram, nas memórias da infância, os elementos necessários à composição da narrativa sobre o corpo que construíram para viver. São apresentadas diversas formas de experimentação do gênero, tais como: brincar de bonecas, o uso de arquinho e determinada blusa associada ao feminino, a criação de um “cabelo de mulher” com uma camisa na cabeça, a criação de uma “camiseta feminina” a partir da “camiseta masculina”, a indisponibilidade em estar sem camisa, etc. Uma série de elementos são cuidadosamente apresentados nas narrativas demarcando os processos de identificação com o gênero.

Louro (2014, p. 31) relata que “tanto na dinâmica do gênero como na dinâmica da sexualidade – as identidades são sempre construídas”. A autora narra de que forma as diferenças entre os gêneros são produzidas por diferentes estratégias biopolíticas e disciplinares e que essas passam, na infância, pela divisão de brinquedos, brincadeiras, roupas, atividades esportivas, filas e banheiros no espaço escolar, todo um processo de produção identitária que vislumbra escrever nos corpos uma linearidade entre genitália, desejo sexual e performances de gênero (BUTLER, 2014).

No encontro com os trechos supracitados, podemos vislumbrar a profanação das normas de gênero, no uso que Agamben (2007, p.75) realiza da palavra: “profanar não significa simplesmente abolir e cancelar as separações, mas aprender a fazer delas um uso novo, a brincar com elas”. Os elementos apresentados por Louro (2014), que comumente são empenhados como dispositivos para produção e normalização dos corpos-crianças em corpos meninos e meninas segundo pressupostos biológicos, aqui são tomados pelas narradoras como elementos que justificam o que de fato tentam impedir: a transição nos gêneros. A boneca, brinquedo com fins de estimular a construção de um corpo mulher em corpos com vagina, aqui é usada como justificativa sobre corpos com pênis também poderem construir um corpo mulher. A camisa dita de menino pode ser reutilizada para tornar-se camiseta feminina ou um cabelo longo. O uso do “arquinho”, das roupas da mãe, pode ser visto como um ato profano diante das normas que anseiam fixar os corpos à biologia. Agamben (2007) afirma as crianças como hábeis na arte de profanar.

Encontro com Roberta Close

Outro elemento presente nas narrativas sobre os processos de autoidentificar-se com a transexualidade foi o encontro com a experiência Roberta Close, cujo aparecimento no cenário brasileiro, como um elemento marcante nos direcionamentos das experiências identitárias na vida trans, aconteceu na década de 1990. Analisá-lo faz-nos resgatar as discussões sobre produção de bioidentidades na sociedade do governo da vida como estratégia de controle e normalização dos corpos trans. Pal Pelbart (2018, p.4) afirma que “o predomínio da dimensão corporal na constituição identitárias permite falar numa bioidentidade”.

Em seus estudos Carvalho (2011, p. 26) destaca “a ampla divulgação na mídia do caso Roberta Close” dentre os elementos de popularização da categoria Transexual no Brasil. A emergência de uma categoria identitária no discurso médico-científico como a transexualidade, cujos contornos descritivos são estabelecidos por pressupostos biomédicos, atravessam a organização dos movimentos identitários de gênero e sexualidade, apresentando nova possibilidade de construir o corpo para viver em sociedade.

A criação de novas bioidentidades nos encontros entre corpos e estratégias de governo da vida inauguram processos de subjetivação, produzem experiências diversas ao atingirem corpos e vidas, no campo de alcance dessas novas identidades e subjetividades. Vejamos alguns fragmentos em que a experiência Roberta Close é narrada pelas participantes da pesquisa em seus processos de autoidentificação com a transexualidade.

Mas, tempos depois [...] Veio a Roberta Close. Aí era uma cirurgia mesmo. Ela se tornou mulher. Aí foi a minha realização. Entendeu? A minha ‘ídola’, no caso, passou a ser a Roberta Close. Entendeu? Não pela beleza estupenda que ela tem. Mas, por eu saber na época que ela era uma mulher, que deu certo. Entendeu? (Participante 1).

A cirurgia, eu li numa revista de carnaval... Ela fez... Então, eu seguia muito isso. Seguia a Roberta Close. Eu fiquei sabendo de muita coisa. Aqui, quando eu fiquei sabendo aqui, eu procurei uma mulher, ela começou a fazer cabelo comigo, e ela que me indicou o Hospital das Clínicas. (Participante 7).

Roberta [Close] só operou em 89, aí já começaram a falar sobre o assunto, fora do Brasil, nossa, uma coisa impossível, longe, distante, entendeu? Ai depois começava a conversa sobre as mutilações, né? Que tinham as mutilações. Porque eu era novinha, e ouvia falando que alguém tinha extirpado o pênis, colocou uma anestesia local, e isso, uma mutilação, uma agressão, pra você ver como a pessoa quer se libertar daquilo [genitália], né? Como a pessoa quer se libertar daquilo. (Participante 2).

A experiência de Roberta Close anunciou às participantes novos elementos para a construção um corpo para viver. Talvez o principal elemento anunciado tenha sido a cirurgia de redesignação sexual. O surgimento da possibilidade de construir um corpo não gay e não travesti despontou nos horizontes, a busca pela produção de um corpo transexual passou a compor as experiências de vida das narradoras.

Rocon et al. (2016b) e Carvalho (2011) permitem afirmar que o surgimento da categoria transexual possibilitou uma cidadanização dos corpos trans via medicalização – uma cidadania

cirúrgica, como pontuou Carvalho (2011). Oferecendo uma espécie de inclusão via assepsia das estruturas corporais diacrônicas às normas de gênero. A medicalização permite a vida pela morte, a reencarnação em um novo corpo remontado em protocolos de hormonioterapia e mesas de cirurgia.

Contudo, é paradoxal a relação das participantes com os dispositivos que tornaram a produção identitária transexual nos mecanismos de gestão da vida. Ao (re)produzirem as bioidentidades transexuais, também apontam para novos horizontes na produção corporal que escapará, contornará e fará usos dos mesmos dispositivos para produção de fugas: a 1ª fuga se dá no próprio processo de transição corporal, no qual “ainda que muitas pessoas trans busquem supostamente adequar-se às normas [...], por meio da exploração da plasticidade de seus corpos, vão denunciando a naturalização e a essencialização normativas” (ROCON et al. 2017, p. 530; BUTLER, 2014).

Logo, a 2ª fuga se dá na apropriação das normativas e protocolos, disseminando informações sobre processos de diagnóstico para acessar serviços públicos de saúde nas redes de amizade e solidariedade. Também compartilhando informações sobre dosagens de hormônio que passam a ser realizadas fora do aparato médico-hospitalar utilizando os saberes ali produzidos, proporcionando uma infinidade de experiências com a transexualidade que podem escapar à noção de transexualidade verdadeira (BORBA, 2016; ROCON et al., 2019; ROCON et al., 2020).

Considerações

Todos constroem seus corpos para viver a sociabilidade. A construção de um corpo parece ser mediada pelas experiências encontradas ao longo de uma trajetória de vida. Construimos corpos com recursos variados como alimentações diferenciadas, exercícios físicos, procedimentos fármaco-bio-médicos. Bem como, na mobilização de signos como beleza, masculinidade, feminilidade, saúde e adoecimento. Nessa direção, compreendemos o corpo como plano no qual materialidade (estrutura físico-biológica) e imaterialidade (signos) são expressões do próprio corpo. “Semiótica e materialmente o corpo está em constante processo de transformação, sendo essencialmente caracterizado pela fluidez das condições materiais e das normas sociais” (ROCON et al., 2017, p. 523).

O corpo, em seu constante processo de transformação, ao ser tocado pela experiência, também o será por um conjunto de normas sociais que vislumbram regular a existência. Portanto, o corpo, sempre em construção, será interpelado por diversas estratégias de disciplina, controle e normalização que definirão quais corpos serão anormais/normais, abjetos/humanos, separando aqueles que engendrarão vidas que merecem ser protegidas e vividas. Desse modo, “numa sociedade cujas normas predominantes para a inteligibilidade dos corpos residem no gênero binário e na heteronormatividade, todos os corpos inadequados a esse padrão poderão ser considerados doentes, como no caso dos corpos trans” (ROCON et al., 2016a, p. 2524).

Nessa direção, as narrativas compostas por elementos que representem feminilidade (brinquedos, ‘arquinho’, camisa simulando cabelo), que medicalizem o gênero/sexualidade (hermafroditismo, disforia de gênero), parecem compor os elementos semióticos mobilizados na direção da produção de um corpo para viver e ser reconhecido na sociabilidade engendradora.

Nesse caminho, a transformação material do corpo parece insuficiente para garantir o acolhimento nas relações sociais de gênero à população trans, garantir o reconhecimento da existência. Nesse sentido, como signo e matéria são expressões do próprio corpo, criar uma vida com passado ignorado ou remodelado, mobilizar signos que advogam a feminilidade do corpo, pode se constituir tão importante quanto às mudanças físico-corporais oferecidas pelos procedimentos biomédicos.

Nesse contexto, Roberta Close ao se constituir em representação de beleza e sucesso na transição do gênero, com grande destaque na mídia, insere-se nos signos mobilizados a advogar pelas vidas que vislumbram construir seus corpos pela transexualidade. Butler (2016) nos dirá que existem certos enquadramentos epistemológicos que elegem vidas a serem vividas, protegidas, passíveis de luto, em detrimento de outras cuja perda não é objeto de lamento. Segundo a autora, “alguns humanos consideram natural sua condição de humanos, ao passo que outros batalham para garantir o acesso a ela” (p. 117). A experiência Roberta Close parece representar às narradoras a possibilidade de acesso à condição de humanidade por um reconhecimento de si pelos outros. Sinalizando a construção de um corpo em dissonância com sexo/gênero atribuídos ao nascimento, mediada pela transexualidade, em consonância com perspectivas de gênero que desejavam viver.

Não há dúvidas sobre a importância da oferta de serviços públicos de saúde específicos à população trans, bem como a demanda pela transformação dos corpos como necessidade em saúde. Se todos precisam construir um corpo que possibilite viver em sociedade, tão logo essa se constituirá radicalmente numa necessidade em saúde para todos e assim, passará a compor os determinantes sociais, culturais, históricos e econômicos dos processos saúde-doença.

No entanto, há uma enorme discrepância nas possibilidades de construir um corpo quando observamos pessoas cisgênero e transgênero. Os primeiros, por não apresentarem uma incompatibilidade com o gênero atribuído ao nascimento, não encontram grandes dificuldades no acesso aos recursos para construção dos corpos. A população trans, contudo, além de normalmente apresentar maior carência de recursos financeiros para investir nas construções corporais dada a condição de marginalização (ROCON et al, 2017) e por apresentarem-se gênero divergentes, encontram toda uma série de barreiras materializadas em protocolos clínicos e diagnósticos que limitam as possibilidades de transformação do corpo material, bem como dificuldades às mudanças de nome, documentos, e mobilização de outros signos, na produção de um corpo para a existência.

Nessa direção, o processo transexualizador se apresenta como programa capaz de potencializar a construção do corpo em direção à ampliação das possibilidades de viver. Contudo, tal programa somente responderá às necessidades sociais em saúde da população trans, quando considerar os ensinamentos que as experiências trans podem oferecer ao cotidiano dos serviços de saúde que a biologia não é determinante do gênero, nem fronteira para as construções corporais. Portanto, avançar nos cuidados em saúde à população trans supõe a desmedicalização dos corpos trans, compreendendo que limitar o acesso da população trans aos serviços públicos de saúde é também negar a ela as possibilidades de construir um corpo para existir.

Referências

- AGAMBEN, G. **Profanações**. São Paulo: Boitempo, 2007.
- BENTO, B. **A (re)invenção do corpo**: sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- BORBA, R. O (Des) **Aprendizado de Si**: transexualidades, interação e cuidado em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.
- BUTLER, J. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.
- BUTLER, J. **Quadros de Guerra**: quando a vida é passível de luto. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.
- CARVALHO, M.F.L. **Que mulher é essa?:** identidade, política e saúde no movimento de travestis e transexuais. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.
- CASTELLANOS, M.E.P. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1065-1076, 2014.
- LANZ, L. **O Corpo da roupa**: a pessoa transgênera entre a transgressão e a conformidade com as normas de gênero. Curitiba: Transgente, 2015
- LARROSA, J. **Tremores**: escritos sobre experiências. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.
- LOURO, G. L. **Gênero, sexualidade e educação**: uma perspectiva pós-estruturalista. Rio de Janeiro: Vozes, 2014.
- MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- PELBART, P.P. **Vida nua, vida besta, uma vida**. Trópico, p.1-5, 2016. Disponível em: <<http://p.php.uol.com.br/tropico/html/textos/2792,1.shl>>. Acesso em: 15 set. 2018
- ROCON, P.C.; RODRIGUES, A.R.; ZAMBONI, J.; PEDRINI, M. D. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2517-2526, 2016a.
- ROCON, P.C.; SODRÉ, F.; RODRIGUES, A. Regulamentação da vida no processo transexualizador brasileiro: análise sobre a política pública. **Katalysis**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 260-269, 2016b.
- ROCON, P.C.; ZAMBONI, J. ; SODRÉ, F. ; RODRIGUES, A. ; ROSEIRO, M. C. F. B. . (Trans) formações corporais: reflexões sobre saúde e beleza. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 521-532, 2017.

ROCON, P. C.; SODRÉ, F. ; RODRIGUES, A.; BARROS, E.B.B; WANDEKOKEN, K.D. Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transexualizador do Sistema Único de Saúde. **Interface** (Botucatu), Botucatu , v. 23, e180633, 2019 .

ROCON, P. C.; SODRÉ, F. ; RODRIGUES, A.; BARROS, E.B.B; PINTO, G.S.S.; ROSEIRO, M. C. F. B.. Vidas após a cirurgia de redesignação sexual: sentidos produzidos para gênero e transexualidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2347-2356, 2020.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014.

CAPÍTULO XI

ADESÃO AO TRATAMENTO DO HIV TRANSFERÊNCIA NA RELAÇÃO PSICÓLOGA-PACIENTE

Rosely Vieira Cecílio¹⁸

Cristina Vianna Moreira dos Santos¹⁹

Introdução

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), sigla em inglês, é uma doença que se manifesta após a infecção do organismo humano pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (BRASIL, 2010). No final da década de 1970, alguns casos de Aids começaram a aparecer, sem serem reconhecidos. Nos primeiros anos, quando os pacientes eram diagnosticados com o vírus, com brevidade iam a óbito. Após mais de 30 anos, a Aids continua a ser um dos mais sérios desafios mundiais à saúde. Globalmente, o HIV continua a ser a quinta principal causa de morte entre adultos e a principal causa de morte de mulheres entre 15 e 49 anos (UNAIDS, 2012).

Em relação ao diagnóstico de HIV, Rabuske (2009) esclarece que a “comunicação do diagnóstico” é a expressão que caracteriza as interações entre profissional da saúde e usuários dos serviços de saúde com o objetivo de informar o resultado do teste. No Brasil, esses diagnósticos são comunicados por médicos e profissionais da saúde como enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos que atuam como aconselhadores.

Nessa perspectiva foi desenvolvido o protocolo SPIKES (BAILE et al., 2000) com o objetivo de habilitar o médico e demais profissionais da saúde para comunicar más notícias. Trata-se de um protocolo de grande utilidade, visto que é completo, e engloba os principais pontos chave para a socialização de más notícias com a menor quantidade possível de efeitos adversos (LINO et al., 2011).

18 Psicóloga e Psicanalista. Especialista em Infectologia pela Secretaria Estadual de Saúde de Goiás (SES-GO). Especialista em Avaliação Psicológica (IPOG). Psicóloga Hospitalar no Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL). E-mail: roselycecilio@terra.com.br

19 Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (UnB). Professora Adjunto do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Tocantins (UFT). Coordenadora do Centro de Estudos e Serviços de Psicologia, Coordenadora do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Sexualidade, Corporalidades e Direitos, Vice-Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental da Universidade Federal do Tocantins (UFT). E-mail: cristina.vianna@uft.edu.br

Outro ponto importante a ser considerado são os segredos familiares. Imber-Black et al. (1994) afirmam que a guarda de segredos vinculados ao HIV nas famílias é um reflexo direto das opiniões sociais que estigmatizam o paciente infectado. O medo da estigmatização leva os indivíduos e as famílias a manterem uma síndrome em segredo, ou ainda, ocasionalmente, uma pessoa que vive com HIV pode manter seu diagnóstico em segredo de sua família imediata, enquanto confia em amigos íntimos para a obtenção de apoio.

Em se tratando da adesão ao tratamento para HIV, a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que esta compreende um conjunto de ações que podem incluir tomar medicamentos, obter imunização, comparecer ao agendamento de consultas e adotar hábitos saudáveis de vida. Em consonância, o Ministério da Saúde criou o Manual de Adesão ao Tratamento para Pessoas Vivendo com HIV/Aids, no qual entende-se que a adesão é um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo (BRASIL, 2008).

Both et al. (2012) reforçam que a aderência ao tratamento demanda um processo de mudanças, por meio do qual a pessoa que vive com HIV faça do medicamento e desse agravo à saúde, elementos constituintes de sua vida. Entretanto, esse processo é influenciado por fatores que dificultam ou facilitam os aspectos emocionais enfrentados pelo HIV. Em seus estudos Bonolo et al. (2007) destacam a importância da relação estabelecida entre profissionais de saúde e paciente como sendo um ponto crítico e motivador de incremento e manutenção da adesão à terapia antirretroviral.

Deste modo, quais as possibilidades do exercício da/o psicóloga/o hospitalar? E, mais especificamente, quais as ações desta/e profissional em um hospital de infectologia, cujo enfoque principal é a adesão ao tratamento Antirretroviral (ARV)? Nesse contexto hospitalar, há de se destacar Mohallem e Souza (2000) quando assinalam que, na maioria dos casos, a internação em um hospital é algo que desestabiliza não só o sujeito internado, mas também seus familiares.

Almeida e Silva (2015) afirmam que a utilização do arcabouço teórico psicanalítico como eixo norteador se deve principalmente ao conceito psicanalítico de sujeito. Por certo tempo, a psicanálise se restringiu aos consultórios, no entanto, o que se percebe, atualmente é a presença desta em contextos diversos como, por exemplo, nas instituições públicas de saúde.

Sigmund Freud, médico neurologista, fundou a psicanálise a partir de sua clínica e se deparou com sintomas que não podiam ser verificados pela anatomia patológica. Ele privilegiou a escuta de pacientes, acreditando que a fala delas/es tinha um saber a ser alcançado. Estabeleceu a Psicanálise marcada pelo convite à fala (AMERICANO, 2010).

Em “A dinâmica da transferência”, Freud (1912) destacou um novo método de tratamento. A *Übertragung*, termo alemão que, além de transferência, significa também transmissão, tradução, versão, e até audição, ganha, enquanto conceito psicanalítico, o sentido de estabelecimento de um laço afetivo intenso, que se instaura de forma quase automática e independente da realidade na relação com o psicanalista, revelando o pivô em torno do qual gira a organização subjetiva do paciente. Neste mesmo texto, Freud (1912) relaciona a transferência com o conceito de resistência, tratando-o como um obstáculo à elucidação dos sintomas e progressão do tratamento que parece estar situado em uma espécie de repulsa associada a um conteúdo inconsciente, tornando difícil que esse conteúdo se torne consciente e aceito pelo sujeito.

Maurano (2006) assinala que a transferência tem a ver com o amor, com a demanda de ser amado, mais que isso, articula-se com a forma como a demanda de amor será acolhida, encaminhada, tratada e desmontada na experiência analítica. A relevância dessa questão para o tratamento analítico é referida por Jacques Lacan, médico psiquiátrico e psicanalista, em seu Seminário 8, “A transferência”. Lacan (1982) introduz esse estudo retomando o texto filosófico “O Banquete de Platão”, dizendo haver ali uma teoria do amor, enunciada por Sócrates e Alcibiades, teoria esta que adotará como própria ao discurso analítico e como capaz de esclarecer a natureza da transferência. Lacan extrai do Banquete uma observação sobre como amar é dar o que não se tem.

Nesta dialética entre amante/amado fica uma questão: saber se esse algo que tem o amado tem relação com a falta no amante. Responde-se esta questão, visto que a experiência analítica nos mostra que existe estruturalmente uma relação de inadequação. Em outras palavras, não há conjunção entre desejo e objeto. Esse efeito de significação do amor decorre de uma passagem metafórica: para amar é necessário que o sujeito se reconheça como faltoso (GOBATTO, 2001).

Pensando na transferência como condição estruturante no campo da clínica psicanalítica, torna-se relevante compreender como ela ocorre em uma instituição hospitalar por envolver um contexto diferente do *setting* tradicional e por se propor a promover e estabelecer a escuta analítica (LUBIANA; MIRANDA, 2011). Assim sendo, o objetivo principal deste estudo foi o de analisar a transferência na escuta analítica como estratégia para adesão ao tratamento de HIV, avaliando como a revelação diagnóstica do vírus HIV impacta psicologicamente o paciente e dificulta o processo de adesão e identificando como a relação psicóloga-paciente auxilia na adesão ao tratamento de HIV.

Metodologia

Esta pesquisa foi produzida no contexto da Residência Multiprofissional em Área Profissional da Saúde – Psicologia, no Programa de Clínica Especializada em Infectologia, e desenvolvida no Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT/HAA), em Goiânia no ano de 2016. Contou com três pacientes, 1 homem e 2 mulheres, com idade entre 28 a 55 anos que foram apresentados com nomes fictícios, mantendo o anonimato.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do referido hospital, os pacientes participantes da pesquisa indicados pela psicóloga responsável pelo Setor de Psicologia, foram abordados pela pesquisadora residente que tomou todos os cuidados éticos implicados no processo de pesquisa com seres humanos. O protocolo SPIKES foi utilizado para nortear o atendimento psicológico pós-revelação diagnóstica para HIV, bem como, a escuta clínica analítica proporcionando oportunidade para elaboração de vivências. A análise de informações foi feita por meio de 3 estudos de casos.

Discussão dos resultados

Caso Clínico 1

Rogério, 34 anos, gênero masculino, heterossexual, casado há cinco anos, sem filhos, reside e trabalha no interior de Goiás. Possui uma filha de 8 anos, de um casamento anterior. Rogério teve 12 atendimentos psicológicos. O paciente relata no primeiro atendimento psicológico que a revelação diagnóstica “foi chocante, como um impacto” (sic). Verbalizou que começou a fantasiar sobre o dia de sua morte, com um corpo todo esquelético, como os artistas que morreram na década de 1990. Ao longo de quatro meses desde a revelação, Rogério ainda mantinha as mesmas fantasias. Albuquerque e Gaudêncio (2011) assinalam que a ausência de informação ou a comunicação deficiente conduz o paciente a um sentimento de insegurança em relação à doença e ao prognóstico dela.

Rogério relatou que estava se sentindo cuidado por toda a equipe do hospital: “todos são educados aqui, cuidam da gente com carinho e atenção” (sic), marcando assim, sua transferência pela instituição. Dutra e Ferrari (2007) realçam que inicialmente a transferência é estabelecida com a instituição, mas à medida que o atendimento prossegue, o sujeito pode se endereçar a algum profissional que faça uma escuta analítica e que, na verdade, a instituição é a verdadeira destinatária da demanda do sujeito.

Sua esposa estava acompanhando-o e demonstrou carinho e afeto para com ele, mas também certa angústia, pois em um momento em que nos encontrávamos fora do quarto do paciente, ela afirmou ter realizado o teste rápido para HIV não revelando a soropositividade, mas sua preocupação girava em torno de como e onde o marido havia se contaminado e há quanto tempo. Porém, ao lado do esposo, não tocava no assunto, apenas falavam do reestabelecimento de sua saúde.

Rogério foi diagnosticado com Neurotuberculose, uma manifestação neurológica causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*. Naquele momento sua tia materna acompanhava-o, mas sem ter conhecimento de seu diagnóstico de base. Em relação ao ocultamento e silenciamento do diagnóstico, Imber-Black et al. (1994) salientam que é comum o segredo ser revelado gradualmente a vários membros da família, com base tanto em sua necessidade imediata de saberem, ou porque o paciente é ajudado a traçar distinções entre os membros da família, para determinar quem pode aceitar melhor as informações. Na ocasião, tive o cuidado de comunicar a toda à equipe sobre o sigilo de diagnóstico, deixando a critério do próprio paciente ou mesmo de sua esposa tal revelação.

Certo dia, a mãe de Rogério passou a acompanhá-lo na internação, quando ele já apresentava sinais de melhora clínica. Naquele cenário, pairava a relação dual, na qual o paciente sofria uma dependência total da sua demanda pelo amor da mãe. Ele estava fascinado pelo seu olhar e pela sua fala, com a mãe se identificava e por ela se alienava. Muitas histórias foram narradas por eles, dentre elas a de que ele trabalhou por dois anos como caminhoneiro. Em algumas viagens a esposa o acompanhava, e em outras era a mãe. Em sua fala deixou claro a permissividade da mãe: “gostava de viajar com minha mãe porque ela me deixava fazer tudo, e minha esposa me podava” (sic). Vale ressaltar a topologia de Lacan em seu Seminário 11 (1973)

explicando a constituição do sujeito em termos de alienação e separação. A alienação é própria do sujeito, ele nasce por ação da linguagem.

Neste mesmo dia, ao final do atendimento, Rogério verbalizou: “obrigada por não desistir de mim, quando eu não estava bem” (sic). Cabe aqui ressaltar o retorno ao texto da “Dinâmica da transferência” de Freud (1912), assinalando que todo indivíduo a quem a realidade não oferece inteira satisfação da sua necessidade de amor se volta, inevitavelmente, com certa esperança libidinal, para todo novo personagem que entra na sua vida.

Caso Clínico 2

Norma, 55 anos, gênero feminino, heterossexual, viúva há 7 anos, sem relacionamento afetivo desde a viuvez, possui 3 filhas casadas, tem 5 netos e 1 bisneto. Norma teve 8 atendimentos psicológicos.

No momento da revelação diagnóstica, seu afilhado estava acompanhando-a, e este se mostrou solícito no processo de elaboração, enfatizando que o HIV é atualmente uma doença crônica e que existe tratamento. Mesmo com todo o acolhimento, ela duvidou do resultado, só acreditando quando repetiu o teste no hospital. No momento do diagnóstico Cavallari (1997) afirma que a negação é uma tentativa de aliviar o sofrimento causado pelo impacto do diagnóstico e mais, que na certeza da presença do vírus, o sujeito em geral sente-se desamparado e tomado pelas incertezas diante da vida, de seus projetos e de seus referenciais.

Desde o início fiquei atenta ao enlace transferencial, pois a paciente se apresentou com um discurso monossilábico nos primeiros atendimentos. Nos dias que transcorreram deixei Norma à vontade para falar de si, colocar suas dúvidas e anseios em torno de sua nova condição sorológica. Freud (1912) em “A dinâmica da transferência” aponta que a resistência acompanha o tratamento passo a passo. Cada associação isolada, cada ato da pessoa em tratamento tem de levar em conta a resistência.

Norma apresentou uma Pneumocistose como doença oportunista. Conforme os atendimentos ocorriam, eu apresentava os resultados dos exames para ela, explicando-os de acordo com seu entendimento. Percebi que a cada dia que ela se apropriava da doença com a clareza das informações, amenizava sua angústia de estar hospitalizada, deixando-a falar francamente sem pré-julgamentos em suas associações livres, com isso ia também aumentando sua confiança em mim, o que ocorreu em um processo gradual.

Aos poucos, Norma foi estabelecendo a transferência e falando de seus desejos, resgatando o seu direito de viver e decidir sobre sua própria vida. Narrou sua história de vida, seus casamentos, suas filhas, netos e bisneto se orgulhando de todos, e de ter conquistado sua casa própria. Percebi que possuía bons recursos internos de enfrentamentos, ora focados no problema, ora focados na emoção. Straub (2005) aponta que as estratégias de enfrentamento visam moderar ou minimizar os efeitos de estressores sobre o bem-estar físico e emocional. O enfrentamento focalizado na emoção inclui buscar pessoas que ofereçam apoio social, e o focalizado no problema inclui lidar diretamente com o estressor enfrentando-o pró-ativamente.

No dia anterior à sua alta hospitalar, ao adentrar o quarto que Norma se encontrava, ela verbalizou: “parece que já te conheço há anos, pois me é tão familiar” (sic). No que diz respeito

à atuação do analista em âmbito hospitalar, Soares (2009) afirma que o trabalho do analista no hospital em termos cronológicos é breve. Dá-se um início e logo é interrompido por alta hospitalar, por exemplo, mas que não deixa de ter uma função de reordenação subjetiva.

Caso Clínico 3

Alessandra, 28 anos, gênero feminino, heterossexual, separada, com dois filhos (11 e 9 anos). Atualmente, está namorando há um ano e no momento não trabalha. Mora com o irmão e mais dois sobrinhos menores de idade, os quais ela auxilia na educação. Alessandra teve 9 atendimentos psicológicos.

Alessandra relatou que buscou auxílio médico porque estava “perdendo sua visão” (sic), e após vários exames em sua cidade foi constatado o diagnóstico de HIV. Alessandra foi transferida para o hospital e diagnosticada também com Neurotoxoplasmose. A Toxoplasmose é considerada uma doença oportunista que lesiona o sistema nervoso central, e ocorrendo mais frequentemente em pacientes soropositivos, tendo como complicação mais frequente a lesão no nervo óptico que leva a cegueira.

No primeiro atendimento psicológico, a paciente demonstrou estar mais preocupada com o retorno de sua visão do que com sua nova condição sorológica de HIV. O fato de não enxergar estava se sobrepondo ao recente diagnóstico de uma doença sem cura. No momento, estava acompanhada pela irmã que evidenciou apoio emocional à Alessandra, relatando que a família toda tinha o conhecimento do diagnóstico, menos o namorado dela. A paciente verbalizou que ela mesma queria comunicá-lo.

Neste primeiro atendimento psicológico, percebi que teria que adequar-me à paciente, colocando-me mais próxima a ela, segurando sua mão e estabelecendo o vínculo transferencial, acreditando ser este um dos pilares estruturadores do processo terapêutico e pontuando com Alessandra que o mais importante era sua palavra. No dia seguinte, quando adentrei o quarto, após dizer “bom dia”, Alessandra foi logo retribuindo e proferindo meu nome. Para minha surpresa também, segundo ela, seria o mesmo nome de sua irmã mais nova, e que lhe soava familiar, “você é igual à minha irmã, muito carinhosa” (sic). Diante do exposto, Cunha e Martins (2012) enfatizam que quando o sujeito é encaminhado por alguém ou identificado por algo do analista como seu nome, sua fisionomia, sua voz, ou seu jeito de falar, a transferência é estabelecida. Prosseguindo seu relato, a paciente informou que soube recentemente que o ex-marido também estava com HIV. Propus à paciente que fôssemos até o jardim para que ela pudesse aproveitar o sol da manhã, bem como aguçasse seus outros sentidos.

Posteriormente à consulta com o oftalmologista, o médico infectologista que a acompanhava, procurou-me para comunicarmos à paciente que o seu quadro seria irreversível, pois todo o seu nervo óptico fora afetado. Baseada no Protocolo SPIKES sobre comunicação de más notícias, elaborei mentalmente como seria minha transmissão, juntamente com o médico, sobre tal diagnóstico. O manejo clínico incluiu a busca pela privacidade, o envolvimento de pessoas importantes, as restrições de tempo, as possíveis interrupções, a percepção de Alessandra sobre seu tratamento, a má notícia, as reações emocionais, validando seus sentimentos e compartilhando responsabilidades na tomada de decisão.

Após o final de semana retornei ao atendimento com Alessandra e apenas com meu “bom dia”, ela já reconhecia que eu estava ali. Relatou que seu namorado a visitou e conversaram por longo período. Disse que se lembrou de minhas palavras e durante toda conversa ela se mostrou sincera para com ele, deixando que o amor imperasse. Segundo Alessandra, ele se mostrou atencioso e compreensivo, disse que estava pesaroso por sua condição clínica e que continuaria com o relacionamento.

Dois meses se transcorreram desde o último atendimento, quando encontrei Alessandra novamente no ambulatório do hospital. Ao me aproximar saudei-a com um “bom dia”, e ela logo pronunciou meu nome.

Considerações

Diante da questão limitante do corpo, o que dizer de um sujeito acometido por uma doença com impossibilidade de cura como o HIV, deixando-o com marcas físicas e psíquicas, trazendo a dor da incerteza da continuidade da vida? E o impacto avassalador do diagnóstico que é ao mesmo tempo de nada e de excesso, operando mudanças estruturais de grande porte no paciente? E a adesão ao tratamento, tendo de adequar-se às mudanças em sua rotina de vida? E, como alerta Pitrowsky (2013), disponibilizar o medicamento não basta se os serviços não se imbuírem da ideia de que o paciente é um sujeito diverso, considerando sua singularidade e respeitando as dificuldades específicas de cada um.

Desta maneira, a minha inquietude partiu dos atendimentos iniciais aos pacientes com diagnóstico recente de HIV e de que forma poderia auxiliá-los na adesão ao tratamento, tendo como pressuposto freudiano a transferência. Principiando do discurso do paciente para que se operem efeitos subjetivos necessários à efetividade de um tratamento, outras pesquisas corroboraram com o presente estudo, tais como, Pitrowsky (2013) em suas contribuições da psicanálise à questão da adesão ao tratamento dos portadores de HIV, Alberti (2008) trazendo sua experiência de atendimento com base teórica psicanalítica, Both et al. (2012) salientando os aspectos emocionais dos pacientes com HIV e a atuação do psicólogo, Pinheiro (2013) em sua pesquisa em psicanálise no hospital, enfatizando os corpos marcados pelo HIV, ou mesmo Flexa (2013) destacando a sexualidade de mulheres vivendo com Aids. Partindo dos casos clínicos discutidos, considero que os objetivos propostos nesta pesquisa foram alcançados, por meio da escuta psicanalítica e da transferência, permitindo a reelaboração de uma nova condição de vida de cada um, auxiliando-os em novas construções significantes que puderam dar suporte à angústia, e o engajamento a adesão ao tratamento.

Referências

ALBERTI, S. O hospital, o sujeito, a psicanálise. Questões desenvolvidas a partir de uma experiência de dezoito anos no NESSA/UERJ. **Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 143-160, 2008.

ALBUQUERQUE, A. M.; GAUDÊNCIO, E. O. Análise dos impactos psicológicos gerados nos pacientes após notificação de má notícia: Estudo exploratório acerca do comunicado de soro-

positividade para HIV. In: **Anais – VIII Congresso de Iniciação Científica da Universidade Federal de Campina Grande**, Campina Grande., 2011, p.14-22.

ALMEIDA, M. C; SILVA, R. M. A. Psicanálise e Instituição: Experiência no programa de residência multiprofissional em saúde. In: SANTOS, L. C.; MIRANDA, E. M. F.; NOGUEIRA, E. L. **Psicologia, Saúde e Hospital: Contribuições para a prática profissional**. Belo Horizonte: Artesã, 2015, p. 101-112.

AMERICANO, B. **Um estudo teórico clínico acerca da psicanálise no hospital geral: Os tempos do sujeito do inconsciente**. 2010. 110f. Dissertação (Mestrado em Pesquisa e Clínica em Psicanálise), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BAILE, W. F.; BUCKMAN, R.; LENZI, R.; GLOBER, G.; BEALE, E. A.; KUDELKA, A. P. **SPIKES – Um Protocolo em Seis Etapas para transmitir más notícias**: Aplicação ao paciente com câncer. Traduzido por Rita Byington. Revista *The Oncologist*, New York, v. 5, n. 5, p. 302-3011, 2000.

BONOLO, P. F.; GOMES, R. R. F. M.; GUIMARÃES, M. D. C. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/Aids): fatores associados e medidas da adesão. **Epidemiologia Serviço e Saúde**, Brasília, v. 16, n. 4, p. 261-278, 2007.

BOTH, T. L.; COLOGNESE, B. T.; RODRIGUES, G.; SANTIN, R. R. P. HIV/AIDS: Aspectos Emocionais e Atuação do Psicólogo. In: STENZEL, G. Q. L.; PARANHOS, M. E.; FERREIRA, V. R. T. **A Psicologia no Cenário Hospitalar: Encontros Possíveis**. Porto Alegre: EdUPUCRS, 2012, p. 193-207.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Departamento de DST's, Aids e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Manual de Adesão ao Tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008 a. 130 p., II. Série Manuais, n. 2.

CAVALLARI, C. D. **O impacto da comunicação do diagnóstico HIV positivo: A ruptura de campo diante da soropositividade**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.

CUNHA, L. P.; MARTINS, G. M. **Resistência e Transferência no processo psicanalítico**. Disponível em: <http://www.npa.newtonpaiva.br/psicologia/e3-15-resistencia-e-transferencia-no-processo-psicanalitico>. Acesso em: 01 nov. 2017.

DUTRA, A. G. C.; FERRARI, I. F. Um estudo sobre a psicanálise aplicada em um Hospital Geral. **Revista Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Minas Gerais, v. 59, n. 02, p. 9-20, 2007.

FLEXA, J. P. **A sexualidade de mulheres vivendo com Aids: Contribuições da psicanálise**. 2013. 100 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal do Pará, Belém, 2013.

FREUD, S. (1912). A Dinâmica da Transferência. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1969, v. 12, p. 131-143.

GOBATTO, G. G. Transferência amor ao saber. **Revista Ágora**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 103-114, 2001.

IMBER-BLACK, L. W. A AIDS e o Segredo. In: IMBER-BLACK, L. W. (Org.) **Os Segredos na Família e na Terapia Familiar**. Ed. Artes Médicas: Porto Alegre, 1994, p. 351-364.

LACAN, J. **O Seminário: livro 8: A Transferência**. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar, 1982.

_____. **O seminário: livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar, 1973.

LINO, C. A.; AUGUSTO, K.L.; OLIVEIRA, R. A. S.; FEITOSA, L. B.; CAPRARA, A. Uso do Protocolo Spikes no Ensino de Habilidades em Transmissão de Más Notícias. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 52-57, 2011.

LUBIANA C. S.; MIRANDA, A. A. W. R. A Transferência do Paciente ao Analista no Contexto Hospitalar. In: **Resumos – VIII Congresso da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Curitiba, 2011, p.34.

MAURANO, D. **A Transferência: uma viagem rumo ao continente negro**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

MOHALLEM, L. N.; SOUZA, E. M. C. D. Nas vias do desejo. In: MOURA, M. D. (Org.) **Psicanálise e Hospital**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Revinter, p. 17-30, 2000.

PINHEIRO, A. C. S. **A pesquisa em psicanálise no hospital: Corpos marcados pelo HIV/Aids**. 2013. 78 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Pará, Belém, 2013.

PITROWSKY, M. C. **Contribuições da Psicanálise à Questão da Adesão ao Tratamento dos Portadores de HIV/AIDS**. 2013. 73 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Psicanálise, Saúde e Sociedade). Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, 2013.

RABUSKE, M. M. **Comunicação de Diagnóstico de Soropositividade para o HIV e de AIDS para Adolescentes e Adultos: implicações psicológicas e repercussões nas relações familiares e sociais**. 2009. 245 f. Tese (Doutorado em Psicologia). Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

SOARES, A. O. As vicissitudes da transferência no contexto hospitalar. In: **VI Jornada do Grupo de Estudos Freudianos de Maceió**. Alagoas, 2009.

STRAUB, R. O. HIV e AIDS. In: R. O. STRAUB (Org.). **Psicologia da Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005, p. 393-424.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. **Relatório Global sobre a AIDS 2012**. Disponível em: <http://www.unaids.org.br/documentos>. Acesso em: 20 ago. 2016.

CAPÍTULO XII

A RECONFIGURAÇÃO DO CAMPO DE UMA PESSOA QUE VIVE COM HIV

Amanda Araújo Malta de Sá²⁰

Jordana Calil Lopes de Menezes²¹

Introdução

Estima-se que mais de 36.700.000 pessoas vivam com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) no mundo (UNAIDS, 2016). O diagnóstico de HIV positivo acarreta tanto um sofrimento físico, devido à vulnerabilidade do organismo a diversas infecções, uma vez que ataca seu sistema imunológico (UNAIDS, 2017), como um sofrimento emocional, por ser um quadro extremamente estigmatizante (GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011). Além disso, a adaptação ao tratamento antirretroviral pode gerar vários efeitos colaterais e a cronicidade da patologia repercute no âmbito pessoal e social, podendo deteriorar as relações interpessoais e a autoestima (BRASIL, 2017; REIS; SANTOS; DANTAS; GIR, 2011).

Em grande parte das pesquisas feitas sobre HIV, os autores chegaram à conclusão que a descoberta do contágio tende a provocar alterações psicológicas como sentimentos de ansiedade, medo, raiva, culpa, tristeza. Podem ocorrer também, transtornos psíquicos, como depressão ou obsessões; mudanças no estilo de vida, devido ao tratamento e a problemas de saúde relacionados à patologia; dificuldades nos relacionamentos interpessoais, afetivos e sexuais; problemas financeiros, devido à perda do trabalho e profissão; além da dificuldade em ter que lidar com o preconceito e discriminação (BEZERRA, 2015).

Somado a isso, mudanças na imagem corporal devido à Síndrome da Lipodistrofia, ou Hipertrofia do Tecido Adiposo em algumas regiões corporais, consequência do tratamento antirretroviral, também podem impactar negativamente a vida de indivíduos com HIV (REIS, 2008). Desse modo, pode-se afirmar que o HIV altera a totalidade daqueles que têm que enfrentá-lo diariamente, influenciando no âmbito físico, afetivo, racional, social e espiritual.

20 Psicóloga Clínica. Especialista em Infectologia pela Secretaria Estadual de Saúde de Goiás (SES-GO). Especialista em Gestalt-terapia pelo Instituto de Treinamento e Pesquisa em Gestalt-terapia de Goiânia (ITGT). E-mail: psi.amanda.ams@gmail.com

21 Doutora e Mestre em Psicologia Clínica e Cultura pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília (UnB). Especialista em Gestalt-terapia e Professora Orientadora do Instituto de Treinamento e Pesquisa em Gestalt-terapia de Goiânia (ITGT). E-mail: jordanacalil@gmail.com

São pressupostos da Abordagem Gestáltica a visão de homem como uma totalidade e sua relação intrínseca com seu ambiente, por isso a Teoria de Campo é uma das bases desta abordagem. A Teoria de Campo compreende o homem como um todo e seu comportamento como função do seu campo (RIBEIRO, 1985). O conceito de campo para essa abordagem teve origem nos trabalhos gestálticos de Köhler e Köfka e na Teoria Organísmica de Kurt Goldstein e continuou por meio das pesquisas de Kurt Lewin que estudou o campo como uma rede de relacionamentos, preocupando-se com o modo como um evento afeta e modifica o todo, de uma forma sistêmica (CARDELLA, 2002; LEWIN, 1965).

O campo é constituído por uma estrutura de forças ou uma teia de relacionamentos, parte de um contexto de teias de relacionamentos ainda maior que tende ao equilíbrio. Todas as atividades e comportamentos das pessoas – passados e futuros - acontecem, então, neste campo em que fazem parte, também, contextos mais amplos, como família, amigos e ciclo social. O campo é, então, um todo, composto por várias partes em inter-relação entre elas e com o meio (EVANGELISTA, 2010; YONTEF, 1998).

Segundo Lewin (1973), campo é a totalidade de fatos envolvidos em um determinado comportamento. Podem fazer parte do campo componentes físicos do ambiente, seu meio social, perspectivas, personalidade e sentimentos. Sendo assim, as diversas alterações no meio provocam também alterações no campo do indivíduo, levando a uma reestruturação ou reconfiguração do campo. Dessa forma, pode-se entender uma enfermidade como uma região do campo da pessoa adoecida, que interage com as outras partes e modifica o todo, ou seja, provocando a reconfiguração deste campo.

Do ponto de vista da Abordagem Gestáltica, pode-se afirmar, então, que o HIV afeta o campo da pessoa, provocando a necessidade de sua reconfiguração. Sob sua ótica, o homem é um ser de possibilidades, inerentemente relacional, singular que pode atualizar-se e se reinventar durante sua existência. Todo ser humano é compreendido como capaz de fazer uso de sua criatividade para tomar posse de si e do mundo, transformando sua vida e seu destino (CARDELLA, 2002).

Complementar à Teoria de Campo na compreensão da totalidade pessoa-ambiente, o Pentagrama de Ginger representa a multidimensionalidade e a visão sistêmica do homem (GINGER; GINGER, 1995; LEWIN, 1965), em que a pessoa é compreendida pelo conjunto de cinco dimensões humanas. Essas dimensões, dependendo do modo como são vivenciadas, podem provocar um desequilíbrio do organismo (SABA; ESPERIDIÃO, 2010).

As dimensões humanas apresentadas por Ginger e Ginger (1995) são: dimensão física (corpo, sensoriedade, motricidade), dimensão afetiva (coração, sentimentos, relação amorosa), dimensão racional (ideias, pensamentos), dimensão social (meio, cultura, relações interpessoais), e dimensão espiritual (religiosidade, lugar e sentido do homem no cosmo). Tais dimensões estão sempre em interrelação: a relação com o próprio corpo, ou relação consigo mesmo; a relação afetiva com uma pessoa privilegiada, ou relação a dois; as trocas intelectuais, ou as relações com o grupo; as trocas sociais mais amplas, ou a relação com a sociedade; o pertencimento ao Todo, ou a relação com o universo (GINGER; GINGER, 1995).

O HIV tende a afetar: a dimensão física, devido aos possíveis sintomas da infecção e efeitos colaterais do tratamento; a dimensão afetiva, pelas alterações nos sentimentos e nos relacionamentos afetivos e sexuais; a dimensão racional, pela alteração nos pensamentos e crenças

a partir do diagnóstico; a dimensão social, devido às dificuldades nos relacionamentos interpessoais, incluindo o enfrentamento do preconceito e discriminação; a dimensão espiritual, ao poder afetar a fé e a religiosidade (BEZERRA, 2015; GINGER; GINGER, 1995). Desse modo, o HIV impacta a totalidade daqueles que têm que enfrentá-lo diariamente, influenciando no âmbito físico, afetivo, racional, social e espiritual.

Partindo do fato de a Abordagem Gestáltica perceber o homem como um ser de possibilidades, que pode atualizar-se e reinventar-se, transformando sua vida e seu destino (CARDELLA, 2002), propôs-se uma investigação fenomenológica sobre a reconfiguração do campo de uma pessoa que vive com HIV, a partir da revelação diagnóstica, considerando suas dimensões física, afetiva, racional, social e espiritual.

Espera-se que investigar a vivência da soropositividade sob esta ótica possibilite um novo olhar em relação aos indivíduos que vivem com HIV, para além de sua condição sorológica. O que pode ampliar a percepção de si mesmo como uma totalidade.

Metodologia

Com o intuito de compreender a reconfiguração do campo de uma pessoa que vive com o HIV, desde o seu diagnóstico, esta pesquisa empregou o método fenomenológico na coleta de dados, bem como em sua análise. O método fenomenológico parte da reflexão acerca do fenômeno que se revela à consciência, e sua descrição. Acredita-se que, apenas a partir desta reflexão, a experiência pode ser clarificada à consciência, por meio de reduções, ou exercícios da *epoché* fenomenológica. Objetiva-se com a *epoché* suspender as muitas aparências que os objetos assumem e os pressupostos do observador acerca da experiência, dando uma oportunidade à subjetividade para abrir-se, reflexivamente, aproximando-se da essência do fenômeno (GOMES; CASTRO, 2010).

Para atingir o objetivo deste estudo, foi realizada uma pesquisa fenomenológica com uma pessoa que vive com HIV. Essa pessoa, que recebeu o nome fictício de Luigi, é do sexo masculino, pardo, homossexual, amasiado, aposentado por questões de saúde física, tem 45 anos, recebeu o diagnóstico de HIV em 2007 e reside com seu companheiro, formando um casal sorodivergente, em que um é soropositivo e o outro não. Os dados foram colhidos por meio de entrevista não estruturada, com a seguinte pergunta disparadora: “Descreva, por favor: como foi para você receber o diagnóstico de HIV?”.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC/GO. Após ser orientado sobre os objetivos da pesquisa e aceitado o convite para colaborar, o participante leu e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Posteriormente, foi entrevistado por meio de vídeo conferência a partir do Programa *Skype*, já que, durante a etapa de coleta de dados, ele mudou-se para outro país. A entrevista foi gravada, somente em áudio, a partir do Programa *MP3 Skype Recorder*, visando explorar os pontos levantados pelo objetivo deste trabalho. A gravação foi transcrita pela pesquisadora e os dados coletados foram submetidos à análise, correlacionada a literatura da área.

Para a análise da entrevista, fez-se uso do método fenomenológico de Giorgi (2014), que utiliza a transcrição de entrevistas para analisar as experiências vividas pelo sujeito, buscando

compreender a relação existente entre elas e o fenômeno estudado (ANDRADE, 2007). Buscou-se identificar, por meio da intersubjetividade, o que essencialmente constitui a vivência do participante e o que isto significa para ele.

Esse método é composto por quatro passos, sendo eles: o sentido do todo; a discriminação de unidades significativas com base em uma perspectiva psicológica e focada no fenômeno que é pesquisado; a transformação das expressões cotidianas do sujeito em linguagem psicológica com ênfase no fenômeno que está sendo investigado; a síntese das unidades significativas transformadas em uma declaração consistente da estrutura do aprendizado (GIORGI, 2014). As falas transcritas do participante passaram, então, por uma leitura inicial, depois por uma primeira análise em que suas falas foram reduzidas utilizando termos empregados pelo próprio participante. Posteriormente, foram reescritas com termos psicológicos da Abordagem Gestáltica. Em seguida, reduziu-se novamente formando unidades de sentido. Por fim, essas unidades de sentido foram reunidas em categorias.

Discussão dos resultados

As reduções feitas na entrevista resultaram em cinco categorias: 1. Impacto do Diagnóstico; 2. Abandono e Desconfirmação de Familiares e Amigos; 3. O Outro como Fator de Cura; 4. Inter-relação entre as Dimensões Física, Afetiva, Racional, Social e Espiritual; 5. Ressignificação. Cada uma das categorias será exemplificada e discutida teoricamente.

Quanto ao impacto do diagnóstico, Luigi relata que recebeu o diagnóstico, no ano de 2007, e que a notícia foi um “choque muito grande”, porque sempre havia sido “muito cuidadoso” com sua saúde, no sentido de fazer uso frequente de métodos preventivos para doenças sexualmente transmissíveis. Informa que sua contaminação foi “proposital”, pelo seu marido na época, que tinha a crença de que o vírus poderia aproximá-los e fortalecer o vínculo entre os dois, assegurando a manutenção da relação amorosa.

O participante descreve que a partir do diagnóstico de HIV “foram três anos de depressão” e que ficou “muito abalado”, quadro que foi intensificado por acompanhar o estado emocional do seu antigo companheiro, responsável pela transmissão do vírus, que se sentiu bastante culpado. Conta que o HIV “em si não foi a maior preocupação”, mas “a sensação de traição” que foi “muito grande”.

Considerando o campo como uma teia de relacionamentos em que todas as partes estão relacionadas afetando-se mutuamente (YONTEF, 1998), a notícia do diagnóstico e a traição sofrida provocaram alterações em todo o seu campo, não apenas pela infecção, mas pelo ato ter sido proposital, por alguém que confiava e mantinha relacionamento íntimo e estável: seu marido. Além disso, o comprometimento de sua dimensão afetiva, aqui representada por seu relacionamento íntimo, provocou um desequilíbrio, resultando em um quadro depressivo (SABA; ESPERIDIÃO, 2010).

Suas falas corroboram com a literatura que aponta que, apesar dos avanços nos estudos sobre HIV, da alta eficácia do tratamento antirretroviral e da considerável melhoria da qualidade de vida de pessoas soropositivas, a descoberta do diagnóstico positivo para o HIV continua provocando reações semelhantes àquelas do início da epidemia. São comuns sentimentos de tristeza, medos, incerteza do futuro e sensação de finitude. Somado a estes, é comum o receio de revelar sua nova condição à família e amigos por medo dos julgamentos, consequência do

preconceito a uma condição de saúde ainda bastante estigmatizante (CUNHA, 2010; GANDRA; TEIXEIRA, 2010; MALISKA, PADILHA, VIEIRA, BASTIANI, 2009; PEREIRA, SILVA, OLIVEIRA, 2015).

Com relação ao abandono e desconfirmção de familiares e amigos, Luigi relata que sua família e amigos não acreditaram em seu relato e o responsabilizaram pela infecção, mesmo após saberem de sua contaminação proposital. Pode-se perceber que as pessoas com quem mantinha relacionamentos íntimos o desconfirmaram em sua dor e sentimento de traição.

Segundo Buber (1965), a base subjacente de toda psicopatologia é a ausência de confirmação. Logo, quando isso acontece, passamos a nos “mostrar” da forma que imaginamos que os outros desejam que sejamos como no caso descrito, em que o participante passa, também, como a família, a responsabilizar-se pela sua infecção (HYCNER, 1995). No caso de Luigi, a desconfirmção e sofrimento decorrente o levaram a desenvolver um quadro depressivo. Sendo assim, podemos observar que o campo de Luigi foi reconfigurado não apenas pela notícia de infecção pelo HIV, mas, também, no que se refere às suas relações íntimas, com seus familiares e amigos, ou seja, em sua dimensão social (GINGER; GINGER, 1995), já que não foi aceito, confirmado ou apoiado em seu sofrimento.

No que se refere ao outro como fator de cura, pudemos perceber que o campo de Luigi foi impactado pela notícia da soropositividade, em relação a dimensão afetiva, ou seja, nas suas relações com o outro como casal, em seus relacionamentos amorosos (GINGER; GINGER, 1995), já que, a partir do diagnóstico, ele passou a se isolar afetivamente. Seu relato vai ao encontro a afirmação de Bezerra (2015) no que se refere à deterioração das relações amorosas e sexuais de pessoas que vivem com HIV.

No entanto, quando conheceu o seu atual companheiro, há cinco anos, houve uma nova reconfiguração de seu campo. Nesse sentido, foi inserida no campo de Luigi uma nova região, a do seu relacionamento afetivo com seu atual companheiro que o impeliu em sua direção e provocou locomoção e transformação das outras regiões do seu campo. Ele relata como sua relação é um exemplo de que pessoas soropositivas têm direito e possibilidade de serem felizes afetivamente.

Desse modo, sua relação amorosa foi um fator de cura. Fator de cura é um processo por meio do qual a pessoa vivencia, em determinado momento, uma sensação de que algo novo, promotor de mudança e de bem-estar, penetrou no seu universo cognitivo, mobilizando sua consciência emocionada, e provocando uma totalidade dinamicamente transformadora, que lhe inclina e lhe motiva a mudar (RIBEIRO, 2007).

Cura é acreditar em si mesmo, no outro e no mundo (GALLI, 2009). Luigi demonstra em seus relatos como o seu relacionamento atual o ajudou a superar a depressão, a se aceitar como é a se perceber em sua totalidade e enxergar suas várias possibilidades de busca e de concretização de sua felicidade. Seu universo interno e externo foi curado, transformado, ressignificado, por meio do encontro com este outro.

Seu companheiro o percebeu em sua totalidade, para além do HIV, o aceitou e o confirmou. Pode-se dizer que seu campo foi alterado, bem como suas vivências em relação às dimensões afetivas, racional e social retornaram ao equilíbrio (BEZERRA, 2015; GINGER; GINGER, 1995). Luigi voltou a ter relacionamentos afetivos e sexuais, suas crenças em relação a si mesmo e à possibilidade de viver e ser feliz como as outras pessoas foi modificada, ele saiu de seu isolamento social e passou a ampliar seu círculo de relações interpessoais.

Quanto à interrelação entre as dimensões física, afetiva, racional, social e espiritual, pode-se destacar outro ponto importante de sua história que foi “a luta contra os efeitos colaterais” da medicação para o HIV, que o impediam de manter uma boa qualidade de vida e que não eram levados em conta pelos médicos infectologistas com os quais ele se consultava, uma vez que, na opinião deles, sua maior preocupação deveria ser com o aumento de sua imunidade e a redução do vírus em seu corpo, sendo, novamente, desconfirmado em seus sentimentos. Após ajustes na medicação, os efeitos colaterais passaram a ser suportáveis, e atualmente, o participante toma todos os cuidados que lhe são orientados para manter boa saúde. Ele acredita que muitos desses efeitos podem ter sido intensificados por sua condição emocional.

A situação vital é o contexto em que ocorre a situação psicológica, ou situação momentânea, sendo que a primeira influencia o desenvolvimento da segunda e ambas podem ser figura ou fundo, dependendo do momento vivido (LEWIN, 1973). A situação psicológica ou momentânea para Luigi era a luta contra os efeitos colaterais da medicação que o remetiam à sua situação vital que era a luta contra o HIV, a sua nova condição de soropositividade, o sentimento de traição, o preconceito e a discriminação vividos. Podemos dizer, então, que a região relacionada à saúde física, em seu campo, era sobreposta à região social e afetiva, já que os efeitos colaterais da medicação o remetiam ao HIV, ao preconceito e a discriminação vivenciados, à sua traição e à desconfirmção e falta de apoio da sua família e amigos (GARCIA-ROZA, 1972).

Outro ponto importante de seu relato é quando ele afirma que a sua espiritualidade, além do seu amor próprio e autoaceitação, lhe ajudaram a enfrentar e superar a depressão. Ele acredita que deixou “as emoções” lhe “dominarem, o corpo sentiu”. Enfoca, durante toda a entrevista, a mensagem que deseja transmitir aos outros, principalmente àqueles que enfrentam diariamente a convivência com o HIV: “a nossa saúde, com o vírus, é sustentada na alma”. Logo, é preciso cuidar da dimensão emocional e espiritual para que haja melhora no corpo e no enfrentamento da condição de soropositividade, já que as dimensões física, racional, afetiva, social e espiritual estão intimamente relacionadas.

A sua percepção de que as diversas dimensões humanas estão em constante interrelação e de como a saúde é afetada pelo estado em que a pessoa se encontra, pode ser compreendida a partir dos seguintes trechos:

Eu acredito que, hoje, o que mais atinge os portadores não é nem o vírus, mas os efeitos colaterais físicos da medicação e os efeitos colaterais da mente, do espírito, são os que mais agredem (...). Toda vez que eu tinha uma instabilidade emocional, isso aparecia automaticamente nos meus exames, na parte de imunidade (...). A importância de os portadores estarem emocionalmente bem, pra usar essa estabilidade emocional, psicológica, como uma arma contra o vírus, porque eu acredito que só a medicação tem um efeito limitado.

E continua falando de sua espiritualidade:

A espiritualidade, ter fé em Deus, me ajudou muito. (...). Eu passei a colocar em prática a minha fé (...). E essa é a mensagem que eu tento levar: que a nossa saúde, com o vírus, é sustentada na alma. A gente precisa estar emocionalmente bem para que o nosso corpo esteja bem. (...) não só saúde física, mas saúde emocional, mental...

A Abordagem Gestáltica concebe o ser humano e o mundo de forma sistêmica, como um campo em que tudo está interrelacionado (YONTEF, 1998). O relato de Luigi corrobora com a visão sistêmica da Abordagem Gestáltica. O próprio participante se percebe como uma totalidade, em que todas as partes e dimensões estão inerentemente relacionadas. O HIV afetou sua dimensão física devido aos efeitos colaterais do tratamento, sua dimensão afetiva com o rompimento de sua relação íntima, sua dimensão social por meio do afastamento de amigos e familiares e sua dimensão racional com as crenças negativas em relação a si mesmo e aos outros.

Relata que a partir da fé, da espiritualidade, ou seja, da sua dimensão espiritual, conseguiu modificar sua forma de ver a si mesmo, o adoecimento, sua saúde, suas relações e sua visão do mundo. Lewin (1965) afirma que o campo psicológico de um determinado momento contém referência ao passado e ao futuro do indivíduo. Acredita que atualizar-se em uma das dimensões – física, afetiva, racional, social e espiritual – leva à atualização de suas potencialidades e possibilidades nas outras dimensões, alterando também sua visão e perspectiva de futuro. Luigi evidencia em sua entrevista que o HIV alterou e modificou seu campo como um todo.

No que tange à ressignificação, Luigi dá indícios em seus relatos, de uma ressignificação quanto à sua infecção, seu diagnóstico e sua relação com seu processo de saúde-doença, a partir de sua mudança de postura diante da soropositividade, por meio do amor próprio e da autoaceitação:

“eu não vou morrer disso, eu não vou deixar o preconceito me afetar”; “eu não vou deixar o vírus me matar. Eu não vou deixar ninguém me afetar”; “eu coloquei em prática o amor próprio”; “depois do baque, eu não tenho que esperar apoio de ninguém. Eu tenho que me apoiar, eu tenho que me ajudar, eu tenho que andar com minhas próprias pernas. Eu não posso esperar colo de ninguém”.

Outro importante trecho que confirma sua percepção é:

Eu passo essa mensagem a outros portadores: não espere colo de ninguém, não espere aprovação de ninguém; você se aceitando, você se amando, é o primeiro passo. (...) Então os amigos que hoje tenho, sabem de mim, sabem o que eu tenho e que eu me aceito, que eu me amo e que eu me respeito (...).

Quando uma experiência é simbolizada, ela ganha significado e, ao ser apropriada pelo sujeito, ganha lugar em sua vida, como síntese integradora do que foi vivido, dando origem a crenças e norteando comportamentos. Significar é dar forma, traduzindo o que se encontra em nosso íntimo e transformando em conceitos que façam sentido e que correspondam à experiência. Construimos, assim, o significado de nossa vida, das nossas vivências (ALMEIDA, 2010). Resignificar seria, então, dar novo sentido, nova forma, à experiência vivida.

Considerações

Considera-se que este trabalho atingiu o seu objetivo de investigar fenomenologicamente a reconfiguração do campo de uma pessoa que vive com HIV, a partir da revelação diagnóstica, considerando suas dimensões física, afetiva, racional, social e espiritual, além de permitir uma melhor compreensão do significado do acometimento pelo HIV, para uma pessoa que convive com o vírus, sob a ótica da Abordagem Gestáltica.

Deve-se ressaltar que o método fenomenológico de Amedeo Giorgi, empregado neste estudo foi significativo para o alcance dos objetivos, uma vez que permitiu a partir da transcrição da entrevista e posteriores reduções fenomenológicas, analisar as experiências vividas pelo participante, indo à essência do fenômeno em questão: o sentido atribuído à soropositividade e uma melhor compreensão das reconfigurações de seu campo a partir do diagnóstico positivo de HIV nas suas diferentes dimensões.

Percebe-se que o HIV impactou Luigi, trazendo comprometimentos como os efeitos colaterais das medicações, o preconceito e a discriminação, e prejuízos e complicações nos relacionamentos amorosos e familiares. Nesse sentido, pode-se dizer que, além de favorecer uma melhor compreensão da forma que a infecção pelo HIV afetou e modificou o campo de uma pessoa soropositiva, nas dimensões física, afetiva, racional, social e espiritual, este trabalho contribuiu para o apontamento de algumas dificuldades sofridas por quem vive com o HIV e as possíveis formas de enfrentamento empregadas, reforçando a necessidade de construção de redes de apoio a essas pessoas, que auxiliem em uma vivência mais positiva e saudável da soropositividade.

Como entraves deste estudo podemos citar a ocorrência de problemas com a comunicação digital durante a entrevista, o que dificultou o relato do participante e a compreensão da pesquisadora. Além disso, sendo esta uma pesquisa com apenas um participante, não foi possível comparar os dados obtidos com a vivência de outras pessoas soropositivas.

Sugerem-se novas pesquisas, sob uma perspectiva Gestáltica, acerca das pessoas que vivem com HIV, principalmente dentro das temáticas: “saúde emocional diante dos efeitos colaterais da medicação antirretroviral”, “inter-relação entre dimensão física e emocional”, “dificuldades da família e amigos em aceitar e confirmar o ente soropositivo”, “relacionamento sorodivergente”, dentre outras, apontadas com grande relevância neste trabalho. Cabe lembrar ainda a importância percebida neste estudo, de novas pesquisas serem desenvolvidas no sentido de aprofundar a compreensão da reconfiguração do campo de pessoas soropositivas.

Referências

ALMEIDA, J. M. T. de. Reflexões sobre a prática clínica em Gestalt-terapia: Possibilidades de acesso à experiência do cliente. **Revista da Abordagem gestáltica**, Goiânia, 26 (2), 217-221, 2010.

ANDRADE, C. C. **O olhar do cliente sobre o processo psicoterápico**: Um estudo fenomenológico na Gestalt-terapia. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2007.

BEZERRA, S. L. **Resiliência e qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids**. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde e Sociedade) - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Mossoró, 2015.

BRASIL. **Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/>. Acesso em: 10/03/17.

BUBER, M. **The knowledge of man: A philosophy of the interhuman.** Introduction by M. S. Friedman. Nova York: Harper & Row, 1965.

CARDELLA, B. H. P. **A Construção do Psicoterapeuta: Uma abordagem gestáltica.** São Paulo: Summus Editorial, 2002.

CUNHA, C. C. da. Entre tramas e dramas: os significados do tratamento para mulheres de camadas populares vivendo com HIV/Aids. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 (3), 931-951, 2010.

EVANGELISTA, P. Interpretação Crítica da teoria de Campo Lewiniana a partir da Fenomenologia. **Centro de Formação e Coordenação de Grupos em Fenomenologia**, 2010. Disponível em: <http://www.fenogrupos.com/JPM-Article3/index.php?sid=14> Acesso em: 10/03/17.

GALLI, L. M. P. Um olhar fenomenológico sobre a questão da saúde e da doença: A cura do ponto de vista da Gestalt-terapia. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, 9 (1), 58-70, 2009.

GANDRA, S. S.; TEIXEIRA, Z. Portadores de VIH/SIDA e HCC: Dar voz a relatos de sofrimento. **Toxicodependências**, Lisboa, 16 (2), 49-70, 2010.

GARCIA-ROZA, L. A. **Psicologia estrutural em Kurt Lewin.** Petrópolis: Vozes, 1972.

GINGER, S.; GINGER, A. **Gestalt: Uma terapia do contato.** São Paulo: Summus Editorial, 1995.

GIORGI, A. Sobre o método fenomenológico utilizado como modo de pesquisa qualitativa nas Ciências Humanas: Teoria, prática e avaliação. In: J. POUPART, J. et al. (Orgs.) **A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos.** Petrópolis: Vozes, 2014.

GOMES, W. B.; CASTRO, T. G. de. Clínica fenomenológica: Do método de pesquisa para a prática psicoterapêutica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, 26, 81-93, 2010.

GOMES, A. M. T.; SILVA, E. M. P.; OLIVEIRA, D. C. de. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, 19 (3), Ribeirão Preto, 485-492, 2011.

HYCNER, R. **De pessoa a pessoa: Psicoterapia dialógica.** São Paulo: Summus, 1995.

LEWIN, K. **Teoria de Campo em Ciência Social.** São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1965.

LEWIN, K. **Princípios de Psicologia Topológica.** São Paulo: Cultrix, 1973.

MALISKA, I. C.; PADILHA, M. I.; VIEIRA, M.; BASTIANI, J. Percepções e significados do diagnóstico e convívio com o HIV/Aids. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, 30 (1), 85-91, 2009.

PEREIRA, D. M. de A.; SILVA, M. G. A. C.; OLIVEIRA, D. C. de. Qualidade de vida de indivíduos com HIV: Uma revisão bibliográfica. **Revista Saúde em Foco**, Teresina, 2(1), 93-112, 2015.

REIS, R. K. **Qualidade de Vida de Portadores de HIV/AIDS**: Influência dos fatores demográficos, clínicos e psicossociais. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

REIS, R. K.; SANTOS, C. B. dos; DANTAS, R. A. S.; GIR, E. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/Aids. **Texto & Contexto – Enfermagem**, 20(3), 565-575, 2011.

RIBEIRO, J. P. **Gestalt-terapia**: Refazendo um caminho. São Paulo: Summus Editorial, 1985.

RIBEIRO, J. **O ciclo do contato**: Temas básicos na abordagem gestáltica. São Paulo: Summus, 2007.

SABA, E. N.; ESPERIDIÃO, E. **A vivência da dor nas doenças oncológicas**: O olhar da abordagem gestáltica. Artigo de conclusão de pós-graduação lato sensu. (Especialização na abordagem gestáltica), ITGT, 2010.

UNAIDS. **Banco de Dados**: Epidemiologia. Disponível em: www.unaids.org. Acesso em: 04/06/16.

UNAIDS. **Banco de Dados**: Epidemiologia. Disponível em: www.unaids.org. Acesso em: 29/11/17.

YONTEF, G. M. **Processo, diálogo e awareness**: Ensaios em gestalt-terapia. São Paulo: Summus, 1998.

ÍNDICE REMISSIVO

C

Clínica ampliada6, 8, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27

D

Direitos Humanos..... 14, 58, 84, 85, 92, 96, 97, 99, 100, 101

Diversidade sexual 5, 49, 81, 82, 84, 91, 101

Drogas 5, 13, 17, 31, 55, 58, 67, 81, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91

E

Experiências 6, 9, 12, 35, 41, 51, 53, 56, 58, 60, 61, 63, 64, 66, 67, 68, 75, 77, 103, 104, 106, 108, 109, 111, 124, 129,

F

Feminismo 40, 41, 42, 47, 49, 53, 58, 59, 61, 62, 69, 70, 78, 80, 101, 111

G

Gênero .6, 7, 9, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 65, 67, 68, 69, 70, 72, 75, 76, 79, 80, 82, 83, 84, 86, 90, 91, 95, 96, 99, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 109, 110, 111, 112, 116, 117, 118

H

HIV/Aids100, 114, 120, 121, 129, 130, 131

L

LGBTfobia 68, 82, 83, 84, 85, 86

P

Povos Indígenas29, 30, 31, 33, 35, 36, 37

Promoção da Saúde..... 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 32, 68

Psicanálise22, 23, 24, 25, 26, 27, 114, 119, 120, 121

S

Saúde Mental . 6, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 50, 51, 55, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 72, 75, 76, 77, 79, 80, 86, 90, 100, 113

Sexualidade 8, 9, 10, 49, 50, 53, 58, 76, 82, 83, 86, 90, 95, 96, 100, 101, 103, 107, 108, 109, 111, 113, 119, 120, 131

Suicídio.....31, 32, 36, 37, 38, 61, 65, 66, 67, 68, 69, 86, 90

