

# REVISTA CRP

## MINAS GERAIS

Mala Direta  
Básica  
9912325640/2019-DR20  
Conselho Regional de  
Psicologia - 4ª Região  
Correios



CONSELHO  
REGIONAL DE  
PSICOLOGIA  
MINAS GERAIS

edição 1

## Múltiplas abordagens da Psicologia sobre o autismo



o que  
o trabalho  
produz pág. 5

machismo +  
patriarcado  
= violência pág. 10

# REVISTA CRP MINAS GERAIS

## EXPEDIENTE

### SEDE

R. Timbiras, 1532, 6º andar, Lourdes,  
Belo Horizonte, MG, CEP 30140-061.  
Telefone: (31) 2138-6767.  
E-mail: crp04@crp04.org.br  
Site: www.crpmg.org.br

### SUBSEDES:

Centro-Oeste - Divinópolis  
Telefone: (37) 3213-8930  
E-mail: centrooeste@crp04.org.br

Leste - Governador Valadares  
Telefone: (33) 3225-0475  
E-mail: leste@crp04.org.br

Norte - Montes Claros  
Telefone: (38) 3221-7720  
E-mail: norte@crp04.org.br

Sudeste - Juiz de Fora  
Telefone: (32) 3215-9014  
E-mail: sudeste@crp04.org.br

Sul - Pouso Alegre  
Telefone: (35) 3423-8382  
E-mail: sul@crp04.org.br

Triângulo - Uberlândia  
Telefone: (34) 3235-6765  
E-mail: uberlandia@crp04.org.br

### REVISTA DO CRP-MG

Publicação do Conselho Regional de  
Psicologia - Minas Gerais (CRP-MG)

COMISSÃO EDITORIAL:  
XV PLENÁRIO (GESTÃO 2016-2019)

### DIRETORIA

Dalcira Ferrão  
Conselheira Presidenta

Stela Maris Bretas Souza  
Conselheira Vice-Presidenta

Felipe Viegas Tameirão  
Conselheiro Tesoureiro

Délcio Fernando Guimarães Pereira  
Conselheiro Secretário

### CONSELHEIRAS(OS)

Aparecida Maria de Souza Cruvinel  
Claudia Natividade  
Dalcira Ferrão  
Délcio Fernando Guimarães Pereira  
Eliane de Souza Pimenta  
Eriane Sueley de Souza Pimenta  
Érica Andrade Rocha  
Ernane Gonçalves Maciel

Felipe Viegas Tameirão  
Filippe de Mello Lopes  
Flávia Gotelip Correa Veloso  
Leila Aparecida Silveira  
Letícia Gonçalves  
Madalena Luiz Tolentino  
Marcelo Arinos Drummond Júnior  
Márcia Mansur Saadallah  
Mariana Lucia Ferreira Tavares  
Marília Fraga Cerqueira Melo  
Odila Maria Fernandes Braga  
Paula Lins Khoury  
Reinaldo da Silva Júnior  
Rita de Cássia de Araújo Almeida  
Robson Rocha de Souza  
Roseli Aparecida de Melo  
Solange Nunes Leite Batista Coelho  
Stela Maris Bretas Souza  
Túlio Louchard Picinini Teixeira  
Vilene Eulálio Magalhães  
Waldomiro Epifanio Bueno Salles  
Yghor Queiroz Gomes

### EQUIPE DE COMUNICAÇÃO CRP-MG

Ayrá Sol Soares  
Carolina Melo  
Cristina Ribeiro  
Eliziane Lara  
Gabriela Carvalho  
Gabriela Ribeiro  
Lucas Wilker  
Nathalia Monteiro

### PROJETO GRÁFICO

BRASIL 84

### DIAGRAMAÇÃO

BRASIL 84

### EDIÇÃO

Cristina Ribeiro (MTB 5222)  
Jornalista Responsável

### REPORTAGEM

Cristina Ribeiro (assessora de  
comunicação CRP-MG), Eliziane Lara  
(jornalista CRP-MG), Lucas Wilker  
(Estagiário CRP-MG)

### REVISÃO

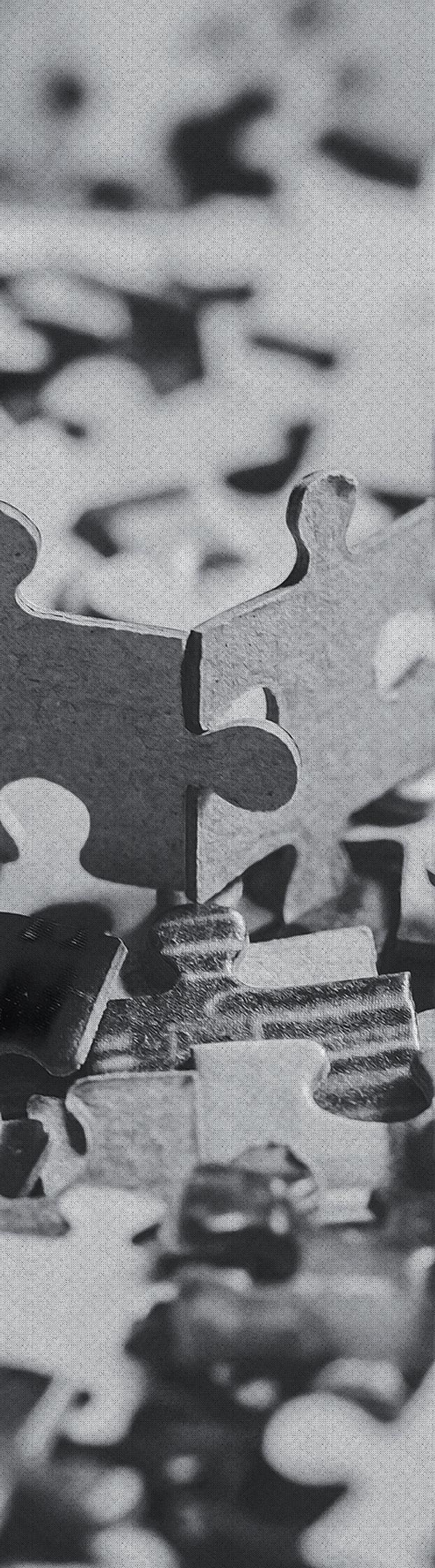
Agência Brasil 84

### IMPRESSÃO

Marquinhos Gráfica e Editora

### TIRAGEM

50 mil exemplares



## 04 EDITORIAL

CRP-MG amplia seus canais de interação com a categoria.

## 05 ENTREVISTA

Quando o trabalho produz adoecimento.

## 10 ESPECIAL

Patriarcado, machismo e o que isso tem a ver com a violência contra a mulher e LGBTIfóbica.

## ARTIGOS

### 14

Usos de drogas, Redução de Danos: mesmos caminhos e destinos diferentes.

### 16

O suicídio é um problema de saúde coletiva. É um problema nosso.

### 23

O trabalho da(o) Psicóloga(o) nas medidas socioeducativas.

### 27

## REPORTAGEM DE CAPA

Transtorno do Espectro do Autismo desperta múltiplas abordagens da Psicologia.

### 32

## ORIENTAÇÃO E FISCALIZAÇÃO

As mudanças da relação terapêutica mediada pela tecnologia da informação.

### 35

## ÉTICA

Exercício profissional ético e avaliação psicológica para posse e porte de armas.

### 38

## IDEIAS E IDEAIS

Compromisso social da Psicologia na conjuntura atual: uma questão de urgência ou sobrevivência?

# EDITORIAL

## **CRP-MG amplia seus canais de interação com a categoria**

O XV Plenário concretiza o lançamento da Revista do CRP-MG, depois de um vigoroso processo de atualização dos meios comunicacionais do Conselho.

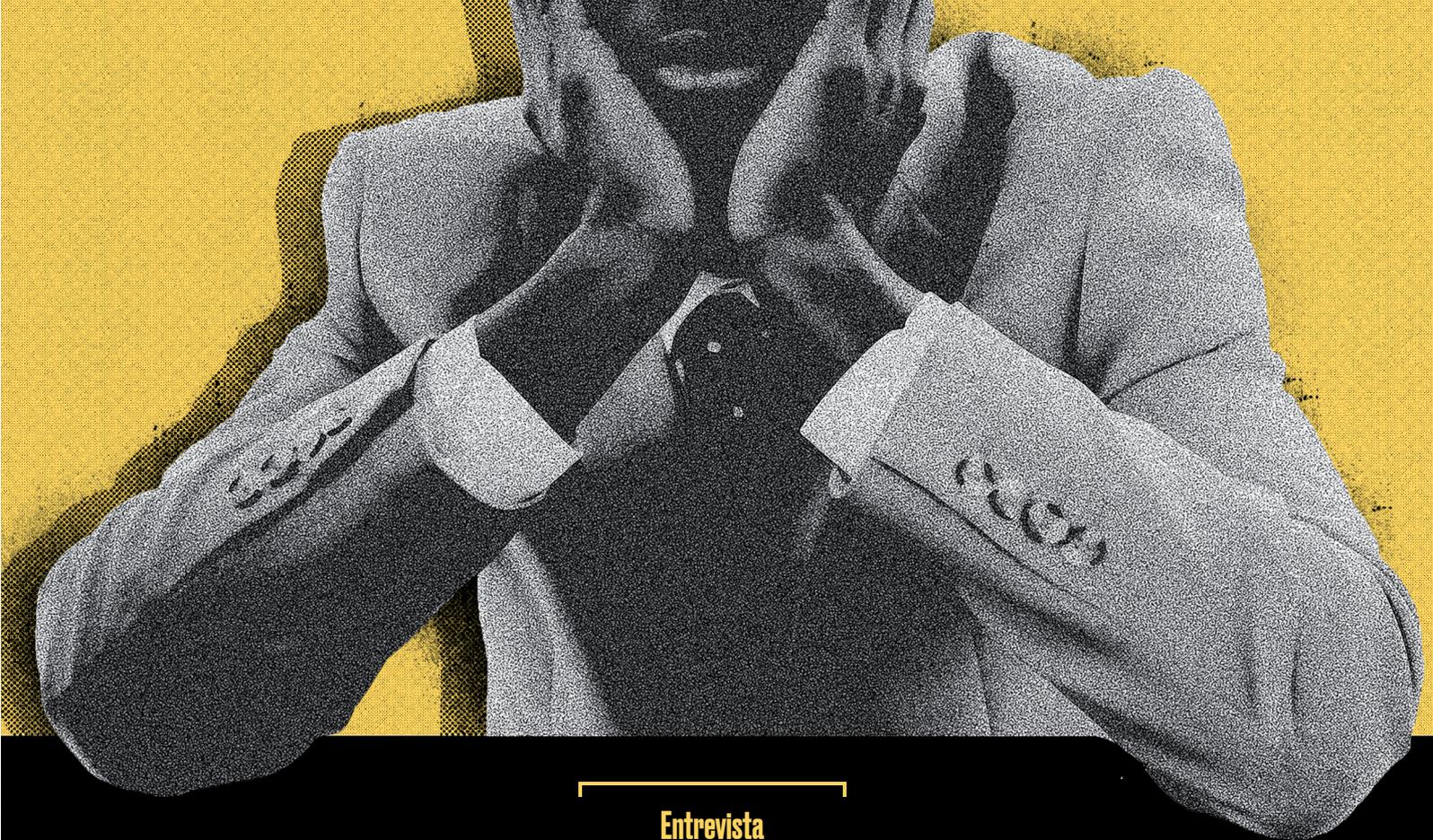
Tão inquieta quanto a Psicologia, a Comunicação segue e dita novas formas de interação que buscam atualidade, proximidade e intercâmbio de conhecimentos. Não por acaso, esses são os mesmos objetivos dessa publicação, que veio como uma evolução do Jornal da Psicologia mas utilizando uma proposta diferenciada de relação com a categoria de psicólogos(os) e com a sociedade.

Com periodicidade semestral, a Revista do CRP-MG propõe reflexões acerca dos temas eleitos como mais urgentes e caros para a Psicologia. A cada edição, serão elencados assuntos pautados pela própria categoria nos outros meios de interação, tais como os eventos, perfis no Facebook e Instagram, canal Fale Conosco e nos atendimentos presenciais.

Os conteúdos serão expostos dentro de uma diversidade de possibilidades: reportagens, mostrando a prática de algumas(uns) profissionais e as reflexões de quem se beneficia dela; colunas orientativas; artigos que aprofundem o conhecimento ancorado no fazer psi, além de artigos de outras(os) profissionais convidadas(os), contribuindo ainda mais para esse olhar sobre o ser humano; e entrevistas que desenvolvem uma narrativa sobre a atuação e seus desafios; e textos apresentando o que o corpo diretivo do Conselho percebe que é urgente trazer para a categoria.

Neste primeiro número, - comprovando a pluralidade da Psicologia - foram envolvidas as comissões de Ética; Gênero e Diversidade Sexual; Mulheres e Questões de Gênero; Psicólogos(os) da Saúde; Psicologia Escolar e Educacional; Psicologia e Clínica; e Orientação e Fiscalização; Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas; e Sistema Prisional e Socioeducativo.

Desejamos uma ótima leitura e aguardamos sugestões de novas pautas e melhorias para a Revista do CRP-MG.



Entrevista  
Maristela Pereira

Texto: Eliziane Lara | Fotos: Beto Oliveira

# QUANDO O TRABALHO PRODUZ ADOECCIMENTO



## A partir da perspectiva da Saúde do Trabalhador, a pesquisadora Maristela Pereira discute contextos contemporâneos de trabalho, adoecimento e contribuições da Psicologia

Sete anos de trabalho como psicóloga organizacional levaram **Maristela Pereira** a lidar com situações difíceis. O choque entre as demandas das empresas e seus valores pessoais geraram sofrimento. Ela, então partiu para o mestrado e foi investigar os recursos que seus colegas utilizavam para prosseguir atuando nas organizações. No doutorado, a pesquisa foi ampliada e passou a buscar possibilidades de atuação de psicólogas(os) organizacionais na promoção de saúde; ela também ouviu trabalhadoras(es) que estavam adoecidas(os) em função das atividades laborais que exerceram.

Na entrevista, a doutora em Psicologia Social e professora da graduação e da pós-graduação no Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), aborda reflexos do adoecimento na subjetividade de trabalhadoras(es), políticas públicas e a responsabilidade da Psicologia em contribuir com o estabelecimento do nexos causal entre trabalho e doença. Maristela explica que a Saúde do Trabalhador considera o adoecimento como um processo social e histórico: “o sujeito adoce essencialmente pela forma de inserção no mundo produtivo. Por isso, devem ser pensadas intervenções não apenas sobre o indivíduo, mas nas formas de organização do trabalho”.

## Quais as contribuições da Psicologia para o campo da Saúde do Trabalhador?

É um campo multidisciplinar e a Psicologia tem contribuído com estudos sobre subjetividade e, também sobre a Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT). Uma das frentes de atuação é o estabelecimento do nexo causal entre transtornos psíquicos e atividade laboral. Destaco que, mesmo no adoecimento físico, há impactos subjetivos e isso também é um campo de atuação nosso.

## Qual é a sua avaliação sobre a atuação do SUS na Saúde do Trabalhador?

Temos uma legislação avançada, que propõe que a pessoa atendida pelo SUS seja vista não somente como cidadã, mas também como trabalhadora. Desse modo, espera-se que em todos os níveis, desde a Atenção Primária em Saúde, se realize um atendimento qualificado para as questões do trabalho e, quando necessário, seja acionado o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), na forma de matriciamento. Então, a porta de entrada é a Atenção Primária. Mas esses princípios ainda não foram efetivamente incorporados ao cotidiano dos serviços. Infelizmente, profissionais de saúde de diversas categorias, inclusive psicólogas, não têm esse olhar. Muitas vezes, nem perguntam para o sujeito qual é a atividade que ele desenvolve, o que inviabiliza fazer a ligação entre a patologia e a atividade produtiva.

## A legislação trabalhista no Brasil tem passado por profundas mudanças. Quais os possíveis reflexos disso na saúde das(os) trabalhadoras(es)?

Cenários de precarização do trabalho incidem diretamente sobre a saúde de trabalhadores. Pesquisas apontam que o número de acidentes de trabalho é muito maior com terceirizados, pois recebem menos treinamento, a rotatividade é maior e obtêm menos investimentos por parte das empresas. Após a aprovação da chamada "Reforma Trabalhista", vemos uma piora sensível das condições de trabalho e dos vínculos laborais. Tudo isso afeta o aspecto emocional, porque a pessoa tem que conviver com um trabalho desgastante e com a insegurança constante. Isso atinge também as categorias da Psicologia. Muitos profissionais começaram

a trabalhar como autônomos, mas prestando serviço para apenas uma empresa. É a precarização do vínculo trabalhista. Enquanto categoria não estamos isentos, pois também somos trabalhadores.

## No mestrado, você pesquisou o sofrimento psíquico em psicólogas(os) que atuam nas organizações. Quais foram os achados desses estudos?

Trabalhei por sete anos em grandes empresas e enfrentei situações muito difíceis, em que era instada a fazer coisas que confrontavam meus valores e minha visão de mundo, o que era muito difícil de lidar. Então saí, fui fazer o mestrado e pesquisar as questões que promovem sofrimento psíquico em psicólogos organizacionais. Utilizei naquele momento o referencial da Psicodinâmica do Trabalho e o foco foi identificar os recursos que esses profissionais utilizavam para continuar desempenhando suas atividades. Verifiquei a reprodução do discurso organizacional e encontrei a utilização de estratégias defensivas, como a negação dos aspectos que promovem sofrimento.

## Na pesquisa do doutorado você também ouviu trabalhadoras(es) que estavam afastadas(os) do trabalho devido ao adoecimento. Quais aspectos desses relatos te chamaram atenção?

No doutorado já havia abandonado a Psicodinâmica. Continuei pesquisando psicólogos organizacionais, mas senti a necessidade de ouvir também os trabalhadores. Fiz grupos de escuta na sala de espera do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e na Clínica de Psicologia da UFU (Universidade Federal de Uberlândia). Os trabalhadores que vinham de empresas pequenas não tinham contato com psicólogo organizacional e aqueles que trabalhavam em empresas de médio ou grande porte, viam o psicólogo unicamente como alguém responsável pela seleção. Alguns mencionaram que o psicólogo, enquanto funcionário do RH, era responsável por receber os atestados e não se envolvia nas questões de adoecimento. De modo geral, é uma visão distanciada do psicólogo como alguém que trabalha para o interesse da empresa, não em prol do trabalhador.



### O que os relatos dessas(es) trabalhadoras(es) apontam sobre a relação com profissionais do SUS?

Pelo fato de ainda não termos conseguido implementar a Saúde do Trabalhador no SUS, às vezes, há um despreparo dos profissionais de saúde em lidar com essas questões. Há trabalhadores que se sentiram até violentados de alguma forma, por terem a idoneidade colocada em questão. No caso de LER (Lesão por Esforço Repetitivo), por exemplo, a pessoa sente muita dor mas, às vezes, no exame não aparece nenhuma alteração. A dor é um fenômeno subjetivo. Uma participante do grupo disse: “dói porque dói e porque eu tenho que provar que dói”.

### Se há dificuldades em reconhecer o adoecimento físico gerado pelo trabalho, como fazer nos casos relacionados à saúde mental?

Fazer a associação entre adoecimento mental e trabalho é um esforço hercúleo e que demanda tempo. Uma das possibilidades é o método biográfico, que consiste no acompanhamento de longo prazo do sujeito, para que se possa traçar paralelos entre os aspectos da ocupação

que geraram adoecimento e a história de vida dele. Uma pessoa que faz isso de forma muito sustentada é a professora Beth Antunes, que tem vários estudos publicados sobre o nexo causal entre transtornos psíquicos e o trabalho.

### Quais são os impactos na subjetividade do sujeito que se vê impossibilitado de trabalhar devido ao adoecimento?

Há reflexos na identidade, autoestima e nas relações familiares. É comum sentirem vergonha e até ocultarem dos conhecidos a situação de afastamento do trabalho. Pesquisas comprovam o aumento dos casos de divórcio. Também há o receio de voltar para o mercado, porque estão defasados ou porque não se sentem preparados. Trabalho há alguns anos com sujeitos que estão em reabilitação profissional pelo INSS e noto como, muitas vezes, o afastamento é visto de forma moralista, como se a pessoa não quisesse trabalhar, mas isso não é verdade. No contato com esses sujeitos, o que aparece é o constrangimento por sentirem-se improdutivos e o desejo de voltar a trabalhar.

**“ Fazer a associação entre adoecimento mental e trabalho é um esforço hercúleo e que demanda tempo. É uma questão que nós, psicólogos, temos que responder. ”**

**Você também aponta a perspectiva individualizante desses processos: a pessoa sente que tem que lidar sozinha com o adoecimento. Pode explicar mais sobre isso?**

Na perspectiva da Saúde do Trabalhador, entendemos que o adoecimento é produzido pelo processo produtivo. Vivemos a fase neoliberal do capitalismo e uma das premissas é que cada pessoa deve ser uma empresa de si mesmo, tem que gerenciar todos os seus processos vitais. Essa perspectiva tem sua sustentação na Saúde Ocupacional, que foca nos aspectos biológicos e atribui a responsabilidade pela saúde apenas ao sujeito. Muitas práticas da Saúde Ocupacional, desenvolvidas dentro das empresas, são no sentido de estimular a pessoa a praticar atividade física, ter alimentação saudável, reduzir consumo de álcool, tabaco, etc. Como se isso garantisse a saúde no trabalho, não havendo nenhuma medida voltada para mudanças no contexto laboral. Nesse cenário, é como se a culpa pelo adoecimento fosse do sujeito, e ele é abandonado à própria mercê depois de instalada a patologia.

**Qual é a diferença entre o trabalho que gera saúde e o que gera adoecimento?**

O trabalho no capitalismo sempre produz adoecimento porque tem alguns marcadores: a separação entre concepção e execução, que tira a autonomia do sujeito de pensar a própria atividade; a fragmentação das tarefas, que visa ao aumento da produtividade e esvazia o sentido do trabalho; a exploração, que faz com que as ações sejam pensadas em termos financeiros e não de acordo com os benefícios para os trabalhadores. Sabe-se que trabalhos muito prescritos e com baixo controle do sujeito sobre a atividade promovem maior adoecimento. Um trabalho promotor de saúde permite que a pessoa faça escolhas, respeita o poder de agir do

trabalhador. É importante também que o trabalho gere reconhecimento interno e externo, ou seja, o sujeito vê a importância daquilo que ele faz e também é valorizado por isso. Por fim, deve ser um trabalho ofertado em condições dignas e que remunere adequadamente, pois as demais esferas da vida, como qualidade da alimentação e habitação, acesso ao lazer e consumo, dependem do trabalho e das características dele.

“

**O trabalho no capitalismo sempre produz adoecimento.**

”

**Atualmente, há discursos que defendem a flexibilização da jornada de trabalho, mas eles vêm acompanhados de um pedido de produtividade e engajamento. Qual é a sua avaliação sobre esse cenário?**

Quando observamos um processo Taylor-Fordista, como o de ter que desossar uma coxa de frango em segundos, fica muito evidente a violência do trabalho sobre o sujeito. Em outras modalidades de

gestão, como o Toyotismo, isso fica mais camuflado porque há todo um discurso de envolvimento do trabalhador, mas é um refinamento de estratégias de captura do sujeito. No caso de trabalhar em casa, por exemplo, o trabalhador assume uma parcela dos custos envolvidos e há uma borragem das fronteiras entre o tempo de trabalho e de não trabalho. As próprias tecnologias digitais permitem que as pessoas te acessem com questões de trabalho à noite, nos momentos de lazer e isso tudo fica diluído. Há empresas que permitiram o trabalho em casa, mas começaram a cobrar uma meta de produtividade maior.

**As mudanças nos processos de produção repercutiram nos tipos de doenças que decorrem do trabalho?**

Novas configurações de trabalho geram novas modalidades de adoecimento. Transtornos mentais como depressão, transtornos de ansiedade e síndrome do pânico, figuram hoje dentre os principais motivos de afastamento do trabalho. Há ainda estudos que vão focalizar determinadas categorias profissionais e os adoecimentos que incidem sobre elas. É comum, por exemplo, casos de Transtorno de Estresse Pós-Traumático em Vigilantes, porque estão mais sujeitos a situações de violência no trabalho. Outra marca do neoliberalismo é a competição e disso decorre o presenteísmo. Antes se falava muito do absenteísmo, que é a falta ao trabalho. Agora vemos o contrário, é o presenteísmo. O sujeito vai trabalhar mesmo adoecido para não correr o risco de perder o emprego. Há empresas que pagam um prêmio se a pessoa não tiver falta, então mesmo doente ela vai trabalhar. É uma lógica perversa e chega uma hora que fica insustentável, o trabalhador acaba adoecendo. ■

**Saiba Mais**

Confira no site do CRP-MG referências sugeridas pela professora Maristela Pereira sobre Saúde do Trabalhador:

[www.crpmg.org.br/revista](http://www.crpmg.org.br/revista)

# PATRIARCADO, MACHISMO

E O QUE ISSO TEM A VER COM A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E LGBTIFÓBICA



Em **2017**, mais de **60 mil mulheres** foram estupradas e **1113** foram vítimas de feminicídio. No mesmo ano, **445** pessoas **LGBTI** foram assassinadas. O **Brasil** segue como o **país** que mais **mata** pessoas **trans** no mundo.

Texto: Lucas Wilker | Fotos: Giulia Staar

Lunna se casou cedo, com um homem que tinha a mesma idade dela: 19 anos. Antes de irem morar juntos, tiveram um conflito intenso e ele tentou jogá-la do sexto andar de um prédio. Ela viveu nesse relacionamento conturbado durante cinco anos mas, na maior parte do tempo, nem tinha ideia do que estava acontecendo. “Quando comecei a perceber que eu não queria mais aquela situação, já tinha uns dois anos que estava morando com ele”, relata.

Na vida de Bella, o ciclo de violências começou ainda mais cedo. Com apenas quatro anos, sua mãe a culpava pela morte do marido: “Meu pai trabalhava durante o dia e cuidava de mim à noite, pois eu era muito doente. Ele não resistiu a um Acidente Vascular Cerebral (AVC). A partir daí, passei a apanhar todos os dias”. Aos sete anos, começou a ser agredida sexualmente pelo padrasto. E em sua adolescência, quando decidiu contar em casa que é lésbica, viveu uma experiência inesperada: após tentar atear fogo nela durante a noite, sua mãe a expulsou de casa dizendo que “preferia ter uma filha morta a ter uma filha sapatão”.

As duas histórias refletem um quadro alarmante: dados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública revelam que, em 2017, 1133 mulheres foram vítimas de feminicídio – quando uma mulher é morta por ser mulher – e mais de 60 mil foram estupradas. No mesmo ano, foram registrados mais de 200 mil casos de violência doméstica ou 606 casos por dia. Para pessoas LGBTI a situação também é grave: segundo o relatório anual da ONG Grupo Gay da Bahia (GGB), 445 pessoas foram assassinadas em 2017, o que representa um aumento de 30% em relação a 2016. Já o relatório da Organização Não-Governamental Internacional “Transgender Europe”, lançado em 2018, confirma que o Brasil segue como o país que mais mata travestis e transexuais. Com 72 países mapeados, somente aqui foram registrados 167 assassinatos entre outubro de 2017 e setembro de 2018.

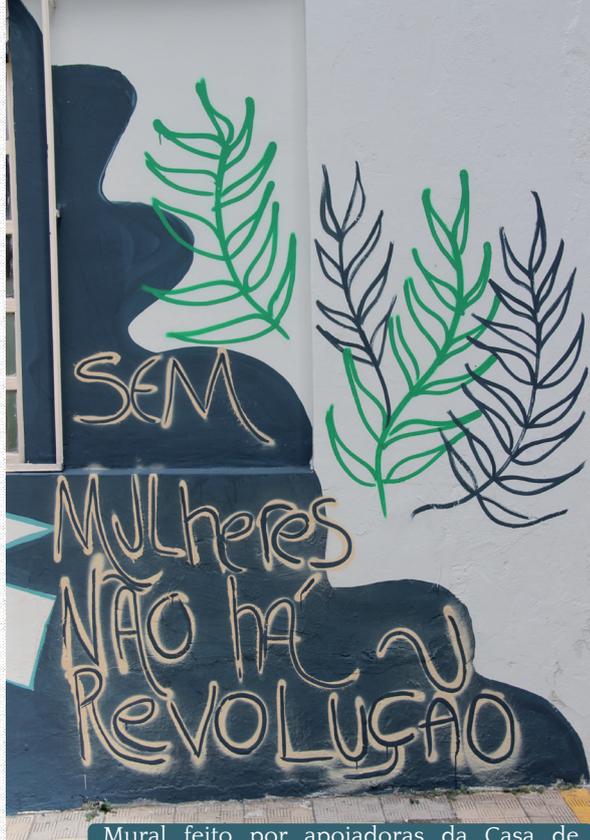
# VIOLÊNCIA MULTIDIMENSIONAL

De acordo com Marlise Matos, cientista política e coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher da Universidade Federal de Minas Gerais (Nepem/UFMG), a violência é sempre multidimensional e não um efeito de uma única causa. Para ela, a violência de gênero vem da relação de controle e domínio que os homens se sentem autorizados a ter e exercer sobre os corpos das mulheres. “O patriarcado, a relação de dominação de gênero masculina é a principal fonte dessa hierarquia e dessa relação que é assimétrica. Quando você tem domínio de um sobre o outro, você não produz simetria, você produz desigualdade”, explica.

A coordenadora do Nepem/UFMG também alerta que todo processo socializador é a base para a construção das subjetividades: se a sociedade naturaliza o patriarcado, os indivíduos são colocados diante da estrutura de domínio masculino e, portanto, as mulheres também passam a ser vetores desse patriarcado. “Elas não são culpadas pelo machismo porque o machismo é uma dimensão estrutural desse processo”, afirma.

Igor Monteiro, pesquisador do Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT (NUH- UFMG) ressalta que, no que tange à violência contra pessoas LGBTI, as práticas machistas podem controlar e estabilizar um regime normativo e hierárquico de gênero e sexualidade. Neste sentido, a sociedade considera que um vale mais que o outro e, segundo ele, essa realidade pode gerar efeitos violentos.

Marlise defende que gênero e sexualidade não devem ser separados: a relação entre homens e mulheres é atravessada pela dimensão da sexualidade; a identidade de gênero e a orientação sexual fazem parte da discussão de gênero. “Quando falamos de dominação dos homens sobre as mulheres estamos falando dos homens hétero-cis”, realça. Para a cientista, o modelo de masculinidade viril e violenta é o que sustenta, em parte, a LGBTIfobia.



Mural feito por apoiadoras da Casa de Referência Tina Martins, em Belo Horizonte

## OS CICLOS, A PSICOLOGIA E AS SUBJETIVIDADES

Tempos depois, a mãe de Bella adoeceu e ela, por ser filha única, voltou para prestar cuidados. No entanto, a violência retornou. Ela lamenta que demorou muito até conseguir quebrar o ciclo de violências que permeavam sua vida e ouvia sempre da mãe que nunca iria conseguir. Lunna destaca que, enquanto estava no relacionamento abusivo, jamais teve a percepção de que vivenciava uma violência de gênero. “Eu me colocava no lugar de que a mulher tem que fazer o casamento dar certo”, confessa.

Desirêe Silva, psicóloga voluntária no Núcleo de Defesa da Mulher (Nudem/BH) da Defensoria Pública de Minas Gerais (DPMG), explica que o relacionamento abusivo normalmente inicia com a violência psicológica e vai progredindo para outras formas, como a sexual e a patrimonial. Também alerta para o papel da(o) psicóloga(o) na conscientização, no acolhimento e no entendimento do contexto, quanto do que aquela mulher vivenciou. Segundo Desirêe, na DPMG existe o pressuposto que a consciência daquilo que ela experimenta, será a mola propulsora para sair do relacionamento abusivo.

### Saiba Mais:

Confira no site do CRP-MG entrevista completa com as colaboradoras da Casa de Referência Tina Martins: [www.crpmg.org.br/revista](http://www.crpmg.org.br/revista)

Em Belo Horizonte, a Casa de Referência da Mulher Tina Martins atua para acolher e dar abrigo a mulheres vítimas de violência. Fruto do movimento de mulheres Olga Benário, a Casa surgiu em 2016 e, além de prestar atendimento às mulheres em situação de vulnerabilidade, visa tratar questões como o patriarcado e a cultura machista que assolam a sociedade. A psicóloga apoiadora da Casa, Gabriela Cirilo, observa que no atendimento psicológico deve-se escutar a vítima e entender o que está acontecendo, porque, muitas vezes, ela nunca teve voz. “Cada subjetividade é impactada de uma forma singular. Aqui, nós permitimos que ela tenha voz”, completa.

Lunna e Bella conseguiram romper com seus relacionamentos abusivos, mas reafirmam o quanto é difícil conviver com as violências. “Conseguí entender que na minha vida sou eu quem tomo as decisões. Sou capaz de traçar o meu caminho, do meu jeito, com as minhas vontades, com as minhas ideias”, comenta Bella. “Não é fácil viver isso. Eu sinto muito porque ainda tem mulheres que passam por essa situação. A gente não está sozinha. Temos que procurar ajuda, o fundamental é não ter vergonha de falar. Nós não precisamos passar por isso e nós não temos que nos calar”, finaliza Lunna. ■



Mosaico reúne imagens de mulheres em luta e inspira as atividades realizadas na Casa Tina Martins

# USO DE DROGAS, REDUÇÃO DE DANOS: MESMOS CAMINHOS E DESTINOS DIFERENTES



**Domiciano José Ribeiro Siqueira**

Redutor de danos. Fundador da Associação Brasileira de Redução de Danos (Aborda). Atuou como supervisor de equipe na Cracolândia, em São Paulo, e como consultor do Ministério da Saúde na área de drogas e AIDS.

O aumento da violência nas sociedades contemporâneas ocidentais é um fato sem precedentes na era moderna, o que gera profundas perplexidades. Hobsbawm afirma que o século XX foi o “...mais assassino de que temos registro, tanto na escala, frequência e extensão da guerra que o preencheu, mal cessando por um momento na década de 1920, como também pelo volume único das catástrofes humanas que produziu, desde as maiores fomes da história até o genocídio sistemático”. Acrescenta ser uma das lições deste século o fato de os seres humanos aprenderem que podem “...viver nas condições mais brutalizadas e teoricamente intoleráveis...” (PEREIRA, et al., 2000, p. 98). Em muitas outras ocasiões, se observou e se discutiu a vinculação da miséria, do desemprego com a violência e, conseqüentemente, sua ligação com as possibilidades de atuação na busca de solução para os problemas advindos de sua existência.

O trabalho dos Redutores de Danos também (ou inicialmente) se dá nessas populações, reconhecidas como a “periferia de nossas cidades ou de nossas almas”, considerando que o uso de drogas, a exclusão, as injustiças, acontecem não só nas áreas “urbanamente periféricas”. Compreender a importância e a eficácia da redução de danos é também enxergar esses lugares e as pessoas que neles vivem, sentir seus odores, ouvir suas dores e apreensões, encaminhar suas demandas e aceitar suas alternativas.

“Um teto, saúde, trabalho e educação são bens de cidadania porque a sua provisão tem a finalidade de garantir que os segmentos mais pobres da população possam se manter autônomos, ou se manter libertos, das inúmeras redes de subordinação pessoal que se encontram presentes na base da sociedade – as da contravenção, do crime organizado, das máquinas partidárias clientelistas, das igrejas, das entidades assistencialistas, etc. – para, como cidadãos livres, poderem tocar suas vidas privadas, atendendo apenas as regras impessoais e universais do jogo democrático. Em outras palavras, a extensão dos bens de cidadania é a forma pela qual as novas ‘fronteiras sociais’ são incorporadas à vida pública, à esfera política em seu sentido mais amplo”. (PEREIRA, et al., 2000, p. 56).

Aqui cabe a necessidade e a importância de relacionarmos o termo “doença” à Dependência Química e, com isso, associando-a a outras doenças, buscando despertar o pensamento e a consequente busca de compreensão da origem do preconceito que diferencia ambas e dá à segunda o caráter de “comportamento desviante”, antissocial, maldoso e de pouco interesse na sua modificação por parte do “doente”. O preço é alto e cobra-se do mesmo uma postura moral que não se exige de um outro doente.

Enxergar esse fato e relacioná-lo com as construções sociais postas em prática por instituições fortes e poderosas, que encontram nessa forma de compreender e atuar a base e a manutenção de seus interesses, significa dar um passo significativo para a mudança desse quadro.

“... a melhor compreensão da dinâmica cultural contemporânea e do papel de destaque da violência nessa mesma dinâmica nos faz ver, com muita clareza, o que poderíamos chamar de um ‘paradoxo contemporâneo’. Se, por um lado, as ações e discursos de vários sujeitos sociais zelam por manter ou construir o pluralismo

e/ou o multiculturalismo, por desenvolver novas formas de convivência democrática, e por afirmar a cidadania, valorizando quaisquer formas de comportamento, mesmo aqueles que sejam exercícios radicais da diferença, por outro, emergem comportamentos marcadamente violentos que muitas vezes buscam impor 'diferenças' e contradizem aquele projeto político-cultural ao afirmarem modos de vida capazes, no limite, de ser negadores da alteridade, ou seja, impeditivos da existência mesma da convivência entre formas sociais plurais". (PEREIRA, et al., 2000, p. 13 e 14).

A tentativa de "ver (ou enxergar)", "ler nas cidades que estamos (ou vivemos)" as inúmeras demonstrações de expressão é um exercício importante e que nos confronta a cada momento com antigos e enraizados pontos de vista, preconceitos que arrastamos há muito tempo, que serão questionados e, conseqüentemente desconstruídos à medida que compreendermos suas origens e suas manutenções como "regras de uma sociedade" que vem se estruturando ao custo altíssimo da discriminação imposta por instituições seculares e, num consenso forçado (ou forjado) .organizando seus componentes.

É, portanto, de grande interesse manter a pobreza e, com ela, justificar os índices de violência, associando as duas coisas e fazendo das drogas e do seu uso o elo que une e mantém em funcionamento o quadro de vida no nosso país. É mais uma maneira de colocar "do lado de fora" as responsabilidades sociais e, porque não, de caráter humanitário muito mais voltadas à manutenção de instituições notadamente falidas.

Essa, que podemos caracterizar como violência da manutenção da desigualdade associada à violência institucional da "guerra às drogas", é o ponto central do acirramento da perda de direitos constituídos ao longo dos anos pela Redução de Danos no Brasil. Dentre essas conquistadas sequestradas, pode-se citar



a diminuição do uso de injetáveis e a conseqüente redução de compartilhamento de seringas e doenças como a AIDS, Hepatites B e C e demais IST; além do refreamento do número de mortes e agravos à saúde por meio de ações de restrição do uso de tabaco.

As mesmas violências aqui citadas ainda se constituem como produtoras de adoecimento, indo na contramão da proposta da Redução de Danos, que preconiza a autonomia, a cidadania e o respeito.

"Embora a presença da violência nos diferentes espaços da sociedade brasileira seja hoje bastante evidente e mesmo discutida, vivemos, durante muito tempo, a ilusão de que o Brasil estava livre das marcas mais profundas do conflito e da violência. Marcado por enorme diversidade socio-cultural, por gigantesca disparidade de renda entre os vários segmentos da população, com longo passado escravocrata, tendo vivido diversas experiências políticas autoritárias, o país sempre foi, entretanto, o cenário privilegiado da 'exuberância tropical' e da 'democracia racial', cenário este ocupado por atores sociais como heróis malandros, líderes populistas e tantos outros 'bem-humorados boas vidas', os quais, valendo-se do tradicional 'jeitinho', seguiam obtendo seus ganhos um tanto corporativos a despeito do "mal-estar" geral de grande parte da população". (PEREIRA, et al., 2000, p. 18 e 19).

O que defendo, portanto, nesse texto, é uma reavaliação das nossas políticas e práticas para não nos mantermos num círculo vicioso quando os investimentos feitos nos jogarão novamente ao início do caminho e produzirão os mesmos, e talvez maiores problemas que aqueles que nos propomos a identificar e enfrentar. ■

Referências:  
PEREIRA, C. A. P. M. et al. (Orgs.).  
Linguagens da Violência. Rio de Janeiro:  
Rocco, 2000.



## Mariana Tavares

Formada em Psicologia em 1980 (UFMG). É conselheira do CRP-MG (XV Plenário) e coordena as comissões de Emergências e Desastres e de Psicologia e Clínica. Foi diretora da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), gerente de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente do SUS/BH e consultora da Política Nacional de Humanização.

Cerca de 800 mil pessoas suicidam por ano ao redor do mundo. Uma pessoa se mata a cada 40 segundos. Do total de suicídios, 75% se dão em países de média e baixa renda per capita (OPAS, Brasil, suicídio, 2018). A média global de suicídios é de 11,4 por 100 mil habitantes, sendo 15 para homens e 8 para mulheres. No Brasil, as taxas são de 8,7 por 100 mil entre os homens e 2,4 entre as mulheres, sendo um suicídio a cada 45 minutos. Em 2016, foram 11 mil mortes por suicídio. Embora as taxas no Brasil ainda sejam relativamente baixas, observa-se aumento especialmente nas duas extremidades do ciclo de vida: jovens e idosos.

Dos 172 países membros da Organização Mundial da Saúde (OMS), apenas 28 possuem estratégia nacional de combate à morte voluntária. O Brasil formulou o seu Plano Nacional em 2006. No entanto, as taxas de suicídio vêm crescendo na última década. O Brasil propôs diminuir sua taxa em 10% de 2010 a 2020. No entanto obteve, até 2018, um crescimento de 10%.

As taxas de tentativa de suicídio são por volta de 10 vezes maiores. Ou seja, estima-se que há 8

# O SUICÍDIO É UM PROBLEMA DE SAÚDE COLETIVA. É UM PROBLEMA NOSSO

milhões de tentativas no mundo a cada ano. O suicídio, em certa medida, evitável - na maioria dos casos há uma tentativa anterior, sendo este o principal fator individual de risco.

O suicídio é sensível a estratégias de prevenção, especialmente quando se encontram ouvidos atentos, corações generosos, profissionais capacitados e qualificados em serviços de saúde, vínculos afetivos, decisão política e políticas públicas acolhedoras e inclusivas, dentre outras medidas.

“O suicídio é uma questão filosófica. É bastante conhecida a frase de Albert Camus, segundo a qual o suicídio é o único problema filosófico verdadeiramente sério. Julgar se a vida merece ou não ser vivida é responder a uma questão fundamental da filosofia.”



“**Há sempre dois suicídios:  
o real e o que os outros  
pensam que aconteceu.**”

*Ian Thomson*

Tirar a própria vida é sempre uma possibilidade. O suicida não escolhe morrer, escolhe o momento e o modo de fazê-lo. A permanente possibilidade do suicídio torna a vida inteira uma escolha e, deste modo, pode-se escolher viver. Assim, a ideia do suicídio faz parte da ideia de liberdade.

No entanto, os debates acerca do fim da vida têm sido intensos em nossa sociedade. A quem pertencem nossas vidas? Temos o direito de decidir sobre como encerraremos nossa narrativa? Em nossa sociedade, é reconhecida a cada sujeito a autoria de sua narrativa de vida, mas não sua conclusão. A capacidade de decisão sobre o fim da vida pertence à ciência, marcadamente incorporada no saber médico, ou a um poder transcendente. As discussões sobre eutanásia, suicídio assistido e ortotanásia são embaladas num invólucro definido como busca da boa morte. O suicídio é um acontecimento que vem subverter toda esta discussão e opera como um fim de diálogo. A última palavra foi dita. (DIAS, 2017)

Hoje, já não se considera o suicida um desertor, um covarde, um criminoso ou um pecador. Trata-se agora de colocar o debate sobre a ideia de que o suicida seja um doente. (GUILLON C.; LE BONNIEC, Y. 1984)

Considerando o contexto de violência em que vivemos, não seria mais correto usar a expressão utilizada por Antonin Artaud em seu ensaio “Van Gogh: o suicidado da sociedade”? (ARTAUD, A., 1975). Em que nível os suicídios no Brasil apontam para uma produção social que obrigaria a criar o neologismo: os “suicidados”? Até que ponto as proposições nacionais de prevenção do suicídio, ainda

em vigor, podem estar em perigo frente à política de corte de investimentos públicos e de fim de políticas sociais no país?

Apenas como exemplo, consideremos a taxa de suicídios entre mulheres presas no Brasil. É 20 vezes maior que a média nacional. A falta de informações sobre a situação prisional e o tempo da pena, a violência física e emocional e o abandono de familiares e amigos são alguns dos fatores associados ao suicídio dessas mulheres. Do total, 75% são mães, em sua maioria afastadas de seus filhos. (The Intercept Brasil, 5/2018)

Os indígenas no Brasil suicidam de 10 a 20 vezes mais que a população geral, sendo de 15,2 por 100 mil (Boletim Epidemiológico, Ministério da Saúde, 2017). Os principais fatores associados ao suicídio entre indígenas são as disputas por defesa dos limites de seus territórios e falta de perspectivas futuras.

A pesquisa “Óbitos entre adolescentes e jovens negros, 2012 a 2016” do Ministério da Saúde, publicada em dezembro de 2018, identificou que o risco de suicídio foi 45% maior em adolescentes e jovens negros, sendo que o risco na faixa entre 10 e 19 anos foi 67% maior entre pessoas negras, em 2016. As principais causas associadas ao suicídio entre negros são: a ausência de sentimentos de pertença, sentimento de inferioridade, rejeição, negligência, maus-tratos, abuso, violência, inadequação, inadaptção, sentimento de incapacidade, solidão, isolamento social. E, ainda, não aceitação de identidade racial, sexual e afetiva, de gênero e de classe social.

O suicídio na população LGBTI não tem registros específicos e confiáveis. Mas a discriminação;

o bullying e outros tipos de violência como a doméstica; rejeição familiar, dos amigos, da comunidade, assédios; perseguições policiais; discriminação nos serviços de saúde; somados ao machismo, racismo e misoginia, são fatores associados ao suicídio. É pelo preconceito que a população LGBTI está mais propensa aos agravos em saúde e ao suicídio. O Grupo Gay da Bahia, em pesquisa realizada em 2017, informa crescimento de 30% de morte por LGBTIfobia entre 2016 e 2017, e 58 mortes por suicídio dentre as 445 vítimas letais da LGBTIfobia em 2017.

## SUICÍDIO COMO QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA OU QUESTÃO MÉDICA?

Segundo Cecilia Minayo e Fátima Cavalcante, as taxas de suicídio atuam como indicadores para análise de mudanças sociais, principalmente desestabilizadoras (MINAYO, C; CAVALCANTE, F. G., 2004). Estas mudanças desestabilizadoras repercutem em alguns indivíduos, fazendo-os “desistirem da vida”. Costumam ter como consequência desemprego, perdas salariais, mudanças nas relações sociais e nas subjetividades. Uma mudança desestabilizadora pode se dar quando se desrespeitam os princípios gerais que regem a vida da população, como ruptura da ordem democrática, mudanças no aparato jurídico legal, reformas trabalhistas, previdenciárias, dentre outras.

O suicídio entra na Classificação Internacional das Doenças (CID 10) no capítulo XX, como **morte violenta por causas externas**, ou seja, morte não decorrente de doença, aceitando e assumindo a ausência de centralidade da questão biológica nesse conjunto de mortes.

Esse conceito de **morte violenta por causas externas** para o ato da morte violenta de si mesmo, já não aponta o suicídio como uma relação? Seria possível imaginar o suicídio como uma possível consequência de relações intersubjetivas violentas?

O suicídio é um fenômeno complexo, multifatorial e um problema de saúde pública. É necessário compreendê-lo como uma produção social, mais do que um comportamento individual.

O suicídio é um ato singular, individual, o mais pessoal dos atos e, ao mesmo tempo, é um novelo de relações.

O suicídio é um problema de saúde coletiva. É um problema nosso.

Segundo a cartilha da OMS “Prevenção do suicídio, um recurso para conselheiros”, de 2006, “os indivíduos suicidas sofrem frequentemente com maiores problemas ambientais que seus colegas não suicidas, incluindo histórias de abuso, problemas familiares, questões culturais, dificuldade de relações interpessoais e exposição a estresse extremo ou crônico. Em conjunto com o humor depressivo, esta carga ambiental aumenta a probabilidade de suicídio. **Na verdade, o sentimento de desesperança decorrente das circunstâncias de vida constitui um indicador ainda mais potente de risco de suicídio que a depressão por si mesma**”.

No entanto, vemos em vários artigos e pronunciamentos a afirmação de que mais de 90% dos casos apresentam uma doença mental ao lado de outros fatores de risco ou vulnerabilidades. Segundo Neury Botega e Cordeiro (2010), por exemplo, em 97% dos casos, segundo estatísticas oficiais, o suicídio é um marcador de **sofrimento psíquico ou de transtornos psiquiátricos**. (CFP, 2013) A estatística de mais de 90%, e em algumas referências, de 97% dos casos, toma como determinante, ou condição necessária, a presença de um transtorno mental. Mas serão da mesma ordem, o sofrimento psíquico e a doença mental?

Unificar a estatística permite pensar em uma prevenção médica que, bem-sucedida, levaria a uma sociedade sem suicídios, desde que todos os portadores de transtornos estivessem em tratamento adequado.

Por essa linha de raciocínio, seria possível acabar com os suicídios e manter a ordem social tal qual está.

Assim, se para a ciência hegemônica, é possível afirmar que em sua quase totalidade os suicidas são portadores de transtornos psiquiátricos, a multifatorialidade e a complexidade seriam contempladas com apenas duas medidas: o tratamento psiquiátrico e o funcionamento do sistema de saúde reduzido à organização de serviços de saúde, e não como dispositivos de produção de saúde. O tratamento psiquiátrico, por sua vez, pode se reduzir e muitas vezes o faz, à prescrição de medicamentos psiquiátricos! Esta visão é patologizadora e medicalizante, além de biologicista.

Se o suicídio é um fenômeno complexo e multifatorial, exige enfrentamentos complexos. Se entendemos que sofrimento psíquico não é o mesmo que transtornos psiquiátricos, se o sofrimento é a dor de viver e um modo de lidar com o mal-estar, uma resposta ao enfrentamento das diversas violências cotidianas, trata-se de fatores subjetivos, intersubjetivos, psicossociais e até mesmo circunstanciais, com transtorno psiquiátrico diagnosticável, concomitante ou não.

De todo modo, nunca é possível atribuir causalidade única ao suicídio. Não podemos adotar posições simplificadoras ou reducionistas. Cada suicídio representa um enigma.

Nunca é demais alertar para os perigos da medicalização e patologização da vida, atitudes que reproduzem um modo de ver e de viver, que apregoam o modo certo, normativo, higiênico, que conduziria ao “sucesso”. Desta maneira, precisamos estar atentos e inquietos para desconstruir uma posição de saber que ensina as pessoas o jeito certo de sentir e de reagir.

# AS MACRO DETERMINAÇÕES SOCIAIS

O neoliberalismo econômico e seus sujeitos morais apontam para uma forma de organizar a vida em que os sujeitos se tornam responsáveis individuais e exclusivos sobre seu “sucesso” e “insucesso” (os neo sujeitos empreendedores de si). Isso leva a uma redução da garantia de direitos, e da visão de Estado como protetor de seus cidadãos, instalando-se um modo intersubjetivo de “salve-se quem puder”.

Byung Chul-Han, em seu livro “A sociedade do cansaço”, afirma que no século XXI está se constituindo uma “sociedade do desempenho”, na qual são produzidos sujeitos empresários de si mesmos. Forja-se uma sociedade que produz fracassados e depressivos, já que a cada sujeito bem-sucedido em seus projetos auto empreendidos há uma quantidade enorme de sujeitos excluídos, pois a sociedade continua igualmente competitiva e exploradora da força de trabalho.

A partir destes enquadramentos, é preciso localizar a discussão do suicídio nesse modo de compreender a vida numa sociedade tecnológica; num sistema neoliberal de formação de sujeitos isolados, competitivos, massificados e solitários, em que se forja a aceitação do discurso de ódio e de intolerância; em que existe uma fobia da morte, que é vista como um sinal de fracasso de uma sociedade voltada para o sucesso.

## JOVENS E IDOSOS

Verificar o aumento das taxas de suicídio nos dois extremos do ciclo de vida obriga a algumas reflexões sobre a sociedade contemporânea.

No caso dos adolescentes, que vivem o tempo do “ainda não, mas não mais”; o tempo de escolhas e de afirmações de desejos; o tempo de não ser igual ao que já foi, mas ainda não se pode saber o que será, existe um fosso que, muitas vezes, o projeta entre a dúvida de obedecer ao padrão ou afirmar sua singularidade. E se o jovem não encontra sustentação para suas identificações, se não encontra possibilidades de troca e de compartilhamento, se seu universo passa a se reduzir às telas da virtualidade, é um tempo de angústia em que, em determinados casos, buscar a própria morte pode ser um modo de se livrar não da vida, mas daquela dose insuportável de dor.

Em relação aos idosos, assiste-se hoje a uma grande desvalorização da experiência de vida e, também a perda de relevância social do sujeito que deixa de ser produtivo. As gerações que hoje têm 60 anos ou mais, tiveram suas vidas pessoais muito identificadas com o trabalho. A aposentadoria, muitas vezes, significa esvaziamento de sentido da vida. Somam-se ainda a solidão, o abandono, o medo da dor e a dificuldade em lidar com o envelhecimento próprio e do familiar. As gerações que se aproximam do momento de aposentadoria se veem assoladas pela possibilidade da perda de seu direito de se aposentar. O sentimento associado ao suicídio dos idosos é o de ser um fardo para a família.

**Tanto um segmento quanto o outro estão acossados pela falta de perspectiva.**



**O suicídio é sensível a estratégias de prevenção, tanto mais quanto se encontram ouvidos atentos, corações generosos, profissionais capacitados em serviços de saúde qualificados.**



# AS ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

## 1) DIFICULTAR O ACESSO AOS MEIOS LETAIS

Tornar difícil o acesso aos meios letais é reconhecidamente uma das melhores estratégias de redução das taxas de suicídio. O suicídio por impulso é, na interessante formulação de Andrew Salomon em seu livro “Um crime de solidão” (2018), o uso de uma “solução definitiva para um problema transitório”.

Todas as formas de prevenir os impulsos suicidas são bem-vindas, por propiciarem uma nova chance de reflexão, uma nova possibilidade de elaboração para aquele sujeito.

Países como Japão e Suécia conseguiram redução em suas taxas por meio de planos nacionais de estratégias que dão ênfase a ações de prevenção para o suicídio por impulso, mas também à organização em rede dos serviços de saúde, em especial na articulação da atenção primária com as redes de urgência.

O modo preferencial de suicídio entre homens no Brasil é o enforcamento, seguido do uso de armas de fogo. Muitas vidas são poupadas por meio do Estatuto do Desarmamento. No entanto, no começo deste ano de 2019, exatamente no dia 15 de janeiro, se deu o anúncio presidencial da proposta de um decreto que flexibiliza a autorização para posse de armas. A estimativa é de que até 80% da população possa ter uma arma de fogo em casa. Tal decreto vai na direção contrária ao preconizado mundialmente como estratégias de redução de violência, entre elas a autoinfligida.

A redução de acesso a pesticidas e agrotóxicos seria uma estratégia bastante confiável de redução do suicídio por impulso, mas houve a liberação do uso desses venenos no Brasil em 2018.

Entre as mulheres, o modo preferencial de suicídio é a ingestão de medicamentos, barbitúricos, antidepressivos, tranquilizantes, entre outros medicamentos que podem ser receitados por qualquer especiali-

dade médica. Essas prescrições sem acompanhamento permitem que se façam estoques domésticos de medicamentos e ajudam a compor as estatísticas de depressão, que, lá na frente, vão autorizar a afirmativa de que em 97% dos suicídios consumados havia diagnóstico de depressão.

## 2) MELHORAR OS REGISTROS

A melhoria nas notificações e registros permitirá formulação de estratégias de prevenção cada vez mais locais e eficazes. Dados por municípios permitem conhecer e formular uma linha de conexão entre suicídios que pode favorecer o planejamento local.

## 3) COMBATER O PRECONCEITO

O combate ao estigma e a todas as formas de preconceito conduz a novas práticas e novos modelos de relações intersubjetivas.

O estímulo a ações locais, em ambientes como escolas, centros culturais, que promovam a circulação da fala e que proponham novos modos de sociabilidade são potentes. Vale citar o vídeo “Comunicadores da hora, desafio: 3 pessoas, 3 problemas, 3 finais” realizado pelos alunos da Escola Estadual Olegário Maciel, em parceria com a ONG Internet Sem Fronteiras, em Belo Horizonte, que demonstrou a capacidade criativa dos jovens na construção de formas de diálogo sobre o assunto.

## 4) REDE DE SAÚDE

A “Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio”, do Ministério da Saúde (2017), aponta que a existência de Rede de Atenção Psicossocial no município é um importante fator de proteção para o risco de suicídio, reduzindo em 14% sua incidência. Apesar deste dado ter sido apresentado em 2018, neste mesmo ano havia sido anunciado o corte de gastos no SUS e aumento de investimentos em estabelecimentos privados e dotados de lógica manicomial.

O cuidado e a escuta são de responsabilidade de todos os profissionais de saúde e, os serviços, ao se organizar na lógica do acolhimento e na

produção de saúde, e não como máquinas de produção de consultas, podem contribuir para o entendimento e responsabilização coletiva.

## 5) TRABALHO VOLUNTÁRIO

Um importante meio e comprovadamente eficaz para auxílio em crises agudas o trabalho de voluntários qualificados do Centro de Valorização da Vida, que vêm acompanhando o avanço dos meios de comunicação e estão presentes em vários municípios do país. Atendem por e-mail, presencialmente, e por outras redes.

## 6) CAMPANHAS

A realização de campanhas de prevenção ao suicídio, se formuladas de maneira cuidadosa que não conduzam à psiquiatrização e medicalização, podem ser importantes ações de prevenção. É fundamental não gerar, com tais campanhas, um aumento irresponsável e sem acompanhamento de diagnósticos de depressão e, logo, da prescrição de medicamentos antidepressivos, pois, desta forma, o que ocorrerá, ao contrário de uma prevenção, será a possibilidade do aumento de casos, como vimos acima, pelo uso abusivo de substâncias psicoativas.

## 7) PAPEL DA MÍDIA

Fator citado em muitas fontes sobre prevenção do suicídio é o papel representado pela cobertura midiática. A OMS lançou sua cartilha em 2006, bem como o Brasil disponibilizou informações no Portal do Ministério da Saúde ([portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/suicidio](http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/suicidio)). “A mídia influencia fortemente as atitudes, crenças e comportamentos da comunidade e ocupa um lugar central nas práticas políticas e sociais. A maneira como os meios de comunicação tratam os casos de suicídio pode influenciar a ocorrência de outros”. (OMS,2006)

No entanto, a polêmica acerca do contágio provocado pela divulgação de suicídios continua ainda hoje. O que se sabe é que a cobertura deve ser responsável e a correta abordagem do assunto é necessária, pois ajuda a salvar vidas e evita o sofrimento

de muitas famílias. Evitar falar sobre suicídio nunca é a melhor decisão. Ao abordar o assunto, não se deve falar sobre métodos nem causas, muito menos dar ênfase ao suicídio como uma saída. Em seu livro “Morreu na contramão”, Arthur Dapieve afirma “que em vez de determinar a forma de pensarmos o assunto, a mídia espelha nossa maneira de lidar com o tema”.

Segundo ele, “é razoável supor que o procedimento recalado da imprensa frente ao suicídio reflita o mal-estar de toda nossa sociedade frente a morte voluntária”. Daí, segundo ele, o pensamento mágico de que apenas uma pessoa sem a posse de sua saúde

de mental possa tirar a própria vida. Segundo ele, o suicídio tem ocupado nas mídias o lugar de um fato inesperado, a ruptura de uma ordem natural, tal como os desastres, os acidentes, as grandes catástrofes. Tais notícias são a parcela do noticiário que escapa à politização, por sua inexplicabilidade. O discreto tratamento do tema suicídio pela imprensa mal esconde o temor disseminado de que um caso possa conduzir a outro. Daí a necessidade de fazer cada um aparentar ser único, isolado, fechado.

“O suicida desafia as supervisões institucionalizadas da vida e cai na dupla condenação de ser doente e subversivo. No entanto, a cobertura do suicídio é uma oportunidade de fornecer ao público informações e recursos que podem salvar vidas” (DAPIEVE, 2007).

Pensando além da cobertura dos casos de suicídio, convém pensar em outros papéis que a mídia desempenha na formação de subjetividades. A forma como se constroem as narrativas do modo de encarar a vida podem gerar sentimento de apatia, de falta de sentido, de fraqueza, de desmobilização coletiva, de desesperança, de medo do futuro.

A mídia comercial não mostra qualquer movimento de mudança que não esteja submetido à ordem capitalista de produção em série de subjetividades. Ou seja, a mídia acaba conduzindo a um vazio de sentido, atuando como produtora do medo, da inutilidade, da falta de possibilidade de um futuro. Para quê? Para quem?

Além disso, as redes sociais promovem estetização do *self* e uma expropriação da interioridade. Não importa mais a vida que se vive, passamos a ser pura exterioridade. Também aí se produzem as noções de raça, de corpo, de virilidade, do feminino, do belo, do certo e do errado. Essa produção de moldes e modelos serve para encaixar os sujeitos ou excluí-los. Então a mídia esconde os milhões de inadaptados e os alija para fora de seus noticiários e de suas novelas.



# SAÍDAS COLETIVAS

À Psicologia comprometida socialmente cabe ações em todos os níveis de prevenção ao suicídio, que incluem o cuidado e atenção aos sujeitos em profunda dor, sobreviventes, pessoas que já tentaram, vítimas de abuso, de preconceito, às mais diversas formas de vulnerabilidade e às diversas formas da violência, às intervenções psicossociais e de gestão. Interessa a construção de saídas coletivas, multiprofissionais, com o envolvimento do máximo possível de atores, num processo de construção de espaços de fala e de construção e reconstrução de narrativas. A Psicologia colabora na desconstrução de mitos, de superação de tabus, no enfrentamento às várias violências.

Nenhum homem é uma ilha, inteiramente isolado. Todo homem é um pedaço de um continente, uma parte de um todo. (...) A morte de qualquer homem me diminui porque sou parte do gênero humano. E por isso não perguntem por quem os sinos doam. Eles doam por nós". John Donne. ■

**Referências** | ARTAUD, A. Van Gogh: el suicidado de la sociedade y para acabar de una vez con el juicio de dios. Madrid, Editorial Fundamentos, 1975.  
CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. O suicídio e os desafios para a Psicologia. Brasília, CFP, 2013.  
DAPIEVE, A. Morreu na contramão: o suicídio como notícia. Rio de Janeiro, Zahar, 2007.  
DIAS, M.C.D. BIOÉTICA: Fundamentos Teóricos e Aplicações. Curitiba, Appris, 2017.  
GUILLON, C.; LE BONNIEC, Y. Suicídio, modo de usar. São Paulo, EMW, 1984.  
MINAYO, C.; CAVALCANTE, F. G. "Organizadores psíquicos e suicídio: retratos de uma autópsia psicossocial". In: PRADO M.C.C.A. (org.). O mosaico da violência: a perversão na vida cotidiana. São Paulo: Vetor, 2004.  
SOLOMON, A. Um crime da solidão: reflexões sobre o suicídio. São Paulo, Companhia das Letras, 2018



## Érika Vinhal

Psicóloga formada pela PUC MINAS, pós-graduada em Gestão Estratégica para Centros Socioeducativos pela Fundação João Pinheiro e em Políticas Públicas e Socioeducação pela Escola Nacional de Socioeducação. Tem trajetória na política socioeducativa há 15 anos, com atuação como técnica (Analista Executivo de Defesa Social), na gestão de unidades socioeducativas e gestão da política socioeducativa na Subsecretaria de Atendimento Socioeducativo. Servidora pública de carreira.

E-mail: erikavinhal@hotmail.com

# O TRABALHO DA(O) PSICÓLOGA(O) NAS MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS

## PERCURSO PELA HISTÓRIA: DO CÓDIGO DE MENORES AO ECA E SINASE

A história social da infância brasileira é marcada por violência e exclusão social. Desde o Código de Menores de 1927 havia a tentativa de controlar a violência social e a infância abandonada.

Todas as leis anteriores ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1927 a 1979, eram conhecidas por fazerem parte da “doutrina da situação irregular” e tinham como princípio fundamental o controle social dos menores, realizado especialmente pela intervenção dos juízes.

Em 1979, o Código de Menores Mello Matos foi reformulado, embora ainda estivesse baseado na mesma “doutrina da situação irregular” do Código anterior, que determinava que o Estado deveria criar instituições de assistência e

proteção, limitando sua função de controle da assistência ao menor e repressão aos desviantes.

Somente com a Constituição Federal (1988), a aprovação do ECA (1990) e, principalmente a partir de 1989, com a Convenção Internacional dos Direitos da Criança, organizada pela ONU, uniformizou-se o discurso e crianças e adolescentes foram colocados como “prioridade absoluta”, rompendo assim com a “situação irregular”.

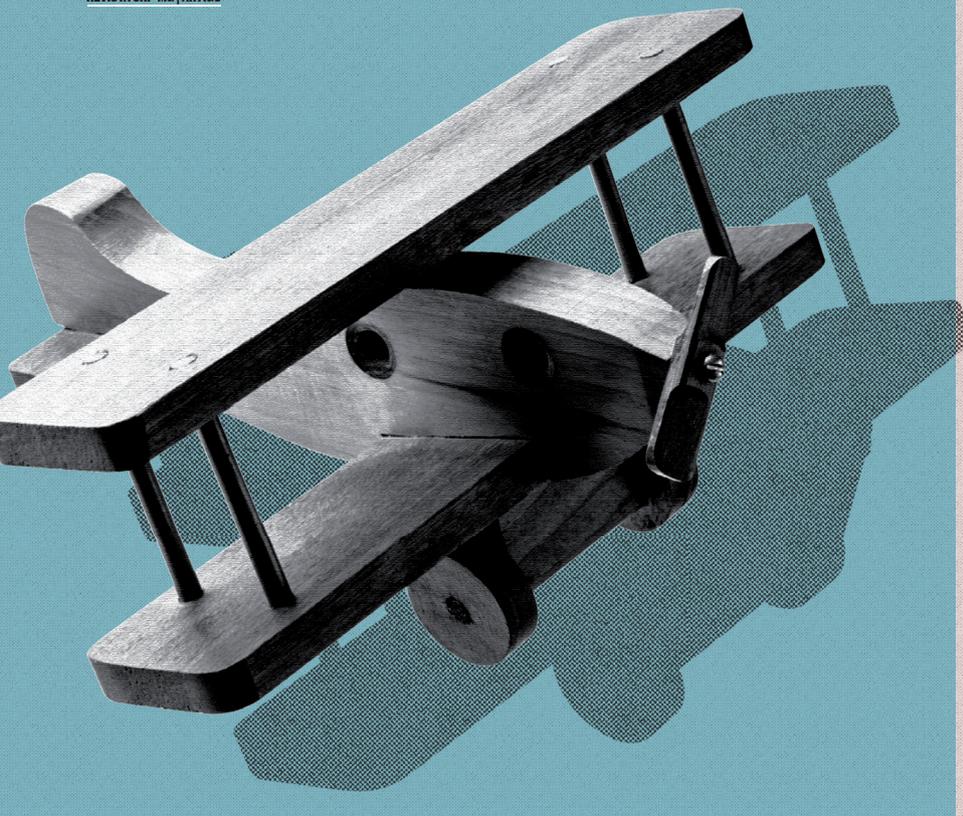
Para Simone (2010), dentro do arcabouço das normas infraconstitucionais, o ECA constitui-se como um marco histórico na luta pelos direitos da criança e do adolescente.

Cabe ressaltar que, hoje, as crianças e adolescentes possuem um status de cidadãos, abandonando a

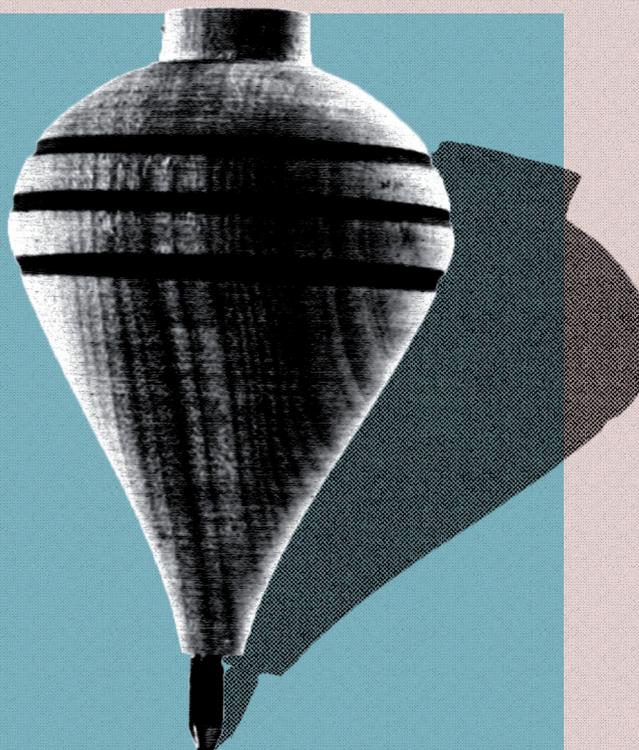
lógica do termo “menores”, objetos do processo, para se tornarem sujeitos, inclusive para os adolescentes autores de ato infracional.

As ações cometidas por um adolescente, consideradas como crime ou contravenção da lei jurídica vigente no país, são denominadas ato infracional. Para os atos infracionais, o ECA prevê a aplicação das medidas socioeducativas como forma de responsabilização jurídica.

Faz-se necessário, ainda mencionar a importância da Lei 12.594/2012, que instituiu o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE e regulamentou a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescentes que praticam ato infracional, estabelecendo princípios, responsabilidades e objetivos.



**Os atendimentos psicológicos na medida socioeducativa ofertam um espaço para que o adolescente possa falar sobre o que o motiva a atuar e como tem se envolvido com os eixos da medida.**



Para Carelli et al. (2014)

*Ao estabelecer os objetivos das medidas socioeducativas, a Lei nº 12.594/12 visou afastar as infundáveis discussões doutrinárias acerca da natureza sancionatória ou pedagógica dessas medidas. Parece-nos que, a partir dessa definição expressa dos objetivos da medida, firmou-se o entendimento do legislador de que tais medidas possuem um caráter híbrido, de sanção socioeducativa, com finalidade pedagógica.*  
- (CARELLI, 2014, p.6)

O caráter pedagógico da medida socioeducativa se orienta por três grandes eixos: escolarização, formação profissional e família/ relações sociais. Além disso, são assegurados cuidados especiais aos jovens como: proteção, educação, atividades esportivas, culturais e de lazer, cuidados com a saúde física e mental, e assistência religiosa. Durante esse período, os adolescentes deverão receber atendimentos técnicos de psicólogos, pedagogos, analistas jurídicos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, bem como da área da saúde.

Então, para garantir o acompanhamento individual do adolescente nos eixos de trabalho já citados, o psicólogo é um dos principais membros da equipe técnica e que está orientado a escutar e articular as intervenções, com propósito de instigar um posicionamento protagonista e autônomo do adolescente. Ademais, é o profissional quem vai contribuir para a construção singular de cada caso até a conclusão do processo judicial.

A medida é reavaliada semestralmente pelo Juiz, que vai decidir pela sua manutenção, progressão (aplicação de medida mais branda) ou extinção. Esta avaliação é realizada mediante Relatório Multidisciplinar elaborado pela equipe de referência do adolescente e contém um parecer técnico que vale como sugestão para o poder judiciário, sendo que, a decisão final ocorre após a manifestação, também, do Ministério Público e da Defensoria Pública.

Neste artigo, trataremos da especificidade do trabalho do psicólogo na medida socioeducativa de privação de liberdade, a mais gravosa estabelecida pelo ECA.

# ADOLESCÊNCIA

Trabalhar no sistema socioeducativo é lidar com o público adolescente e com toda vulnerabilidade, instabilidade e dificuldades para cumprimento de regras sociais características desta faixa etária. Além disso, é conviver com a constante demanda de limite, de busca de referência e de orientação.

Para Osório (1992, p.21) a adolescência sinaliza um momento de transição da infância para a fase adulta, marcado por mudanças corporais trazidas pela puberdade e pela árdua tarefa de construção da própria identidade. Trata-se, portanto, de um momento evolutivo peculiar do ser humano e crucial para o seu desenvolvimento. Desta forma, a adolescência é tida como um momento de uma crise vital, de identidade, relacional, familiar e de autoestima; em consequência do crescimento que acontece marcado por desorganizações físicas, hormonais, psíquicas, emocionais e por subsequentes reorganizações.

O maior conflito nesta etapa da vida diz respeito ao processo de individualização e separação dos pais, que leva o adolescente à busca do convívio em grupos como forma de autoafirmação e desenvolvimento da autoimagem com o objetivo de constituição da identidade pessoal. Nesta época são comuns os conflitos decorrentes do confronto de ideias e sentimentos de oposição, quando o adolescente busca definir a si e os seus objetivos. Observa-se ainda presença de características como rebeldia, instabilidade de afeto, busca de si mesmo, necessidade de fantasiar,

crises religiosas e flutuações de humor com acessos de fúria e impulsividade. Como os adolescentes são confrontados com o novo corpo, as palavras não são mais suficientes para explicar os desejos e interesses. Todavia, ao mesmo tempo, é um momento propício para fazer vacilar decisões e provocar reflexões sobre as escolhas e os projetos de vida futuros.

Portanto, quando se fala de adolescência, é importante considerar que ela define sujeitos afetados pelo real no corpo, que agita, e pelo dever de construir uma identidade, mesmo diante do enfraquecimento das figuras de autoridade e do fortalecimento do discurso capitalista do qual estão segregados.

Cada sujeito responderá de forma singular às contingências que atravessam na vida. Diversas modalidades de respostas podem ser dadas, seja pela via do enlaçamento social, seja pela ruptura. Os adolescentes que chegam ao sistema socioeducativo encontraram, no ato infracional, uma resposta aos impasses trazidos pela faixa etária e a partir desse ponto, que o trabalho do psicólogo se inicia.

## A(O) PSICÓLOGA(O) E A MEDIDA SOCIOEDUCATIVA

Alguns dos trabalhos da(o) psicóloga(o) no contexto socioeducativo são: acolher o sujeito na privação de liberdade, acompanhar a evolução nos eixos de trabalho e construir uma saída individualizada da medida, visando a responsabilização. Ao retornar ao convívio social, espera-se que o adolescente se repositone de forma construtiva e produtiva.

Entende-se por responsabilização a oferta de possibilidades para que o adolescente se sinta engajado em novos projetos, assumindo um papel de protagonista de seus próprios conflitos e interrompendo a cadeia de continuidade de violência.

Diante do cometimento de um ato infracional, é dever do Estado, representado pelo poder judiciário, convocar o adolescente a responder segundo as leis que regem a vida em sociedade. Contudo, a imposição de uma medida socioeducativa não implica, necessariamente, um consentimento imediato do sujeito. Trata-se de um chamado para responder sobre a sua posição, não sendo na perspectiva de culpabilização. Esta é a responsabilização jurídica, primeira e principal função da medida socioeducativa.

Os atendimentos psicológicos na medida socioeducativa ofertam um espaço para que o adolescente possa falar sobre o que o motiva a atuar e como tem se envolvido com os eixos da medida. Cabe à (ao) psicóloga(o) oferecer a sua escuta diferenciada e contribuir para a construção sobre os motivos que levaram à atuação infracional, a partir do que o adolescente traz e elabora. O atendimento individualizado é o lugar que possibilitará surgir as particularidades do sujeito para além das normas da instituição.

Assim, com o trabalho da(o) psicóloga(o) na medida, buscam-se intervenções que construam recursos para que o adolescente compreenda os atos que colocam em risco a sua integridade física e que podem prejudicar sua circulação social.

Diante disso, o objetivo do trabalho da(o) psicóloga(o) vai muito além de contribuir para que o sujeito se

adeque às normas institucionais e, nessa perspectiva, busca-se a não exigência de que todos se comportem de uma mesma maneira; ou seja, que haja uma “normatização do comportamento”, pois a homogeneização tende a aniquilar a particularidade. O trabalho da(o) psicóloga(o) se dá no sentido de acolher a diferença pois, na medida socioeducativa, precisa haver espaço para a singularidade e para a construção individual.

Conforme disposto na Metodologia de Atendimento da Medida Socioeducativa de Internação do Estado de Minas Gerais (2012, p. 42), “o atendimento técnico na medida socioeducativa não tem a função somente de minimizar os efeitos da privação de liberdade, mas de estabelecer a construção e o acompanhamento sistemático” do cumprimento de medida de cada adolescente. Importante esclarecer que o atendimento, seja ele individual ou em grupo, é um dispositivo fundamental na socioeducação. Não se faz medida sem atendimento, sem acolhimento e sem acompanhamento sistemático.

Todo o trabalho e intervenções são sistematizados em um Plano Individual de Atendimento (PIA), que, conforme Lei 12.594/12, deverá ser homologado pelo Juiz. O PIA constitui-se como ferramenta indispensável de pactuação dos objetivos a serem alcançados no cumprimento da medida socioeducativa. Esse instrumento deve ser construído com o adolescente e sua família, e deve constar, dentre outros pontos, a fixação de prazos e metas para o alcance dos objetivos propostos, em que pese o caráter de indeterminação temporal das medidas. Outro aspecto a ser destacado é que o PIA deve apontar a singularidade de cada caso e direcionar as ações de intervenção, bem como os resultados esperados.

O atendimento individual é o lugar de conexão entre ato e a subjetividade, bem como as suas causas e as consequências. Cabe-rá ao psicólogo escutar e planejar intervenções que produzam os efeitos da responsabilização em cada caso. ■

## Bibliografia

BRASIL. ECA. Estatuto da Criança e do Adolescente. São Paulo: Saraiva, 16ª ed., 2008.

BRASIL. Lei 12.594, de 18 de janeiro de 2012, que Instituiu o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional.

Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2012/Lei/L12594.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12594.htm)

Acesso em: 22/06/2018.

CALLIGARIS, Contardo. A Adolescência, São Paulo: Publifolha, 2000.

CARELLI, Dra. Andrea Mismotto et. al. Comentários à Lei nº 12.594/2012: Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo. Ministério Público do Estado de Minas Gerais: Centro de Estudos e Aperfeiçoamento Funcional. Belo Horizonte, 2014.

Disponível em: [http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/sinase/comentarios\\_sinase\\_mpmg\\_2014.pdf](http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/sinase/comentarios_sinase_mpmg_2014.pdf)

MINAS GERAIS. Secretaria de Defesa Social. Política de Atendimento Socioeducativo de Minas Gerais - SUASE, 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Defesa Social. Metodologia de Atendimento da Medida Socioeducativa de Internação - SUASE, 2012.

OSORIO, Luiz Carlos. Adolescente Hoje, Porto Alegre, Artes Médicas, 1992, p. 21

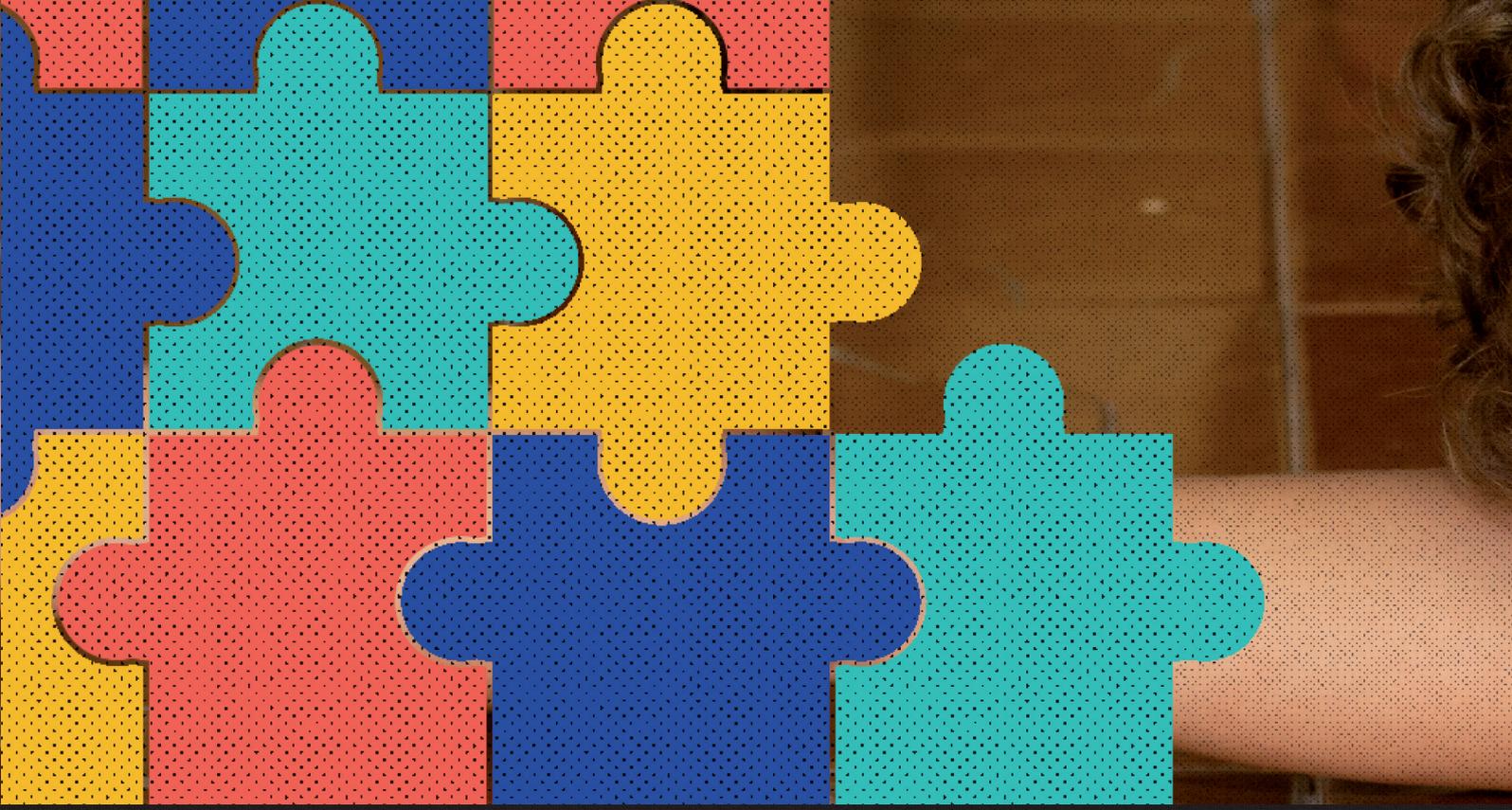
SIMONE, Luiz Otávio Campos. O adolescente em Conflito com a Lei: da criminologia clássica à justiça restaurativa. 2010. 56f. Monografia (Graduação). Universidade do Sul de Santa Catarina, Florianópolis, 2010. Disponível em: <[http://pergamum.unisul.br/pergamum/pdf/101738\\_Luiz.pdf](http://pergamum.unisul.br/pergamum/pdf/101738_Luiz.pdf)>. Acesso em: 14 Junho de 2018.



# **TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO DESPERTA MÚLTIPLAS ABORDAGENS DA PSICOLOGIA**

Lara brinca no escorregador na agitada manhã do sábado, 9 de fevereiro, no CAPSi de Varginha (MG)

Texto: Eliziane Lara  
Fotos: Thibé Fotografia - Lara Mantovani



A denominação “Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)” foi publicada em 2013 na 5ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais, o DSM-5. A medida referendou a compreensão de que o autismo abarca um espectro diverso.

A pluralidade que a noção de espectro evoca é útil também para se pensar nas múltiplas abordagens que a Psicologia tem proposto para o TEA. Consensos e dissensos marcam a forma como essa ciência e profissão tem lidado com questões como diagnóstico, modos de intervenção, inclusão escolar e trabalho junto às famílias, para citar alguns pontos. Longe de esgotar o debate, a proposta de nossa reportagem é sinalizar caminhos possíveis para um aspecto inegociável: a garantia dos direitos das pessoas com TEA.

## DILEMAS DO DIAGNÓSTICO:

Os diferentes usos que podem ser feitos do diagnóstico o tornam um dos pontos mais polêmicos em relação ao TEA. A psicóloga e coordenadora do curso de especialização em Transtornos do Espectro do Autismo na UFMG, Maria Luísa Nogueira, explica que uma das mudanças trazidas pelo DSM-5

é que não há mais necessidade de se esperar os 3 anos de idade para o diagnóstico de TEA.

Maria Luísa alerta que a mudança não deve servir para a banalização do diagnóstico, e sim, facilitar a intervenção precoce. “Existe um problema social de busca de normalidade. Por outro lado, é grave não reconhecer que uma criança de 2 anos que não fala precisa de estimulação. Estamos deixando de dar a essa criança recursos necessários para que ela possa se manifestar dentro da sua singularidade”, argumenta.

A psicóloga e pesquisadora da UFMG nos temas de educação e inclusão, Libéria Neves, explica que psicólogas(os) podem desempenhar um papel fundamental nos casos em que a demanda pelo diagnóstico parte da escola, contribuindo para a discussão da necessidade de se encaminhar a criança a profissionais da área médica. Libéria coordena uma formação continuada em educação inclusiva para professores da rede municipal de Belo Horizonte e já ouviu diversas vezes o comentário: “estou com muitos alunos ‘deslaudados’”, o que demonstra uma demanda atual por diagnósticos na escola.

Assim, a partir de uma compreensão distorcida da legislação sobre educação inclusiva, as escolas acionam as famílias e solicitam que elas consigam um laudo médico que aponte algum transtorno previsto na CID (Classificação Internacional de Doenças), para que a criança tenha direito ao acompanhamento de um auxiliar de inclusão em sala de aula.

Relato semelhante é feito pela psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) de Varginha, Agnah Grandi. Diante dos pedidos frequentes por laudos que partem da Educação, a equipe do CAPSi interroga sobre a finalidade a que se destinam. “É relatado que o acesso ao quadro clínico seria para a garantia de direitos, mas na prática já verificamos outros fins, como a manutenção da exclusão ou o não investimento em metodologias pedagógicas mais apropriadas à criança sob a justificativa do não aprender devido ao diagnóstico. O problema é quando a condição clínica é utilizada como limitadora do ser humano”, afirma.

*A Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva foi aprovada em 2008. Já em 2012, foi aprovada a Lei 12.764, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.*





Eufórico, Igor deitou e rolou nas brincadeiras



O muralista Kaká Chazz auxiliou crianças e adolescentes a darem forma à ideia construída coletivamente: pintar Stan Lee, criador dos super-heróis da Marvel, no muro do CAPSi

No caso da presidente da Associação Brasileira para Ação dos Direitos da Pessoa com Autismo (Abraça), Fernanda Santana, o diagnóstico chegou aos 20 anos, após vários atendimentos em saúde mental, uso de medicamentos e terapias. Fernanda discursou sobre as violências cometidas contra crianças e jovens com TEA na 9ª Conferência dos Estados Partes da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em 2016. "Quando a gente cresce sendo diferente, não há como não perceber. A sociedade não impõe padrões de forma delicada, é um processo agressivo, que te quebra por dentro. Saber o nome do que nos faz diferente é libertador, porque nos damos conta de que fazemos parte de um grupo, que vai haver gente que compreende nossas experiências", relata.

A professora Maria Luísa defende que aspectos culturais interferem na visão que se tem do TEA. Assim, todo o imaginário negativo sobre o transtorno ajudaria a explicar parte das resistências em se fazer um diagnóstico. Nesse caso, um caminho possível é o paradigma da neurodiversidade, que propõe o respeito aos diferentes tipos de desenvolvimento neurológico, inclusive os atípicos, uma vez que são próprios da condição humana.

# INTERVENÇÕES PARA PESSOAS COM TEA:

Para Maria Luísa Nogueira, a intervenção em TEA deve ser precoce, intensiva e especializada. No Laboratório de Estudo e Extensão em Autismo e Desenvolvimento da UFMG (LEAD), ela desenvolve estudos sobre o Modelo Denver de Intervenção Precoce e propõe adaptações para a realidade brasileira, especialmente para o Sistema Único de Saúde (SUS).

O Modelo pode ser aplicado a crianças de 0 a 4 anos e prevê 15 horas de intervenção por semana. Uma equipe multidisciplinar deve elaborar o plano individual, com 20 a 25 objetivos voltados para habilidades que são importantes que a criança desenvolva. Esses objetivos devem ser atualizados a cada três meses.

“O Denver compreende o autismo como transtorno de desenvolvimento, então atua de forma a evitar que se instale uma cascata de prejuízos. A longo prazo, as crianças vão ter recursos para conviver com seus pares de idade, portanto é um modelo inclusivo”, explica Maria Luísa. Segundo a pesquisadora, os princípios do Modelo Denver são a reciprocidade. Sendo assim, quem realiza a intervenção deve ser parceiro de jogo e procurar fazê-lo de forma naturalista; é preciso seguir a liderança da criança e encontrar

o sorriso, ou seja, identificar o que atrai a atenção dela. As sessões são filmadas para que a equipe faça avaliações. Não há necessidade de que todas as sessões sejam conduzidas pela(o) psicóloga(o), é possível trabalhar com monitores que estejam sob supervisão profissional.

A psicóloga Nádila Walter tem formação avançada no Modelo Denver e explica: “intervenção intensiva não é forçar a criança a fazer as coisas, e sim criar oportunidades de aprendizado de maneira prazerosa e naturalista”. Nádila atua no município de Mariana e relata que as formas de intervenção têm estreita relação com a rotina familiar e podem incluir pessoas que passam muito tempo com a criança, como cuidadores.

Em Varginha, o espaço Conviver oferece atendimento psicanalítico para crianças e adolescentes com TEA e também com outras deficiências. A coordenadora clínica, Losane Menezes, explica que a instituição utiliza um dispositivo nomeado de “entre muitos”, que reúne muitos técnicos e muitos pacientes em um espaço coletivo. “O objetivo é acompanhar crianças e adolescentes em suas atividades espontâneas, fornecendo palavras a partir de seus movimentos, deslocando o eixo de funcionamento que foi estabelecido entre eles e o mundo que os cerca. A expectativa é que as palavras ofertadas possam provocar o surgimento do sujeito e, conseqüentemente, alguma mudança subjetiva”, explica.



Cama elástica, pipoca, geladinho e pintura fizeram parte da festa

O acolhimento e a escuta dos pais ou responsáveis são realizados por um membro da equipe, que passa a ser a referência técnica do caso. Losane realça que o trabalho com a família também é um dispositivo importante do serviço. O Conviver estabelece uma parceria técnica com o Laço Analítico Escola de Psicanálise, por meio da qual desenvolve estudos e pesquisas sobre a psicose infantil.

Atualmente, o Conviver é uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e atende pessoas de Varginha e municípios próximos. Em 2019, serão abertas 24 novas vagas em virtude da aprovação do Projeto Autismo - Intervenção Psicanalítica pelo Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência, do Ministério da Saúde.

A psicóloga Agnah Grandi explica que no CAPSi de Varginha os atendimentos também inserem as crianças em espaço compartilhado, mas sem a obrigação de que se agrupem. A equipe constrói um projeto terapêutico singular que se orienta por um conjunto de princípios clínicos para que aconteçam as intervenções necessárias a cada caso: “quanto menos recursos a criança apresenta, maior será a oferta de participação para ela no CAPSi e em outros pontos da rede, por meio do trabalho intersetorial com outras políticas”, afirma.

Mão na massa: Miguel Carvalho participa das atividades do CAPSi há 5 anos





Denis e Valquíria incentivam e acompanham de perto a participação do filho Miguel. A equipe do CAPSi reforça que investir na construção da autonomia e do protagonismo de usuários e familiares é fundamental para enfrentar a exclusão social

## MEDICALIZAÇÃO

O TEA é um transtorno sociocomunicativo, uma condição para a qual não há cura. Fernanda Santana alerta para tratamentos que não possuem evidências científicas e ameaçam a vida, mas que infelizmente ainda são realizados, tais como a lavagem intestinal com alvejantes, chamada de MMS, e a Quelação.

Não há medicamento indicado para TEA, entretanto, Libéria Neves chama atenção para o fato de que ocorre com frequência a prescrição de Risperidona e Metilfenidato (Ritalina). “É uma tentativa de normalização da criança que acaba por apagar sua singularidade”, afirma. “Ao longo da história tivemos muitas formas de silenciar as diferenças: palmatória, castigos no sol. E dessas coisas os meninos escapam. Agora temos o recurso da ciência, associado ao capitalismo, que sossega o menino quimicamente, aí não tem como escapar. Acho isso muito triste, pode ser um genocídio do futuro, da criatividade, do avanço”, completa. ■



O pequeno Miguel Mariano também aproveitou a manhã de brincadeiras no CAPSi de Varginha

## Dança e autismo

Na tese de doutorado “**Dança e Autismo: Espaços de Encontro**”, a professora do curso de graduação em Dança da UFMG, Anamaria Fernandes, apresenta ferramentas metodológicas para o trabalho com pessoas com TEA.

A tese é fruto da experiência que ela viveu na França junto a crianças, adolescentes e adultos com TEA. A professora explica que o trabalho se deu através da perspectiva do encontro, mesmo que efêmero. “Muitos profissionais que trabalham com pessoas autistas se preocupam com as conquistas que o sujeito vai adquirindo. Pensa-se muito em progressão. No meu trabalho procuro acolher as conquistas do instante, mesmo que elas não voltem. Assim, trabalho a partir do que a pessoa me oferece naquele momento e não a partir de um projeto pré-estabelecido”, explica.

Perguntada sobre a possibilidade de a dança ser invasiva para pessoas com TEA, Anamaria afirma: “o que propomos nesse espaço dançante é um convite que tem por objetivo incitar, provocar um desejo, proporcionar a possibilidade de uma relação. Antes de tudo é um convite que procura respeitar a resposta do outro, o que a pessoa coloca naquele momento como limite, as portas que ela mesmo abre para esta relação. Muitas vezes essas respostas não são verbais. Como dançarina, procuro senti-las pelo viés do meu corpo, das minhas sensações corpóreas, e é a partir desta troca que criamos juntos nosso espaço dançante, nosso espaço de encontro”. Os documentários *Un pas de côté* (disponível no Youtube) e *Hors de ma bulle* registram atividades realizadas por Anamaria.

Atualmente, ela coordena o Arte Diferença, projeto de extensão que oferece atividades gratuitas e abertas a pessoas com e sem deficiência, no Teatro Universitário da UFMG.

Mais informações:  
[facebook.com/projetoarteediferenca](https://facebook.com/projetoarteediferenca)

### Saiba mais:

No site do CRP-MG estão disponíveis referências, vídeos e informações sobre projetos relacionados ao TEA:

[www.crpmg.org.br/revista](http://www.crpmg.org.br/revista)

**Sistema Conselhos de Psicologia revisa a normatização que regulamenta os atendimentos psicológicos mediados por Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) e apresenta uma legislação com mais orientações, enfatizando os cuidados técnicos e éticos.**



# RESUMO

Com o uso cada vez mais intenso da internet nas atividades cotidianas, a Psicologia se viu desafiada não só a fazer uso deste recurso, como a aprofundar os estudos e reflexões, norteados pela ética e pela técnica, quanto à utilização de Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) na prestação de serviços psicológicos.

Desde 1995 o Sistema Conselhos de Psicologia vem discutindo e regulando os serviços psicológicos ofertados por meios tecnológicos de comunicação à distância, resguardando as especificidades da profissão e as questões técnicas e éticas envolvidas. Com intuito de acompanhar a evolução histórica e tecnológica, bem como os avanços da Psicologia enquanto ciência e profissão, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) recentemente publicou a Resolução nº 011/2018. A grande mudança que a nova normativa traz é de que a partir desta, a(o) psicóloga(o) não precisa mais dispor de um website para realizar o cadastro para atendimento, mas sim se cadastrar no sistema de Cadastro e-Psi do CFP.

Devido às especificidades da prestação de serviço psicológico realizado por meio das TICs, a Comissão de Orientação e Fiscalização do Conselho Regional de Psicologia – Minas Gerais (COF/CRP-MG) orienta aqueles que pretendem começar ou já utilizam esse recurso, que é dever da(o) psicóloga(o) ter conhecimento dos métodos e técnicas na prestação de serviços que são possíveis de serem realizados por meio destes recursos; bem como sua capacitação para tal (CEPP, art. 1º "b,c"). Deverá também definir o público e os tipos de demandas a serem atendidas. Vale ressaltar que cabe, também, ao profissional especificar as tecnologias utilizadas em consonância com o tipo de serviço ofertado.

Quanto à cobrança de honorários, é importante destacar que não existe uma tabela específica sobre os atendimentos realizados por meio das TICs. Assim a(o) psicóloga(o) poderá utilizar a mesma tabela de referência de honorários; bem como se atentar para o artigo 4º Código de Ética Profissional do Psicólogo.

---

Para ter celeridade no processo de cadastro e-Psi é importante que a(o) profissional mantenha seus dados atualizados junto ao Conselho Regional de sua jurisdição, uma vez que estes serão utilizados como referência de cadastro pelo sistema e qualquer dissonância poderá impedir a conclusão do processo. No caso dos profissionais inscritos no CRP-MG, seus dados poderão ser consultados no site [www.crpmg.org.br](http://www.crpmg.org.br), na aba “**acessar seus dados**”.

---

Para a(o) psicóloga(o) que deseja realizar o atendimento por meio das TICS, faz-se necessário apropriar-se das normativas que tratam sobre a matéria e solicitar seu cadastro no e-Psi, nos seguintes endereços eletrônicos:

Versão comentada da RES. CFP 11/2018 em:  
[bit.do/orientatics](http://bit.do/orientatics)  
e “**Nota Técnica CRP-MG nº 01/2018:**  
**Orienta sobre a Resolução CFP nº 11/2018**”  
disponível em: [bit.do/notaresolucao](http://bit.do/notaresolucao)



**Dialógo Digital** promovido pelo Conselho  
Federal de Psicologia que pode ser aces-  
sado através do link: [bit.do/videotics](http://bit.do/videotics)



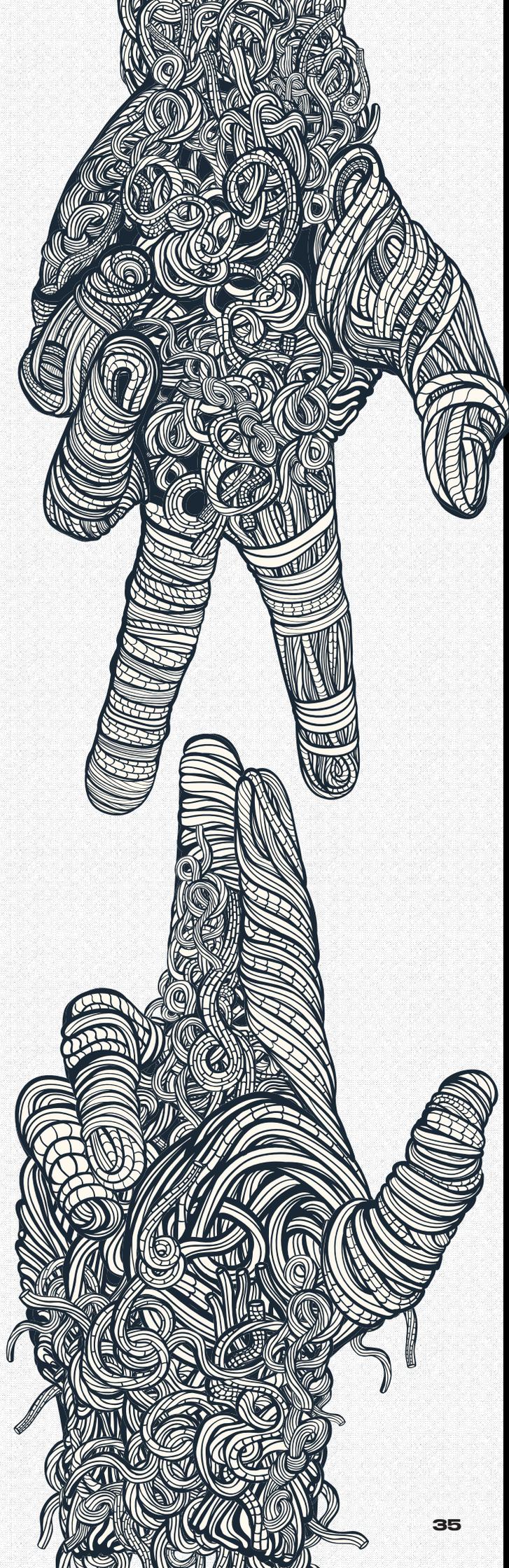
Link para realização do cadastro (online):  
<https://e-psi.cfp.org.br/>



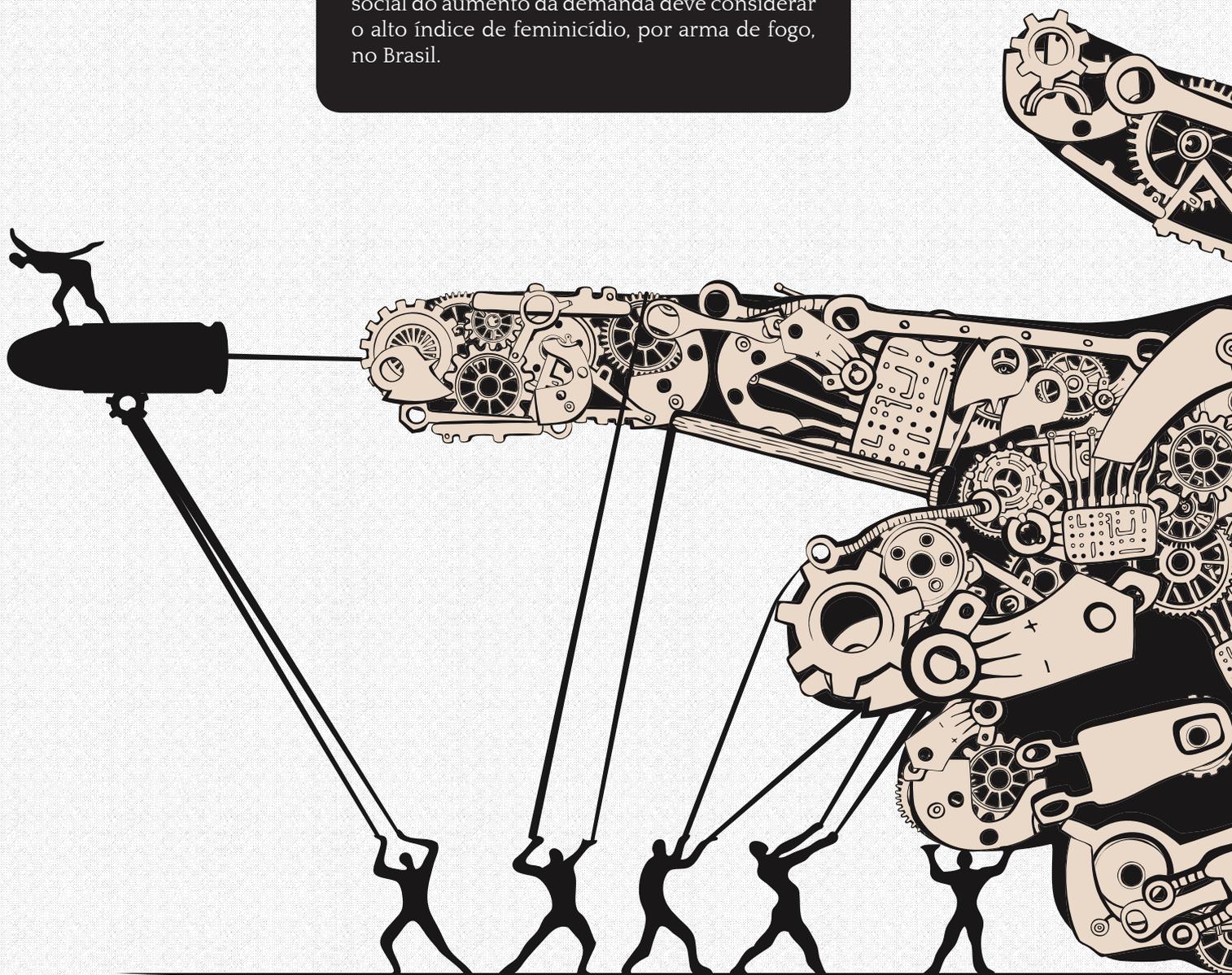
# EXERCÍCIO PROFISSIONAL ÉTICO E AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA PARA POSSE E PORTE DE ARMAS

---

Possível aumento de demanda deve ser observado criticamente e com responsabilidade social, com manutenção de rigorosa atuação profissional e com irrestrita consideração às suas dimensões éticas



Em janeiro deste ano, foi publicado o Decreto Nº9.685, alterando a Lei nº10.826/2003, que dispõe sobre registro, posse e comercialização de armas de fogo e munição, sobre o Sistema Nacional de Armas – SINARM e define crimes. As alterações incidiram sobre a regulamentação para a posse de armas, ou seja, os casos envolvendo a manutenção de uma arma de fogo em casa, ou no local de trabalho cujo dono da arma seja também o responsável legal pelo estabelecimento. Com a alteração, foi mantido o critério de comprovação de aptidão psicológica para manuseio de arma de fogo, atestado através de laudo conclusivo fornecido por psicólogo(a) do quadro da Polícia Federal ou credenciado pela mesma instituição. Neste sentido, para a categoria de psicólogos(os), não houve qualquer alteração quanto aos critérios. A possibilidade de aumento de demanda, entretanto, deve ser observada criticamente e com responsabilidade social, com manutenção de rigorosa atuação profissional, com irrestrita consideração às suas dimensões éticas, que incluem o Código de Ética Profissional e demais resoluções. A análise social do aumento da demanda deve considerar o alto índice de feminicídio, por arma de fogo, no Brasil.



Em conformidade com a legislação vigente, para realizar avaliação psicológica para posse ou porte de arma de fogo, a(o) psicóloga(o) deverá estar inscrita(o) no Conselho Regional de Psicologia e credenciada(o) pela Polícia Federal, que dispõe de critérios específicos para credenciamento. De acordo com a Resolução CFP N° 010/2009, não há necessidade de credenciamento junto à Polícia Federal em casos específicos como, por exemplo, o previsto na Lei n° 10.826/03.

Outra referência a ser seguida é a Instrução Normativa da Polícia Federal N° 78/2014, a qual, dentre outras determinações, estabelece em seu art. 5° que : “A bateria de instrumentos de avaliação psicológica utilizados na aferição das características de personalidade e habilidades específicas dos usuários de arma de fogo e dos vigilantes deverá contar com, no mínimo: I - 01 teste projetivo; II - 01 teste expressivo; III - 01 teste de memória; IV - 01 teste de atenção difusa

e concentrada; e V - 01 entrevista semi-estruturada”. De acordo com a resolução “Art. 2o - Na realização da Avaliação Psicológica, a(o) psicóloga(o) deve basear sua decisão, obrigatoriamente, em métodos e/ou técnicas e/ou instrumentos psicológicos reconhecidos cientificamente para uso na prática profissional da(o) psicóloga(o) (fontes fundamentais de informação), podendo, a depender do contexto, recorrer a procedimentos e recursos auxiliares (fontes complementares de informação).” Destacamos da Resolução CFP n° 018/2008 a obrigatoriedade, constante em seu artigo 3° de guarda, em local adequado e por cinco anos, do material técnico utilizado e resultados obtidos. A Resolução também dispõe sobre o veto, em seu artigo 5°, do estabelecimento de qualquer vínculo com “Centros de Formação de Vigilantes, Empresas de Segurança Privada, Escolas de Formação ou outras empresas e instituições que possa gerar conflitos de interesse em relação aos serviços prestados.” ■

#### Referências para consulta da categoria:

##### Resolução CFP N°10/2005:

[bit.do/codigoetica](http://bit.do/codigoetica)

##### Resolução CFP n°018/2008:

[bit.do/avaliacaoarma](http://bit.do/avaliacaoarma)

##### Resolução CFP N° 010/2009:

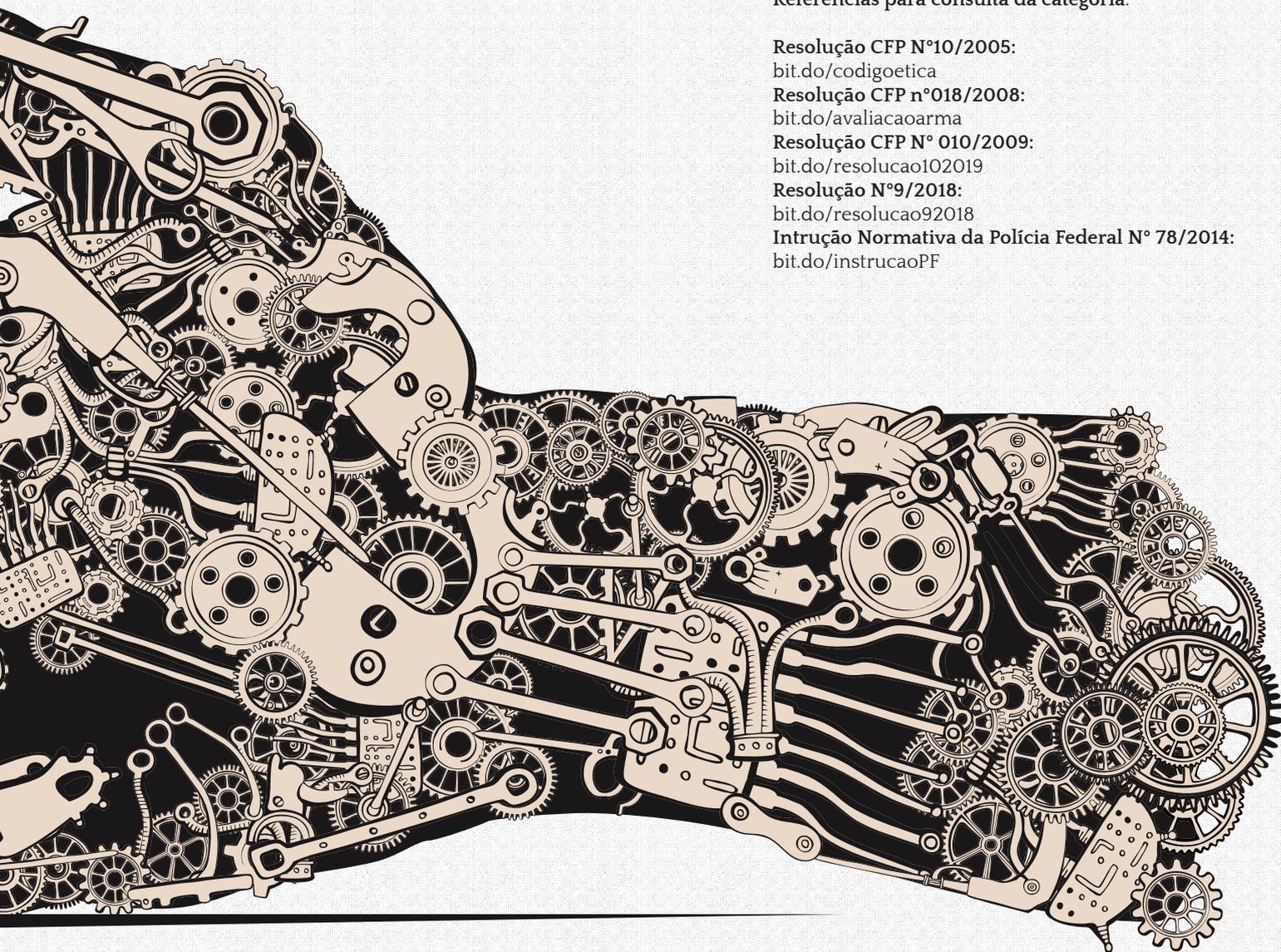
[bit.do/resolucao102019](http://bit.do/resolucao102019)

##### Resolução N°9/2018:

[bit.do/resolucao92018](http://bit.do/resolucao92018)

##### Intrução Normativa da Polícia Federal N° 78/2014:

[bit.do/instrucaoPF](http://bit.do/instrucaoPF)



# O COMPROMISSO SOCIAL DA PSICOLOGIA É PACTUADO COMO EIXO ORIENTADOR PARA ATUAÇÃO DA CATEGORIA NOS PRÓXIMOS ANOS

**Redução de direitos coletivos e de investimentos em políticas públicas impõem aos Conselhos de Psicologia definir diretrizes de resistência e de reorganização de suas ações. CRP-MG vem atuando neste sentido nos últimos anos.**

“O (im)pertinente compromisso social da Psicologia na resistência ao Estado de exceção e nas redes de relações políticas, econômicas, sociais e culturais” foi definido como tema do 10º Congresso Nacional de Psicologia (CNP). A categoria chega ao Congresso Regional de Psicologia (Corep) com a missão de pactuar propostas estaduais e nacionais de ações para o triênio 2019 a 2022, que serão levadas para a última etapa de debates – o CNP, marcado para 31 de maio a 2 de junho, em Brasília. O Conselho Regional de Psicologia – Minas Gerais (CRP-MG), por sua vez, vem se pautando, nos últimos Plenários, pela responsabilidade de desenvolver uma profissão implicada com as demandas da sociedade.

“O plenário vê o tema do CNP como necessário, tendo em vista os desdobramentos que as transformações sociais, culturais e econômicas produzem nas subjetividades. As últimas gestões do CRP-MG têm sido alinhadas com as diversas demandas desse fenômeno, ainda mais diante do contexto atual do país de polarização intensa dos posicionamentos, do engessamento dos diálogos e das relações cada vez mais superficiais que criam tensionamentos”, sustenta Felipe Tameirão, conselheiro tesoureiro do CRP-MG e presidente da Comissão Organizadora do 10º Corep, em Minas Gerais.

# IDEIAS IDEIAS

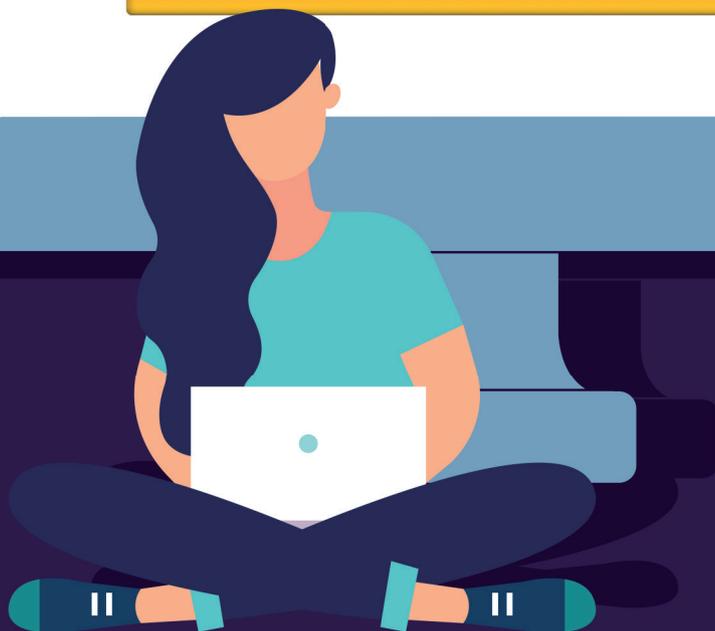
Tameirão chama atenção para o fato de que essas relações sociais vêm produzindo efeitos muito marcantes sobretudo para as populações minoritárias em termos de direitos consolidados – mulheres, indígenas, negras e LGBTIs. “São pessoas que vem sofrendo os efeitos de uma sociedade cada vez mais individualista” assinala o psicólogo completando que “esse cenário corrobora para as decisões políticas de retirada de direitos e de redução de investimentos nas políticas públicas, e a Psicologia deve se posicionar e atuar com vigor”.

Conforme afirma a conselheira presidenta do CRP-MG, Dalcira Ferrão, as mudanças políticas impactam diretamente na qualidade de vida e, por consequência, na saúde mental das populações economicamente frágeis. Por essa razão, “a Psicologia se coloca ainda mais potente em seu compromisso social diante das transformações que incidem fortemente sobre a educação, a partir da ideia da profissionalização do ensino para formar uma mão de obra mais técnica, traçando o destino das pessoas que frequentam a escola pública, por exemplo; ou na saúde, que vem assistindo um desvirtuamento da reforma psiquiátrica para o modelo explicitamente manicomial”, pontua.

Esses e outras tantos desdobramentos sentidos pela Psicologia são, na visão do XV Plenário, segundo Dalcira Ferrão, questões fundamentais para serem abordadas, refletidas e tomadas como norte para atuação da categoria nos próximos anos. ■

**Atualize seus  
dados cadastrais  
e se mantenha  
informada(o) sobre as  
notícias e serviços  
do CRP-MG.**

[cadastro.cfp.org.br](http://cadastro.cfp.org.br)



CONSELHO  
REGIONAL DE  
PSICOLOGIA  
MINAS GERAIS



CONSELHO  
REGIONAL DE  
PSICOLOGIA  
MINAS GERAIS