

Psicologia: A Ciência do Bem-Estar



Ezequiel Martins Ferreira
(Organizador)

Atena
Editora
Ano 2021

Psicologia: A Ciência do Bem-Estar



Ezequiel Martins Ferreira
(Organizador)

Atena
Editora
Ano 2021

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena

Editora pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido

Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina

Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília

Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina

Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra

Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras

Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia

Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco

Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará

Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí

Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas

Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará

Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados

Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino

Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto

Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná

Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás

Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
 Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
 Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
 Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
 Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
 Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
 Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
 Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora
 Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
 Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
 Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
 Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
 Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
 Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
 Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
 Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
 Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
 Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
 Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
 Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
 Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
 Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
 Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Secional Paraíba
 Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
 Prof. Dr. Alex Luis dos Santos – Universidade Federal de Minas Gerais
 Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
 Profª Ma. Aline Ferreira Antunes – Universidade Federal de Goiás
 Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
 Profª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa
 Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
 Profª Drª Andreza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
 Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
 Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
 Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
 Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
 Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar

Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Me. Christopher Smith Bignardi Neves – Universidade Federal do Paraná
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa
Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof. Dr. Everaldo dos Santos Mendes – Instituto Edith Theresa Hedwing Stein
Prof. Me. Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Me. Fabiano Eloy Atílio Batista – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof. Me. Francisco Odécio Sales – Instituto Federal do Ceará
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahel – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis

Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR

Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará

Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ

Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás

Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe

Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná

Profª Ma. Luana Ferreira dos Santos – Universidade Estadual de Santa Cruz

Profª Ma. Luana Vieira Toledo – Universidade Federal de Viçosa

Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados

Profª Ma. Luma Sarai de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas

Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos

Prof. Me. Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva – Governo do Estado do Espírito Santo

Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior

Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo

Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará

Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Prof. Me. Pedro Panhoca da Silva – Universidade Presbiteriana Mackenzie

Profª Drª Poliana Arruda Fajardo – Universidade Federal de São Carlos

Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Me. Renato Faria da Gama – Instituto Gama – Medicina Personalizada e Integrativa

Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal

Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba

Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão

Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo

Profª Ma. Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana

Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí

Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo

Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Luiza Alves Batista
Correção: Vanessa Mottin de Oliveira Batista
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizador: Ezequiel Martins Ferreira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P974 Psicologia: a ciência do bem-estar / Organizador Ezequiel Martins Ferreira. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-760-4

DOI 10.22533/at.ed.604212801

1. Psicologia. I. Ferreira, Ezequiel Martins
(Organizador). II. Título.

CDD 150

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa.

APRESENTAÇÃO

A definição de saúde pela Organização Mundial da Saúde se apresenta como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Dentro dessa perspectiva a Psicologia, como uma ciência do psiquismo, se estrutura em torno da ideia de promover, nos mais variados modos de atuação, um estado de saúde a de no indivíduo e na sociedade.

A Coleção *Psicologia: A Ciência do Bem-Estar* conta com 26 artigos nos quais os autores abordam diversas contribuições da Psicologia à saúde mental e social do sujeito humano.

Nos Capítulos 1 ao 4 os autores discorrem a partir da criação freudiana uma análise do superego em personagens cinematográficos; discutem a questão do apagamento da mulher lésbica que a estrutura patriarcal e heteronormativa impõe; abordam a causa de algumas marcas que resultam em sofrimento psíquico como a depressão, a drogadição e a autolesão; e evidenciam o estado da sociedade brasileira tomando o cenário atual do Coronavírus (COVID-19) pela marca do desamparo e negacionismo.

Nos Capítulos 5 ao 7 as práticas do atendimento psicológico são levadas à reflexão. Diante do isolamento, se coloca em questão o atendimento online que apresenta muito desafios, além da própria relação médico-paciente nessa modalidade de telemedicina. Retomando o habitual, tem-se a discussão do diagnóstico numa perspectiva mais humanista.

O social entra em questão nos Capítulos 8 ao 14. As discussões abordam a criminalização e uma espécie de contraviolência dirigida à figura do bandido; a proposta de clínica ampliada como medida social de reintegração à população em situação de rua; a discussão sobre os possíveis efeitos do aborto à saúde mental da mulher; a percepção da adolescência pela família, nas questões de iniciação sexual, autolesão, sobrepeso; as contribuições da psicologia na avaliação quanto ao porte de arma; e o impacto subjetivo do diagnóstico do diabetes *mellitus* gestacional.

Nos Capítulos 15 ao 20 é a infância que é tomada como objeto. As pesquisas vão ao encontro das questões do desenvolvimento humano, desde a possibilidade de reabilitação neuropsicológica em crianças com o Transtorno do Espectro do Autismo; a relação de hierarquia da parentalidade; a importância da ludicidade no desenvolvimento infantil; o manejo dos Transtornos de Neurodesenvolvimento; a relação das crianças na construção do espaço que vivem; e os fatores de risco para o desenvolvimento de Personalidade Antissocial.

Os últimos Capítulos, do 21 ao 26, são agrupados os trabalhos que abordam técnicas e perspectivas para a promoção do bem-estar. Tem-se a Perspectiva Temporal e a Regulação Emocional; o Colóquio Relacional e o Genograma; o trabalho com a resiliência e

o autocuidado; a busca da felicidade pelo autoconhecimento; o aconselhamento psicológico; e o método restaurativo na saúde mental.

Uma boa leitura!

Ezequiel Martins Ferreira

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....	1
UM ESTUDO PSICANALÍTICO SOBRE AS DIMENSÕES DO SUPEREU EM TRÊS PERSONALIDADES FÍLMICAS	
Débora dos Santos Silva	
DOI 10.22533/at.ed.6042128011	
CAPÍTULO 2.....	12
PATRIARCADO, HETERONORMATIVIDADE E TABU: O APAGAMENTO SOCIAL DA MULHER LÉSBICA	
Ingrid Freitas da Silva	
Raquel Lisboa Tinoco Braga	
Erika Conceição Gelenske Cunha	
DOI 10.22533/at.ed.6042128012	
CAPÍTULO 3.....	26
A ETIOLOGIA PSÍQUICA DAS FORMAS DE SOFRIMENTO PSÍQUICO CONTEMPORÂNEO: DEPRESSÃO, RECURSO À DROGA E AUTOLESÃO	
Claudia Henschel de Lima	
Julia da Silva Cunha	
Maria Stela Costa Vliese Zichtl Campos	
Thalles Cavalcanti dos Santos Mendonça Sampaio	
DOI 10.22533/at.ed.6042128013	
CAPÍTULO 4.....	39
PSICANÁLISE E POLÍTICA: ANÁLISE DO DESAMPARO E O NEGACIONISMO NO CENÁRIO DO CORONAVÍRUS (COVID-19)	
Everaldo dos Santos Mendes	
Amanda Marques Pimenta	
Alex Junio Duarte Costa	
DOI 10.22533/at.ed.6042128014	
CAPÍTULO 5.....	56
ATENDIMENTO PSICOLÓGICO ONLINE: PERSPECTIVAS E DESAFIOS ATUAIS DA PSICOTERAPIA	
Adriana Barbosa Ribeiro	
Luciane Patrícia Dias da Silva	
Eliane Patrícia Ulkovski	
DOI 10.22533/at.ed.6042128015	
CAPÍTULO 6.....	65
A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: PRINCÍPIOS ÉTICOS E SITUAÇÕES-PROBLEMA	
Rafael Nogueira Furtado	
Isabela Maria Oliveira Souza	
DOI 10.22533/at.ed.6042128016	

CAPÍTULO 7.....	74
O OLHAR DA GESTALT-TERAPIA SOBRE O DIAGNÓSTICO	
Ana Paula de Souza Ferreira Esquivel	
Renato Martins Ribeiro	
Erika Gelenske	
DOI 10.22533/at.ed.6042128017	
CAPÍTULO 8.....	92
O QUE O ÓDIO AO(À) 'BANDIDO(A)' TEM A DIZER SOBRE A SOCIEDADE BRASILEIRA CONTEMPORÂNEA	
Gabriela Araújo Fornari	
Sylvia Mara Pires de Freitas	
DOI 10.22533/at.ed.6042128018	
CAPÍTULO 9.....	103
GRUPO DE APOIO NA CLÍNICA AMPLIADA PARA OS USUÁRIOS DO CENTRO POP	
Karine da Cunha Leou	
Marcos Moraes de Mendonça	
Kelly Cristina Borges da Silva	
Andressa Maria de Oliveira	
Fabiana Cabral Gonçalves	
Meire Perpétua Vieira Pinto	
DOI 10.22533/at.ed.6042128019	
CAPÍTULO 10.....	116
OS POSSÍVEIS EFEITOS DO ABORTO NA SAÚDE MENTAL DA MULHER BRASILEIRA E O PAPEL DA PSICOLOGIA	
Erika Conceição Gelenske Cunha	
Karina Nunes Tavares Martins	
Simone Langano Figueredo	
DOI 10.22533/at.ed.60421280110	
CAPÍTULO 11.....	127
PERCEPÇÃO DO APOIO FAMILIAR, INICIAÇÃO SEXUAL E AUTOLESÃO NA ADOLESCÊNCIA: UM ESTUDO UTILIZANDO O HEALTH BEHAVIOR IN SCHOOL-AGED CHILDREN NA REGIÃO AMAZÔNICA NO BRASIL	
Maria Letícia Marcondes Coelho de Oliveira	
Diego Gómez Baya	
Gina Quinás Tomé	
Marta Reis	
Juliana Maltoni Nogueira	
Carmem Beatriz Neufeld	
Margarida Gaspar de Matos	
Carolina Saraiva de Macedo Lisboa	
DOI 10.22533/at.ed.60421280111	

CAPÍTULO 12.....	139
AVALIAÇÃO PARA CIRURGIA BARIÁTRICA EM ADOLESCENTE COM SOBREPESO	
Fernanda Gonçalves da Silva	
Rosicleide Araujo	
Natália Nunes	
Joice Barbosa	
Joice Reis	
DOI 10.22533/at.ed.60421280112	
CAPÍTULO 13.....	150
A CONTRIBUIÇÃO DO PSICÓLOGO PARA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA AO PORTE E POSSE DE ARMA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	
Marcela Vieira de Freitas	
Michele Francisca Anteportam dos Santos	
DOI 10.22533/at.ed.60421280113	
CAPÍTULO 14.....	172
IMPACTO SUBJETIVO DO DIAGNÓSTICO DO DIABETES MELLITUS GESTACIONAL	
Mariana da Silva Pereira Reis	
DOI 10.22533/at.ed.60421280114	
CAPÍTULO 15.....	196
REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA – TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA) COM COMORBIDADE DE DEFICIÊNCIA INTELECTUAL (DI)	
Juliana Corrêa da Silva	
Jessica Layanne Sousa Lima	
Thais de Lima Alves Corrêa	
DOI 10.22533/at.ed.60421280115	
CAPÍTULO 16.....	209
HIERARQUIA DA PARENTALIDADE E POSSÍVEIS IMPACTOS NO DESENVOLVIMENTO PSÍQUICO	
Glauce Fonseca Bragança	
Erika Conceição Gelenske Cunha	
DOI 10.22533/at.ed.60421280116	
CAPÍTULO 17.....	222
A IMPORTÂNCIA DO ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO NO TRATAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS	
Daniele Amarilha Vioto	
Thalia Zadroski	
DOI 10.22533/at.ed.60421280117	
CAPÍTULO 18.....	226
CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA ESCOLAR E EDUCACIONAL PARA O MANEJO DOS TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO	
Rafael Nogueira Furtado	

CAPÍTULO 19.....233

CRIANÇAS E SUAS INFÂNCIAS: TECENDO EXPERIÊNCIAS NO ESPAÇO DO BAIRRO

Zuleica Pretto

Letícia Teles de Sousa

Renata Polidoro Aguiar

Tatiane Garceis dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.60421280119

CAPÍTULO 20.....248

“DE QUEM É A CULPA?” FATORES DE RISCOS DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISOCIAL

Yloma Fernanda de Oliveira Rocha

Élida da Costa Monção

Ruth Raquel Soares de Farias

DOI 10.22533/at.ed.60421280120

CAPÍTULO 21.....265

PERSPECTIVA TEMPORAL E REGULAÇÃO EMOCIONAL DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Carlos Eduardo Nórté

Richard dos Santos Ferreira

Luan Felipe de Sousa Dantas

DOI 10.22533/at.ed.60421280121

CAPÍTULO 22.....275

DO COLÓQUIO RELACIONAL E O GENOGRAMA: INSTRUMENTOS PARA UMA ENTREVISTA CLÍNICA

Emilio-Ricci

DOI 10.22533/at.ed.60421280122

CAPÍTULO 23.....289

RESILIENCIA Y AUTOCUIDADO: MIRADA Y ESTRATEGIA PARA UNA VIDA PLENA

Nestor Reyes Rubio

DOI 10.22533/at.ed.60421280123

CAPÍTULO 24.....293

CONHECE-TE A TI MESMO E SÊ FELIZ!

Carlos Fernando Barboza da Silva

DOI 10.22533/at.ed.60421280124

CAPÍTULO 25.....304

A IMPORTÂNCIA DAS ATIVIDADES LÚDICAS NA FORMAÇÃO HUMANA

Ezequiel Martins Ferreira

DOI 10.22533/at.ed.60421280125

CAPÍTULO 26.....315
MÉTODO RESTAURATIVO E SAÚDE MENTAL: TEMPO, TOQUE, AFETO E DIÁLOGO
EM GRUPOS COM DE FADIGA DE EMPATIA
Miila Derzett
Felipe Brognoli
DOI 10.22533/at.ed.60421280126

SOBRE O ORGANIZADOR.....330

ÍNDICE REMISSIVO.....331

CAPÍTULO 1

UM ESTUDO PSICANALÍTICO SOBRE AS DIMENSÕES DO SUPEREU EM TRÊS PERSONALIDADES FÍLMICAS

Data de aceite: 01/02/2021

Débora dos Santos Silva

Psicóloga (CRP11/07381). Psicologia pelo Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (2011). Educação Inclusiva com ênfase em Atendimento Educacional Especializado (2014) e Prática Docente do Ensino Superior (2015) pela FIP - Faculdades Integradas de Patos. Psicoterapeuta na HapClínica Padre Cícero Juazeiro do Norte/CE

RESUMO: Esta pesquisa foi empreendida no intuito de trazer à baila os conceitos freudianos em torno da segunda tópica do funcionamento psíquico (Eu, Isso e Supereu, especificamente Eu e Supereu) em busca de lançar um olhar sobre a disjunção entre pulsão de vida e pulsão de morte e acerca das questões que envolvem o sentimento inconsciente de culpa na atualidade. Sentimento que leva certos sujeitos a beirarem o suicídio, quando não a experimentarem êxito na primeira tentativa de colocar termo à vida, no tentame de aplacar o sofrimento de uma angústia nada passageira e sempre crescente: uma angústia de morte. Buscou-se analisar, a partir dos textos freudianos e navegando por pensadores da atualidade, o modo de instalação do Supereu e como ele opera sobre o sujeito a depender de sua estruturação clínica. Em seguida, foi feita menção a três personalidades principais de três filmes utilizados na pesquisa enquanto ferramentas para o percebimento de como estas condutas patológicas entre disjunção

pulsional e conflito entre instâncias psíquicas podem emergir na realidade e as possibilidades de análise e interpretação destas dinâmicas do aparelho mental através da virtualidade da *sétima arte*: o cinema.

PALAVRAS-CHAVE: Supereu, Pulsão de Morte, Estruturas Clínicas, Personalidades fílmicas.

ABSTRACT: This research was undertaken with the aim of bring up to discussion the Freudian concepts related to the second topography of psychic functioning (Id, Ego, and Superego) specifically Ego and Superego) in search for investigate on the disjunction between the life drive and the death drive and about the questions that involve the unconscious feeling of guilt nowadays. Feeling that lead some people to the verge of suicide, in many cases they succeed in the first try to put an end to their lives, in hope of relieve the suffering of anguish nothing fleeting and always growing: an anguish of death. We sought to analyze, from the Freudian texts and searching for current thinkers, the placing of the superego and the way he acts on the subjects according their clinical structure. Subsequently, we mention three main personalities from three movies which are used in this research as a tool to understanding how those pathological behaviors between the drive disjunction and the conflict in the psychic instances can emerge in the reality and the possibilities of analysis and interpretation of those dynamics of the mental apparatus through the virtuality of seventh art: the cinema.

KEYWORDS: Superego, Death Drive, Clinical Structures, Movie Personalities.

1 | INTRODUÇÃO

A partir da leitura do texto *Alguns tipos de caráter encontrados no trabalho analítico* (FREUD, [1916] 1996), especificamente os dois últimos tipos descritos naquele texto, a saber: *Os arruinados pelo êxito* e *Criminosos em consequência de um sentimento de culpa*, percebeu-se casos curiosos que desafiam a compreensão, num primeiro momento, onde os sujeitos se autosabotavam inconscientemente.

Estes casos mencionados por Freud produz no leitor um sentimento de familiaridade e estranhamento. Familiaridade, na medida em que é possível observar em vários personagens da história atual casos semelhantes, tais como: acidentes recorrentes experimentados por uma mesma pessoa; doenças que se manifestam logo após a realização de um desejo há muito acalentado; envolvimento em situações sexuais ou sociais onde a vergonha e a humilhação poderão emergir como consequência da ação empreendida. E, estranhamento, pois que muitas vezes o histórico de vida e a situação contemporânea dos sujeitos não conseguem explicar o motivo da utilização destes comportamentos destrutivos e compulsivos.

Nesta lógica, existem relatos na literatura especializada e em comunicações jornalísticas de casos que desafiam o entendimento científico acerca de como possibilitar uma melhoria na condição daqueles que padecem de males como a depressão, depressão esta que, segundo Birman (2006), figura entre os três grandes males da atualidade, os outros dois sendo as toxicomanias e o pânico. Sendo que, dentre estas, as depressões e as toxicomanias parecem estar relacionadas às problemáticas concernentes ao Supereu se apropriando da energia destrutiva da pulsão de morte e assumindo características inconscientes de crítica e de culpa direcionadas ao Eu. Proporcionando com isso um curto-circuito no aparelho psíquico. Curto-circuito que termina por provocar a anulação do registro do desejo e a incursão no registro da mera necessidade (toxicomania) ou da falta de necessidade (depressões).

Esta pesquisa, assim, foi empreendida no intuito de trazer à baila os conceitos freudianos em torno da segunda tópica do funcionamento psíquico (especificamente Eu e Supereu) em busca de lançar um olhar acerca das questões que envolvem o sentimento inconsciente de culpa na atualidade. Sentimento que leva certos sujeitos a beirarem ou a atingirem as portas do suicídio, no tentame de aplacar o sofrimento de uma atroz angústia de morte.

2 | PROBLEMA DE PESQUISA E MARCO TEÓRICO

À medida que avançávamos nos estudos psicanalíticos pudemos constatar que os casos descritos na literatura do início do século XX, acerca das patologias do Eu relacionadas a autoacusações, sentimento inconsciente de culpa, embotamento da vontade de viver e sobreposição da vontade de morrer também se apresentam de maneira recorrente na

atualidade e com tanta intensidade que, costuma-se falar que a depressão (e o sentimento de culpa e vazio que ela acarreta) é um dos grandes males da atualidade (BIRMAN, 2006).

Contudo, acredita-se que a desposseção de si, denunciada por Birman (2006), enquanto produtora do espectro depressivo na contemporaneidade é a pura manifestação do conflito psíquico que termina por colocar o sujeito numa posição de desistência diante das possibilidades que se lhe apresentam a existência. Pensamos, pois, que as depressões assim como as demais psicopatologias, retratam e ilustram a sempre batalha entre as instâncias psíquicas que o Eu, não raro, em vão tenta apaziguar. E neste sentido, representam, também, o conflito existente entre a pulsão de vida e a pulsão de morte.

Logo, a segunda tópica introduz uma lógica entre as pulsões (Eros e Thanatos) assinalando uma tensão estrutural, na medida em que há algo obscuro que impossibilita a satisfação e origina a compulsão à repetição (CRUXÊN, 2004). Assim, para *além do princípio de prazer* atuando enquanto fundamento do psiquismo, estaria evidente a presença de um conjunto de situações em que o sujeito possui a tendência de repetir momentos que lhe foram desprazerosos (CHAVES; SILVA, S/d).

Neste sentido, com o desenvolvimento da compreensão freudiana sobre a formação dos mecanismos e das patologias do Eu (com o surgimento do conceito de narcisismo), tornou-se imperioso a compreensão e a inserção de uma nova tópica, a saber: Eu, Isso e Supereu, de modo a trazer luz à sombra dos sentimentos inconscientes de culpa, da necessidade de punição e da repetição nos sonhos de cenas traumáticas ocorridas durante a vigília. É assim que, na segunda tópica, o Isso é percebido como a energia inconsciente provinda da libido e da pulsão de morte. O Supereu é descrito como a instância crítica. O Eu continuaria como agente conciliador e adaptador, mas agora referido como aquele que está ameaçado por toda a parte (MANNONI, 1994).

Haveria, pois, em funcionamento no aparato psíquico algo muito mais complexo e sombrio do que as questões envolvendo recalque, sexualidade e neuroses transferenciais, pois *pari passu* com a pulsão de vida caminharia a pulsão de morte. Sendo que, segundo Freud ([1923] 1996), a pulsão de morte pode se manifestar de diversas formas. Pode estar fusionada com os elementos eróticos, pode ser investida em parte no mundo externo em forma de agressividade, mas a maior parte mantém sua atividade interna.

Em *Além do princípio do prazer*, Freud ([1920] 1996), investigando os eventos que contrariam a noção de que o aparelho psíquico trabalha em busca de evitar o desprazer e assim produzir prazer, termina por se deparar com situações denotadoras do que vai chamar de *compulsão à repetição*.

Esta compulsão está relacionada a eventos traumáticos e sofríveis a que o sujeito está a-sujeitado a repetir. E parece não poder, portanto, interferir ou agir conforme sua vontade consciente (MEDEIROS, 2001). É assim que estas repetições, que surgem na vida como derrotas e frustrações, quando vistas apenas com base nos princípios de prazer e realidade, deixam um rastro de incompreensão, causadas pela própria dificuldade de

justificar tal compulsão. (MANNONI, 1994). Com base nisso, Freud ([1920] 1996) irá reconhecer a existência de uma pulsão de morte que busca assim como a pulsão de vida, cada uma a sua maneira, o retorno a um estado antigo, o estado inorgânico.

Porém, segundo Garcia-Roza (2004), Freud só irá definir realmente o verdadeiro além do princípio do prazer no texto que versa sobre o mal-estar na civilização onde será encontrado “[...] a afirmação da plena autonomia da pulsão de morte entendida como pulsão de destruição [...]” (GARCIA-ROZA, 2004, p.133).

Com efeito, é no texto *O mal-estar na civilização*, de 1930, que Freud menciona a existência de ações humanas que demonstram a real crueza da pulsão de morte manifesta na agressividade para com os objetos externos, tais como: direcionar a agressividade nos outros, explorar a energia alheia sem ressarcimento, usar os outros sexualmente ou se apropriar de seus bens sem seu consentimento, humilhando, infligindo sofrimento, torturando ou matando (FREUD, [1930] 1996).

No entanto, o trabalho da civilização consistiria justamente em domar tanto a sexualidade quanto a agressividade, tornando-as inibidas em seus objetivos ou sublimadas como diria Freud ([1920] 1996), a fim de concorrerem para a ampliação da cultura e da organização entre os homens. Sendo justamente a tendência agressiva que dificulta o desenvolvimento das luzes, atrapalhando as interações sociais e obrigando a civilização a uma alta carga de energia psíquica (FREUD, [1930] 1996).

Entretanto, “A pulsão de morte deve ser entendida como uma vontade de destruição direta, o que não significa tampouco agressividade (esta seria um efeito), mas sim vontade de destruição, vontade de recomeçar com novos custos. Vontade de Outra-coisa...” (GARCIA-ROZA, 2004, p.131). Porém esta possibilidade de recomeçar, esta vontade de *Outra coisa* caminhará na contramão tanto da civilização quanto da pulsão de vida em sua vontade sempre crescente de união e de conjunção entre as coisas. É aí que a pulsão de morte pode ser convertida em patologia, na medida em que, encontrando sua expressão barrada pela cultura moralizadora e opressora existente no mundo externo e até introjetada pelo processo de identificação, termina por favorecer a desfusão pulsional.

Em *O Ego e o Id* ([1923] 1996), especificamente no capítulo III: *O ego e o superego (ideal do ego)*, Freud diz que o Supereu não é apenas o herdeiro do complexo de Édipo, no sentido de substituir e ser resíduo da antiga identificação com os objetos primários de amor e respeito. Na verdade, ele é também uma formação reativa contra o desejo fortemente sentido de destruir o pai e desposar a mãe.

O Supereu de uma pessoa não está exclusivamente associado com a real educação e repressão das pulsões empregadas por pais e educadores, mas, também está relacionado com a quantidade de energia no passado utilizada para fantasiar tais acontecimentos (parricídio e incesto) e que, aí sim, na medida em que a criança vai se deparando com as exigências da civilização, vão sendo reprimidas. E, quanto mais intenso tiver sido o desejo

acalentado, mais força terá o ideal do eu, em sua formação, estruturação e funcionamento, para punir o Eu em sua mera intenção de realização de desejo.

Neste prisma, Lacan (1998) chamará a função do ideal do eu (Supereu) de apaziguadora, já que existiria uma “[...] conexão de sua normatividade libidinal com uma normatividade cultural, ligada desde o alvorecer da história da *imagem* do pai [na medida que funda no] [...] assassinato do pai, a dimensão subjetiva que lhe dá sentido, a culpa” (LACAN, 1998, pp. 119-20).

À parte as características do ideal de Eu referentes à interditação do livre curso dos desejos parricidas (agressivos) e incestuosos que pululam os horizontes do funcionar do Isso, Freud ([1923] 1996) faz referência a uma característica peculiar que o Supereu pode assumir em suas atividades de observação e delegação de ordens ao Eu. Característica esta que se manifesta através de uma crítica mordaz exacerbada. Exemplos podem ser vistos em descompensações de três tipos clínicos, a saber: neurose obsessiva, paranoia e melancolia. Sendo que neste último, o grau de manifestação da instância crítica se dá a nível consciente e o Eu se entrega às admoestações de seu tirano: o Supereu, na medida em que este esteja sendo influenciado pela pura cultura da pulsão de morte que pode, assim, levar o eu à aniquilação, desde que este não possa fazer frente ao seu tirano. (FREUD, [1923] 1996).

Nesta perspectiva, pode-se dizer que a pesquisa se fundamenta (tomando-se por base a análise de três filmes: *Veronika decide morrer*, *O operário* e *As horas*) pela necessidade de um estudo aprofundado sobre como a instância psíquica do ideal do eu (Supereu) pode se manifestar enquanto detentora da energia destrutiva da pulsão de morte, e assumir um caráter extremamente crítico e severo frente ao Eu. Assim, a pesquisa visou enfocar as situações em que o Supereu enquanto instância crítica que passa a se alimentar da defusão provocada pelas identificações e sublimações (FREUD, [1923] 1996) do sujeito, termina por fortalecer a energia destrutiva e ao mesmo tempo renovadora da pulsão de morte a fim de provocar a queda deste sujeito em sua condição desejante.

Com base no referencial psicanalítico buscou-se desenvolver uma análise dos filmes citados, pois revelam, nas personagens principais, as características comentadas acerca do Supereu enquanto instância não só crítica, porém, também, cruel e carrasca que, investida da energia defusionada de *Thanatos* pode levar o Eu às cercanias do adoecimento psíquico e mesmo à morte, dependendo do tipo de estruturação psíquica e de sua relação com o contexto social em que o sujeito esteja inserido.

Assim, a intenção foi perceber e pincelar, através de três personalidades fílmicas¹, quais as saídas utilizadas pelo Eu no intuito de fugir ou reagir às críticas e admoestações do Supereu em sua versão de carrasco. Neste sentido, acredita-se que as personagens presentes nestes filmes, por mais que representem a encarnação de papéis fictícios, se colocam como excelentes objetos de análise para melhor vislumbrar os conceitos psicanalíticos abordados.

1. Termo adaptado de uma expressão de Costa (2009) que fala de *paisagens fílmicas*.

3 | METODOLOGIA

Para desenvolver a pesquisa, utilizou-se o método bibliográfico. Procurou-se empregar os conceitos de pulsão de morte, defusão pulsional, Supereu e patologias do eu presentes na bibliografia consultada a fim de compreender o funcionamento destes conceitos metapsicológicos na atualidade, a partir da referência a três casos retirados de filmes.

Utilizou-se, desse modo, o *estudo de caso instrumental* que, segundo Oliveira (2008), se define enquanto embasado em um modelo ou paradigma teórico pré-estabelecido possibilitando o direcionamento do olhar no que se refere ao objeto de estudo. Olhar mediado pelo referencial psicanalítico aqui abordado.

Logo, para a realização dos estudos de casos, foram selecionados três filmes contemporâneos, quais sejam: *Veronika decide morrer*, de 2009; *O operário*, de 2004; e, *As horas*, de 2002, no intuito de debruçar-se sobre as problemáticas existentes na vida das três personagens principais: Veronika, Trevor Reznik e Laura Brown (respectivamente), para promover um maior entendimento sobre os conflitos entre Supereu e Eu nestas três personagens, e, além disso, perceber como o Eu se posiciona frente às exigências intransigentes do ideal do eu (Supereu).

Os três filmes foram utilizados aqui enquanto ferramentas para o percebimento de como estas condutas patológicas podem emergir na realidade e serem também tratados e interpretados através da virtualidade da *sétima arte*: o cinema, pois que, concorda-se com Costa (2009) quando afirma que,

O cinema tem sido crescentemente explorado e valorizado como instrumento analítico na contemporaneidade. O enfoque no contexto cinemático como representação e suporte para a análise dos grupos culturais e do cotidiano dos indivíduos participantes desses grupos nos espaços urbanos tornou-se primordial para o entendimento dos modos, da coerência e do sentido pelos quais vivências, comportamentos, identidades, subjetividades e práticas socioculturais vêm sendo constituídos, entendidos e reelaborados espacialmente e subjetivamente [...] (COSTA, 2009, p.110)

4 | RESULTADO E DISCUSSÕES

A partir da análise das personagens principais dos filmes: *Veronika decide Morrer*, *O Operário* e *As Horas*, foi possível chegar às seguintes reflexões:

Nos três filmes o que está em pauta é a problemática da culpa inconsciente que assola cada um dos protagonistas. Nesse prisma, dá para perceber que cada uma das personagens vivia a culpa e conseguiu dar um destino a ela de modo diferenciado.

Porque isso aconteceu? Essa pergunta só poderá ser respondida se procurarmos estudar cada um deles a partir da suposição de que estão situados numa posição clínica estrutural diferente e esse fato, talvez, permita compreender como cada um lidou com os

ditames e críticas de seu Supereu e com a energia destrutiva a que ele se ligou no intuito de promover uma espécie de obnubilação do desejo e da vida dos sujeitos em pauta.

Para melhor perceber o que está sendo dito, nas próximas linhas descrever-se-á a história e personalidade de cada protagonista.

O filme *Veronika decide Morrer* (2009), direção de Emily Young, é baseado num livro de Paulo Coelho. Estrelado por Sarah Michelle Guellar que representa uma jovem de vinte e oito anos chamada Veronika. Ela tem emprego, um apartamento e vive em Nova York uma vida, aparentemente, confortável. Mas, está sempre triste e com a sensação de vazio. Então, decide dar cabo da própria vida através da overdose de calmantes. Porém o suicídio não foi consumado, e, algum tempo depois ela acorda numa clínica psiquiátrica. Lá, ela é informada que os inúmeros calmantes causaram um grande dano em seu coração e que sua morte pode ocorrer a qualquer momento, sendo provável que lhe reste apenas uma semana de vida. E, assim, diante do sentido que a palavra morte lhe trouxe, ela tenta aproveitar cada segundo restante. De repente, se vê apaixonada por Edward (personagem de Jonathan Tucker), também paciente no hospital.

E, imersa nessa paixão que lhe devolve o desejo de viver, Veronika consegue ultrapassar as expectativas dadas acerca de seu tempo de existência. E, só depois, é avisada pela equipe médica, que, na verdade, seu coração não havia sofrido nenhum dano, porém, aquela notícia tinha sido um recurso utilizado para fazê-la perceber e valorizar os dias que compunham sua vida.

Provavelmente Veronika padecia de algum tipo de neurose em que o mecanismo do recalque retorna em forma de sintoma e de angústia e atinge uma grande catexia energética que, por sua vez, redundava em vontade de autodestruição. A tentativa de suicídio aqui talvez refletisse uma impossibilidade libidinal profunda. E o Superego só assinalava a falta em que havia caído: o crime de ceder de seu próprio desejo². Tanto que ao investir sua energia libidinal num objeto externo, toda aquela carga de culpa, de vazio e de tristeza se dissiparam e a vontade de morrer também.

O filme *O Operário* (2004), direção de Brad Anderson, trata da história de Trevor Reznik (Cristian Bale), um maquinista insone a cerca de quase um ano. A insônia vai consumindo sua energia física, causando magreza severa, irritação e, uma espécie de paranoia termina por se instalar. Ele começa a se perceber olhado e julgado por todos os lados.

Certo dia, ele se envolve num acidente de trabalho onde seu colega sofre uma grande lesão física, por distração de sua parte. Esse fato piora seus sintomas, ele passa a ficar mais e mais angustiado e a se julgar perseguido por seus colegas de trabalho e, mais precisamente, por um cara chamado Ivan, que depois o telespectador fica sabendo que era uma projeção de sua própria personalidade.

2. Nesse sentido, é interessante ressaltar a tese sustentada por Lacan de que a única falta a que um sujeito pode se culpar é a de ter cedido de seu próprio desejo.

Apesar de extremamente solitário, Trevor tem um relacionamento com uma prostituta chamada Stevie (personagem de Jennifer Jason Leigh). A moça claramente gosta dele, tanto que não cobra pelas noites que passa ao seu lado, apesar dele sempre querer pagar. E, também mantém contato com uma garçonete que trabalha numa cafeteria de aeroporto.

Sendo que, ao poucos ele vai completando as lacunas da memória. A garçonete do aeroporto nunca existiu, o Ivan era uma projeção dele mesmo, e toda a sua culpa dizia respeito a um crime de trânsito que havia cometido. Atropelou uma criança. Parou. Mas ao ver a situação da vítima e o desespero da mãe (que era a garçonete que ele havia criado e que sempre conversava com ele), não teve coragem de descer e prestar socorro. Toda a culpa que ele carregava: a voz do Supereu que o julgava e o condenava de fora (sob a vestimenta de Ivan), se dissipou quando ele refez as lacunas da memória e se entregou à polícia. Só assim, o Supereu punidor o deixou dormir.

Esse é um filme intrigante. Foi bastante simplificado nessa análise, pois só pretendeu-se demonstrar o quanto um acontecimento, a depender da estruturação clínica do sujeito, pode ocasionar resultados inesperados, como é o caso de Trevor, que provavelmente tinha uma estruturação psicótica, e que entrou em descompensação, fragmentação paranoica quando se envolveu no acidente de trânsito. Mas o Supereu começou a persegui-lo e a puni-lo com a incapacidade de dormir, de comer e de viver.

O filme *As Horas* (2002), direção de Stephen Daldry, conta três recortes de histórias. A história de Virginia Woolf, nos anos 1820, que escreve o romance *Mrs. Dalloway* e ao mesmo tempo tenta lidar com os sintomas melancólicos. Neste ínterim, existe um lapso de século, e em 1950 e também nos anos dois mil, a história do livro afeta a vida de outras duas mulheres. Essas três mulheres lutam com insatisfações e impossibilidades, cada uma a sua maneira, de vivenciar seus desejos. Uma delas cede aos imperativos do Supereu tirânico e comete suicídio na tentativa de aplacar a dor. Essa é a realidade da vida de Virginia. Muito teríamos que considerar a respeito de sua vida para chegar a uma ideia das problemáticas egoicas e superegoicas da escritora.

Porém, aqui, nos deteremos na história de Laura Brown (personagem de Julianne Moore). Laura vive um casamento infeliz (apesar de seu marido tentar, de tudo, para fazê-la feliz), nos anos 1950, tem um filho pequeno e está grávida de outro filho. Vive constantemente a ideia de matar-se, pois a vida que levava não fazia sentido para ela. Não gostava da vida de dona de casa. Certo dia, depois de muito pensar, deixa o filho na casa de uma amiga e vai para um hotel a fim de colocar em prática seu plano de suicídio. Mas, não consegue concluir seu intento. Depois que o segundo filho nasce, ela abandona os três: marido e filhos, e vai viver a vida que tanto desejou sem mais sentimento de culpa, nem ressentimento. Ela não percebe que, aquela sua atitude, determinou um destino infausto para os outros três membros da família.

Foi assim que Laura Brown resolveu lidar com seu vazio fundamental, e com a culpa que sentia por não viver uma existência verdadeiramente plena, segundo sua perspectiva.

Logo, solucionou seus conflitos com uma decisão que culminou na sua alegria mesmo que à custa da tristeza de outras pessoas. Isso é interessante, pois, confirma o que a psicanálise lacaniana já salientava, a saber: que, se existe uma culpa a que o sujeito sempre vai ser lembrado é a de ceder de seu próprio desejo.

Isto não implica dizer, entretanto, que é justificável não se responsabilizar por suas próprias escolhas. Pois, por nossa condição de sujeitos, Lacan dirá, sempre seremos responsáveis.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo Garcia-Roza (2004), haveria um aspecto positivo presente na pulsão de morte quando revestida em *vontade de destruição*, na medida em que se mostra enquanto destruidora daquilo que está instituído, e, ao mesmo tempo, renovadora já que produz disjunções e diferenciações imprescindíveis para o progresso da civilização. Como diria uma citação bastante conhecida de Pablo Picasso: “todo ato de criação é, antes de tudo, um ato de destruição”. Diferente disso é a pulsão sexual, que seria conservadora e produtora de uniões, homogeneizações e até fixações em modos arcaicos de enfrentamento ante a realidade.

Nos três exemplos de personalidades fílmicas citadas, houve uma tentativa de destruição de algo para a reconstrução de outra coisa. Nem sempre essas tentativas tiveram o efeito desejado, pois o próprio Supereu se interpôs e impossibilitou esse tipo de utilização da energia destrutiva da pulsão de morte.

Ou seja, parece existir uma impossibilidade, provocada pelo princípio de prazer (ao se transmutar em princípio de realidade, em consequência das interdições paternas e sociais encarnadas na educação, na contenção libidinal e agressiva e na sublimação destas tendências) de responder a esse imperativo da pulsão de morte, lançada no mundo enquanto *vontade de destruição* do que está instituído externamente, vontade esta que pressiona sempre à renovação, à mudança. O que acaba gerando um conflito, já que o Eu enquanto sintetizador/conciliador e as pulsões sexuais enquanto produtoras de uniões e homogeneizações não suportariam a tendência da pulsão de morte, em sua eterna busca por mudança. Essa “[...] agressividade pode não conseguir encontrar satisfação no mundo externo, porque se defronta com obstáculos reais. Se isto acontece, talvez ela se retraia e aumente a quantidade de autodestrutividade reinante no interior [...]”. (FREUD, [1932] 1933/1996, p. 107).

O Supereu, por conseguinte, terminaria por se apropriar da energia destrutiva tornada livre no aparato psíquico em virtude da não possibilidade de descarga no mundo externo, para lançar críticas, admoestar e até castigar o Eu, assim como acontece na melancolia e na paranoia que se caracterizam como os principais exemplos, ao lado da neurose obsessiva, das manifestações escancaradas desta instância observadora e proibidora.

Portanto, de posse do cabedal teórico e ético da Psicanálise buscou-se estudar as questões referentes às distinções entre estruturas e dinâmicas psíquicas, e promover uma tentativa de deciframento acerca de como (?) e por que (?) certos sujeitos ficam esvaziados, *empobrecidos libidinalmente* como Naves e Féres-Carneiro (2007) dizem a respeito da melancolia, sendo que, tal empobrecimento libidinal não é característica apenas do adoecimento narcísico ou psicótico, muitos neuróticos e perversos também podem apresentar tal empobrecimento, traduzido em tristeza, luto e culpa.

Assim, se existiria um empobrecimento, um esvaziamento da libido objetual em contrapartida pode-se produzir uma inflação, um aumento da energia oposta, a saber: a destrutiva, subordinada aos ditames superegoicos a dilacerar o Eu seja por desejar, seja por renunciar ao desejo.

Estes são apenas apontamentos sobre a força do Supereu e a importância de analisá-lo e considerá-lo como um dos principais causadores de adoecimento psíquico em sujeitos que deveriam estar pulando de alegria por terem conquistado um grande projeto, ou naqueles que se entregam a um sombrio sofrimento seja por terem perdido um grande ideal ou um objeto de amor.

Longe de querer dizer tudo acerca do Supereu, pretendeu-se isto sim, levantar alguma discussão em torno do tema e induzir os leitores a pensarem e até pesquisarem sobre essa instância tão enigmática do aparato mental.

REFERÊNCIAS

AS HORAS (The Hours). Direção: Stephen Daldry. Roteiro: David Hare. Baseado no livro de Michael Cunningham. Tempo de duração: 114 Minutos. Ano de Lançamento, 2002.

BIRMAN, J. Subjetividades contemporâneas. In. **Arquivos do mal-estar e da resistência**. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2006.

COSTA, M. H. B. V. Espaços de subjetividade e transgressão nas paisagens fílmicas. In. **Pro-Posições**, Campinas, v. 20, n. 3 (60), p. 109-119, set./dez. 2009.

CRUXÊN, O. **A sublimação**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2004.

FREUD, S. Além do princípio de prazer (1920). In. **Além do princípio de prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos (1920-1922)**. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud; traduzido do alemão e do inglês sob a direção geral de Jayme Salomão; Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. O ego e o Id (1923). In. **O ego e o id e outros trabalhos (1923-1925)**. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. O mal-estar na civilização (1930). In. **O futuro de uma ilusão, o mal-estar na civilização e outros trabalhos (1927-1931)**. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Ansiedade e vida instintual (1932/1933). In. **Novas conferências introdutórias sobre psicanálise e outros trabalhos (1932-1936)**. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Alguns tipos de caráter encontrados no trabalho psicanalítico (1916). In. **A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916)**. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GARCIA-ROZA, L. A. **O mal radical em Freud**. 5ª edição. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2004.

LACAN, J. A agressividade em psicanálise. In. **Escritos**, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

MEDEIROS, R. H. A. A pulsão de morte. Um conceito multifatorial. In. **Pulsional revista de psicanálise**, ano XIV, nº 142, 46-54, 2001. Disponível em: <http://www.editoraescuta.com.br/pulsional>. Acesso em 19/10/2010.

MANNONI, O. Freud: uma biografia ilustrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994.

NAVES, J. O. V.; FÉRES-CARNEIRO, T. A melancolia: entre o somático e o psíquico. In. **Estilos da Clínica**, Vol. XII, nº 23, 148-165, 2007.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 2ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

PRATA, M. R. Pulsão de morte: mortificação ou combate? In. **Ágora**, v.III, nº2, jul/dez, 115-135, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/agora>. Acesso em 19/10/2010.

O OPERÁRIO (The Machnist). Direção: Brad Anderson. Tempo de Duração: 102 minutos. Ano de Lançamento, 2004.

SILVA, W. P.; CHAVES, W. C. **A pulsão de morte de Freud a Lacan: implicações éticas da psicanálise**. Sem ano de publicação. Disponível em: http://www.fafich.ufmg.br/coloquioenriquez/tcompletos/265/PULSAO_DE_MORTE_FREUD_LACAN.doc.pdf. Acesso em 19/10/2010.

VERONIKA DECIDE MORRER (Veronika Decides to Die). Baseado no livro de Paulo Coelho. Direção: Emily Young. Tempo de Duração: 102 minutos. Ano de Lançamento, 2009.

CAPÍTULO 2

PATRIARCADO, HETERONORMATIVIDADE E TABU: O APAGAMENTO SOCIAL DA MULHER LÉSBICA

Data de aceite: 01/02/2021

Ingrid Freitas da Silva

ID Lattes: 7775342114164688

Raquel Lisboa Tinoco Braga

ID Lattes: 1363079302235093

Erika Conceição Gelenske Cunha

ID Lattes: 6452483820695747

RESUMO: O artigo busca compreender, através de um olhar da psicanálise e da psicologia analítica, a relação entre a estrutura patriarcal e heteronormativa e o apagamento social da mulher lésbica, analisando como os papéis designados à mulher e ao homem foram criados socialmente com o único objetivo de manter a dominação masculina em relação às mulheres, estruturando a sociedade inteira a partir da perspectiva heterossexual. Assim, como a lesbianidade contradiz o sistema patriarcal e heteronormativo, ameaçando sua perpetuação, a vivência lésbica vem a ser considerada errada e exposta como um estigma social e, em consequência disso, acabam sendo negligenciadas pelos serviços de políticas públicas e sendo vítimas de violências físicas e simbólicas. Evidenciando assim, que ao serem submetidas à invisibilidade social, a falta de representatividade em diversos âmbitos vem a ser uma ameaça constante à existência lésbica.

PALAVRAS-CHAVE: Patriarcado, heteronormatividade, heterossexualidade compulsória, lesbianidade, apagamento lésbico.

ABSTRACT: The article seeks to understand, through a view of psychoanalysis and analytical psychology, the relation between the patriarchal and heteronormative structure and the social erasure of lesbian woman, analyzing how the roles assigned to woman and man were created socially with the sole objective of maintain male dominance over woman, structuring the entire society from a heterosexual perspective. Therefore, as lesbianity contradicts the patriarchal and heteronormative system, threatening its perpetuation, the lesbian experience comes to be considered wrong and exposed as a social stigma and, as result, they end up being neglected by public policy services and being victims of physical and symbolic violence. Thereby evidencing that, when subjected to social invisibility, the lack of representativeness in different areas becomes a constant threat to the lesbian existence.

KEYWORDS: Patriarchy, heteronormativity, compulsory heterosexuality, lesbianity, lesbian erasure.

1 | INTRODUÇÃO

O sistema patriarcal, advindo da época da colonização, dava ao homem o direito de posse e controle sobre a vida da mulher, decidindo quais papéis seriam designados à ela. Enquanto o homem era encarregado de trabalhar e sustentar a família, era dever da mulher cuidar da casa, educar os filhos e estar à disposição de seu marido (BORIS E CESÍDIO 2007). Segundo Fischer (2001) citado por Boris e Cesídio (2007, p.8): “o processo de

socialização impunha a disposição da mulher a obedecer, o conhecimento claro do que era certo e do que era errado, bem como a capacidade de se conter”.

Desse modo, como aponta Rich (2010), torna-se inevitável a ideia de que o casamento e a sexualidade devem se voltar ao homem. A heterossexualidade é imposta e reforçada com o objetivo de garantir o acesso masculino não somente à esfera de poder físico, mas também aos aspectos emocionais, econômicos, políticos e culturais das mulheres. Assim, Wittig (1992/2006), Rich (2010) e Soares e Costa (2014) consideram a heterossexualidade um regime político que visa manter a relação de domínio dos homens em relação às mulheres. Uma das formas de reforçar a heterossexualidade obrigatória é apagar e invisibilizar a possibilidade lésbica (RICH 2010).

Em uma análise do contexto sócio-histórico acerca da heteronormatividade e do apagamento lésbico, Rich (2010) nos chama a atenção para a atual dinâmica política, evidenciando que tal cenário hostil e insalubre se mostra em ascensão e traz consigo a busca pela retomada e manutenção de valores e princípios conservadores que visam um perpetuamento da estigmatização da mulher e de sua liberdade sexual. Surge então a reflexão de que assumir-se lésbica perante o contexto do atual e cíclico cenário sócio-político que se baseia em princípios patriarcais, impondo e reforçando ao feminino a heteronormatividade como uma única via de direcionamento sexual e afetivo, vem a ser, também, um ato político que marca a existência lésbica como uma força contrária de resistência ao sistema. (MONGROVEJO, 2010, p. 163 apud SOARES e COSTA, 2014).

A partir das questões apresentadas, o presente artigo traz como problemática a contribuição do patriarcado e da heteronormatividade para o apagamento social da mulher lésbica, tendo como objetivo geral compreender à luz da psicologia (psicanalítica e analítica) como o patriarcado e a heteronormatividade contribuem para o apagamento social da mulher lésbica. Com isso, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- I. Analisar a construção patriarcal e heteronormativa na história e nos dias atuais.
- II. Investigar, pela perspectiva psicanalítica, como o patriarcado e a heterossexualidade compulsória geram e perpetuam tabus através da vivência da mulher.
- III. Estabelecer, pela ótica da psicologia analítica, a relação entre a sombra coletiva e a sociedade patriarcal.
- IV. Discutir as causas e efeitos do apagamento social da mulher lésbica.

Segundo Peres, Soares e Dias (2018), o número registrado de mortes de lésbicas no Brasil está aumentando a cada ano, tanto por assassinatos como por suicídios, o que revela que os direitos básicos de saúde, segurança, dignidade e existência estão gravemente ameaçados. No entanto, os dados registrados ainda estão longe de representarem a quantidade real de óbitos de mulheres lésbicas, visto que:

A questão da orientação sexual das mulheres assassinadas no Brasil não consta como um dado fundamental na maioria dos estudos atuais do feminicídio, o que demonstra uma falta de dados sobre lesbofobia e também um aspecto da lesbofobia institucional e da invisibilidade lésbica (PERES, SOARES e DIAS 2018, p. 21).

Com isso, este artigo justifica-se pela necessidade de romper com esse sistema que visa o constante apagamento da lesbianidade, tendo em conta que para lutar contra as estatísticas de violência é preciso primeiro sair da invisibilidade (LIMA 2018).

A pesquisa ocorrerá de forma bibliográfica, a partir de revisões de literaturas clássicas, tendo como base as abordagens psicológicas da psicanálise de Freud e da psicologia analítica de Jung, e também através de livros e artigos científicos atuais de diversos autores, como Adrienne Rich, Monique Wittig, Naomi Wolf, entre outros. A pesquisa apresenta caráter descritivo e qualitativo, visando compreender de modo interpretativo os assuntos que serão abordados.

2 | A CONSTRUÇÃO PATRIARCAL E HETERONORMATIVA NA HISTÓRIA E NOS DIAS ATUAIS

No período pós-colonial, as mulheres não eram consideradas indivíduos de consciência própria, mas sim propriedades individuais, do pai ou do marido, e coletivas, vistas sempre como disponíveis para a satisfação e posse dos homens (WITTIG 1992/2006). Como ressaltam Boris e Cesídio (2007), as mulheres e as crianças eram julgadas como não tendo nenhuma importância, não podendo demonstrar suas opiniões nem agir conforme suas vontades, deviam somente acatar as normas estabelecidas pelo patriarca. Ao assinar um contrato matrimonial, a mulher deixava de ser uma cidadã resguardada pela lei e passava a ser uma propriedade de seu marido (WITTIG 1992/2006). Além disso, no período de 1890 à 1930, os médicos acreditavam que no organismo da mulher existia uma ligação entre o útero e o sistema nervoso central, pressupondo então que durante a gravidez se a mulher realizasse atividades intelectuais, o feto poderia ficar doente ou ter uma má formação, com isso as funções intelectuais eram designadas somente aos homens, já que eles não corriam esse perigo (ANGELI, 2004 apud BORIS e CESÍDIO, 2007).

A partir disto, Wittig (1992/2006) e Bourdieu (2020) apontam que a ideia da diferença dos sexos, a diferença dos papéis sociais do homem e da mulher, tem como justificativa um discurso biológico, naturalista, mas não passam de constructos sociais e políticos que visam legitimar e manter a dominação masculina à custa da exploração das mulheres. Wittig (1992/2006) aponta que o conceito de mulher é na verdade um mito que foi criado socialmente e perpetuado através da cultura com a finalidade de deixar clara a diferenciação entre os sexos mantendo sempre um controle em relação ao corpo da mulher. Adotar um discurso naturalista, assumindo que a diferença entre os sexos é apenas biológica, é naturalizar todas essas opressões impostas às mulheres, impossibilitando

qualquer modificação (WITTIG 1992/2006). Desse modo, a força da dominação masculina se mantém constante pelo simples fato de não precisar de justificativa, uma vez que: “a visão androcêntrica impõe-se como neutra e não tem necessidade de se enunciar em discursos que visem a legitimá-la” (BOURDIEU 2020, p.24).

O surgimento dos movimentos feministas trouxe à tona em seus discursos, de forma crítica, a problemática da falácia que sustentava e fortalecia o discurso da desigualdade de gênero, questionando não apenas o saber biológico de caráter dogmático que nos era imposto, mas também acerca das relações que se ramificavam nas esferas sociais que atribuíam às mulheres um papel de subordinação em relação aos homens. Em consequência disso, tais reivindicações surtiram em conquistas que asseguraram às mulheres o direito de exercer sua cidadania política e social e, também, a ocupar espaço no mercado de trabalho (OTTO 2004).

Entretanto, conforme as mulheres foram conquistando novos locais, introduzindo novos costumes, novas possibilidades, os espaços e instituições controladas por homens, que se beneficiavam da dominação masculina, se sentiram ameaçados pela independência das mulheres, passando então a atacar a imagem das feministas, caracterizando-as como feias, masculinizadas, defeituosas, desagradáveis, lésbicas, com o objetivo de desviar a atenção das questões abordadas e deslegitimar o movimento (WOLF 2020). Assim, as conquistas feministas são provenientes de um contexto sociopolítico impermeabilizado por princípios patriarcais em que, de acordo com Saltman (1992) citado por Facio e Fries (2005), vem a ser explícito que as relações ainda desempenham uma performance pautada na hierarquia de gênero, desfavorecendo mulheres e empregando à elas uma posição subalterna, tanto no âmbito político quanto no econômico. Dessa forma, Mackinnon (1979) citada por Rich (2010) acentua que as mulheres não são selecionadas para o trabalho por terem qualificações na área, mas sim por serem vistas como atrativos sexuais para os homens, sendo o assédio sexual algo inerente ao ambiente de trabalho, restando às mulheres aceitarem e se adaptarem à tal cenário hostil se quiserem manter-se empregadas. Conforme Wolf (2020) destaca, a beleza é designada como obrigatória para as mulheres, sendo tal beleza considerada uma moeda que serve à um propósito político de manter uma dependência econômica, física e cultural das mulheres, assim:

Ao atribuir valor às mulheres numa hierarquia vertical, de acordo com um padrão físico imposto culturalmente, ele expressa relações de poder segundo as quais as mulheres precisam competir de forma antinatural por recursos dos quais os homens se apropriaram (WOLF 2020, p. 29).

A partir disso, Wittig (1992/2006) enfatiza que essa estrutura fundada envolta da ideia da diferença natural dos sexos, cria a sociedade de modo heterossexual, fazendo com que as mulheres sejam submetidas à uma heterossexualidade compulsória. Segundo Butler (2008) citado por Soares e Costa (2014, p.5): “A heteronormatividade baseia-se na naturalidade e na associação obrigatória entre sexo e reprodução, criando um sistema de

reforço desta na base da reprodução social”. A partir do momento em que uma mulher tenta seguir em direção contrária à heteronormatividade, uma das formas de manipulação mental que visa impedir a lesbianidade é retratá-la nos meios midiáticos, literários e científicos como uma mulher que nega o homem como objeto de desejo por consequência de uma desilusão e, assim, atribuindo às mulheres lésbicas uma característica de amargurada ou rejeitada (LESSING, 1962 apud RICH, 2010). Com base nesse discurso, Soares e Costa (2014) explanam que as tentativas de inviabilizar tanto o feminismo quanto a lesbianidade provém de um mesmo núcleo estereotipado que visa atribuir vínculo entre ambas por via da marginalização de que ser lésbica ou feminista acarretariam as consequências de um perigo iminente de aniquilação da feminilidade, tornando assim a heteronormatividade compulsória cada vez mais atrativa e mitificada, explorando e induzindo a performance de feminilidade massiva como um dos atributos mais importantes para uma mulher na tentativa de que tais discursos vingassem para que o poder de emancipação da mulher perante uma sociedade patriarcal perdesse sua força.

3 | PATRIARCADO E HETEROSSEXUALIDADE COMPULSÓRIA COMO INSTRUMENTOS QUE GERAM E PERPETUAM TABUS: UMA VISÃO DA PSICANÁLISE

No texto Totem e Tabu, ao investigar o significado da palavra ‘tabu’, Freud (1913/1996), observa a presença de um antagonismo em relação à sua etimologia, por um lado é atribuído ao tabu o conceito de sagrado e por outro lado, atribui-se o conceito de profano. A partir de uma análise desde a formulação dos povos originários até a contemporaneidade, a palavra tabu toma forma e significado principalmente daquilo que é proibido e obsceno, dessa forma, o termo tabu vem a ser uma das primeiras conjunções de instauração de leis não registrado, tendo sua origem anterior à criação da religião, embora tal lei não apresente fundamento, exerce função de algo incontestável e internalizado na sociedade (WUNDT, 1906 apud FREUD, 1913/1996).

Freud (1913/1996) elucida que o descumprimento de um tabu traria consigo consequências punitivas sendo elas de origem religiosa ou social, a primeira é embasada no discurso religioso, no qual o encarregado de punir o infrator seria da ordem divina e, a posteriori, a punição se daria pela sociedade. Perante a sociedade, o violador de um tabu torna-se ele mesmo objeto de tabu, uma vez que se torna um modelo atrativo para os outros indivíduos, o que seria altamente contagioso, desse modo:

Pessoas ou coisas consideradas como tabu podem ser comparadas a objetos carregados de eletricidade; são a sede de um imenso poder transmissível por contato e que pode ser liberado com efeito destrutivo se os organismos que provocam sua descarga são fracos demais para resistir a ele (THOMAS, 1910-1911 apud FREUD, 1913/1996 p. 20).

Segundo Freud (1913/1996) citado por Pombo (2018), o mito do pai da horda em Totem e Tabu, em síntese, se trata do parricídio original, ou seja, do primeiro assassinato da figura patriarcal daquela sociedade primitiva. Desse modo, o parricídio, explanado no mito, aparece ao longo da formação sócio-histórica e cultural sendo perpetuado na medida em que aparece de forma intrínseca nos ensinamentos passados através do senso comum, principalmente, dentro dos núcleos familiares (BIRMAN, 2001 apud POMBO, 2018). Sendo assim, como aponta Freud (1913/1996) citado por Pombo (2018), o pai da horda primitiva representa então a metáfora psicanalítica da origem do patriarcado como uma instituição social, do mesmo modo que o ‘tabu’ se apresenta como um instrumento ‘de lei’ do patriarcado a fim de servir como um regulador da sociedade em prol de uma ‘moralidade’.

Em vista disso, Pombo (2018) ilustra que a partir da figura simbólica que a autoridade patriarcal, em contexto familiar, exerce simbolicamente ao longo da formação psíquica de um indivíduo, sendo ela a que castra ao impor leis visando o que seria ‘certo’ ou ‘errado’, vem a ser a formadora do ‘supereu’, instância do aparelho psíquico cujo funcionamento se dá através da ancoragem do senso de moralidade relacionado aos preceitos socioculturais. Desse modo, Lima e Souza (2016) destacam que o ‘supereu’ seria então regido pelo princípio das interdições morais, desempenhando assim um papel primordial para a manutenção e internalização de proibições e preconceitos que surgem no âmbito sociocultural no qual o indivíduo está inserido.

Através destas conjunções ideológicas oriundas do sistema patriarcal, uma das consequências alcançadas a partir do uso destes instrumentos para controlar a sociedade seria por via do domínio do direcionamento sexual, atribuindo a heteronormatividade como um modelo ideal a se seguir, dessa forma, Toledo (2008) citado por Esteca (2016, p. 19) expõem que: “tudo o que diverge dessa norma é então classificado como imoral, desviante, aberração, doença, pecado e/ou é invisibilizado”. Sendo assim, vem a ser notório que a tenacidade desses princípios e mecanismos geradores de preconceitos internalizados nas esferas políticas, sociais e culturais, advindos da dinâmica patriarcal, são fontes incessáveis de estigmatização social, seja do indivíduo frente à sociedade ou frente a si próprio (ESTECA 2016). Posto isto:

A internalização dessa violência manifestada sob a forma de insultos, injúrias, enunciados depreciativos, condenações morais ou compaixão, conduz muitos homossexuais a lutar contra seus desejos, engendrando, não raro, graves problemas psicológicos. Culpa, ansiedade, vergonha e depressão são as principais manifestações desses problemas (BORRILLO, 2001 apud ESTECA, 2016, p. 15).

4 | RELAÇÃO ENTRE A SOMBRA COLETIVA E A SOCIEDADE PATRIARCAL: UMA ÓTICA DA PSICOLOGIA ANALÍTICA

A sociedade atual vive uma realidade pautada em um monoteísmo da consciência, onde considera-se que o ego seja a totalidade da personalidade do indivíduo, quando na realidade existem diversas outras esferas que constituem a psique humana (informação verbal¹). A partir da cultura, religião, família e grupos de convívio social, o ego é desenvolvido e moldado com um ideal a ser seguido, com normas que ditam o que é certo e errado e o que é aceitável ou não (SANFORD 1988). Desse modo, Withmont (1978) citado por Sanford (1988) expõe que os aspectos da personalidade que vão contra os ideais do ego, são reprimidos e passam a constituir a sombra.

Segundo Hollis (1997), a sombra contém conteúdos da psique que de certa forma ameaçam os objetivos do ego por não corresponderem às suas diretrizes, são conteúdos desconfortáveis, tratados como irrelevantes, que, no entanto, constituem uma parte fundamental da alma humana. Por tais conteúdos gerarem angústia e por serem interpretados como algo errado e mal, em vez de tentar compreendê-los, costuma-se agir como se a sombra não existisse, porém negar a existência da sombra não faz com que ela desapareça, pelo contrário, faz com que fique cada vez mais forte, fazendo com que essa parte reprimida da personalidade acabe sendo projetada nos outros (SANFORD 1988). Desse modo:

Se outras pessoas carregam para nós a projeção do nosso próprio lado obscuro, que odiamos, reagiremos a elas de modo condizente. Passaremos então a odiá-las ou temê-las e não as veremos como elas são, com compreensão e discernimento objetivo, mas iremos encará-las a partir de nossa sombra menosprezada (SANFORD 1988, p.77).

Grupos de pessoas que compartilham os mesmos valores tendem a manifestar um mesmo ideal do ego e conseqüentemente uma mesma sombra coletiva, assim, grupos religiosos, especialmente os que seguem seus dogmas de forma mais rígida, costumam projetar suas sombras em grupos que seguem outras religiões ou em pessoas não religiosas, já que as diferentes opiniões poderiam gerar questionamentos à respeito de suas crenças (SANFORD 1988). A partir disso, Lima Filho (2002) relata que quanto mais a pessoa estiver imersa no grupo, mais ela se distancia de si mesma e se assemelha ao coletivo. Dessa forma: “Quando o consenso coletivo é coeso, o grupo é intolerante para com os desvios em relação à norma coletiva, podendo puni-los com a expulsão ou mesmo a morte” (LIMA FILHO 2002, p.52).

Segundo Neumann (1991) citado por Lima Filho (2002), a partir de influências culturais, sociais, políticas e religiosas, a consciência coletiva vai gradativamente se

1. Informação fornecida por Ajax Salvador e Santina Rodrigues na palestra: “Psicopatologia contemporânea como imagem arquetípica” do congresso: “Mitos e seus reflexos na humanidade” do Instituto Junguiano de Ensino e Pesquisa, realizado online em Outubro de 2020.

firmando baseada em princípios patriarcais, subjugando as esferas femininas. Como a sociedade ocidental é baseada em princípios judaico-cristãos, o ego coletivo é moldado através dos dogmas da religião, com padrões estabelecidos do que seria considerado correto, como ser bondoso, compreensivo, sexualmente inativo e do que seria errado, ser violento, rancoroso e ter impulsos sexuais (SANFORD 1988).

No catolicismo, a imagem representativa do ideal da mulher é a da Virgem Maria, virgem pura e mãe nutridora, imagem esta que somente retrata uma parcela da completude que é o feminino, com isso, ao pregar esses princípios de pureza e castidade, qualquer aspecto que possa manchar essa imagem é rejeitado e reprimido (LÓPEZ-PEDRAZA 2012). Assim, Sanford (1988) afirma que a moral judaico-cristã incentiva a repressão de impulsos sexuais, já que a sexualidade é retratada como um mal, não sendo de forma alguma vista como um meio saudável de se demonstrar afeto. Portanto:

Ela deve ser sempre uma licenciosidade, deve ser instigada por satã, e nunca é permitida, exceto nos confinamentos estritos do casamento, e ainda assim é uma concessão à fraqueza humana enquanto o caminho mais elevado na vida seria totalmente sem sexo (SANFORD 1988, p.95).

Desse modo, uma imagem que simboliza precisamente essa dimensão do feminino renegado é a de Lilith, que conforme Koltuv (2017) explicita, ao negar-se à abrir mão de sua liberdade para submeter-se à Adão, Lilith sai do Paraíso e vai para um exílio no deserto, passando a ser considerada um demônio, a serpente que tenta Eva à comer o fruto proibido, um ser impuro, uma prostituta sedutora que desvia os homens do caminho do bem, tudo isso porque ela rompe com o sistema de opressão do patriarcado ao escolher: “a separação diante da coerção ou submissão no interior do ‘abrigo da convicção tradicional’” (KOLTUV 2017, p.49). Sanford (1988) afirma que os indivíduos que não vivem em concordância com o ideal coletivo são considerados inimigos, sendo despersonalizados e vistos como objetos de ódio e não mais como seres humanos. Logo, as mulheres que assim como Lilith reivindicam por igualdade e recusam-se a aceitar o encarceramento do sistema patriarcal, são despersonalizadas a ponto de serem vistas como demoníacas, sendo suprimidas e exiladas na sombra coletiva (KOLTUV 2017).

Além disso, Hollis (1997) afirma que a construção social da representação do masculino é enraizada em um complexo de poder, onde a competição, violência, insegurança e medo estão sempre presentes. Jung (2013) classifica os complexos como instâncias energéticas autônomas da psique que ao serem ativadas assimilam e ultrapassam o controle da consciência, tomando conta da personalidade e retirando a liberdade do ego. Desse modo, tomados pelo complexo do poder, os homens constantemente oprimem as mulheres na expectativa de que a partir desse controle sobre elas, consigam também dominar seus próprios medos, já que: “o homem oprime aquilo que ele teme” (HOLLIS 1997, p. 48). Assim, Hollis (1997) completa que as opressões realizadas contra as mulheres e contra os homossexuais são resultadas do medo do homem machista de reconhecer o

seu lado feminino. À essa esfera feminina presente na alma do homem, Jung (2014) deu o nome de Anima, declarando que: “Tudo o que é tocado pela anima torna-se numinoso, isto é, incondicional, perigoso, tabu, mágico. Ela é a serpente no paraíso do ser humano inofensivo” (JUNG 2014, p. 36).

Dessa forma, Sanford (1988) conclui que o único modo de se obter uma transformação tanto pessoal quanto coletiva, é através do reconhecimento da sombra. Somente ao entrar em contato com a anima e com os aspectos sombrios da psique que será possível romper com os padrões tirânicos e devoradores do patriarcado (BOECHAT 2009).

5 | CAUSAS E EFEITOS DO APAGAMENTO SOCIAL DA MULHER LÉSBICA

A sociedade foi desenvolvida a partir de uma perspectiva masculina, onde o ponto de vista patriarcal foi o responsável por moldar a cultura e determinar quem deve ter visibilidade ou não (WOLF 2020). Assim, conforme foi exposto na primeira sessão, logo após o surgimento dos movimentos feministas, pessoas contrárias à independência e libertação das mulheres, começaram a atacar a imagem das feministas, classificando-as como masculinizadas, lésbicas, como se o feminismo e a feminilidade fossem instâncias opostas. Desse modo, a ascensão dos movimentos feministas ocorreu em um cenário dominado pela heterossexualidade, fazendo com que várias integrantes do movimento evitassem abordar o tema da lesbianidade com receio de serem interpretadas como lésbicas e não obterem o reconhecimento desejado (OLIVEIRA, 2007 apud SOARES e COSTA, 2014). Portanto, Soares e Costa (2014, p.43) relatam que: “o medo de perder a feminilidade revela-se como o calcanhar de Aquiles do feminismo”.

De acordo com Carvalho, Calderaro e Souza (2013), a supremacia dos princípios heteronormativos que se cristalizou ao longo da construção histórica universal suscitou em um hiato no que tange a existência da vivência lésbica. A partir disso, o pouco que se sabe acerca da lesbianidade é resultado do processo de apagamento histórico dos registros que trazem à luz o conhecimento de tal existência ao longo da formação sociocultural, este mecanismo invisibilizador seria então produto de criação patriarcal a fim de manter o domínio da heteronormatividade como uma única opção de direcionamento sexual e afetivo, censurando assim, toda e qualquer possibilidade de vivência positiva que a lesbianidade poderia provocar (RICH 2010). Em vista disso:

O silenciamento histórico em que se pautou a experiência feminina da homossexualidade foi sustentado por uma política do esquecimento, ou seja, o modelo patriarcal que promoveu visibilidade e ascensão do masculino, além de renegar o importante papel do feminino neste registro, também obscureceu a experiência afetivo-sexual que dispensava a presença masculina (NAVARRO-SWAIN, 2000 apud CARVALHO, CALDERARO E SOUZA, 2013, p.5).

Desse modo, o ato de dizimar os registros da presença da lesbianidade, renegando à ela o direito de participar ativamente ao longo da construção histórica, faz com que

toda a sua existência fique à margem do esquecimento social, sendo assim, Navaro-Swain (2000) citada por Carvalho, Calderaro e Souza (2013, p.5) exemplifica que: “as mulheres, na Inquisição (em meados do séc. XVII), eram acusadas de serem bruxas por suas práticas homossexuais e que, na ausência de termo para nomeá-las, eram chamadas de ‘sodomitas’”, termo pejorativo que era destinado principalmente à homens gays. Em consequência disso, como aponta Rich (2010), a lesbianidade passa a aparecer, então, como uma derivação da homossexualidade masculina determinando às mulheres o uso errôneo da terminologia “gay”, essa não diferenciação coloca à prova, amiúde, o quão a lesbianidade é assombrada pelos mecanismos patriarcais e heteronormativos de omitir sua existência. O histórico da lesbianidade então é marcado por invisibilidade e falta de reconhecimento, já que não tiveram espaço nos movimentos feministas nem no movimento homossexual, uma vez que este último era pautado em uma perspectiva falocêntrica favorecida pelo discurso naturalista (SOARES e COSTA 2014).

A cultura patriarcal e heteronormativa tem entranhada a ideia de que os homens possuem um direito sexual sobre as mulheres (RICH 2010). Assim, como as lésbicas estão fora desse sistema opressor que exige a submissão da mulher para garantir o direito dominador do homem, elas passam a ser alvo de ódio e de punições severas (PERES, SOARES e DIAS 2018). Tendo em vista a realidade da lesbianidade dentro dessa sociedade completamente heterocêntrica, Peres, Soares e Dias (2018, p.27) explicitam que: “Ser lésbica é compreender que não existem espaços feitos para você e que sua existência nunca será validada pelo entorno social”. O preconceito com as lésbicas é constante e ocorre em diversas esferas, pessoais e coletivas, como na família, no trabalho, na política, na área da saúde, ainda mais em casos em que se tem um acúmulo de inúmeras opressões, por ser negra, pobre, ter alguma deficiência ou ser de algum outro grupo marginalizado pela sociedade, o que ocasiona muitas vezes a privação de direitos básicos que deveriam ser garantidos à todos (PERES, SOARES e DIAS, 2018).

O processo de silenciamento sócio-histórico sofrido pela vivência lésbica resultou em sequelas que até hoje se mostram presentes, como por exemplo, na carência de políticas públicas voltada especificamente para mulheres lésbicas, sendo assim, Carvalho, Calderaro e Souza (2013) evidenciam que o desamparo político em relação ao aparato de saúde pública atinge principalmente lésbicas de classe econômica inferior e as que ‘não performam feminilidade’. Em alusão a isso, as autoras apontam que:

A escassa, ou quase inexistente, produção científica abordando a temática saúde e homossexualidade feminina no Brasil; a inexistência de políticas de saúde consistentes para o enfrentamento das dificuldades e necessidades desta população; o precário conhecimento sobre suas demandas e a ausência de tecnologias de cuidado à saúde adequadas, aliados à persistência de pré-noções e preconceitos, convertem-se, no âmbito da saúde pública, por exemplo, no desperdício de recursos, no constrangimento produzido no atrito das relações no interior dos serviços de saúde, na assistência inadequada

Desse modo, Dinis (2011) elucida que o reflexo da política de silenciamento surte outro efeito significativo, transparecendo a sua hostilidade, também, no âmbito escolar e fazendo com que assim a violência física, simbólica e verbal esteja presente desde as primeiras socializações na vivência lésbica. As opressões constantes vividas em tal cenário vêm a serem mascaradas por parte dos professores que omitem a 'justificativa' da violência sofrida na tentativa de que outros estudantes não tenham conhecimento de outras formas de expressões fora da heteronormatividade (LOURO, 1997 apud DINIS, 2011). Parte-se então do princípio de que o silenciamento também é uma forma de violência, sendo assim:

Existe o medo de que a mera menção da homossexualidade vá encorajar práticas homossexuais e vá fazer com que os/as jovens se juntem às comunidades gays e lésbicas. A ideia é que as informações e as pessoas que as transmitem agem com a finalidade de "recrutar" jovens inocentes. (...) Também faz parte desse complexo mito a ansiedade de que qualquer pessoa que ofereça representações gays e lésbicas em termos simpáticos será provavelmente acusada ou de ser gay ou de promover uma sexualidade fora da lei. Em ambos os casos, o conhecimento e as pessoas são considerados perigosos, predatórios e contagiosos. (BRITZMAN, 1996 apud DINIS, 2011, p.5).

A falta de pertencimento nos espaços públicos, a invisibilidade, a falta de representatividade, o isolamento, acarretado pela imposição da heterossexualidade às lésbicas, as tentativas falhas de se enquadrarem nos padrões heteronormativos, muitas vezes geram uma exaustão psicológica, uma baixa autoestima, podendo levar ao suicídio (PERES, SOARES e DIAS 2018). Nas mulheres lésbicas, o suicídio pode ocorrer em qualquer idade, etnia, classe social, todavia é mais comum acontecer em lésbicas jovens que 'performam feminilidade', já que estas só começam a enfrentar maiores adversidades externas durante a adolescência quando começam a se relacionar com outras mulheres, a partir desse ponto, espaços que antigamente lhes eram acolhedores, passam a tratá-lhes de maneira hostilizada, assim, Peres, Soares e Dias (2018) consideram o suicídio lésbico um crime realizado pela sociedade como um todo, por não proporcionarem o mínimo necessário para que tenham uma vida digna. Em contrapartida, as lésbicas que não 'performam feminilidade' não apresentam uma taxa de suicídio muito alta, mas são as que mais são assassinadas, na maioria das vezes por homens, desde familiares até desconhecidos, que se vêem no dever de manter a imagem idealizada da família patriarcal heteronormativa, eliminando qualquer pessoa que possa manchar tal imagem, assim, em relação aos homens da própria família da vítima, Peres, Soares e Dias (2018, p.26) relatam que:

Esses homens partem de uma premissa fundamentada no patriarcado que delega aos homens o direito sobre as mulheres da família, como extensão do seu poder, e sentem-se no direito de gerir a vida e a morte delas de acordo com seus próprios valores.

Desse modo, Peres, Soares e Dias (2018) expressam que por mais que os números de assassinatos e suicídios de lésbicas estejam crescendo, o lesbocídio ainda não é reconhecido como um crime de ódio, contribuindo ainda mais para a manutenção do apagamento lésbico, devido à escassez de informações relacionadas às mortes de lésbicas, ainda mais quando são negras ou indígenas. Com isso, Peres, Soares e Dias (2018, p. 103) explicitam que: “a ausência de informações é demonstrativo de lesbofobia, de racismo, de machismo, de classismo e de tantos outros preconceitos agregados que constroem o perfil e o sentido do descaso com estas pessoas no Brasil e no mundo”.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nas pesquisas realizadas durante a produção do presente artigo, ficou claro que o sistema patriarcal e heteronormativo exerce influência direta no apagamento social da mulher lésbica, visto que a construção da sociedade e da cultura, desde a antiguidade até os dias atuais, teve como foco a perpetuação dos princípios patriarcais e heteronormativos, eliminando tudo que fosse contrário aos valores pregados. Sendo assim, dentro da sociedade patriarcal, o lugar atribuído à mulher é o de submissa ao homem, devendo sempre estar à disposição das vontades e prazeres masculinos. Desse modo, simplesmente pelo fato de existirem, as lésbicas contrariam toda essa estrutura sexista, ameaçando sua continuidade, tornando-se, então, alvo de ódio, de violência, tanto física quanto psicológica.

Dessa forma, de acordo com a perspectiva psicanalítica apresentada neste artigo, a marginalização da lesbianidade aparece socialmente como uma existência ‘contagiosa’ atribuindo e impondo a ela característica de um objeto de tabu. Sendo assim, evidencia-se o papel que a lei do tabu desempenha ao se tornar um mecanismo de controle heteronormativo e patriarcal que passa a determinar quem torna-se ou não objeto de tabu, sustentando assim os discursos de ódio de cunho religioso e/ou social contra a lesbianidade.

Conforme exposto na terceira sessão, a consciência coletiva na sociedade ocidental sofre influências da cultura judaico-cristã, sendo estruturada a partir de princípios patriarcais, assim, tudo que é contrário à tais princípios é considerado errado, visto como ameaça e é exilado na sombra coletiva. Com isso, como a imagem ideal da mulher no patriarcado é de pureza, castidade e devoção ao homem, as mulheres lésbicas, por não estarem disponíveis à dominação masculina, assim como Lilith, são despersonalizadas e vistas como demoníacas.

Tal repulsa à lesbianidade é percebida em diversas esferas sociais, desde relacionamentos particulares até o descaso na segurança e na saúde pública, evidenciando que há um enorme negligenciamento com as demandas das mulheres lésbicas, invisibilizando-as perante a sociedade. Essa invisibilidade também se mostra presente no âmbito acadêmico, onde nota-se uma escassez de materiais que abordem a realidade lésbica. Assim, ao expor a construção patriarcal e heteronormativa como fator determinante para o apagamento lésbico, o presente artigo tem o intuito de romper com a invisibilidade ao trazer essa pauta para o campo da psicologia, ampliando as possibilidades de pesquisa.

REFERÊNCIAS

BOECHAT, Walter. **A mitopoesia da psique**: mito e individuação. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

BORIS, Georges Daniel Janja Bloc. CESÍDIO, Mirella de Holanda. **Mulher, corpo e subjetividade**: uma análise desde o patriarcado à contemporaneidade. Revista Mal-estar e subjetividade. Vol. VII. Nº2. p. 451 – 478. Fortaleza. Setembro/2007.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**: a condição feminina e a violência simbólica. 17. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2020.

DINIS, Nilson Fernandes. **Homofobia e educação: quando a omissão também é signo de violência**. Educar em Revista, n. 39, p. 39-50, jan./abr. Curitiba: Editora UFPR, 2011.

CARVALHO, Cintia Sousa; CALDERARO, Fernanda; SOUZA, Solange Jobin. **O dispositivo “Saúde de Mulheres Lésbicas”**: (in)visibilidade e direitos. Psicologia Política. Vol.13. Nº 26. Jan. Abril, 2013.

ESTECA, Fabiana Mara. **Impactos da heteronormatividade sobre a conjugalidade lésbica**: uma análise psicanalítica a partir do relato de mulheres separadas. 2016. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, University of São Paulo, São Paulo, 2016.

FACIO, Alda; FRIES, Lorena. **Feminismo, gênero y patriarcado**. Academia. Revista sobre enseñanza del derecho de Buenos Aires, 2005.

FREUD, Sigmund. **Totem e tabu**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIII, p. 13-163. Rio de Janeiro: Imago, 1996 (original publicado em 1913).

HOLLIS, James. **Sob a sombra de saturno**: a ferida e a cura dos homens. São Paulo: Paulus, 1997.

JUNG, Carl Gustav. **A natureza da psique**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

JUNG, Carl Gustav. **Os arquétipos e o inconsciente coletivo**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

KOLTUV, Barbara Black. **O livro de Lilith**: o resgate do lado sombrio do feminino universal. 2. ed. São Paulo: Cultrix, 2017.

LIMA FILHO, Alberto Pereira. **O pai e a psique**. São Paulo: Paulus, 2002.

LIMA, Alan Souza; SOUZA, Maurício Rodrigues. **O pai da horda e o supereu**: de um prenúncio da instância. *Psicol. USP*, v. 27, n. 3, p. 420-428. São Paulo, 2016.

LÓPEZ-PEDRAZA, Rafael. *Ártemis e Hipólito: mito e tragédia*. Petrópolis: Vozes, 2012.

OTTO, Clarícia. **O feminismo no Brasil**: suas múltiplas faces. *Rev. Estud. Fem.* v.12, n. 2, p. 238-241, Florianópolis, 2004.

PERES, Milena Cristina Carneiro; SOARES, Suane Felipe; DIAS, Maria Clara. **Dossiê sobre lesbocídio no Brasil**: de 2014 até 2017. Rio de Janeiro: Livros Ilimitados, 2018.

POMBO, Mariana. **Crise do patriarcado e função paterna**: um debate atual na psicanálise. *Psicol. Clin.* Vol.30, n.3, p. 447-470. Rio de Janeiro, 2018.

RICH, Adrienne. **Heterossexualidade compulsória e existência lésbica**. Bagoas – Estudos gays: gêneros e sexualidade, vol.12, n.5. 2012.

SANFORD, John A. **Mal**: o lado sombrio da realidade. São Paulo: Paulus, 1988.

SOARES, Gilberta Santos; COSTA, Jussara Carneiro. **Movimento lésbico e movimento feminista no Brasil**: recuperando encontros e desencontros. 2014.

WITTIG, Monique. **El pensamiento heterosexual y otros ensayos**. Barcelona. Egales, 2006.

WOLF, Naomi. **O mito da beleza**: como as imagens de beleza são usadas contras as mulheres. 12. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2020.

CAPÍTULO 3

A ETIOLOGIA PSÍQUICA DAS FORMAS DE SOFRIMENTO PSÍQUICO CONTEMPORÂNEO: DEPRESSÃO, RECURSO À DROGA E AUTOLESÃO

Data de aceite: 01/02/2021

Claudia Henschel de Lima

Programa de Pós- Graduação em Psicologia
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Departamento de Psicologia. Rio de Janeiro –
Rio de Janeiro
Programa de Pós-Graduação em Administração
Pública – PROFIAP/UFF. Universidade Federal
Fluminense. Campus de Volta Redonda
<https://orcid.org/0000-0002-7693-7321>

Julia da Silva Cunha

Programa de Pós- Graduação em Psicologia
Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de
Janeiro – Rio de Janeiro
<https://orcid.org/0000-0002-4068-182X>

Maria Stela Costa Vliese Zichtl Campos

Programa de Pós- Graduação em Psicologia
Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de
Janeiro – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/8643262397262019>

Thalles Cavalcanti dos Santos Mendonça Sampaio

Programa de Pós- Graduação em Psicologia
Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de
Janeiro – Rio de Janeiro
<https://orcid.org/0000-0002-5527-7774>

RESUMO: O presente artigo interroga o sofrimento humano, tal como ele se apresenta hoje na experiência da depressão, do recurso à droga e da autolesão, à luz do destino assumido pelo recalçamento no mal-estar contemporâneo. Neste sentido, o artigo apresenta os resultados da pesquisa básica em psicopatologia psicanalítica conduzida no Laboratório de Psicopatologia Fundamental em Estudos sobre a Subjetividade e Emergências Humanitárias, articulado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. A pesquisa propõe uma investigação dos fenômenos psicopatológicos na contemporaneidade, com o objetivo de elaborar a hipótese etiológica acerca do desencadeamento de algumas formas de sofrimento psíquico contemporâneo – mais especificamente, a depressão, o recurso à droga e a autolesão. E, com isso, estabelecer alguns critérios de diagnóstico destas formas de sofrimento a partir da distinção específica da psicopatologia psicanalítica, entre neurose e psicose. A primeira parte do desenvolvimento do artigo será dedicada a organização da hipótese etiológica a partir das referências freudianas sobre a constituição da fantasia e do sintoma a partir da centralidade da dinâmica pulsional. A segunda parte do artigo apresentará a especificidade desta hipótese para a depressão, o recurso à droga e a autolesão.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão, recurso à droga, autolesão, psicanálise, psicopatologia.

THE PSYCHIC ETIOLOGY OF CONTEMPORARY PSYCHIC SUFFERING: DEPRESSION, USE OF DRUGS AND CUTTING

ABSTRACT: This paper questions human suffering, as it appears today in the experience of depression, the use of drugs and cutting, in the light of the destiny assumed by the repression in contemporary malaise. In this sense, the paper presents the results of basic research in psychoanalytic psychopathology conducted at the Laboratory of Fundamental Psychopathology in Studies on Subjectivity and Humanitarian Emergencies, linked to the Graduate Program in Psychology at the Federal University of Rio de Janeiro. The research proposes an investigation of psychopathological phenomena in contemporary times, with the objective of elaborating the etiological hypothesis about the triggering of some forms of contemporary psychological suffering - more specifically, depression, the use of drugs and cutting. And, with that, to establish some diagnostic criteria of these forms of suffering from the specific distinction of psychoanalytic psychopathology, between neurosis and psychosis. The first part of the development of the paper will be dedicated to the organization of the etiological hypothesis based on Freudian references on the constitution of fantasy and symptoms based on the centrality of the drive dynamics. The second part of the paper will present the specificity of this hypothesis for depression, the use of drugs and cutting.

KEYWORDS: Depression, drug use, cutting, psychoanalysis, psychopathology.

1 | INTRODUÇÃO

Desde a sua fundação no final do século XIX a psicanálise permite afirmar que o ser humano é uma *espécie* do mal-estar. E na contemporaneidade isso se preserva como evidência clínica. A fim de apaziguar o sentimento de mal-estar, o ser humano lança mão de dispositivos diversos – que vão da ciência, da arte, da religião, até o uso de narcóticos. O presente artigo interroga o sofrimento humano, tal como ele se apresenta hoje na experiência da depressão, do recurso à droga e da autolesão, à luz do destino assumido pelo recalçamento no mal-estar contemporâneo. Neste sentido, ele apresenta os resultados da pesquisa básica em psicopatologia psicanalítica, conduzida no Laboratório de Psicopatologia Fundamental em Estudos sobre a Subjetividade e Emergências Humanitárias, articulado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Partindo, então, da preocupação em pensar o sofrimento humano por meio dos processos de defesa elaborados por Freud para esclarecer a etiologia da neurose e da psicose, a pesquisa desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia propõe a investigação das formas de sofrimento psíquico contemporâneo (mais especificamente, a depressão, o recurso à droga e a autolesão), com o objetivo de elaborar a hipótese sobre a etiologia psíquica de seu desencadeamento. E, com isso, estabelecer alguns critérios para o diagnóstico diferencial destas formas de sofrimento a partir da distinção entre neurose e psicose.

O artigo está dividido em duas partes. A primeira parte será dedicada a apresentação da fundamentação conceitual que conduziu a elaboração da hipótese etiológica para essas

formas de sofrimento sem abrir mão da referência ao funcionamento psíquico. A segunda parte do artigo apresentará a especificidade desta hipótese para a depressão, o recurso à droga e a autolesão.

Ao final da leitura do artigo, esperamos oferecer aos estudantes e profissionais da área de psicologia, saúde mental, psiquiatria e saúde coletiva, mais do que o testemunho do avanço da pesquisa etiológica no campo da psicopatologia psicanalítica. Esperamos, também, oferecer aos estudantes e profissionais, um material conceitual de base para o entendimento das formas de sofrimento psíquico que habitam, atualmente, os serviços de saúde e desafiam a clínica para seu deciframento.

2 | UMA HIPÓTESE SOBRE O DESENCADEAMENTO DAS FORMAS DE SOFRIMENTO PSÍQUICO

Apesar de Freud não haver dedicado nenhum escrito específico sobre as formas de sofrimento psíquico que, atualmente, investigamos no Laboratório de Psicopatologia Fundamental em Estudos sobre a Subjetividade e Emergências Humanitárias, é possível localizar referências onde a temática da desregulação do funcionamento pulsional e do limite dos processos psíquicos de defesa é evidente, possibilitando a sistematização de uma hipótese psicanalítica que localize a etiologia psíquica de desencadeamento para a depressão, o recurso à droga e a autolesão. Do conjunto das referências, investigadas pela pesquisa, destacamos uma amostra de sete textos, que teorizam sobre a constituição do psiquismo a partir da dinâmica pulsional. A tabela 1 elenca esses textos.

Rascunho B (1893/1987)
Rascunho E- Como se origina a angústia? (1893/1990)
Carta 79 (1897/2006)
A sexualidade na etiologia das neuroses (1898/2015)
Três ensaios sobre a sexualidade (1905/2016)
Fantasias Históricas e sua Relação com a Bissexualidade (1908/2015)
O Recalcamento (1915/2015)

Tabela 1. Amostra de referências em Freud sobre a constituição do psiquismo a partir da dinâmica pulsional.

No *Rascunho B* (1893/2006), Freud investiga a etiologia diferencial das neuroses atuais e das neuropsicoses de defesa, a partir de sua relação com a angústia. E destaca um traço clínico importante, que permite marcar a distinção entre neurose de angústia e neurastenia: na primeira há o acúmulo de excitação e, na segunda, há o empobrecimento de excitação. Ou seja, o fator desencadeante da neurose de angústia é o que será denominado mais tarde, como sendo a dinâmica pulsional.

No *Rascunho E* (1893/1990), Freud avança na pesquisa sobre a etiologia da angústia no vasto campo da distinção entre neuropsicoses de defesa e neuroses atuais e estabelece uma etiologia sexual para o surgimento da angústia: ou seja, esta seria derivada de uma vida sexual que denomina como “anormal”, por conta de um acúmulo de tensão sexual. O passo seguinte se direciona para compreensão da transformação deste acúmulo de tensão sexual em angústia e, para isto, investiga a excitação endógena e suas particularidades. Esta tensão só passa a ter significação psíquica após atingir certo limiar que, em um momento posterior, desencadeia reações específicas empreendidas com a finalidade de evitar o surgimento de mais excitação e de liberar tal acúmulo de tensão. Nas neuroses em que a angústia se faz presente, este processo não se verifica da mesma forma. Neste caso, verifica-se o estabelecimento de uma ligação psíquica insuficiente, o que não permite que uma significação psíquica se constitua, devido esta falta relacionada aos fatores psíquicos, “[...] a tensão física aumenta, atinge o nível do limiar em que consegue despertar afeto psíquico, mas, por algum motivo, a conexão psíquica que lhe é oferecida permanece insuficiente” (Freud, 1893/1990, p. 273). Esta tensão, não sendo ligada psiquicamente, é transformada em angústia, sendo esta um afeto livre de representação psíquica. É essa condição de energia livre de ligação, que será imprescindível para a compreensão da etiologia de algumas formas de sofrimento.

Definida essa condição de funcionamento do afeto na angústia, temos a *Carta 79*, datada de 22 de dezembro de 1897, em que Freud elabora claramente a hipótese entre o vício em álcool, morfina e tabaco e a masturbação, definindo-a como vício primário (*ursucht*): “Comecei a compreender que a masturbação é o grande hábito, o “vício primário”, e que é somente como sucedâneo e substituto dela que outros vícios - álcool, morfina, tabaco etc. – adquirem existência”. (Freud, 1897/2006: 323-324). Freud (1897/2006) oferece, então, uma indicação sobre a etiologia do recurso à droga:

1. A masturbação é o vício primário (*ursucht*).
2. O recurso aditivo ao álcool, morfina e tabaco seria uma formação substitutiva em relação ao vício primário da masturbação.

Essa hipótese se esclarecerá com os desenvolvimentos conceituais verificados em *A sexualidade na etiologia das neuroses* (1898/2015), *Três ensaios sobre a sexualidade* (1905/2015) *Fantasia histéricas e sua relação com a bissexualidade* (1908/2015). Ao longo dessas referências, Freud define a constituição do psiquismo, pelo processo de recalçamento originário das pulsões, resultando na soldadura entre pulsão e fantasia e na formação do sintoma. O marco desta elaboração sobre o psiquismo será o avanço conceitual em relação a masturbação: o autoerotismo.

O conceito de autoerotismo é definido em *Três ensaios sobre a sexualidade* (1905/2015) em relação direta com o funcionamento pulsional: a pulsão se satisfaz no próprio corpo, sem o investimento nas representações psíquicas de pessoas e coisas.

Freud posiciona o autoerotismo sobre o fundo da perda do seio como objeto de satisfação da fome localizando na sucção no bebê, seu paradigma. Dessa forma, o autoerotismo designa o momento em que a satisfação pulsional ocorre divorciada da dependência do objeto da autoconservação e em estreita relação com a experiência alucinatória de satisfação indicando a coincidência entre objeto pulsional e fonte e a não ligação da pulsão à representação de pessoas e coisas. A partir dessa formalização do autoerotismo, Freud (1905/2015) sustentará a dimensão pulsional do recurso à droga pela hipótese de que a etiologia do alcoolismo estaria localizada na fixação da pulsão na fase oral, ligada ao autoerotismo.

Sobre essa base conceitual Freud apresenta, em *As Fantacias histéricas e sua relação com a bissexualidade* (1908/2015), alguns desenvolvimentos cruciais acerca da distinção entre autoerotismo e masturbação que esclarecerão o vício primário, definido na *Carta 79* (Freud, 1897/2006). Sobre a base desta distinção destaca-se o funcionamento da fantasia e do sintoma: enquanto no autoerotismo, vigora a experiência alucinatória de satisfação sem mediação da fantasia, a masturbação verifica a soldadura do funcionamento pulsional com a fantasia constituindo-se como um tempo lógico posterior ao autoerotismo:

Originalmente o ato era um processo puramente autoerótico que visava obter prazer de uma determinada parte do corpo, que pode ser denominada de erógena. Mais tarde, esse ato fundiu-se a uma ideia plena de desejo pertencente à esfera do amor objetal, e serviu como realização parcial da situação em que culminou a fantasia. Quando, posteriormente, o sujeito renuncia a este tipo de satisfação, composto de masturbação e fantasia, o ato é abandonado, e a fantasia passa de consciente para inconsciente. (...) (Freud, 1908/2015, p. 239).

A citação evidencia dois tempos de constituição do funcionamento psíquico, distintos do que se configurou na *Carta 79* (Freud, 1897/2006). O funcionamento autoerótico das pulsões, independente do marco da fantasia, independente da ligação com a representação psíquica, seria o primeiro tempo. Só em um segundo tempo, as pulsões se soldariam à fantasia, se soldariam às representações psíquicas (ideias plenas de desejo), compondo-se de masturbação e fantasia. Essa distinção entre dois tempos complexifica a hipótese freudiana sobre a constituição do psiquismo e oferece uma pista importante para a elaboração de uma hipótese mais sistemática sobre a etiologia de formas de sofrimento psíquico contemporâneo. Retomando as referências até aqui mencionadas, à luz da hipótese da angústia como resultante da não ligação entre pulsão e representação psíquica, e considerando as formulações da *Carta 79* - o recurso aditivo à droga, como formação substitutiva ao vício primário da masturbação - podemos interrogar se a etiologia psíquica dessas formas de sofrimento poderia ser elucidada por meio de uma investigação mais detida, mais detalhada, sobre a passagem do autoerotismo para a fantasia: não indicariam a ocorrência de uma perturbação na passagem do funcionamento pulsional mais desespecificado, conforme ocorre no autoerotismo, para a soldadura com a fantasia?

Essa teorização ganha aprofundamento com a especificidade do processo de recalçamento, definido por Freud nos artigos sobre metapsicologia (Freud, 1915/2015). De fato, a formalização conceitual de um processo de constituição do psiquismo a partir da centralidade do processo de defesa contra a pulsão, elucida o que Freud denominara anteriormente como sendo a soldadura da pulsão à fantasia e ao sintoma. Tomando como referência *O Recalçamento* (1915/2015), o funcionamento psíquico consistiria, resumidamente, no processo apresentado na tabela 2.

Tempo 0	Autoerotismo e experiência alucinatória de satisfação: Desespecificação pulsional/ Funcionamento das pulsões parciais.
Tempo 1	Defesa - Ação do recalçamento originário.
Tempo 2	O autoerotismo se funde à fantasia masturbatória/ formação do sintoma.

Tabela 2. Tempos da constituição do psiquismo.

Considerando *As Fantacias históricas e sua relação com a bissexualidade* (1908a/2015), Freud localiza no Tempo 0, um funcionamento autoerótico, alucinatório, não soldado à fantasia. Fica evidenciado que autoerotismo e funcionamento da fantasia não ocorrem juntos e que, portanto, entre ambos os tempos 0 e 2, é necessário a ocorrência de um processo que possibilite uma soldadura, uma fusão. Será por meio da ação do recalçamento originário, que ocorrerá a fusão do autoerotismo à fantasia e à formação do sintoma. Retomando, então, a *Carta 79* (Freud, 1897/2008) e relendo-a a partir dessas premissas conceituais, temos as bases para a formulação de uma hipótese provisória sobre a etiologia psíquica das formas de sofrimento psíquico contemporâneo investigados pelo Laboratório de Psicopatologia Fundamental em Estudos sobre a Subjetividade e Emergências Humanitárias: eles prescindem da formação da fantasia, e do sintoma que lhe é correlato, esgotando-se no funcionamento pulsional não regulado pelo processo de recalçamento.

A formulação dessa hipótese provisória, permite localizar na base da depressão, do recurso à droga e da autolesão, o caráter aditivo correspondente à essa perturbação do funcionamento pulsional. A proposição crítica de Freud (1930[1929]/1976), posterior às referências aqui abordadas, de que a investigação científica necessita avançar sobre a dimensão tóxica dos processos psíquicos¹, vem reforçando a necessidade de se interrogar se o traço aditivo revelaria uma condição tóxica de funcionamento do psiquismo, podendo ser verificada para além do próprio problema do recurso à droga e, conseqüentemente, evidenciando uma debilidade dos recursos psíquicos para regular o funcionamento

1. “É extremamente lamentável que até agora esse lado tóxico dos processos mentais tenha escapado ao exame científico”.(Freud, 1930 [1929]/1976, p.97)

pulsional. Sustentamos que lançar luz sobre esse ponto permitirá avançar a pesquisa na direção de propor uma clínica diferencial do sofrimento contemporâneo com base na referência à etiologia psíquica.

3 | AS FORMAS DE SOFRIMENTO PSÍQUICO CONTEMPORÂNEO

3.1 Depressão

Os brasileiros lideram o ranking de ocorrência de ansiedade da Organização Mundial da Saúde (OMS) e ocupam o quinto lugar entre os países com maior índice de casos diagnosticados como depressão. Tais dados revelam a importância de se avançar na pesquisa sobre sua etiologia.

As questões que circundam a depressão a partir das formulações freudianas dizem respeito a irrupção pulsional no funcionamento psíquico, o que por sua vez tende a mobilizar a eclosão da angústia. O levantamento das referências freudianas, conduzido na seção anterior, fundamenta a nossa suspeita de que a depressão seja a manifestação uma angústia aditiva como defesa contra a irrupção pulsional. Verifica-se nas formas de expressão da depressão, a retração do investimento objetual, evidenciando uma posição subjetiva paralisada e resultante do declínio do sentimento de vida. Contudo, a referência freudiana de *Inibição, Sintoma e angústia* (1925-1926/1976) tem sido crucial para a elaboração da hipótese de inibição. Neste texto, a angústia é compreendida enquanto uma reação egóica a um perigo desconhecido: “(...) a análise tem revelado que se trata de um perigo pulsional” (Freud, 1925-1926/1976, p.190). Entretanto, o eu aparelha-se de processos de defesa contra a pulsão, como o recalçamento e o próprio sintoma. Relendo as referências trabalhadas na seção anterior à luz desta formulação de *Inibição, Sintoma e angústia* (1925-1926/1976), sustentamos a hipótese de que a perturbação da soldadura entre a pulsão e a fantasia, no recalçamento, elucida a irrupção da pulsão no psiquismo. A angústia advém como reação aditiva e paralisante à essa irrupção pulsional, na ausência do sintoma.

3.2 Recurso à droga

O transtorno por uso de substâncias é um fenômeno clínico cuja severidade é confirmada pelos dados do World Drug Report (UNODOC, 2018), que registrou, entre os anos de 2000 e 2015, um aumento global de 60% e, em 2017, chegou a marca de meio milhão de mortes no mundo inteiro. Um dado importante se refere a faixa etária de risco para o desencadeamento do recurso à droga, sugerindo que a adolescência (12-17 anos) é o momento crítico para o início do uso de substâncias podendo atingir o pico na faixa etária entre 18 e 25 anos. Tanto a localização da adolescência como fator de risco, como o gênero e a tipologia do recurso à droga de acordo com o contexto, mostram a complexidade das variáveis subjetivas e de contexto, envolvidas na investigação do tema.

Ressaltamos o caráter complexo da pesquisa do recurso aditivo à droga, na medida em que – por afetar o comportamento, o funcionamento do sistema nervoso e o funcionamento subjetivo – pressiona que a pesquisa investigue e debata sobre seus aspectos subjetivos, políticos, sociais, neurobiológicos e comportamentais. No caso específico da psicanálise, a descrição de aspectos subjetivos impede generalizações da mesma natureza que as que encontramos no campo da ciência médica. Retomando as considerações teóricas realizadas na seção anterior, e especificando em torno das considerações levantadas por Freud a respeito do recurso à droga e o autoerotismo, trabalhamos com a hipótese específica da ocorrência, na base do recurso à droga, de uma perturbação no processo de soldadura da pulsão com a fantasia, e anterior a formação do sintoma – o que nos coloca, particularmente, diante do problema acerca da relação entre esse recurso e a natureza do funcionamento psíquico (neurose e psicose).

No que se refere a esse último ponto – a natureza do funcionamento psíquico no recurso à droga – tendemos à recuperar a clássica categoria freudiana de neuroses atuais e, mais especificamente, de neurose de angústia, tal como Freud definira no *Rascunho B* (1893/1986) e *Rascunho E* (1894/1986), com a finalidade de isolar certos fatores etiológicos: a falha do sintoma, a irrupção da angústia, e o recurso à droga. Assim, a partir desse conjunto de referências, a pesquisa coloca a interrogação sobre a natureza do funcionamento psíquico no recurso à droga: será que a pregnância do autoerotismo no recurso à droga nos coloca diante do funcionamento de uma estrutura psicótica ou ela pode ser explicada por uma neurose de angústia?

A retomada da categoria de neuroses atuais é reforçada por algumas considerações de Freud, em *Moral Sexual Civilizada e Doença Nervosa Moderna* (1908/2015). Nesse texto, ele estabelece a distinção diagnóstica entre neurose e neuroses atuais a partir da referência aos conceitos de inconsciente e pulsão: a neurose é condizente com os efeitos do recalçamento de conteúdos representacionais inconscientes, e as neuroses atuais, caracterizam-se por manifestações clínicas que surgem no corpo, mediante um excesso ou escassez de pulsão. Ou seja, a clínica das neuroses atuais estaria ligada à desestabilização pulsional e do declínio do funcionamento do inconsciente. No que se refere às neuroses de angústia, fica nos claro que, atualmente, nos deparamos com sujeitos invadidos por um sofrimento avassalador, indicando que a angústia sinal, como propõe Freud (1926/2014), não é suficiente para entender o sofrimento psíquico do sujeito em questão. A experiência de angústia com que nos deparamos com frequência nos dias de hoje, nos mostra que essa não se localiza na história do sujeito, não remete a um passado ou a um presente, e sim, concerne a uma experiência de vazio, tributária daquele desligamento entre a pulsão e a fantasia, a representação psíquica, verificada nas referências freudianas trabalhadas na seção anterior.

Alguns testemunhos extraídos da rede social *Tumblr*, indicam que o caminho seguido pela pesquisa sobre recurso à droga é consistente e permite elucidar a fragilidade

do sujeito que recorre à droga diante do afeto de angústia que não se liga à representação psíquica. A tabela 3 apresenta uma pequena amostra de testemunhos que indicam essa separação entre pulsão e representação psíquica.

“Como uma pessoa pode estar preenchida de vida e estar vazia? Para onde toda essa vida se esvai?” (Fighting-Ghosts, Abril de 2018).
“Eu sempre procuro maneiras de lidar com esses pensamentos que vêm a todo minuto, e não importa o quanto eu tente, as drogas sempre serão a melhor maneira. Eu quero estar entorpecida o tempo todo.” (nicolethedopefiendqueen, Agosto de 2016).

Tabela 1. Testemunhos do *Tumblr* – recurso à droga.

Esses testemunhos sugerem que o recurso à droga possa estar associado à uma perturbação no enquadramento da pulsão pela fantasia. A perturbação nesse enquadramento elucidaria a pregnância de significantes absolutos intimamente ligados à prática do uso de drogas (*eu sou toxicômano, sou dependente químico*), em detrimento do conflito inconsciente e da formação do sintoma.

3.3 Autolesão

A autolesão representa um problema cuja amplitude ainda não está nítida no Brasil. O Ministério da Saúde indica que, entre 2011 e 2018 ocorreram 339.730 casos de autolesão no país. Essa categoria inclui autoagressões, automutilações e tentativas de suicídio. As ocorrências estão distribuídas na faixa etária de 15 a 29 anos (cerca de 45% dos casos). Tomando como perspectiva a série histórica, observamos um salto dos números: em 8 anos, os casos passaram de 14.940, em 2011, para 95.061 em 2018.

Ao pensarmos na etiologia da irrupção das *Non-Suicidal Self-Injurs* (NSSI) e, mais especificamente, da autolesão, temos, a partir do atendimento de sujeitos adolescentes, bem como a leitura de testemunhos na rede social *Tumblr*, como interrogação a correlação direta entre sofrimento psíquico e incisão de cortes superficiais na pele com objetos afiados (lâminas, facas, por exemplo). O problema reside na natureza desta incisão: o que leva o funcionamento psíquico à recorrer à incisões cortantes no corpo?

A fim de desenhar o desenvolvimento de uma hipótese específica sobre a etiologia da autolesão - tendo como base conceitual o traço aditivo decorrente da perturbação na soldadura entre pulsão e fantasia - temos recorrido ao seminário sobre a angústia proferido por Lacan (1962-1963/ 2005). Seguindo a direção dada por Lacan (1962-1963/2005), identificamos o desencadeamento permanente, aditivo e parasitário da angústia, no autolesão, como decorrente da experiência de destituição subjetiva operada no campo do significante, em que se perde a condição de sujeito com emergência de uma dissimetria especular muito próxima dos fenômenos tributários do autoerotismo sem, necessariamente, afirmarmos uma suspeita de psicose. Sobre a dissimetria especular, Lacan (1962-

1963/2005) esclarece que o corpo aparece em sua intimidade mais obscura destituído do véu da imagem. Para isso, o autor utiliza os matemas *a* (para se referir a intimidade mais obscura) e *i(a)* (para se referir a imagem corporal). Ter-se-ia, então, a seguinte fórmula:

$$a/i(a).$$

Nesses casos, a angústia aditiva indica uma desordem constitutiva do sujeito e da idéia de si mesmo, e cuja especificidade é a angústia como expressão subjetiva da irrupção pulsional, da perturbação na soldadura entre pulsão e fantasia e o empuxo a autolesão. Neste sentido, a autolesão pode, para alguns casos, funcionar como procedimento sobre o corpo para estabilizar a angústia e a dissimetria corporal que a acompanha. A vinheta clínica referente a autolesão praticada pela jovem Zoe, de 20 anos, e publicada por Dartiguelongue (2012, p.217-218) confere relevância a hipótese:

Con los cortes tomo la decisión, no es automático, quiero decir, no es un impulso. No es para matarme. Es cuando tengo angustia. Necesito sacármela. La primera vez fue en el verano. Todo empezó cuando elegí mi pareja mujer, en octubre del año pasado. Después tuve otra pareja. En el verano les conté a mis papás. Fue difícil. Yo sentía que mis papás, lo poco que les hablaba, no lo escuchaban, no les importaba. Para mí era difícil y ni me prestaban atención. No me escuchaban. Ahí me angustiaba mucho. Ahí empecé a cortarme. Nunca se enteraron. Me agarra con ellos. Nada de mí les interesa realmente. Con los cortes es como un alivio. Después también me cortaba cuando me peleaba con mi pareja. Con ella también lo disimulaba. Es que me calma de esa sensación horrible que no te podés sacar, esa sensación que hasta te agarra en el cuerpo y que no me banco. Iba a buscar una gillette y listo.

A leitura da vinheta clínica de Zoe, à luz desta formulação, permite localizar o recuo do significante “(...) tão essencial a todo advento da vida humana quanto tudo que possamos conceber do *unwelt* natural” (Lacan, 1962-1963/2005, p. 179). Foi extraída, da rede social *Tumblr*, uma amostra preliminar, para o desenvolvimento da pesquisa, de 103 testemunhos. Eles foram divididos entre imagens (fotografias, vídeos) e textos escritos, com indicação (nas notas das postagens) de compartilhamentos e curtidas de outros usuários variando entre 10 e 3 mil. Para a coleta foi utilizada, como ferramenta de pesquisa para localizar postagens relacionadas, as *hashtags* (#): *cut*, *cutting*, *cuter* e *corte*. E por meio de uma primeira fase da metodologia de análise de conteúdo (fase de pré-exploração do material ou leitura flutuante do corpus dos testemunhos e imagens), foi possível estabelecer algumas categorias de análise da amostra de testemunhos sobre autolesão. A tabela 4 representa uma primeira ordenação de 8 testemunhos.

TESTEMUNHOS	CATEGORIZAÇÃO FLUTUANTE DO CORPUS DO TESTEMUNHO
[...]Eu sinto que estou arquejando por ar Gritando por ajuda Mas todos apenas me olham Com faces confusas Imaginando com o que estou sufocando Quando todos eles estão bem E isso faz eu me sentir louco O que diabos tem de errado comigo? (Mãos Proibidas, Outubro de 2016)	O Outro é qualificado como <i>confuso</i> . A confusão do Outro gera efeitos no sujeito (<i>isso faz eu me sentir louco</i>). Invasão da angústia (<i>arquejando por ar</i>). Procedimento de incisão de cortes na pele.
Tudo bem. Eu mereço isso. (Cortar e Desejar, junto com uma foto de seus braços todos cortados, Outubro de 2016)	O excesso aparece no sujeito. O sujeito carrega em si a ideia de que merece o corte. Procedimento de incisão de cortes na pele.
Porque você está tão quieto? Eu não sei, talvez porque alguém muito importante me disse que eu sou 'irritante' e que eu 'falo demais' quando eu estava apenas tentando ser eu mesmo e agora eu estou com medo de ser eu mesmo perto dos outros. (Apenas um Pouco Triste, Outubro de 2016)	O Outro é qualificado como <i>quieto</i> . O excesso aparece no sujeito (<i>sou irritante, falo demais</i>). Destituição subjetiva.
Mas quem se apaixona por uma garota Que tem o braço coberto de cicatrizes? Mas quem se apaixona por uma garota Cujo sorriso desaparece rapidamente? Mas quem se apaixona por uma garota Que não permite a si mesma ser amada? Exatamente. (Perdendo a Cabeça-Ajuda, Outubro de 2016)	O sujeito aparece na posição de menos-valia. O corte se torna ao mesmo tempo punição e erro. solução e problema.
É difícil quando você constantemente se sente indesejado <i>pra caralho</i> . (Preenchido de Depressão, Outubro de 2016)	Sentimento de ser indesejado pelo Outro.
É triste dizer que esse website sabe mais sobre você do que qualquer pessoa.- Triste, mas verdadeiro (Últimas Palavras São Superestimadas, Fevereiro de 2017).	O Outro mais próximo é qualificado como aquele que sabe menos do sujeito, do que o website.
ESTOU PENSANDO DEMAIS. ME AJUDE. (Canções de Ninar Psicóticas, Outubro de 2016)	Sensação de invasão de pensamento que tende a anteceder os momentos do corte.
Quando você é um Cutter você nota coisas diferentes. Você nota como algumas pessoas só usam mangas longas e calças mesmos nos dias mais quentes de verão. Você nota cortes vermelhos quando braceletes escorregam para baixo em classe. Você nota os olhos vazios das pessoas e a forma que elas puxam com força quando alguém agarra seus braços. E você vislumbra o lugar olhando para os pulsos das pessoas procurando por cicatrizes como as suas. (Minha Própria Pequena Guerra, Fevereiro de 2017).	Formação identitária pela autolesão (<i>cutter</i>).

Tabela 4. Categorização Flutuante dos Testemunhos de Autolesão (*Cutting*).

Esses testemunhos sugerem que a autolesão possa ter valor de estrutura elementar do significante, exatamente em quadros clínicos em que se verifica o recuo da determinação do sujeito pelo significante (*sou um cutter*, por exemplo) e o desencadeamento da angústia. Assim conforme indica a vinheta clínica e a tabela 1, hipotetiza-se que a autolesão permite

a localização do sujeito em relação a alguém (um parceiro, os pais, alguém do trabalho ou da escola) sem, no entanto, ser suficiente para estabilizar a desordem em sua constituição decorrente do recuo do significante - tão essencial a todo advento da vida humana.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo apresentou o desenvolvimento da pesquisa conduzida pelo Laboratório de Psicopatologia Fundamental em Estudos sobre a Subjetividade e Emergências Humanitárias, articulado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Nela temos interrogado a etiologia da depressão, do recurso à droga e da autolesão, à luz da dinâmica pulsional, localizando como hipótese etiológica a ocorrência de uma perturbação na soldadura da pulsão em torno da fantasia. Trata-se de uma hipótese no campo da psicopatologia psicanalítica, que possibilita uma direção de pesquisa que preserva a referência ao psiquismo no entendimento das formas de sofrimento humano no contemporâneo.

REFERÊNCIAS

Dartiguelongue, J. (2012). La Cobardía Neurótica y un tipo Particular del Uso del Cuerpo. **IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación. VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.** Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Freud, S. (2006). Rascunho B. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, v. I. (Obra original publicada em 1894).

Freud, S. (2006). Rascunho H. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, v. I. (Obra original publicada em 1894).

Freud, S. (2006). Carta 79. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, v. I. (Obra original publicada em 1897).

Freud, S. (2015). A sexualidade na etiologia das neuroses. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, v. I. (Obra original publicada em 1898).

Freud, S. (2006). Três ensaios sobre a sexualidade. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, v. VI. (Obra original publicada em 1905).

Freud, S. (2006). Fantasias Históricas e sua Relação com a Bissexualidade. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, v. VIII. (Obra original publicada em 1908).

Freud, S. (2006). Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, v. VIII. (Obra original publicada em 1908).

Freud, S. (2006). O Recalcamento. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. XIV. (Obra original publicada em 1915).

Freud, S. (2006). Sintoma, inibição e angústia In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. XX. (Obra original publicada em 1925-1926).

Lacan, J. (2005) **O seminário, livro 10: A Angústia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005. (Obra original publicada em 1962-1963).

Sampaio, T., Henschel de Lima, C. (2018). **A Psicanálise e a Clínica Diferencial do *Cutting* na Anorexia**. (Relatório de Pesquisa). Edital PIBIC / CNPq/ UFF 2017/2018. Universidade Federal Fluminense- UFF, Volta Redonda, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

United Nations. World Drug Report 2018. Acessado em 24 set 2019. https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_1_EXSUM.pdf

CAPÍTULO 4

PSICANÁLISE E POLÍTICA: ANÁLISE DO DESAMPARO E O NEGACIONISMO NO CENÁRIO DO CORONAVÍRUS (COVID-19)

Data de aceite: 01/02/2021

Everaldo dos Santos Mendes

Instituto Edith Theresa Hedwing Stein —
ISTEIN
Pontifícia Universidade Católica do Rio de
Janeiro — PUC-Rio
Pontifícia Universidade Católica de Minas
Gerais — PUC Minas
Amélia Rodrigues — Bahia (Brasil)
<http://lattes.cnpq.br/6102492484900096>

Amanda Marques Pimenta

Pontifícia Universidade Católica de Minas
Gerais — PUC Minas
Belo Horizonte — Minas Gerais (Brasil)
<http://lattes.cnpq.br/8554574532973252>

Alex Junio Duarte Costa

Pontifícia Universidade Católica de Minas
Gerais — PUC Minas
Belo Horizonte — Minas Gerais (Brasil)
<http://lattes.cnpq.br/8312744960188894>

Trabalho apresentado ao componente curricular
“Tópicos Especiais II: contribuições freudianas para
tempos de pandemia” do Programa de Pós-Graduação
em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de
Minas Gerais — PUC Minas, ministrado pela Profa.
Dra. Jacqueline de Oliveira Moreira.

RESUMO: Partindo da teoria do desamparo de Sigmund Freud, objetivamos analisar os desdobramentos políticos da atual pandemia: coronavírus (COVID-19). Pelo vínculo de pertencimento, estabelecemos uma unidade de espaço: América Latina e Caribe, com o olhar fixo no Estado brasileiro. Por conseguinte, coube-nos eleger uma unidade de ação: os processos de subjetivação de pessoas humanas concretas, que mais têm sofrido com os modos de dominação impostos pelo capitalismo: os *povos indesejados do Sul*. Por este caminho, a nossa pesquisa — qualitativa — delineou-se a partir dos seguintes tipos: teórica, bibliográfica e documental. Nos *povos indesejados do Sul* — vítimas de um sofrimento humano injusto, perpetuado pela histórica exploração capitalista, discriminação racial e sexual — identificamos um desamparo psicossocial em ato, que assola a existência humana. No Estado brasileiro, três fenômenos políticos reclamam para si — em uma perspectiva de urgência e cuidado — investigações da psicanálise na contemporaneidade: (1) o “lugar psicanalítico” que o atual chefe de Estado ocupa na psique do povo; (2) a escuta do discurso estatal a partir do “lugar psicanalítico”, que tenciona pôr em descrédito a cultura ocidental; (3) uma espécie de “contágio de massas”, que corresponde — em seu funcionamento — ao contágio do coronavírus (COVID-19).

PALAVRAS-CHAVE: Psicanálise, Política. Pandemia, Desamparo, *Povos indesejados do Sul*.

ABSTRACT: In this article we start from Sigmund Freud abandonment theory to analyse the political developments of the current pandemic: coronavirus (COVID-19). We established a space unit through the bond of belonging: Latin America and Caribbean, with emphasis on the Brazilian state. Therefore we choose an action unit: the subjective process of concrete human people who have suffered more with the of domination imposed by capitalism: the unwanted south people. In this way our qualitative research had as methodological procedures the theoretical, bibliographical and documentary research. Between the unwanted south people who are victims of an unfair human suffering as a result of the historical capitalist exploitation, racial and sexual discrimination we identified a psychosocial abandonment which plagues human existence. In the Brazilian state, we noticed three political process that involves contemporary psychoanalytical investigation: (1) the “psychoanalytic place” that the corrente head of state occupies in the psyche of the people; (2) listening to state discourse that intends to disqualify Western culture from psychoanalytical perspective; (3) a kind of “mass contagion” which involves as a consequence the coronavirus contagion.

KEYWORDS: Psychoanalysis, Politics, Pandemic, Helplessness, *Unwanted peoples of the South*.

1 | INTRODUÇÃO

[...] É incompreensível, afirmei, que a ideia de transitoriedade do belo deva perturbar a alegria que ele nos proporciona. Quanto à beleza da natureza, ela sempre volta depois que é destruída pelo inverno, e esse retorno bem pode ser considerado eterno, em relação ao nosso tempo de vida. Vemos desaparecer a beleza do rosto e do corpo humano no curso de nossa vida, mas essa brevidade lhes acrescenta mais um encanto. Se existir uma flor que floresça apenas uma noite, ela não nos parecerá menos formosa por isso [...]

(FREUD, 2010, p. 249).

Na década de 1980, instalou-se um “permanente estado de crise” mundo afora. Nas periferias do mundo — de modo singular, América Latina e Caribe —, desvelou-se este fenômeno econômico-político à medida que o neoliberalismo se impôs como a versão esmagadora do capitalismo, sujeitando-as à lógica do setor financeiro. No escrito intitulado **A cruel pedagogia do vírus**, Boaventura de Sousa Santos — sociólogo português contemporâneo — reflete que a ideia de “crise permanente” é um oxímoro. No sentido etimológico, a “crise” é excepcional e passageira. Psicossocialmente, a crise constitui a oportunidade de superação, originando um melhor estado de coisas (SANTOS, 2020).

No eixo do mundo, o objetivo — [a]político — da “crise permanente” é não desejar ser resolvida; o propósito deste objetivo é legitimar a escandalosa concentração de riquezas e boicotar medidas eficazes para impedir a iminente catástrofe ecológica (SANTOS, 2020).

No século XXI, revela-se decisiva a *voz profética* — outrora ecoada da teologia latino-americana da libertação — de Dom Hélder Câmara:

[...] Não tenhamos ilusões: o mundo conhece muito bem o escândalo. São cristãos, aos menos de origem, aqueles vinte por cento da humanidade que têm em suas mãos os oitenta por cento dos recursos da terra. Que fizemos da Eucaristia? Como conciliá-la com a injustiça, filha do egoísmo? (CÂMERA, 2014, p. 184).

Neste cenário, desvela-se, então, a COVID-19: doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, que apresenta um quadro clínico com variações de infecções assintomáticas a quadros respiratórios graves (BRASIL, 2020).

Historicamente, o novo agente do coronavírus — uma família de vírus que causa infecções respiratórias — foi descoberto no dia 31 de dezembro de 2019, após casos registrados na China. Não obstante, os primeiros coronavírus humanos foram isolados pela primeira vez em 1937. No ano de 1965, o vírus foi descrito como coronavírus, em decorrência do perfil na microscopia, parecendo uma coroa. Na verdade, a maioria das pessoas se infecta com os coronavírus comuns ao longo da vida, sendo as crianças pequenas mais propensas a se infectarem com o tipo mais comum do vírus. Na literatura das ciências da saúde, evidenciamos que os coronavírus mais comuns que infectam humanos são o alpha coronavírus 229E e NL63 e beta coronavírus OC43, HKU1 (BRASIL, 2020).

Dessarte, novo coronavírus (SARS-CoV-2), causador da pandemia de 2020, é mais agressivo que todas as formas já vistas de coronavírus e já se tornou o mais desafiador agravo à saúde pública mundial do século XXI, vindo a trazer a terrífica quantia de um milhão de pessoas mortas em todo mundo (G1, 2020b). No Estado brasileiro, esta situação revela-se avassaladora: atualmente, mais de 4,5 milhões de pessoas acometidas pela doença e mais de 140 mil mortos. Existe também o problema econômico, em que diversas pequenas e médias empresas fecharam as portas permanentemente e milhares de pessoas ficaram desempregadas, sendo necessária a intervenção do Governo Federal para amparar e fornecer assistência financeira àquelas pessoas que perderam renda e garantir o mínimo existencial caucionado pela Lei neste momento de crise (G1, 2020a; UNA-SUS; 2020).

Não obstante, uma pequena parcela da população brasileira que não é alcançada pelas políticas socioassistenciais e de enfrentamento do coronavírus. São os chamados “invisíveis”. Para o Governo, alguns deles sequer existem. Não há um registro formal dos mesmos. Já outros têm a distinção de possuir um Registro Civil, mas levam o mesmo adjetivo, por viverem em condições extremas de vulnerabilidade; por não possuírem meios para serem vistos e requisitem ajuda junto ao Estado.

Partido da teoria do desamparo de Sigmund Freud, objetivamos analisar os desdobramentos — políticos — da pandemia [COVID-19], a partir da perspectiva dos processos de subjetivação de pessoas humanas concretas, que mais têm sofrido com as formas de dominação do capitalismo: os *povos indesejados do Sul*. Por este caminho, coube-nos considerar a influência do discurso do mais alto chefe do executivo brasileiro — o Presidente da República — na adesão às medidas de contenção do vírus e no processo

de subjetivação do sujeito no afamado “novo normal” (alcunha dada às medidas sanitárias que deverão perdurar por algum tempo, mesmo após o fim da pandemia). Por esta via, o desenvolvimento do trabalho abarcou a metodologia de pesquisa teórica, bibliográfica e documental.

No delineamento de pesquisa qualitativa, a construção da informação não se apoia na coleta de dados. Pela via teórico-conceitual, segue o curso progressivo e aberto de um processo de construção e interpretação que acompanha todos os momentos da pesquisa (GONZÁLEZ REY, 2005).

No que diz respeito à pesquisa teórica, a proposta está de acordo com as considerações de González Rey (2010) acerca da teoria, que pode ser analisada como um sistema aberto que, conjuntamente com as representações teóricas mais gerais postas no marco teórico estabelecido; integra as ideias do pesquisador e elementos do momento atual de uma pesquisa. Deste modo, estabelece-se uma tensão permanente entre a teoria inicial apresentada pelo pesquisador e o momento atual de sua pesquisa, o que possibilita o desenvolvimento do modelo de inteligibilidade usado para a produção de conhecimento em cada pesquisa concreta. Tal processo permite afirmar que uma teoria geral cresce e se desenvolve perante os desafios que implicam a produção de novas zonas de sentido.

Na pesquisa bibliográfica, reunimos bibliografias públicas sobre o objeto de estudo em tela (MARCONI; LAKATOS, 2017). Particularmente, a bibliografia selecionada ofereceu-nos meios para uma reflexão crítica da práxis histórica em psicanálise, política e contemporaneidade, como também explorar novas áreas onde os problemas não se cristalizam de modo suficiente (MANZO, 1971).

Por último, Silva, Damasceno, Martins, Sobral e Farias (2009) referem-se à pesquisa documental como uma investigação científica que fornece um acesso peculiar ao universo investigado; não em interação imediata, mas de modo indireto, por meio do estudo e da pesquisa dos documentos produzidos pelo ser humano. Por este espírito, revelam o seu modo de ser, viver e compreender um fato social.

2 | O RETORNO DO SUJEITO AO DESAMPARO NO CONTEXTO DA PANDEMIA

O ano de 2020 ficará, certamente, marcado no contexto histórico mundial, como o ano em que um vírus foi capaz de parar o mundo, promovendo uma ruptura em nossas certezas, alicerçadas na ciência e na tecnologia, bem como em nosso modo de viver como um todo.

No contexto brasileiro, neste momento, o coronavírus já adoeceu mais de quatro milhões de pessoas, além de já ter atingido a impressionante marca de mais de cento e quarenta mil óbitos, tornando-se a primeira causa de morte no país em 2020. Cabe ressaltar que, como agravante desses elevados números, o Brasil apresenta estatísticas marcadamente subnotificadas pela insuficiência de testes ou impossibilidade de acesso ao serviço de saúde.

Em nosso país, a pandemia é agravada por uma intensa desigualdade social. Assim, conforme afirma Rosana Pinheiro-Machado (2020) em seu artigo para o *The Intercept Brasil*, é preciso olhar e abordar a pandemia do coronavírus também como uma questão social, relacionada à opressão e desigualdade em que vivemos, na medida em que a doença escolhe sim aqueles mais vulneráveis, quando consideramos classe, raça e gênero. Nessa perspectiva, coloca-se a questão de que por que alguns corpos são selecionados, pela via de acesso aos recursos sociais e de saúde, para sobreviver, ao passo que outros são relegados à própria sorte. Tal fato evidencia uma relação da doença tanto com questões de saúde pública quanto a política econômica, as quais precisam caminhar juntas.

Conforme apontado por Butler (2020), o vírus expõe uma vulnerabilidade global, na medida em que, ao mesmo tempo em que aponta a vulnerabilidade de ser prejudicado pelo próprio patógeno ou por outra pessoa em contexto de possibilidades de transmissão e ausência de imunidade, desvela a condição inalienável de interdependência e porosidade de nossas vidas, não apenas no sentido físico, mas também social.

Somos entregues desde o início a um mundo de outros que nunca escolhemos para nos tornarmos seres mais ou menos singulares. Essa dependência não termina precisamente na idade adulta. Para sobreviver, absorvemos algo. Somos afetados pelo meio ambiente, pelos mundos sociais e pelo contato íntimo. Essa suscetibilidade e porosidade definem nossas vidas sociais corporificadas (BUTLER, 2020, s/p.).

Pensada no contexto de uma vulnerabilidade individual e coletiva, a pandemia nos remete ao conceito desamparo, ao qual somos relançados nesse ambiente de destituição de certezas, rupturas das nossas defesas psíquicas e eclosão, para além do âmbito individual e privado, de um sofrimento profundo com o qual estamos sendo convocados a nos haver em nosso cotidiano. Atualmente, vivemos e precisamos elaborar uma situação coletiva, na qual está posta a questão, apontada por Butler (2020), de que

Não é preciso conhecer a pessoa perdida para afirmar que isso era uma vida. O que se lamenta é a vida interrompida, a vida que deveria ter tido a chance de viver mais, o valor que a pessoa carrega agora na vida dos outros, a ferida que transforma permanentemente aqueles que sobrevivem. O sofrimento de um outro não é o seu próprio, mas a perda que o estranho suporta atravessa a perda pessoal que sente, potencialmente conectando estranhos em luto (BUTLER, 2020, s/p.).

Conforme já apontado por Freud no Projeto para uma psicologia científica, o desamparo é uma experiência primordial que remonta ao apelo ao outro desde às origens do sujeito. A colocação freudiana está alicerçada na constatação de base biológica de que “o bebê não sabe se o que lhe falta é alimento, calor, ou se o incômodo é proveniente de uma dor. A incapacidade de traduzir, de significar e a imaturidade motora colocam o *infans* em uma situação de desamparo, tornando, pois, a intervenção do outro essencial e indispensável (MOREIRA, 2004, p. 114).

O desamparo se apresenta, assim, como uma experiência estrutural para a própria constituição psíquica do sujeito, na medida em que o impulsiona a se abrir para a alteridade que se apresenta como via de saída para a sua sobrevivência. Cabe ao outro interpretar e conter o excesso de excitação que invade o pequeno ser na forma de um incômodo que não encontra alívio, a não ser pela via de outro ser que se põe a confortá-lo.

Conforme apontado por Birman (1999), para além dessa experiência de satisfação, essa prematuridade primordial do organismo humano que chega ao mundo incapacitado para a vida permitiu a Freud, após os anos 1920, elaborar o conceito de pulsão de morte, reformulando o próprio conceito de desamparo, a partir da concepção de um movimento primordial para a morte, no sentido de um retorno ao vazio, à quietude.

Na experiência de satisfação, a máquina psíquica do “prematurinho”, diante do enchimento dos neurônios, busca o esvaziamento, o nada; tudo que visa é livrar-se do excesso energético e voltar ao estado anterior de paz do nada. Esse processo preconiza o conceito de pulsão de morte, que é revelado como a tendência mais primitiva do organismo. A hipótese inicial do desamparo é resignificada a partir do conceito de pulsão de morte e, assim, o nascimento do sujeito fica condicionado à presença traumatizante e estruturante do outro, que oferece uma saída alternativa para o excesso energético, para além da descarga. O conceito de pulsão de morte aponta para a necessidade fundamental do outro a fim de garantir a vida do sujeito, modificando o princípio da inércia em direção ao princípio da constância (MOREIRA, 2004, p. 121).

Dentro desse contexto, segundo Birman (1999), o conceito de desamparo, reformulado a partir da concepção final da metapsicologia freudiana, pode ser analisado como análogo da propensão originária da natureza humana para a descarga total de todas as excitações, na medida em que o ser não dispõe internamente de meios para domínio dessas. Essa impossibilidade de domínio faz com que as excitações se constituam como um excesso para o organismo. Dentro desse contexto, o ser humano estaria fadado à morte e à quietude se não fosse a presença do outro, que com seus recursos permite construir outros destinos para a força pulsional. Assim, é esse outro que realiza o trabalho de ligação da força pulsional que o pequeno ser não pode realizar sozinho.

De acordo com Rocha (1999), a expressão *Hilflosigkeit* — que designa desamparo em língua e cultura alemã — é muito significativa, sendo composta do substantivo “Hilfe,” que remete a auxílio, ajuda, proteção, amparo, do sufixo adverbial modal “losig,” que indica carência, ausência, falta de, e ainda pela terminação “keit”, cujo correspondente em português é a terminação “dade”, e indicando, portanto, uma experiência na qual o sujeito se encontra sem ajuda — hilflos — sem proteção, sem amparo.

Segundo o autor, não é apenas do ponto de vista biológico que a situação do recém-nascido é emblemática, na medida em que ela também significa uma situação de desamparo diante do desejo do Outro. Essa constatação parece clara para Freud quando, em *Totem e Tabu*, ele anuncia a existência de alguns tabus, criados para proteger culturalmente a criança e o velho, desamparados diante das ameaças do desejo dos outros.

Segundo Birman (2016), a articulação dos conceitos de desamparo e pulsão de morte, uma modalidade de pulsão sem representação e que não se inscreve no circuito de satisfação, caracteriza esse desamparo como insuperável, algo da ordem originária que vai acompanhar a subjetividade humana para todo o sempre.

Assim, o desamparo ressurgem em situações de ruptura, como a que se colocou para a humanidade a partir da pandemia. Ficamos, assim, novamente diante da experiência do desamparo a partir da qual, segundo Rocha (1999),

[...] o homem penetra o mais íntimo de sua singularidade e faz, na mais nua e completa solidão, a descoberta da contingência e da finitude de sua existência. Difícil imaginar uma forma de solidão maior e mais dolorosa do que aquela do desamparado. Nela o ser humano encontra-se inteiramente só. O desamparado sente-se tão só, como o náufrago perdido na imensidão do mar. A metáfora é uma tentativa de mostrar que a essência do desamparo é a solidão e o sentimento de impotência, constituídos pela impossibilidade do sujeito de encontrar sozinho uma saída para a situação em que se encontra. Mas ela não termina aí, porque, ao mesmo tempo e normalmente, o desamparo abre para a alteridade. Ele é um grito desesperado de ajuda lançado na direção do outro. Quando o grito fica sem resposta, o desamparo torna-se desespero (ROCHA, 1999, p.342).

3 | O CHEFE, A MASSA E O NEGACIONISMO

Em um cenário, em que os cientistas juntamente com as grandes comunidades acadêmicas mundiais não têm uma posição sólida de como prevenir e cuidar daqueles que foram acometidos pelo coronavírus (COVID-19), as incertezas pairam no ar e são cada vez maiores. Na verdade, nossa geração jamais teve a necessidade de lidar com tal possibilidade de morte e nem com as limitações sociais impostas por um vírus tendo, portanto, que elaborar subjetivamente aquilo que é estranho à constituição de sua psique. Por não haver experiência prévia, há a geração de um novo trauma que desorganiza todas as construções subjetivas existentes e a busca por uma nova organização que desencadeia certa aflição durante a tentativa de minimizar os danos a sua estrutura psíquica (BIRMAN, 1999; FREUD, 1921/2013).

No território nacional a situação da população se agrava, uma vez que, frente ao receio do colapso econômico, os governos demonstram, com suas políticas de enfrentamento voláteis, uma desorientação do poder público, tornando as medidas de contenção da pandemia desastrosas (FOLHA DE S. PAULO, 2020a; VEJA, 2020). Assim, hora se apresentam a favor do fechamento total do comércio, noutra fechamento parcial e abertura (FOLHA DE S. PAULO, 2020a). Ademais, existe uma briga acalorada entre os entes federativos sobre de quem é o dever, a atribuição e os custos acarretados pelo fechamento e abertura, sendo necessária, por diversas vezes, a intervenção da justiça para dar solução provisória aos conflitos (AGÊNCIA BRASIL, 2020; FOLHA DE S. PAULO, 2020a; VEJA, 2020).

Diante dessa volatilidade de enfrentamento ao coronavírus pelo poder público e os embates políticos que emergem nessa situação, o desalento e as incertezas ficam mais espessos e tomam conta da população, que já não consegue confiar nas autoridades nacionais e internacionais (VEJA, 2020; HOJE EM DIA, 2020). Isto posto, o processo de elaboração individual e social de concepções acerca da pandemia e como se proteger dela fica mais difícil, já que não existem pareceres consistentes das autoridades competentes que poderiam contribuir para esse trabalho pessoal, cabendo ao indivíduo e sua comunidade “digerir” uma enorme quantidade de informações e, a partir daí, criar seu próprio olhar sobre a situação atual.

Uma das elaborações possíveis e que se vê neste cenário pandêmico com alguma frequência é a formação de um pensamento coletivo, que tem como um dos seus principais meios para dar conta da experiência psíquica, o negacionismo. Frente a isso, o atual Presidente brasileiro emerge nesse cenário, fazendo um papel imprudente, ao se posicionar de forma alheia ao problema do coronavírus, difundindo informações com pouca ou nenhuma evidência científica, buscando de forma rotineira desmoralizar o próprio conhecimento produzido no mundo acadêmico acerca da pandemia, dando soluções simplórias e culpando as demais autoridades políticas e mídias de notícias pelo enorme alarde que, segundo ele é sem propósito, além de responsabilizá-las pela recessão econômica brasileira advinda da paralização da produção e do comércio (FOLHA DE S. PAULO, 2020b; O GLOBO, 2020).

Destarte, diante do discurso do Presidente do Brasil, figura que representa a mais alta autoridade executiva do país e é inspiração para milhões de pessoas, diversos cidadãos brasileiros começaram a banalizar a doença e todo risco que ela pode representar. A desídia com a própria saúde se tornou comum, afinal, é só “uma gripezinha” – replicando a fala da Presidência da República em um pronunciamento em rede nacional acerca do tema - negando os fatos que são constatados dia após dia. Consequentemente, as medidas de isolamento social que são até então a melhor forma de evitar o contágio e a proliferação da doença são ignoradas por grande parte dos brasileiros e o país já é o segundo do mundo com maior número de casos absolutos de acometidos e de mortes. Mas, qual a verdadeira relação desse discurso do chefe do executivo federal com a inobservância da população para com as medidas de contenção do coronavírus?

Refletir sobre o impacto do discurso de um chefe no pensamento coletivo é algo complexo, pois envolve fatores de ontogênese diversificada, tendo características individuais e coletivas que fazem o grupo se consolidar como um, tomando identificações com o seu guia (FREUD, 1921/2013; TELLES, 2015). Frente a isso, para compreender os impactos causados pelas falas do Presidente brasileiro que trivializam a pandemia para seu povo e o atual cenário brasileiro marcado pela displicência popular, recorre-se ao livro de Freud intitulado “Psicologia das massas e análise do eu” (1921/2013) que traz uma abordagem da Psicanálise frente a grupos, buscando avaliar como os indivíduos se comportam nesse e os

motivos que os levam a renunciar seus instintos mais primitivos de autoproteção em prol de um pensamento grupal que comungam com um líder que os inspiram, sendo supostamente capaz de levá-los a um objetivo em comum.

A identificação do grupo com o chefe causa “atos elevados de renúncia” (FREUD, 1921/2013, p. 24), que o indivíduo jamais seria capaz se isolado, sendo que esses atos são passíveis de levar o sujeito a uma moralização pela massa, negligenciando a sua própria saúde e vida em prol de um ideal grupal, ofuscando seu narcisismo individual e ódio constitutivo do outro (FREUD, 1921/2013). Pensar em tais níveis de renúncia das mais primitivas formas de autopreservação, faz questionar o que mantém a massa coesa em um pensamento coletivo que, por vezes, pode fazer o indivíduo trazer a violência para si mesmo, negligenciando a sua própria segurança e saúde.

Freud (1921/2013) fala que nada nas massas é premeditado, obedecem apenas a impulsos inconscientes e não há espaço para pensamentos bem elaborados, existindo um imediatismo que é oriundo dos pensamentos de onipotência advindos da força grupal e, por isto, não há necessidade de esperar ou de temer algo. A dúvida e a incerteza não existem dentro deste elo, ora pois, são desprovidos de pensamento crítico e apenas agem sob impulso e na crença da autoridade de um chefe que saberá como os guiar (FREUD, 1921/2013; TELLES, 2015). Desta forma, Freud (1921/2013) consome sua obra, afirmando que é o Eros (amor) o que faz a permanência da coesão grupal em prol dos pensamentos da massa e do líder, sendo este a forma mais primitiva de amor que, inibida de seus objetivos sexuais, seria capaz de criar o mecanismo de identificação, o qual por si só garante as renúncias desmedidas dos membros do grupo.

A ideia de um pensamento coletivo para lidar com problemas que partem da ordem grupal para a individual faz com que o sujeito se abstenha da elaboração subjetiva de como conceber e tratar o problema, buscando se poupar do desgaste psíquico acarretado, cabendo ao líder/chefe pensar por todos (FREUD, 1921/2013; TELLES, 2015). Destarte, a dissolução do pensamento individual para o compartilhamento de ideias coletivas pode contribuir para alentar o indivíduo em seu momento de incerteza, e o negacionismo do mais alto governo executivo brasileiro contagia as massas populacionais que estão movidas pelo desespero da necessidade de reorganização estrutural psíquica, fazendo com que neguem a realidade que está posta e questionem as evidências científicas, o que culmina trazendo certo alento.

Esse dispositivo de negação aparece remetendo ao desamparo infantil do indivíduo e faz um contraponto à ciência, na medida em que os dados dela já não são suficientes para garantir a informação. Assim, o chefe aparece como defensor do coletivo e de toda a subjetividade desse grupo, encarna o papel do Pai da velha infância, que é aquele onisciente que tem a verdade absoluta sobre tudo e, portanto, de como devolver a sensação de segurança e de controle das coisas para seus filhos que o clamam (BIRMAN, 1999; FREUD, 1921/2013; TELLES, 2015).

A posição preocupante e ao mesmo tempo alentadora do governo federal faz um duplo papel que, em primeiro momento, dispensa a população de pensar e elaborar sobre a doença, fazendo a função do Pai-chefe que, dotado de uma autoconfiança, de que tudo sabe, vai dando soluções simples e fáceis sobre o problema do coronavírus, procurando confortar os filhos-seguidores, relativiza a gravidade da doença e também outorga certa liberdade para o indivíduo continuar ignorando a pandemia, criando uma negação da realidade e, frente a isto, os desobrigando temporariamente a ter que se a verem com o trauma psíquico da avassaladora doença, deixando também uma aparente sensação de que se, eventualmente, o indivíduo tenha lidar com as questões oriundas do COVID-19, esse chefe irá estender-lhe a mão e o auxiliar em todo o processo.

Contudo, em segundo plano, a posição ocupada pelo gestor federativo traz factualmente uma perigosa renúncia a saúde individual e coletiva dele e de seus seguidores, o que afeta todo o país onde, por haver uma negação e relativização dos fatos e, por isso, não temer a quaisquer consequências, adentra-se no “limbo coletivo” batendo recordes negativos dia após dia frente a Pandemia do Coronavírus.

4 | A OPÇÃO PREFERENCIAL PELOS *POVOS INDESEJADOS DO SUL*

[...] Hoje não temos nada para comer. Queria convidar os filhos para suicidarmos. Desisti. Olhei meus filhos e fiquei com dó. Eles estão cheios de vida. Quem vive, precisa comer. Fiquei nervosa, pensando: será que Deus esqueceu-me? Será que ele ficou de mal comigo?” (JESUS, 2014, p. 174).

No curso do trabalho psicanalítico, qualquer quarentena é sempre discriminatória. Do ponto de vista psicossocial, mais dolorosa para uns grupos sociais do que para outros e impossível para um vasto grupo de cuidadores, cuja missão é possibilitar a quarentena ao conjunto da população (SANTOS, 2020). Magistralmente, Sigmund Freud reflete:

[...] A vida humana em comum se torna possível apenas quando há uma maioria que é mais forte que qualquer indivíduo e se conserva diante de qualquer indivíduo. Então o poder dessa comunidade se estabelece como “Direito”, em oposição ao poder do indivíduo, condenado como “força bruta”. Tal substituição do poder do indivíduo pela comunidade é o passo cultural decisivo. Sua essência está em que os membros da comunidade se limitam quanto às possibilidades de gratificação, ao passo que o indivíduo não conhecia tal limite. Portanto, a exigência cultural seguinte é a da justiça, isto é, a garantia de que a ordem legal que uma vez se colocou não será violada em prol de um indivíduo [...] (FREUD, 2011, p. 40).

Psicossocialmente, esta investigação alcançou outros grupos, para os quais a quarentena do capitalismo revela-se singularmente dolorosa: os pobres — os indesejados (MENDES, 2020) —, por quem a psicanálise do século XXI pode fazer uma “opção preferencial” (MARTÍN-BARÓ, 2011). Tais grupos compõem o fenômeno psicossocial a que Santos (2020) chama de “Sul”:

[...] Na minha concepção, o Sul não designa um espaço geográfico. Designa um espaço-tempo político, social e cultural. É a metáfora do sofrimento humano injusto causado pela exploração capitalista, pela discriminação racial e pela discriminação sexual [...] (SANTOS, 2020, p. 15).

Particularmente, a quarentena ofende mais as mulheres: “as cuidadoras do mundo” (SANTOS, 2020, p. 15). Profissionalmente, destacam-se em profissões como psicologia, medicina, enfermagem e serviço social *etc.*, atuando na linha da frente da prestação de cuidado (*cura*) e práticas sociais pessoas a doentes e idosas, dentro e fora das instituições: “[...] São elas também que continuam a ter a seu cargo, exclusiva ou maioritariamente, o cuidado das famílias [...]” (SANTOS, 2020, p. 16).

No cenário do coronavírus (COVID-19), a violência contra as mulheres tende a aumentar, destacando-se no espaço doméstico. No dia 26 de março, o jornal francês **Le Figaro** noticiou — com base em informações do Ministério do Interior — que as violências conjugais tinham aumentado 36% em Paris na semana anterior (SANTOS, 2020). Neste cenário, preocupa-nos ainda a possibilidade de o suicídio aparecer “[...] como um último recurso para resolução de alguma dificuldade pessoal [...]” (AMARANTE, 2020, p. 16).

Nas periferias do mundo, depois de quarenta anos de ataque aos direitos dos trabalhadores por parte das políticas neoliberais, o grupo de trabalhadores informais (autônomos) predomina, apesar das diferenças — significativas — de cada Estado. Não podemos deixar passar despercebido que o setor de serviços — onde abundam — será uma das áreas mais afetadas pela quarentena (SANTOS, 2020).

[...] No dia 23 de março, a Índia declarou a quarentena por três semanas, envolvendo 1,3 mil milhões de habitantes. Considerando que na Índia entre 65% e 70% dos trabalhadores pertencem à economia informal, calcula-se que 300 milhões de indianos ficaram sem rendimentos. Na América Latina, cerca de 50% dos trabalhadores empregam-se no sector informal. Do mesmo modo, no caso do Quênia ou Moçambique, devido aos programas de reajustamento estrutural dos anos 1980-90, a maioria dos trabalhadores é informal [...] (SANTOS, 2020, p. 16).

É evidente, pois, que os trabalhadores informais dependem de um salário diário. Mesmo os que possuem emprego formal gozam de poucos benefícios contratuais. Por parte da Organização Mundial de Saúde — OMS, a recomendação para trabalhar em *home office* parece impraticável, porque obriga os trabalhadores a preferir ganhar o pão diário a ficar em casa e passar fome. Na opinião de Santos (2020), as recomendações da OMS parecem ter sido elaboradas para a classe média, que constitui uma pequeníssima fração da população mundial. “[...] Morrer de vírus ou morrer de fome, eis a opção” (SANTOS, 2020, p. 17).

No caso concreto trabalhadores de rua, um grupo singular dos trabalhadores informais, o “negócio” — a subsistência — depende exclusivamente da dinâmica da rua, de quem nela passa e da sua decisão, sempre imprevisível para o vendedor ambulante, de parar e comprar alguma coisa (SANTOS, 2020).

Nas cidades do mundo, a quarentena assola as pessoas sem-abrigo, que passam as noites nos viadutos, nas estações de metrô ou de comboio abandonadas, nos túneis de águas pluviais ou de esgoto. Nos EUA chamam-lhes os *tunnel people* (SANTOS, 2020).

[...] Segundo dados da ONU Habitat, 1,6 mil milhões de pessoas não tem habitação adequada e 25% da população mundial vive em bairros informais sem infraestruturas nem saneamento básico, sem acesso a serviços públicos, com escassez de água e de eletricidade. Vivem em espaços exíguos onde se aglomeram famílias numerosas [...] (SANTOS, 2020, p. 18).

Na América Latina e no Caribe, as pessoas habitam na cidade, mas com os direitos à cidade negados. Periféricamente, vivendo em espaços desurbanizados, não têm acesso às condições urbanas pressupostas pelo direito à cidade (SANTOS, 2020).

De acordo com os dados das Organização das Nações Unidas — ONU, as pessoas internadas em campos de internamento para refugiados, imigrantes indocumentados ou populações deslocadas internamente, somam 70 milhões. No que tange à propagação do coronavírus, os perigos serão fatais, ainda mais dramáticos do que os que enfrentam as populações das periferias pobres (SANTOS, 2020).

[...] No Sudão do Sul, onde mais de 1,6 milhão de pessoas estão deslocadas internamente, são necessárias horas, se não dias, para chegar às unidades de saúde, e a principal causa de morte é muitas vezes evitável, causada por doenças para as quais já há remédios: malária e diarreia. No caso dos campos de internamento às portas da Europa e dos EUA, a quarentena causada pelo vírus impõe o dever ético humanitário de abrir as portas dos campos de internamento sempre que não for possível criar neles as mínimas condições de habitabilidade e de segurança exigidas pela pandemia (SANTOS, 2020, pp. 19-20).

No século XXI, as pessoas com deficiência têm sido vítimas de outra forma de dominação, além do capitalismo, do colonialismo e do patriarcado: o capacitismo. Trata-se da forma como a sociedade contemporânea as discriminam, não reconhecendo as suas necessidades especiais, não lhes facilitando acesso à mobilidade e às condições que lhes permitiriam desfrutar da vida política como qualquer outra pessoa. Na vivência intersubjetiva, as limitações impostas socialmente fazem com que as pessoas com deficiência se sintam vivendo em quarentena permanente (SANTOS, 2020).

Particularmente numeroso no Norte global, o grupo das pessoas idosas é, em geral, um dos grupos mais vulneráveis, mas a vulnerabilidade não é indiscriminada. No caso concreto do Norte global, as condições de vida prevalentes levaram a que boa parte das pessoas idosas fosse depositada em lares, casas de repouso, asilos. Santos (2020) mostra que, de acordo com as posses próprias ou da família, esses alojamentos podem ir de cofres de luxo para joias até depósitos de lixo humano. No seio do mundo, a lista dos indesejados em processo de subjetivação a Sul da quarentena está longe de ser exaustiva. Não obstante, Rudolf von Ihering diz que o fim do direito é a paz e o meio para atingi-lo é a luta:

Todo direito existente no mundo foi conquistado mediante a luta. Os mais importantes postulados do direito tiveram que ser primeiramente extraídos do combate contra seus oponentes e todo direito — o direito de um povo bem como aquele de um indivíduo — pressupõe uma disposição contínua para a luta rumo à sua afirmação. O direito não constitui um simples conceito — é força viva. Eis a razão porque vemos Justiça segurando numa mão a balança por meio da qual o direito é pesado e na outra a espada por meio da qual o direito é defendido [...] (IHERING, 2001, p. 25).

Nas interfaces entre psicanálise e política — tecidas em tempos de coronavírus (COVID-19) —, consideramos que a espada sem a balança é força bruta, ao passo que a balança sem a espada é a impotência do direito e do Estado (IHERING, 2001).

Na pena de Aristóteles — “poeta soberano” (ALIGHIERI, D. **A Divina Comédia** — Inferno, Canto IV, 88) —, “[...] a justiça é a base da sociedade. Chama-se julgamento a aplicação do que é justo [...]” (ARISTÓTELES, **A política**, I, I, § 11).

No século XXI, a questão decisiva para a espécie humana — descortinada no cenário da COVID-19 — é saber se, em que medida, a sua evolução cultural poderá controlar as perturbações trazidas à vida intersubjetiva — comunitária — pelos instintos humanos de agressão e autodestruição (FREUD, 2011).

Nos últimos dias da humanidade, os seres humanos atingiram um tal controle das forças da natureza, que não lhes é difícil recorrerem a elas para se exterminarem até o último ser humano, ereto sobre a Terra (FREUD, 2011). “[...] Dei’ stá [...]” (ROSA, 2015, p. 361), eles sabem do que estamos dizendo. De tudo isto surgem, então: desossosgo, infelicidade, medo — desamparo. Na opinião de Sigmund Freud, cabe agora esperar que a outra das duas “potências celestiais” — o eterno Eros — empreenda um esforço para afirmar-se na luta contra o adversário igualmente imortal (FREUD, 2011).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na vida política, a psicanálise pode descentrar sua atenção de si mesma, despreocupar-se com seu *status* científico e social e propor-se a um serviço eficaz para atender as necessidades dos pobres, psicossocialmente indesejados. No cenário do coronavírus (COVID-19), a questão mais importante que confrontam as grandes majorias latino-americanas e caribenhas é a sua situação de miséria opressiva, sua condição de dependência absoluta — marginalizante — que lhes impõe uma existência inumana e lhes arrebatava a capacidade para definir a sua vida concreta (MARTÍN-BARÓ, 2011).

No que tange os processos de subjetivação, a COVID-19 agrava uma situação de crise a que a população mundial tem vindo a ser sujeitada, alcançando — em grande escala, singularmente na América Latina e no Caribe — os grupos que compõem o fenômeno psicossocial a que Santos (2020) chama de “Sul”: as mulheres (“as cuidadoras do mundo”); os trabalhadores precários, informais, ditos autônomos (na América Latina, cerca de 50%

dos trabalhadores); os trabalhadores de rua ou vendedores ambulantes (camelôs); os sem-abrigo ou populações de rua (no EUA, *tunnel people*); os moradores nas periferias pobres das cidades, favelas, barriadas, *slums*, caniço *etc.* (25% da população mundial); os internados em campos de internamento para refugiados, imigrantes indocumentados ou populações deslocadas internamente (70 milhões, de acordo com os dados da Organização das Nações Unidas — ONU); as pessoas com deficiência, singularmente deficiência mental; as pessoas idosas; as pessoas encarceradas (SANTOS, 2020).

Para os povos indesejados do Sul, diferentemente do que é veiculado pelos *media* e pelas organizações internacionais, a quarentena do capitalismo não só os torna mais visíveis como reforça a injustiça, a discriminação, a exclusão social e o sofrimento psíquico imerecido (SANTOS, 2020).

No século XXI, a humanidade, sobretudo no que tange às pessoas mais fragilizadas, encontra-se novamente remetida a uma condição de desamparo, que ultrapassa os limites do individual, acometendo a sociedade contemporânea como um todo. Trata-se, aqui, não de um desamparo estrutural, mas de uma condição na qual fomos relançados a partir do abalamento de nossas certezas e da falta de uma estrutura social coesa capaz de nos guiar no percurso ainda obscuro desta pandemia. No Brasil, esta situação aparece ainda mais marcada por uma condição política ainda mais desestabilizadora, na medida em que, por meio de seu negacionismo, dificulta ainda mais o estabelecimento de laços sociais capazes de conter esta onda devastadora.

Portanto, no Estado brasileiro, frente as dificuldades financeiras de um país emergente que já estava em crise antes mesmo da pandemia, a situação é agravada pela tribulação política, resistências individuais e desdémio coletivo ao não admitir a gravidade da doença, que ganham o reforço do discurso presidencial que banaliza a temática do coronavírus. Alguns brasileiros relutam em admitir o estado de calamidade da saúde pública evocando, por vezes, alegações que se referem aos direitos e garantias constitucionais chegando ao ponto de questionarem os decretos municipais e estaduais de políticas sanitárias para enfrentamento à pandemia, argumentando que é a federação que deve versar sobre o tema, chegando ao ponto de virar objeto disputa judicial e, posteriormente, solucionado pelo Superior Tribunal Federal (STF), o qual declarou que a autonomia dos entes federativos deve ser respeitada conforme estabelece a Carta Magna brasileira (AGÊNCIA BRASIL, 2020).

Por fim, tais circunstâncias se tornam acentuadas ao verificar que as medidas sanitárias de contenção do Estado e o auxílio financeiro emergencial fornecido pelo governo não atinge a todos que necessitam, alguns sequer têm meios para solicitá-lo, diversas pessoas em situação de miséria ficam ainda mais vulneráveis já que o distanciamento foi pensado para as classes médias e não são efetivamente aplicáveis para a faixa mais pobre da população que encontram dificuldades de conseguir informações e têm a necessidade de se colocarem em risco para conquistar o alimento diário.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. **AGU recorre ao Supremo para que o isolamento obedeça regras federais.**

Agência Brasil, Brasília, 14 abr. 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/justica/noticia/2020-04/agu-recorre-ao-supremo-para-que-isolamento-obedeça-regras-federais>> Acesso em: 25 set. 2020.

ALIGHIERI, D. **A Divina Comédia.** Trad. Ítalo Eugenio Mauro. 4. ed. São Paulo: 34, 2017.

AMARANTE, L. R. de F. A. **Narrativas de mulheres jovens que tentaram suicídio.** Dissertação [Mestrado em Psicologia] — Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

ARISTÓTELES. **A política.** Trad. Nestor Silveira Chaves. 2. ed. Bauru, SP: EDIPRO, 2009.

BIRMAN, J. A dádiva e o outro: Sobre o conceito de desamparo no discurso freudiano. **Physis: Revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 9-30, 1999.

BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade:** a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é o coronavírus?** Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>>. Acesso em 14 de setembro de 2020.

BUTLER, J. Judith Butler: O luto é um ato político em meio à pandemia e suas disparidades. [Entrevista cedida a George Yancy], Tradução de César Locatelli. **Carta Maior**, 04 de maio, 2020. Disponível em: <<https://www.cartamaior.com.br/?%2FEditorial%2FPelo-Mundo%2FJudith-Butler-O-luto-e-um-ato-politico-em-meio-a-pandemia-e-suas-disparidades%2F6%2F47390#.XrSetWilhAU.facebook>>. Acesso em 04 de setembro de 2020.

CÂMARA, H. A eucaristia, exigência de justiça social. In: BOSELLI, G. Liturgia e amor pelos pobres. In: _____. **O sentido espiritual da liturgia.** Trad. Monjas Carmelitas Descalças do Mosteiro Santa Teresa de São Paulo. Brasília: CNBB, 2014.

FOLHA DE S. PAULO. Isolamento total e prolongado vai dizimar pequenas e médias empresas, diz dono da CNN Brasil. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 26 mar. 2020a. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2020/03/isolamento-total-e-prolongado-vai-dizimar-pequenas-e-medias-empresas-diz-dono-da-cnn-brasil.shtml>> Acesso em: 04 set. 2020.

FOLHA DE S. PAULO. 'Efeito Bolsonaro' sobre alta nos casos de coronavírus surpreende pesquisadores. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 13 out. 2020b. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2020/10/efeito-bolsonaro-sobre-alta-nos-casos-de-coronavirus-surpreende-pesquisadores.shtml>> Acesso em: 16 out. 2020.

FREUD, S. A transitoriedade (1916). In: _____. **Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916).** Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. **O mal-estar na civilização.** Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Penguin Classics Companhia das Letras, 2011.

_____. **Psicologia das massas e a análise do eu.** Porto Alegre: L&PM, 2013.

G1. Brasil passa de 140 mil mortos por coronavírus, aponta consórcio de veículos de imprensa.

G1, São Paulo, 25 set. 2020a. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/09/25/casos-e-mortes-por-coronavirus-no-brasil-em-25-de-setembro-segundo-consorcio-de-veiculos-de-imprensa.ghml>> Acesso em: 25 set. 2020.

G1. Dois milhões de mortes por coronavírus são 'muito prováveis' se países não agirem contra a pandemia, diz diretor da OMS. **G1**, São Paulo, 25 set. 2020b. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/09/25/dois-milhoes-de-mortes-por-coronavirus-sao-muito-provaveis-se-paises-nao-agirem-contra-a-pandemia-diz-diretor-da-oms.ghml>> Acesso em: 25 set. 2020.

GONZÁLEZ REY, F. L. **Pesquisa qualitativa em psicologia**: caminhos e desafios. Trad. Marcel Aristides Ferrara Silva. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

_____. **Pesquisa qualitativa e subjetividade**: os processos de construção da informação. São Paulo: Cengage, 2010.

HOJE EM DIA. Mais da metade da população não confia nos números sobre a Covid divulgados pelo governo. **Hoje em dia**, Belo Horizonte, 22 jun. 2020. Disponível em: <<https://www.hojeemdia.com.br/horizontes/mais-da-metade-da-popula%C3%A7%C3%A3o-n%C3%A3o-confia-nos-n%C3%BAmoros-sobre-a-covid-divulgados-pelos-governos-1.792215>> Acesso em: 05 out. 2020.

IHERING, R. von. **A luta pelo direito**. Trad. Edson Bini. Bauru, SP: EDIPRO, 2001.

JESUS, C. M. de. **Quarto de despejo: diário de uma favelada**. 10. ed. São Paulo: Ática, 2014.

MANZO, A. J. **Manual para la preparación de monografías**: una guía para presentar informes y tesis. 2. ed. Buenos Aires: Humanitas, 1973.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MARTÍN-BARÓ, I. Para uma psicologia da libertação. In: GUZZO, R. S. L.; LACERDA JÚNIOR, F. (Orgs.). **Psicologia social para a América Latina**: o resgate da psicologia da libertação. 2. ed. Campinas, SP: Alínea, 2011.

MENDES, E. S. **O Estado em Edith Stein**: uma reflexão onto-teológico-política da “comunidade estatal” na contemporaneidade. 2020. Tese [Doutorado em Teologia] — Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

MOREIRA, J. de O. A alteridade como experiência originária: o desamparo. **Tempo psicanalítico**, Rio de Janeiro, v.36, p.107-123, 2004.

O GLOBO. Após 150 mil mortes no Brasil, Bolsonaro diz que pandemia de Covid-19 foi “superdimensionada”. **O Globo**, Rio de Janeiro, 14 out. 2020. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/apos-150-mil-mortes-no-brasil-bolsonaro-diz-que-pandemia-de-covid-19-foi-superdimensionada-24691421>> Acesso em: 16 out. 2020.

PINHEIRO-MACHADO, R. Coronavírus não é democrático: pobres, precarizados e mulheres vão sofrer mais. **The Intercept Brasil**, 17 de março de 20. Disponível em: <https://theintercept.com/2020/03/17/coronavirus-pandemia-opressao-social/>.

ROCHA, Z. Desamparo e Metapsicologia: para situar o conceito de desamparo no contexto da metapsicologia freudiana. **Síntese**, Belo Horizonte, v.26, n.86, p.331-346, 1999.

ROSA, J. G. **Grande sertão**: veredas. 21. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2015.

SANTOS, B. de S. **A cruel pedagogia do vírus**. Coimbra: Almedina, 2020.

SILVA, L. R. C., DAMACENO, A. D., MARTINS, M. C. R., SOBRAL, K. M., FARIAS, I. M. S. Pesquisa documental: alternativa investigativa na atuação docente. in IX Congresso Nacional de Educação - EDUCERE, III Encontro brasileiro de psicopedagogia. Paraná: PUCPR, 2009.

UNA-SUS. Fiocruz faz 120 anos diante do maior desafio do século 21. **UNA-SUS**, Brasília, 25 mai. 2020. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/noticia/fiocruz-faz-120-anos-diante-do-maior-desafio-do-seculo-21>> Acesso em: 25 set. 2020.

VEJA. Estados e municípios se dividem sobre a manutenção da quarentena. **Veja**, São Paulo, 17 abr. 2020. Disponível em: <<https://veja.abril.com.br/politica/estados-e-municipios-se-dividem-sobre-a-manutencao-da-quarentena/>> Acesso em: 05 out. 2020.

CAPÍTULO 5

ATENDIMENTO PSICOLÓGICO ONLINE: PERSPECTIVAS E DESAFIOS ATUAIS DA PSICOTERAPIA

Data de aceite: 01/02/2021

Data de submissão: 17/12/2020

Adriana Barbosa Ribeiro

Faculdade Estácio de Macapá, Curso de
Psicologia
Macapá – Amapá
<http://lattes.cnpq.br/6728032631021162>

Luciane Patrícia Dias da Silva

Faculdade Estácio de Macapá, Curso de
Psicologia
Macapá - Amapá
<http://lattes.cnpq.br/1433765995434261D>

Eliane Patrícia Ulkovski

Faculdade Estácio de Macapá, Curso de
Psicologia
Macapá - Amapá
<http://lattes.cnpq.br/1452426894917655>

RESUMO: No Brasil a psicoterapia *online* está autorizada apenas no âmbito da pesquisa, de acordo com o Conselho Federal de Psicologia, órgão que regulamenta essa prática por meio da resolução nº 011/2012. A criação da resolução reforça um contexto contemporâneo, onde no qual teorias já estabelecidas são desconstruídas e abrem lugar para novas redes de conhecimento, o que pode resultar na mudança da prática do psicólogo clínico. Logo, existe um compromisso do psicólogo em debater e aprimorar sua prática profissional, de forma ética e legal, considerando o desenvolvimento tecnológico e comunicacional da atualidade. Uma modalidade nova de

atendimento precisa de estudos e pesquisas para garantir que seu uso obtenha resultados que beneficie o seu usuário, ressaltando que mecanismos necessários para o sucesso de uma terapia sejam preservados, como o estabelecimento do vínculo, advindo da relação terapêutica, assim como as especificidades das abordagens empregadas na psicoterapia *online*. Assim, este trabalho visa compreender as novas perspectivas e desafios atuais da psicoterapia *online*.

PALAVRAS-CHAVE: Novas tecnologias, Atendimento psicológico, Psicoterapia online, Internet.

ONLINE PSYCHOLOGICAL CARE: CURRENT PERSPECTIVES AND CHALLENGES OF PSYCHOTHERAPY

ABSTRACT: In Brazil, online psychotherapy is authorized only within the research, according to the Federal Council of Psychology, agency that regulates the practice through resolution n.º 011/2012. The creation of the resolution reinforces a contemporary context, where established theories are deconstructed and open place for new knowledge networks, which may result in changing the practice of clinical psychologist. Hence, there is a psychologist's commitment to discuss and improve their practice, ethically and legally, considering that the current debates are part of the construction of the individual and their relationships. A new type of service need studies to ensure that their use get results that benefit its users, noting that mechanisms needed for a successful therapy are preserved, such as the establishment of the bond, resulting from

therapeutic relationship, as well as specific approaches employed in online psychotherapy. Thus this work aims to understand the new perspectives and current challenges of online psychotherapy.

KEYWORDS: New technology, Psychology, Customer service, Online psychotherapy, Internet.

1 | INTRODUÇÃO

O surgimento de novas formas de comunicação na sociedade contemporânea, bem como o advento de mecanismos de acesso *online*, emergem como alternativas para a ampliação do atendimento psicoterápico. Diante dessas inovações, cada vez mais profissionais da área da psicologia se deparam com dúvidas tais como o recebimento e resposta de mensagens, *e-mails* e comunicações por softwares de comunicação via internet, a possibilidade de um “encontro virtual” com pacientes, entre outros questionamentos pertinentes para a prática clínica do psicólogo num novo contexto de comunicação cada vez mais presente no *setting* terapêutico. (BARBOSA et al, 2013). Considerando-se as potências de um novo sujeito, ágil e informatizado, surgem uma série de novas demandas ao terapeuta: ao corresponder a demanda de agilidade e conectividade dos clientes, seria atendido o apelo de não desligamento imposto por um mundo tecnológico, ou à fantasia de onipotência que os pacientes nutrem em relação ao terapeuta, à medida que se lança mão do uso dos aparatos midiáticos e tecnológicos? Fazer uma sessão via Skype com um paciente que viaja significa necessariamente estar cedendo à fantasia de onipresença (dele e do terapeuta)? Ou contém a possibilidade de criação de um campo de uma provável relação? Estas e outras questões surgem quando se trata do atendimento *online*.

No Brasil, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) regulamenta por meio da resolução nº 011/2012 os serviços realizados por meios tecnológicos de comunicação à distância, “desde que pontuais, informativos, focados no tema proposto e que não firam o disposto no Código de Ética do profissional de psicologia” (CFP, 2012, p. 02). Os meios pelos quais essa modalidade de atendimento é feita são definidos como todas as interações por computador com acesso à *internet*, por meio de televisão a cabo, aparelhos telefônicos, aparelhos conjugados ou híbridos, ou qualquer outro meio de interação que possa vir a ser implementado. Para a realização dos seguintes serviços: orientações psicológicas até 20 atendimentos; os processos preliminares de seleção de pessoal; aplicação de testes adequadamente regulamentados por resolução pertinente; supervisão do trabalho de psicólogos realizada de forma ocasional ou complementar ao processo de formação profissional presencial; atendimento eventual de clientes em deslocamento ou clientes que momentaneamente se encontrem impossibilitados de comparecer ao atendimento presencial e orientação psicológica.

Embora no Brasil o atendimento psicoterápico *online* seja regulamentado apenas na forma de pesquisa, a intenção desse estudo bibliográfico é refletir sobre esta nova

modalidade de atendimento, bem como pesquisas acerca do tema, considerando que em outros países essa modalidade de atendimento encontra-se em expansão e obtém resultados satisfatórios (SIEGMUND; LISBOA, 2015; PIETA; GOMES, 2014). Tão logo a pretensão deste estudo não é fazer crítica ao atendimento psicoterápico *online* ou legitimá-lo, mas sim identificar quais as propostas atuais de atendimento, considerando questões sobre as abordagens psicológicas utilizadas, como se desenvolve a relação terapêutica nesse novo *setting* e suplantando uma reflexão sobre as questões éticas do profissional de psicologia frente esta nova modalidade de atendimento. Sendo assim, esta revisão de literatura tem como objetivo compreender as novas perspectivas e desafios atuais no atendimento psicoterápico *online*.

2 | PROPOSTAS ATUAIS DE ATENDIMENTO PSICOTERÁPICO *ONLINE*

Por atendimento psicológico *online* entende-se aqueles realizado através de mensagens instantâneas, áudio, vídeo conferência, *software* de comunicação via internet, chat, câmera e *e-mail*. A utilização desses instrumentos tecnológicos, no caso da psicoterapia *online* não exclui a possibilidade da psicoterapia presencial (MACDONALD, MEAD, BOWER, RICHARD & LOVELL, 2007).

Segundo Suler (2002) a terapia via *internet* pode acontecer de duas formas de acordo com a simultaneidade da comunicação: síncrona e assíncrona. A forma síncrona acontece em tempo real, restringindo o tempo de atendimento ao encontro virtual, mesmo terapeuta e paciente não estando face a face, a disponibilidade de um para o outro é imediata. Na forma assíncrona terapeuta e paciente teriam uma maior liberdade no que se refere ao tempo, uma vez que o atendimento não ocorre de forma simultânea, permitindo que o paciente faça seus relatos no momento em que se sentir mais à vontade, enquanto o terapeuta tem a vantagem de uma análise mais detida na escrita do paciente.

Para Pinto (2002), a terapia *online* cria mecanismos mais fáceis de acesso às pessoas que por algum motivo não conseguem sair de suas casas, seja por dificuldades na locomoção, por estarem em regiões distantes ou ainda pela saúde, idosos, pessoas com deficiência física, transtornos que os impossibilitam a continuidade ou início do atendimento presencial. Figueiredo (2007), defende que os dispositivos tecnológicos atuais são capazes de oferecer sustentação, continência e possibilidades de transformação da experiência emocional, corroborando estudos comparativos realizados na Inglaterra por Day e Schneider (2002). O estudo com 80 pacientes indicou que grupos *online* apresentaram maior nível de participação do cliente no que diz respeito ao nível de atividade, iniciativa, confiança, espontaneidade e desinibição, quando comparado a terapia tradicional. O sucesso da modalidade de atendimento *online* sustenta-se na adaptação às necessidades do sujeito, salientando-se que ao buscar o atendimento *online*, o paciente denota iniciativa na busca por ajuda e, portanto, maior responsabilidade por sua própria mudança (MICLEA, MICLEA, CIUCA, BUDAU; 2010).

Costa, Romão e Di Luccio (2009) apontam algumas condições para que a psicoterapia *online* seja realizada de forma adequada. Uma delas seria a de que o paciente e terapeuta estejam familiarizados com a ferramenta a ser utilizada, sob a pena de que o atendimento se torne um processo e inviável em seus propósitos. Os autores ainda ressaltam que as entrevistas ou o atendimento *online* propriamente dito, podem levar mais tempo que o correspondente presencial. No entanto, esse tempo é de certa forma compensado, pois os depoimentos não precisam ser transcritos, além de poderem ser salvos na íntegra, trazendo assim fidedignidade na escrita sem receios de uma má interpretação.

Algumas objeções a psicoterapia *online* são colocadas por Pinto (2002). A autora traz as dificuldades em rastrear pistas não verbais, a entonação da voz (se baixa, alta ou monótona), perceber os silêncios, as pausas (prolongadas ou breves), além de dificuldades estruturais, como problemas de conexão com a *internet* ou, a já mencionada, a falta de familiaridade com as ferramentas utilizadas.

Em pesquisas realizadas com profissionais de psicologia referente à orientação *online*, Fortim e Consentino (2007) avaliam que tais profissionais conseguem atingir os objetivos propostos na atividade. Em alguns casos, entretanto, a orientação *online* é apenas a porta de entrada, no intuito de avaliar e encaminhar a pessoa para o atendimento presencial, o que também pode ser considerado uma mudança importante na vida do sujeito, sendo considerada com uma das funções e pontos positivos dessa nova modalidade de atendimento.

3 | ABORDAGENS PSICOLÓGICAS QUE PODEM VIABILIZAR A PSICOTERAPIA ONLINE

Conforme, Anderson, Strömgren, Ström, e Lyttkens (2002), as abordagens mais utilizadas no atendimento *online* são as de base Cognitiva Comportamental e Psicanalítica. Embora não se tenha uma precisão de como essas abordagens são trabalhadas no ambiente virtual, é possível identificar entre elas uma maior efetividade das terapias cognitivo-comportamentais (TCC) *online*, que demonstram maior adequação no tratamento de depressão, ansiedade, transtorno do pânico, fobia, e estresse pós-traumático.

Estudos realizados por de Fishkin, Fishkin, Leli, Katz e Snyder (2011), apontam que TCCs na modalidade *online* e na modalidade presencial apresentaram resultados similares, inclusive nas formas individuais e grupais. TCCs *online* comparadas com outras terapias presenciais podem apresentar resultados similares ou até mesmo superiores.

No que se refere à psicanálise, esta tem sido promissora na modalidade de vídeo conferência (*Skype*), onde para psicanalistas os parâmetros não diferem significativamente daqueles do *setting* tradicional. O processo psicanalítico de atendimento *online* acontece quando os analistas voltam sua atenção ao ritmo da fala do paciente, à espontaneidade ou às interrupções, às qualidades tonais, e identificam a contratransferência escutando seus

próprios sentimentos, pensamentos e fantasias, como na análise tradicional (FISHKIN et al.2011).

4 I RELAÇÃO TERAPÊUTICA NO ATENDIMENTO PSICOTERÁPICO *ONLINE*

Segundo Pinto (2002), o despreparo em relação ao manejo dos computadores, bem como o desconhecimento dos programas podem ser considerados como relutância. Entre tais relutâncias, temos que alguns profissionais acreditam na impossibilidade de uma relação terapêutica fora do encontro face a face, fazendo-os crer que a intermediação por meio do computador retira a qualidade terapêutica de suas intervenções. Alguns terapeutas acreditam ser impossível trabalhar com emoções e sentimentos através de palavras meramente digitadas, outros chegam a afirmar que os fenômenos transferenciais acontecem apenas por meio de encontros presenciais e não em um ambiente virtual.

Entraves, também foram pontuados sobre o estabelecimento do vínculo em psicoterapia *online*, tais como a desconfiança em relação a serviços oferecidos na *internet*, a falta de familiaridade com a ferramenta e tecnologia utilizada para atendimento, ou mesmo a preferência pelo atendimento tradicional.

Contudo, estudos realizados por Pieta e Gomes (2014), referentes à relação terapêutica, utilizadas em intervenções psicoterápicas, indicam que as terapias *online* não diferem significativamente das terapias tradicionais. No que tange ao anonimato, alguns terapeutas relatam um nível alto de confiança e identificaram-na mais rapidamente do que os da terapia presencial. Os pacientes expõem com mais facilidade seus problemas, apresentando dessa forma uma postura mais desinibida comparada a terapia convencional, expondo mais rapidamente seus problemas.

Siegmund e Lisboa (2015) dizem que o profissional de psicologia é treinado para a escuta na clínica tradicional. Porém na psicoterapia *online* faz-se necessária uma nova forma de escuta, pois do modo como a mensagem é escrita, as palavras e frases utilizadas, é possível sentir as emoções e sentimentos presentes. O vínculo estabelecido no atendimento *online* é um vínculo virtual, vínculo pode existir independente de ser presencial ou online. No atendimento psicoterápico *online* a relação empática pode ocorrer com uma ressalva: é necessário mais atenção ao que se fala e escreve, do que ao que se visualiza, uma vez que essa visualização nem sempre é clara e precisa.

5 I REFLEXÕES, QUESTÕES PRÁTICAS E ÉTICAS NO CONTEXTO DA PSICOTERAPIA *ONLINE*

Magdaleno (2010), pontua que atualmente, o psicólogo deve estar preparado para receber o outro que lhe é estrangeiro, em suas peculiaridades, assumindo os riscos desse processo. O sujeito em processo terapêutico carrega consigo as marcas de um mundo repleto de mudanças rápidas, de valores, modo de ser, moldados pelas transformações

contemporâneas. Um desafio para os profissionais de psicologia pode ser o fato de não encontrar pontos de balizamento para fundamentar uma prática clínica satisfatória e eficiente diante das mudanças observadas.

Segundo Pinto (2002), a emergência no atendimento de certos transtornos, consente um olhar mais flexível no atendimento psicoterápico *online*, se esse tipo de atendimento terapêutico não abarca modificações no estado do paciente, pode proporcionar um amparo e resposta instantânea, diminuindo a ansiedade e o sofrimento até a possibilidade de um encontro presencial. Para Goldberg (1992), a psicoterapia *online* pode proporcionar comunicação mais eficaz, o que pode facilitar intervenções no comportamento e algumas recomendações estratégicas como nos casos de esquizofrenia, anorexia, episódios de estupro, incesto, orientações no enfrentamento de problemas como o alcoolismo, que evitam ou não agravam o risco de comportamentos suicidas.

Em discussão levantada por Suler (2002), traz-se a reflexão quanto a autorizar a psicoterapia *online*, seria assumir que a mesma se equivale a terapia presencial? Restringir essa prática não seria dificultar o acesso às pessoas que moram em locais onde não há psicólogos ou que não possuem meios de se locomover até o consultório de seus terapeutas? O que seria contrário à ética: impossibilitar que os terapeutas realizem a psicoterapia *online* por falta de embasamento científico ou desassisti as pessoas que precisam do atendimento psicológico?

Alguns dos problemas com os quais os profissionais de psicologia podem se deparar seriam os impactos indiretos sofridos pelos próprios terapeutas, a desorientação, o preconceito e as dúvidas com relação à eficácia de suas teorias e técnicas para a compreensão de seus atuais pacientes. Torna-se claro que não se pode eliminar o valor positivo que as mídias possuem em disseminar informações, recompor contatos interpessoais, no entanto é viável sim, analisar as alternativas de compreensão e tratamento inerentes. O importante é reconhecer que no meio desse processo de mudança, emerge um sujeito diferente com uma configuração psíquica, que a psicologia tem o compromisso de buscar compreender (COSTA, 2005).

Diante desse novo sujeito que surge moldado pelas novas tecnologias, bem como o uso das ferramentas informatizadas em várias áreas das atividades humanas, onde já se insere a própria psicologia, é exigida atenção, em função das implicações éticas e técnicas das possíveis aplicações no *setting* terapêutico. Com base nessa nova demanda apresentada, o próprio CFP demonstrou interesse e abertura frente a esse tema, ao publicar, a Resolução n.º 012/2005 que regulamentava o atendimento psicoterapêutico e outros serviços psicológicos mediados por computador. Por conseguinte em 2012, foi publicada a revisão desta resolução sob n.º 011/2012 que flexibiliza e amplia tais ofertas, em atendimento às demandas dessa nova realidade e, trata da investigação sobre o tema.

Segundo Pinto (2002), a psicoterapia é o encontro entre duas pessoas, onde um se dispõe a ajudar ao outro que busca pelo atendimento. Essa dinâmica acaba por afetar

ambos, pois constrói um espaço de transformação e de mudança. No que se refere à psicoterapia *online* pode ser possível que terapeuta e pacientes sejam tomados pelas emoções e sentimentos, como em uma leitura de um livro, onde o mundo real cede lugar a fantasia, pois no espaço virtual do romance a leitura pode ser fantasiada e mesclada com a do autor.

Almeida e Rodrigues (2003), questionam se estar no mesmo espaço físico definiria a intervenção psicoterápica, ou seria muito mais da percepção do profissional do que propriamente a teoria estabelecida. Ainda que não seja possível afirmar plenamente a legitimidade da psicoterapia *online*, não se deve refutar a ideia dessa modalidade de atendimento.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo clássico, bem como a prática clínica e individual é, sem dúvida, aquele que ainda apresenta maior disseminação. No entanto, é seguro afirmar que as novas tecnologias vieram para ficar. Não é aconselhável a imposição de toda nova tecnologia, nem de negar toda e qualquer forma de inovação tecnológica, logo se torna necessário a compreensão e o reconhecimento das mudanças que ocorrem no contexto atual da psicoterapia.

A manutenção de um modelo fechado da clínica tradicional pode impedir vislumbrar as novas possibilidades que caminhos não percorridos oferecem. Não é uma imposição a todos profissionais da psicologia, pois toda prática requer estudo, dedicação e sobre tudo uma conduta ética. É preciso destacar que a tecnologia está cada vez mais presente no cotidiano provocando transformações no tecido social. Dessa forma, se para a psicologia o indivíduo e suas transformações são objetos de estudo, pressupõem-se que merecem uma melhor compreensão e fundamentação dessa nova modalidade da psicoterapia.

Se a psicoterapia *online* e as intervenções realizadas neste processo são plenamente válidas, ainda é impreciso afirmar. Contudo, os estudos citados anteriormente, demonstram que em alguns casos ela é tão efetiva quanto a presencial, e em alguns momentos até mais eficaz. No entanto, algumas questões quanto à confiança e estabelecimento de vínculo se tornam mais difíceis de ser alcançados para alguns pacientes, ainda que possíveis.

Partindo dos argumentos expostos espera-se trazer à reflexão as práticas do profissional de psicologia na contemporaneidade, mediante as novas modalidades de atendimento psicoterápico *online*, acolhendo o sofrimento humano naquilo que pode ser cuidado e apreendido enquanto vivência subjetiva e reveladora de sentidos dentro de uma nova perspectiva. E que tais reflexões fomentem novas pesquisas que permitam fornecer informações relevantes para a construção de uma nova prática de serviço psicológico, que já se constitui uma área em desenvolvimento e expansão, apesar das restrições ponderadas pelo CFP. Espera-se, ainda, que tais reflexões contribuam para elaborar e

estruturar um trabalho preocupado com a qualidade e pautado em princípios éticos, em resposta a um serviço criado a partir de uma demanda social espontânea.

O desafio colocado ao psicólogo não é achar uma nova linguagem para falar com este novo sujeito, e muito menos tentar impor a ele uma antiga, mas conseguir entrar em sintonia com seu ritmo, para só então, aos poucos, criar um ambiente que possa ser aceito por ele e aceitá-lo, criar uma linguagem que faça a intermediação entre o sujeito e terapeuta, e depois entre ele e o mundo, permitindo a construção de um *setting* possível que favoreça a relação entre paciente e terapeuta (MAGDALENO, 2010).

O imaginário se transforma, mas a condição de eleger o outro a quem se dirige e a quem se questiona e sobre os sintomas permanece. A função simbólica do terapeuta, portanto, será suplementada por uma função virtual real, ao mesmo tempo simulação de presença e consolidação da ausência, com que cada um tem sempre de lidar ao longo da vida, nesse sentido, as mídias de comunicação não precisam ser vistas como uma ameaça a um “terapeuta analógico”, e sim como mais uma ferramenta possível, até mesmo necessária e útil num mundo digital (BONAMINIO, 2011).

É possível concluir que as modalidades de atendimento *online* constituem uma área promissora, conforme apontam os estudos realizados até o momento, que indicam ainda algumas fragilidades e transformações, com isto requerem mais pesquisas para este campo em ascensão.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. P.; RODRIGUES, J. T. Narrativa e internet: possibilidades e limites do atendimento psicoterápico mediado pelo computador. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 23 n.3, p. 10-17, 2003.

ANDERSON, G.; STRÖMGREN, T.; STRÖM, L.; LYTTKENS, L. Randomized controlled trial of internet-based behavior therapy for distress associated with tinnitus. **Psychosomatic Medicine**, 64, p. 810-816, 2002.

BARBOSA, A. M. F. C.; FURTADO, A. M.; FRANCO, A. L. M.; BERINO, C. G. S.; PEREIRA, C.R.; ARREGUY, M. E.; BARROS, M.J. As novas tecnologias de comunicação: questões para a clínica psicanalítica. **Cad. Psicanál. – CPRJ**. Rio de Janeiro, v. 35, n. 29, p. 59-75, jul./dez, 2013.

BONAMINIO, V. **Nas margens de mundos infinitos**. Rio de Janeiro: Imago, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução de nº 012**, de 18 de agosto. Regulamenta o atendimento psicoterapêutico e outros serviços psicológicos mediados por computador e revoga a Resolução CFP Nº 003/2000, Brasília, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução de nº 011**, de 21 de junho. Regulamenta os serviços psicológicos realizados por meios tecnológicos de comunicação a distância, o atendimento psicoterapêutico em caráter experimental e revoga a Resolução CFP N.º 12/2005, Brasília, 2012.

COSTA, A.M.N. Primeiros contornos de uma nova “configuração psíquica”. **Cad. Cedex, Campinas**, v. 25, n. 65, p. 71-85, jan./abr, 2005.

- COSTA, A. M.; ROMÃO, D.D.; DI LUCCIO, F. Uso de Entrevistas On-Line no Método de Explicitação do Discurso Subjacente (MEDS). **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p.36-43, 2009.
- DAY, S.; SCHNEIDER, P. Psychotherapy using distance technology: A comparison of face-to-face, video, and audio treatment. **Journal of Counseling Psychology**, v. 49, n. 4, p.499-503, 2002.
- FIGUEIREDO, L.C. Confiança: a experiência de confiar na clínica psicanalítica e no plano da cultura. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 41, n. 3, p. 69-87, 2007.
- FISHKIN, R.; FISHKIN, L.; LELI, U.; KATZ, B.; SNYDER, E. Psychodynamic treatment, training, and supervision using internet-based technologies. **Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry**, v. 39, v. 1, p. 155-168, 2011.
- FORTIM, I.; COSENTINO, L. A.M. Serviço de orientação via e-mail: novas considerações. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 27, n. 1, p. 164-175, 2007.
- GOLDBERG. L. Goldberg depression scale. **PsychCentral**, Massachusetts, 1992. Disponível em: <http://psychcentral.com/depinv.htm>. Acessado em: 9 out. 2015.
- MACDONALD, W.; MEAD, N.; BOWER, P.; RICHARDS, D.; LOVELL, K. A qualitative study of patients' perceptions of a 'minimal' psychological therapy. **International Journal of Social Psychiatry**, n. 53, p. 23-35, 2007.
- MAGDALENO JR., R. A metapsicologia do traumático: um ensaio sobre o sobressalto. **Ide (São Paulo)**, v. 33, n. 50, p. 64-77, jul. 2010.
- MAGDALENO JR., R. Os novos ritmos do século XXI e a clínica psicanalítica contemporânea. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 44, n. 2, p. 101-109, 2010.
- MICLEA, M., MICLEA, S., CIUCA, A. M., & BUDAU, O. Computer-mediated psychotherapy. Present and prospects. A developer perspective. **Cognition, Brain, Behavior: An Interdisciplinary Journal**, v. 14 n. 3, p. 185-208, 2010.
- PIETA, M.A.M.; GOMES, W. B. Psicoterapia pela internet: viável ou inviável? **Psicologia: Ciência E Profissão**, v. 34, n. 1, p. 18-31, 2014.
- PINTO, E. R. As modalidades do atendimento psicológico online. **Temas em Psicologia da SBP**, v. 10, n. 2, p. 167-178, 2002.
- SIEGMUND, G.; LISBOA. C.. Orientação psicológica online: percepção dos profissionais sobre a relação com os clientes. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35, n. 1, p. 168-181, 2015.
- SULER, J. Psychology of cyberspace. **PsyBC program**, 2002. Disponível em: <http://users.rider.edu/~suler/psycyber/>. Acessado em: 13 set. 2015.

CAPÍTULO 6

A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: PRINCÍPIOS ÉTICOS E SITUAÇÕES-PROBLEMA

Data de aceite: 01/02/2021

Data de submissão: 07/12/2020

Rafael Nogueira Furtado

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)
<http://lattes.cnpq.br/9761786872182217>

Isabela Maria Oliveira Souza

Universidade de São Paulo (USP)
Ribeirão Preto – SP
<http://lattes.cnpq.br/8326342509295558>

RESUMO: Relação médico-paciente pode ser definida como a interação dinâmica entre o profissional médico (e equipes multiprofissionais) e o usuário do serviço de saúde. Compreender a relação médico-paciente é importante, dado seu impacto na efetividade do cuidado à saúde. Neste sentido, este capítulo tem como objetivo elucidar os diferentes aspectos do relacionamento médico-paciente, tais como os aspectos psicológicos desta relação e os princípios éticos que a norteiam. Busca-se evidenciar as implicações e desafios da relação médico-paciente, em diferentes contextos práticos da atenção à saúde, como a comunicação de más notícias, a triangulação médico-família-paciente e o uso de tecnologias da informação e comunicação para o fornecimento de serviços de saúde a distância, a telemedicina.

PALAVRAS-CHAVE: Relação médico-paciente, aspectos psicológicos, princípios éticos, comunicação de más notícias, telemedicina.

THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP: ETHICAL PRINCIPLES AND PROBLEM-SITUATIONS

ABSTRACT: The doctor-patient relationship can be defined as the dynamic interaction between the medical professional (and multidisciplinary teams) and the user of health services. Understanding the doctor-patient relationship is importante given its impact on the effectiveness of health care. In this regard, this chapter aims to elucidate the different aspects of the doctor-patient relationship such as the psychological aspects of this relationship and the ethical principles that guide it. It aims to highlight the implications and challenges of the doctor-patient relationship in different practical contexts of health care, such as breaking bad News, the doctor-family-patient triangulation, and the use of information and communication technologies to provide remote health services, the telemedicine.

KEYWORDS: The doctor-patient relationship, psychological aspects, ethical principles, breaking bad News, telemedicine.

1 | INTRODUÇÃO

Relação médico-paciente pode ser definida como a interação dinâmica entre o profissional médico e o usuário do serviço de saúde. É uma construção conjunta mediada por contextos institucionais e culturais, estando sujeita a fenômenos como afetos, expectativas, recursos cognitivos e a experiência prévia dos sujeitos em interação. Esta relação não se

restringe ao profissional médico, estendendo-se também entre o paciente e às equipes multiprofissionais.

Compreender a relação médico-paciente é importante, dado seu impacto na efetividade do cuidado à saúde. Chipidza, Wallwork e Stern (2015) avaliaram os efeitos do relacionamento médico-paciente, a partir de três parâmetros. Pacientes que se queixavam da relação apresentaram, quanto ao parâmetro biológico: níveis elevados para pressão sanguínea, glicemia e triglicérides. Quanto ao parâmetro comportamental: baixa aderência ao tratamento, faltas às consultas, baixo enfrentamento. No parâmetro subjetivo: relatavam dor, baixos níveis de informação e satisfação pessoal.

Neste sentido, este capítulo tem como objetivo elucidar os diferentes aspectos do relacionamento médico-paciente, dando destaque aos princípios éticos que fundamenta esta relação e às implicações destes princípios para o manejo de determinadas situações-problema do cuidado em saúde.

2 | RELAÇÃO PSICOLÓGICA MÉDICO-PACIENTE

Em 1972, Robert Veatch propôs que a relação médico-paciente pode ser classificada conforme quatro modelos. O primeiro modelo, o Modelo Sacerdotal, caracteriza-se por uma postura paternalista do médico em relação ao paciente. Decisões são tomadas pelo médico, ser levar em consideração os desejos, crenças ou opiniões do paciente, o qual ocupa lugar de passividade na relação.

Em contrapartida, o Modelo Engenheiro coloca todo o poder de decisão no paciente, ao passo em que o médico se limita a repassar e executar as ações que o paciente propõe. Já no Modelo Colegial, não se diferenciam os papéis do médico e do paciente. Não existe a caracterização da autoridade do médico como profissional e o poder é compartilhado de forma igualitária (VEATCH, 1972).

Por fim, o Modelo Contratualista preserva o papel do médico como detentor de habilidades técnicas, ao passo em que o paciente também participa ativamente da tomada de decisões, a partir de seus desejos, crenças e valores. Neste modelo, o relacionamento médico-paciente é reconhecido e valorizado como decisivo para a qualidade do cuidado à saúde. Trata-se de uma modalidade de trabalho, em que o paciente é estimulado a envolver-se no tratamento, compartilhando responsabilidades com o médico (VEATCH, 1972).

A efetividade da comunicação é um fator decisivo para a construção da relação médico-paciente. Uma comunicação efetiva permite: 1) que o médico colete informações precisas a respeito do paciente (que auxiliarão no diagnóstico e no planejamento do tratamento), sensibilizando o profissional para se atente aos pensamentos e sentimentos do paciente na consulta; 2) contribui para reduzir equívocos de compreensão; 3) auxilia no engajamento do paciente no tratamento e em seu envolvimento na tomada de decisões.

No entanto, algumas barreiras podem dificultar a comunicação. Por parte do profissional, configuram barreiras: falta ou excesso de informações fornecidas; rapidez da fala; uso de jargão médico; não encorajar perguntas e não verificar se houve entendimento; limitação do tempo de consulta; diferenças culturais; ausência de contato visual; preocupação com o computador, telefone celular ou registro médico (ABDULAZIZ.; ABUSHIBS; ABUSHIBS, 2018).

Já por parte do paciente, encontramos como possíveis barreiras: falta de confiança no médico e de interesse em construir uma parceria; fornecimento de informações inconsistentes, contraditórias ou desorganizadas; baixa motivação do paciente para o autocuidado; entre outras barreiras (ABDULAZIZ.; ABUSHIBS; ABUSHIBS, 2018).

Por sua vez, algumas orientações gerais podem ser observadas pelo profissional como forma de aperfeiçoar habilidades de comunicação, sendo elas: avalie o que o paciente já sabe; avalie o que ele deseja saber; mantenha a simplicidade; diminua a velocidade; diga a verdade; observe as reações do paciente e faça contato visual (sinais não verbais são tão importantes quanto palavras, para a comunicação).

Para além da comunicação, o caráter assumido por uma determinada relação médico-paciente dependerá está condicionado à expressão de empatia pela profissional em relação à pessoa atendida. Empatia é um fator decisivo para a construção de uma boa relação. Empatia significa compreender o que o paciente está pensando e sentindo, a partir da capacidade do médico colocar-se no lugar da pessoa atendida (DALGALARRONDO, 2019). Empatia contribui para a percepção do paciente de estar sendo acolhido e que seu problema é levado a sério. Porém, é fundamental que o profissional mantenha a objetividade, evitando borrar as fronteiras da relação profissional.

Por fim, ao compreendermos as características gerais da relação médico-paciente devemos considerar um terceiro fator que influencia em sua configuração. A relação médico-paciente é atravessada por um importante fenômeno psicológico: a transferência e a contratransferência. A transferência refere-se ao processo pelo qual o paciente revive, na relação com o médico, protótipos de suas relações passadas. É um processo, em grande medida, inconsciente, incluindo atitudes positivas (como confiança e carinho) e negativas (como raiva e hostilidade) (DALGALARRONDO, 2019).

Por outro lado, a contratransferência refere-se ao processo contrário, são os conteúdos psíquicos que o profissional inconscientemente projeta na figura do paciente, são sentimentos e protótipos de relações passadas que ele revive na relação. É importante que o profissional esteja atento a estas trocas transferenciais, lidando com elas de forma racional e objetiva, de modo a não deixar que comprometam a qualidade do cuidado prestado (DALGALARRONDO, 2019).

3 | PRINCÍPIOS ÉTICOS

O relacionamento médico-paciente, tal como o exercício da medicina de modo geral, está fundamentado em determinados princípios éticos. Alguns dos princípios que balizam esta relação, conforme o Código de Ética Médica (2019), são autonomia e consentimento informado. Isto é, o profissional deve garantir ao paciente o direito de escolher livremente sobre práticas diagnósticas e terapêuticas, levando em conta as preferências do paciente ao decidir sobre procedimentos. Cumpre também obter o consentimento do paciente (ou seu responsável) acerca de intervenções a serem realizadas, consentimento que deve estar baseado em informações fornecidas e ser livre de coerções (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

Encontramos também os princípios da privacidade e confidencialidade: o código veda ao profissional revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão (salvo por dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente). Pode-se também mencionar como princípios o respeito e consideração. No âmbito da relação médico-paciente, é fundamental que não haja qualquer forma de discriminação, seja por questões de religião, etnia, cor, sexo, orientação sexual, nacionalidade, idade, condição social, opinião política, deficiência ou de qualquer outra natureza. Prezar pelo respeito e dignidade humana implica também que o paciente deve ser unicamente tratado segundo práticas cientificamente reconhecidas (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

Os princípios abordados pelo Código de Ética Médica encontram ressonância no Código de Ética Profissional do Psicólogo (2005). O Código estrutura-se em sete “Princípios Fundamentais” e nas chamadas “Responsabilidades do Psicólogo”. Entre estes princípios fundamentais, o Código de Ética estabelece, por exemplo, que o psicólogo baseie seu trabalho “no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005, pg. 7).

O psicólogo igualmente trabalhará visando promover “a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005, pg. 7). Ademais, cumpre a ele atuar com responsabilidade social, analisando “crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural”; e, não menos importante, requer-se que o profissional busque o “contínuo aprimoramento técnico, contribuindo para o desenvolvimento da Psicologia como campo científico de conhecimento e de prática” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005, pg. 7).

Ademais, determina o Código de Ética (2005, p. 7) que, ao psicólogo, é vedado praticar ou ser conivente com atos de “negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade ou opressão”. Em seu Artigo terceiro, o Código fará referência à relação entre

o psicólogo e as instituições às quais ele se vincula. Conforme o dispositivo, o psicólogo, para ingressar ou permanecer em uma organização, considerará a “missão, a filosofia, as políticas, as normas e as práticas nela vigentes e sua compatibilidade com os princípios e regras deste Código”; e, existindo incompatibilidade, “cabe ao psicólogo recusar-se a prestar serviços e, se pertinente, apresentar denúncia ao órgão competente” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005, p. 11).

Já entre os Artigos nono e 15 encontramos referência à questão do sigilo. O Código (2005, p. 13) determina que o psicólogo respeite “o sigilo profissional, confidencialidade e a intimidade das pessoas, grupos ou organizações a que tenha acesso”. Caso precise abordar com pais e responsáveis, questões referentes a seu trabalho com crianças e adolescentes, o psicólogo deve limitar-se a comunicar o estritamente necessário aos objetivos deste trabalho.

Por fim, há o princípio da humanização que perpassa o Código de Ética Médica e do Psicólogo e se fundamenta nas políticas públicas de humanização do cuidado em saúde. Para o desenvolvimento de uma relação médico-paciente humanizada, ao menos três objetivos fundamentais devem ser buscados, segundo a política de humanização do sistema público de saúde brasileiro: (A) superar a fragmentação da assistência, contemplando a saúde do paciente em sua integralidade; (B) evitar a despersonalização do cuidado, reconhecendo o paciente como sujeito para além de seu quadro clínico; (C) estimular o protagonismo do paciente em seu tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

4 | SITUAÇÕES-PROBLEMA E SUAS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

4.1 Comunicação de Más Notícias

Cumpre, agora, evidenciar quais as implicações e desafios da relação médico-paciente, em diferentes contextos práticos da atenção à saúde. Entre os diferentes desafios está a comunicação de más notícias. Más notícias são aquelas que alteram drasticamente a perspectiva do paciente quanto a si mesmo e a seu futuro, como por exemplo o diagnóstico de uma grave doença ou o prognóstico de pacientes terminais.

Pacientes e familiares podem reagir de formas diversas a tais informações. Tais reações afetam diretamente o relacionamento médico-paciente. Kübler-Ross (2005) sistematizou as reações de pacientes às perdas em cinco estágios. O primeiro estágio refere-se ao choque e à negação. Essas são reações que as pessoas podem apresentar inicialmente, quando informadas que estão morrendo ou que podem sofrer uma perda importante. Como resultado, as pessoas geralmente não aceitam o diagnóstico, o que pode ser problemático para a relação médico-paciente, uma vez que tal negação influencia no início e na adesão aos tratamentos.

No segundo estágio, as pessoas reagem com raiva, irritação, apresentando ira ao considerar o fato de adoecer. Essa raiva pode ser dirigida a Deus, ao destino ou a

pessoas próximas, como pais, filhos, parentes, bem como um amigo. Os pacientes podem transferir sua raiva para os profissionais de saúde que os atendem, culpando a equipe por sua doença. O profissional que lida com tais indivíduos não deve perceber a expressão da raiva como um ataque pessoal e estar ciente de que essas reações são recursos de que o paciente dispõe para enfrentar uma situação entendida como estando fora de seu controle (KÜBLER-ROSS, 2005).

Já no terceiro estágio, um comportamento comum é a tentativa do paciente de negociar e barganhar com a equipe profissional, sua família ou amigos, ou mesmo com Deus. Com essas tentativas, as pessoas esperam conseguir a cura. Para receber a recompensa da cura, as pessoas fazem promessas, adotam um comportamento pró-social, doam para instituições de caridade ou realizam rituais religiosos. Por trás da barganha, há a crença de que se o sujeito for bom, não questionador, o médico se dedicará mais a seu tratamento (KÜBLER-ROSS, 2005).

No quarto estágio, o paciente pode exibir sinais de depressão clínica (tais como lentificação psicomotora, distúrbios do sono, desesperança, ou mesmo ideação suicida). É importante ressaltar que é normal que uma pessoa experimente tristeza diante da perspectiva de perda importante. Mas, se um transtorno depressivo for estabelecido, as pessoas devem receber tratamento clínico adequado. Um transtorno depressivo prejudica a adesão ao tratamento e a observância a instruções médicas (KÜBLER-ROSS, 2005).

O estágio de aceitação (quinto estágio) é definido por Kübler-Ross (2005) como a compreensão do paciente da inevitabilidade da morte e da perda, e a universalidade de tal experiência. A gama de sentimentos e reações são diversos neste estágio. As pessoas podem ser neutras ao aceitar sua finitude, enquanto outras podem se comportar com euforia. Em circunstâncias ideais, os pacientes podem enfrentar esses sentimentos e lidar com maturidade com as incertezas trazidas pela morte.

Como forma de orientar profissionais a comunicarem más notícias, Baile e colaboradores (2000) elaboraram o chamado Protocolo SPIKES. O protocolo tem como finalidade auxiliar os médicos a cumprir os objetivos da comunicação de más notícias: a obtenção de informações dos pacientes, a transmissão de informações médicas, o fornecimento de suporte aos pacientes e a obtenção da colaboração do paciente para a elaboração de planos de tratamento. Para atingir tais objetivos, o Protocolo descreve seis passos para a comunicação de más notícias.

O primeiro passo (*Setting up*) refere-se à preparação do médico, por meio de ensaios mentais, e do espaço físico, por meio de dicas práticas como cuidar da privacidade, envolver pessoas significativas para o paciente, sentar-se, conectar-se ao paciente e manejar restrições de tempo e possíveis interrupções. Em algumas situações, o ambiente físico pode dificultar a comunicação de más notícias. Por este motivo, deve-se cuidar para que o mesmo que seja um facilitador (BAILE et al., 2000).

O segundo (*Perception*) avalia o grau de conhecimento do paciente acerca de seu estado de saúde. Por meio de perguntas amplas, o médico verifica o grau de informações que o paciente possui e como ele percebe o seu estado de saúde, corrigindo eventuais erros e preparando-o para a comunicação da má notícia (BAILE et al., 2000).

Já o terceiro passo (*Invitation*) consiste em determinar a demanda de conhecimento, por parte do paciente, a respeito de sua doença. Caso ele não expresse diretamente seu desejo, é sugerido que o médico pergunte como deseja que os resultados de exames e a quantidade de informações sejam divulgadas (BAILE et al., 2000).

No quarto passo (*Knowledge*), trata-se de transmitir as informações em questão. Algumas recomendações podem ser indicadas: preparar o paciente, dizendo que más notícias virão; usar vocabulário que seja compreensível; não fazer a comunicação de forma brusca ou com dados de realidade excessivos; evitar o uso de palavras técnicas e checar a compreensão do paciente a cada informação nova fornecida (BAILE et al., 2000).

Por sua vez, o quinto passo (*Emotions*) orienta sobre como ser empático face às reações e sofrimento do paciente. Este é o passo mais difícil de ser executado e, por este motivo, o Protocolo sugere etapas específicas. Em primeiro lugar, observar as reações emocionais do paciente. Em seguida, buscar ter clareza de qual é a emoção vivida pelo paciente, perguntando-lhe caso seja necessário. Em terceiro lugar, identificar o motivo da emoção, que, muito provavelmente, estará ligado à comunicação da má notícia. Em quarto lugar, manifestar empatia, utilizando-se de declarações empáticas, perguntas exploratórias, caso necessário, e de validações de sentimentos e pensamentos do paciente (BAILE et al., 2000).

O sexto (*Strategy and Summary*) refere-se a decisões conjuntas, entre médico e paciente, relacionadas ao tratamento. Para incluir o paciente na tomada de decisões, o médico deve partir do segundo passo. A partir da percepção correta de seu estado de saúde, o paciente torna-se apto a estipular objetivos referentes ao tratamento (por exemplo, o controle dos sintomas), o que auxiliará na definição da terapêutica mais adequada ao caso. Trata-se de um passo importante por reduzir a ansiedade do paciente, uma vez que a ele pode ser apresentado um plano terapêutico e prognóstico (BAILE et al., 2000).

4.2 Triangulação Médico-Família-Paciente

Um importante componente relacional na atenção à saúde é a triangulação médico-família-paciente. A família faz parte do contexto de adoecimento do paciente, podendo representar um elemento facilitador ou de dificuldade para o relacionamento médico-paciente. A doença frequentemente representa uma crise que rompe com o equilíbrio e funcionamento costumeiro do grupo familiar, suscitando mecanismos defensivos por parte da família, na tentativa de recuperar a estabilidade perdida.

Deste modo, é necessário que o médico esteja atento ao comportamento familiar e buscando estabelecer um vínculo e comunicação assertiva com estes indivíduos, os

quais poderão ser parceiros valiosos no tratamento do paciente. Entre as medidas que o profissional poderá tomar neste sentido, estão:

Ser empático e humanizado no cuidado; colocar-se disponível para esclarecimentos, fornecendo tanto informações, quanto apoio emocional; compreender a necessidade de tempo que pacientes e familiares possam apresentar para adotarem novos hábitos de vida, em razão da doença; utilizar linguagem de fácil compreensão e respeitar a privacidade do paciente, transmitindo aos familiares apenas informações estritamente necessárias.

4.3 Telemedicina

Telemedicina (ou mais amplamente, a telessaúde) consiste no uso de tecnologias da informação e comunicação para o fornecimento de serviços de saúde a distância. O contato pode ser síncrono (isto é, em tempo real) ou assíncrono e inclui desde ações preventivas até tratamentos. Manter a qualidade do relacionamento médico-paciente mediante a telemedicina pode ser um desafio. No contato à distância, a comunicação verbal e não verbal pode ser distorcida, o encontro tornar-se impessoal, e a impessoalidade dificultar um bom *rapport*.

No entanto, a ferramenta tem seu valor ao facilitar o acesso à saúde, por exemplo, para pessoas vivendo em áreas remotas, com dificuldades de locomoção ou com impedimento de locomoção. Deste modo, o profissional deve esforçar-se para manter a qualidade da relação com seu paciente, de modo que prevaleçam os benefícios da telemedicina.

REFERÊNCIAS

ABDULAZIZ, H. A.; ABUSHIBS, A. S.; ABUSHIBS, N. S. Barriers to effective communication between family physicians and patients in walk-in centre setting in Dubai: a cross-sectional survey. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 1, p. 637, Aug. 2018. DOI: 10.1186/s12913-018-3457-3

BAILE, F.; BUCKMAN, F.; LENZI, R.; GLOBER, G.; BEALE, A.; KUDELKA, A. SPIKES – a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. **Oncologist**, v. 5, n. 4, p.302-11. DOI: 10.1634/theoncologist.5-4-302.

CHIPIDZA, F. E.; WALLWORK, R. S.; STERN, T. A. Impact of the doctor-patient relationship. **Prim Care Companion CNS Disord**, v. 17, n.5, 10.4088/PCC.15f01840, Oct. 2018. DOI: 10.4088/PCC.15f01840.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP 010/05**: Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2005. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

DE MARCO, M.; ABUD, C. C.; LUCCHESI, A. C.; ZIMMERMANN, V. B. **Psicologia Médica: abordagem integral do processo saúde-doença**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

KÜBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

STRAUB, R.O. **Psicologia da saúde: uma abordagem biopsicossocial**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

VEATCH, R. M. Models for ethical medicine in a revolutionary age: What physician-patient roles foster the most ethical relationship? **Hastings Cent Rep**, v. 2, n. 3, p. 5-7, 1972. PMID: 4679693.

O OLHAR DA GESTALT-TERAPIA SOBRE O DIAGNÓSTICO

Data de aceite: 01/02/2021

Ana Paula de Souza Ferreira Esquivel

ID Lattes: 3609279806231659

Renato Martins Ribeiro

ID Lattes: 1654917089069847

Erika Gelenske

ID Lattes: 6452483820695747

RESUMO: O presente artigo busca através de uma pesquisa de referencial bibliográfico abordar o olhar da Gestalt-terapia sobre a compreensão diagnóstica. Entendendo a terapia como uma relação dialógica e utilizando-se da teoria do Ciclo de Contato. Teoria essa que valendo-se dos bloqueios de contato que são explicados de forma clara no trabalho, permite, dentro do setting terapêutico observar o cliente, os sintomas e suas potencialidades, dentro de uma relação dialógica, construir uma compreensão diagnóstica. Esse diagnóstico gestáltico, portanto, não é determinista, antes é flexível e mutável, pois o ser humano tornando aware sua forma de estar no mundo, parte rumo ao crescimento e vivências de experiências não só individuais, mas também coletivas como será abordado no tópico sobre o olhar da Gestalt e os desafios contemporâneos.

PALAVRAS-CHAVE: Gestalt-terapia, compreensão diagnóstica, Ciclo do contato.

ABSTRACT: The present article aims, through a bibliographic reference research, to work with the Gestalt-therapy perspective on diagnostic comprehension. Understanding therapy as a dialogical relationship and using the Contact Cycle theory. This mentioned therapy, using contact blocks that are clearly explained at work, allows, within the therapeutic setting, to observe the client, the symptoms and their potentialities, within a dialogical relationship, in order to build a diagnostic understanding. This gestalt diagnosis, therefore, is not deterministic, rather it is flexible and changeable, as the human being making aware of his way of being in the world, starts towards growth and experiences of not only individual, but also collective experiences, as it will be addressed in the topic the Gestalt look and contemporary challenges.

KEYWORDS: Gestalt therapy, diagnostic understanding, contact cycle.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo Ribeiro (2012), a Gestalt-terapia faz parte das psicoterapias de filosofia humanista, compreendendo o homem como centro de um todo, Universo, valorizando este indivíduo em seus aspectos de crescimento positivos, fazendo-o refletir profundamente sobre si próprio e com a possibilidade de gerir e regular a sua própria existência. A Gestalt-terapia também possui um suporte teórico na filosofia existencialista, e analisa o ser humano em sua singularidade subjetiva como um ser de potencialidades que se mostra no mundo de

forma concreta e singular. Segundo Perls (1977), a Gestalt-terapia executa um trabalho no contexto terapêutico apoiado na conscientização (*awareness*) ativa e presente cliente-terapeuta daquilo que se mostra fenomenologicamente no aqui e agora, e como isto é percebido pelo cliente em suas dimensões: corpo, cognição e afeto-emoção, que se formam em um determinado campo¹.

De acordo com Pimentel (2003, p.11) “o diagnóstico psicológico foi uma das primeiras atividades profissionais do psicólogo e desempenhou um papel importante na sedimentação dessa profissão.” De acordo com a autora, no início cabia a prática diagnóstica apenas aplicar testes. Passado o tempo novas teorias como também o desenvolvimento da própria psicanálise mudou substancialmente a forma de pensar e no agir no que diz respeito ao psicodiagnóstico. E o crescimento também ocorreu dentro das correntes humanistas, que com o passar do tempo criticaram a forma de se fazer o diagnóstico, pois tanto no desenvolvimento quanto no findar do processo diagnóstico, o profissional, de forma unilateral, após ter obtido informações, analisa e reflete os dados construindo a sua compreensão sem a menor participação do cliente.

Sendo assim, indaga-se nesse artigo: é possível uma compreensão diagnóstica dentro da Gestalt-terapia? Acredita-se que existe a possibilidade do olhar da Gestalt-terapia para o diagnóstico como um ponto de partida, flexível e mutável, para a terapia, visto que, o indivíduo ao olhar das terapias Existenciais-Humanistas é único e pode ajustar-se criativamente à vida, apesar do diagnóstico recebido.

Visto o exposto, o objetivo geral deste artigo consiste em pesquisar sobre o olhar descritivo e fenomenológico da Gestalt-terapia sobre o diagnóstico. Tendo como objetivos específicos: explicar a abordagem Gestáltica, expor como é o processo de construção da compreensão diagnóstica e o olhar da Gestalt-terapia nos sintomas contemporâneos.

Rodrigues (2011), analisa de uma forma crítica o modo de pensar racionalista linear e mecanicista ocidental aplicado pela ciência positivista, pois influencia o modo de intervenção e métodos de atuações psicoterapêuticas nas diferentes abordagens. O autor ressalta os métodos aplicados em modelos explicativos, no qual considera uma visão reducionista do homem, e traz como exemplos a Psicanálise ortodoxa, no qual se sustenta em uma relação de causa e efeito linear psicodinâmicas dos transtornos mentais e o Behaviorismo com a sua base em comportamentos observáveis desconsiderando outras dimensões da complexidade humana. Estas duas abordagens se tornam rígidas em suas bases epistemológicas, e visão do ser humano.

Assim, busca-se compreender como se dá o diagnóstico segundo olhar humanista, existencial-fenomenológico e outras teorias de base da própria abordagem gestáltica, no qual não analisa nenhum transtorno como apenas uma doença isolada e fixa no indivíduo de maneira estereotipada, objetiva e convencional, classificando-o e limitando-o em determinados manuais como o DSM-V e CIDs, e assim, pode-se negar o campo singular e integrativo do sujeito, e seu significado. (FRAZÃO, 2015).

1. Conceito utilizado por Kurt Lewin.

Este artigo trata-se de uma pesquisa bibliográfica que pretende investigar a partir de referenciais teóricos, no que tange à abordagem gestáltica as questões acerca do olhar descritivo da Gestalt-terapia sobre o diagnóstico. O artigo não pretende trabalhar com amostra populacional, visto que se trata de uma pesquisa bibliográfica, onde serão levantados dados teóricos sobre as questões a serem abordadas, e não uma amostra específica populacional.

Portanto, serão pesquisados autores como Perls, Ginger e Ginger, Pimentel, Pinto, Ribeiro, entre outros teóricos de relevância dentro do tema proposto deste artigo. Autores de destaque tanto na história da abordagem como na sua construção teórica e prática. As fontes utilizadas abrangerão livros científicos onde cada pesquisador irá contribuir ativamente com suas pesquisas e fundamentações teóricas. Posteriormente se reunirão para elaboração do trabalho escrito fazendo as alterações cabíveis.

2 | COMO FUNCIONA A GESTALT-TERAPIA

Um dos principais autores da abordagem gestáltica, Fredrick Salomon Perls nasceu na Alemanha em 1893, e no ano de 1934 foi para a África do Sul fugindo das guerras e perseguições que estavam acontecendo em seu país de origem. Em 1946 foi morar em Nova York frequentando lugares com um movimento intelectual, político e cultural diferente ao que era estabelecido pela maior parte da sociedade da época. (FRAZÃO,2013)

De acordo com Frazão (2013), o surgimento da Gestalt-terapia surgiu em 1951 com o lançamento do livro: *Gestalt-therapy: excitement and growth in the human personality*, desenvolvido pelos autores Frederick Perls, Paul Goodman e Ralph Hefferline. O Livro foi fruto de encontros, pesquisas, leituras e estudos de Perls junto com o chamado grupo dos Sete: Isadore From, Paul Goodman, Paul Weisz, Sylvester Eastman, Elliot Shapiro, Laura Perls e Richard Kitzler. O encontro aconteceu em uma época pós guerra nos EUA, junto com o surgimento da terceira força em psicologia, onde Perls e o grupo dos Sete tinham ideias semelhantes sobre a visão de homem no mundo.

Perls (1977, 2015), menciona que a abordagem exerce a promoção do desenvolvimento do potencial humano. É uma abordagem psicológica que busca ver além dos papéis que os clientes representam. O autor relata sobre a representação social aprendida que pode levar ao bloqueio do crescimento do sujeito, levando-o a uma excitação ansiosa e assim gerando dúvida de como deveria se comportar: agradando ou não o meio de acordo com o contexto relacional. No *setting* terapêutico, o cliente pode se expressar usando o seu potencial criativo e espontâneo, integrando-se na conexão com a sua personalidade de uma forma mais totalizante e integrativa, na temporalidade do aqui e agora. O ser humano é um ser de necessidades que são satisfeitas hierarquicamente pela relação do organismo em constante interação com o meio, objetivando a adaptação homeostática. Quando este processo adaptativo de necessidades não é realizado de uma forma saudável, o organismo adoece, interferindo na autorregulação orgânica.

O artigo atenta-se no desenvolvimento explicativo de algumas teorias (autorregulação organísmica, psicologia da Gestalt, teoria de campo, ciclo de contato, neurose e bloqueios de contato) importantes para explicar o funcionamento do diagnóstico processual da Gestalt-terapia, porém a abordagem gestáltica é muito ampla e complexa em suas filosofias e teorias de base, e assim, não se limitando apenas a estas teorias citadas.

2.1 Autorregulação organísmica

Goldstein (1995), citado por Lima (2014), define a autorregulação organísmica como um funcionamento homeostático ativado pela própria sabedoria interna do organismo. Goldstein explica este equilíbrio orgânico como um impulso da natureza humana de se atualizar a partir da interação com o meio externo, mantendo uma constância com o meio interno do corpo. Ou seja, “(...) é a autorregulação que permite que o organismo se organize para buscar modos eficientes de satisfazer no meio suas necessidades prementes.” (LIMA, 2014, p. 90). De acordo com a autora, a potência do organismo se dá na relação holística do ser que visa resolver ou satisfazer alguma necessidade, além de buscar a resolução de uma experiência ou vivência que promove desequilíbrio, formando gestalten inacabadas. Portanto, a ação relacional acontece sempre na dinâmica organismo-meio, motivado por alguma frustração.

Perls (2015), explica e critica a dinâmica humana e uma causa única determinante que explica alguma disfunção orgânica ou frustração relacionada com algum aspecto psicológico, estudado pelo o autor a partir da teoria organísmica de Kurt Goldstein. O que seriam estas causas únicas? Um processo mental dirigido por uma razão, pelo inconsciente profundo e misterioso, um sistema neurofisiológico etc., ou seja, determinando e explicando o modo de agir do sujeito. O autor explana sobre a importância de observar outras faculdades internas deste homem: símbolos, abstrações mentais, pensamentos, atenção, percepções sensoriais, a conscientização, a vontade, a possibilidade de fantasiar, imaginar etc. Direciona-se a energia mental para aquilo que deseja, planeja, ou seja, em um investimento energético menor que a ação física, porém não menos importante, em uma interação de intensidade do mental e físico constante com o meio, ou seja, não há separação e movimento isolado da relação físico e mental, os dois interagem em uma dinâmica de interdependência com o meio.

(...) podemos observar se as atividades física e mental são da mesma ordem, podemos observar a ambas como manifestação da mesma coisa: o ser do homem. Nem o paciente nem o terapeuta estão limitados pelo que o paciente diz e pensa: ambos podem agora levar em consideração o que ele faz. O que ele faz fornece indícios para o que pensa, assim como o que pensa fornece indícios para o que faz ou gostaria de fazer... (PERLS, 2015, p.30)

Assim, é o próprio paciente que vai dar sentido e significado para seus sintomas, imaginação, sensações etc. O Gestalt-terapeuta auxilia a atenção do paciente para aquilo que se mostra, que fica evidente, mas é o cliente que faz a interpretação da sua própria

experiência no presente, reintegrando pensamentos, sentimentos, modos de agir em sua totalidade de ser humano, autorregulando-se. (PERLS, 2015)

2.2 Psicologia da gestalt

Para o Gestalt-terapeuta, faz-se necessário estudar a importância da aplicação dos princípios da psicologia da gestalt na Gestalt-terapia, compreendendo as diferenças entre as duas. A primeira, delimita o seu campo de estudos na percepção humana e seu processo de aprendizagem. Enquanto a segunda é uma abordagem teórica que se apoia em pressupostos filosóficos e teóricos para descrever a dinâmica complexa e totalizante da relação do homem no mundo. (RIBEIRO, 2012).

De acordo com Ginger e Ginger (1995), estudiosos da psicologia da gestalt - Max Wertheimer, Kurt Koffka e Wolfgang Kohler - observaram as relações entre o sistema fisiológico e psicológico da percepção, e como estes sistemas interagem com o meio. Eles ao longo de suas pesquisas estenderam seus estudos: memória, inteligência, expressão, e finalizaram na personalidade de forma totalizante. E destacaram a correlação que existe entre a dimensão física e psíquica e as leis que as interferem, e concluíram que todo objeto em si é uma forma, ou seja, uma Gestalt, que possui uma totalidade, delimitação, estrutura e significado. Ginger e Ginger comentam:

Todo campo perceptivo se diferencia em um fundo e em uma forma, ou figura. A forma é fechada, estruturada. É a ela que o contorno parece pertencer. Não podemos distinguir a figura sem um fundo: a Gestalt se interessa por ambos, mas sobretudo, por sua inter-relação. (GINGER e GINGER, 1995, p.38)

Os trabalhos laboratoriais que os gestaltistas estudaram, atacando as ideias da época relacionadas à objetividade da ciência, provaram que a configuração do objeto possui uma relação de dependência com as necessidades do indivíduo, e vice e versa. A necessidade do indivíduo em relação ao objeto é recíproca. Para uma compreensão mais detalhada é analisado o princípio figura e fundo da Psicologia da Gestalt. (GINGER e GINGER, 1995)

Segundo Ribeiro (2012), a expressão figura e fundo foi utilizada por Robin em 1912 explicando que a figura ressalta de um objeto totalizante, enquanto o fundo retrocede e fica disforme do objeto. Figura-fundo é um conceito de destaque na Gestalt-terapia, para a compreensão de como um objeto se organiza, e a formação de novas *gestalten*. O mesmo autor descreve um exemplo de um triângulo dentro de um retângulo, mostrando que a figura maior (retângulo) continua existindo mesmo com a presença da figura menor (triângulo), onde a primeira figura representa uma parte da totalidade de um campo simultaneamente com a outra figura, realizando uma dupla representação no campo ambiente do sujeito, sendo o próprio triângulo e em outros momentos parte do retângulo. Esse exemplo expressa uma análise do ponto de vista existencial humano, onde as necessidades e demandas não são analisadas de forma isolada. Se um problema se torna figura, existe no fundo algo

maior e mais complexo relacionado. O desafio do Gestalt-terapeuta é perceber o que é figura e fundo no discurso estruturado do cliente.

Ribeiro (2012) diz que no contexto clínico o cliente é a figura e o psicólogo é o fundo, pois o cliente é que vai levar uma demanda dentro da configuração formada no *setting* terapêutico, além de comunicar algo direcionando o trabalho clínico. Segundo Ribeiro (2012, p.112), “Na hipótese em que o *setting* psicoterapêutico esteja organizado, de modo que a realidade psicoterapeuta-paciente funcione como um todo, seus contornos e limites obedecerão à formação de leis diferentes de um para com o outro, (...)”. Observa-se que a interação figura-fundo do cliente segue um fluxo dinâmico, alterando a sua organização, influenciando o Gestalt-terapeuta a uma postura de fluidez dialógica eu-tu, e a partir deste encontro a transformação acontece.

2.3 Teoria de campo

Yontef (1998) menciona que a teoria de campo de Lewin é uma abordagem de teoria pós-moderna, que integra de uma maneira ampla temas e contextos relacionados à inteligência, ao social, à cultura, à política etc. A Gestalt-terapia tem como necessidade primordial o “despertar” consciencial do cliente, através do processo de conscientização (*insight*, dar-se conta) que acontece no campo subjetivo do cliente em interação com o psicoterapeuta, que também possui o seu próprio campo. A teoria de campo está inserida na forma como o sujeito dá sentidos e significados na sua interação subjetiva com o mundo.

Ribeiro (2012), faz analogia do conceito de campo com a presença total singular do cliente, que chega ao consultório com suas roupas, forma de expressão, falar e idade constituem forças deste campo que influencia o campo perceptivo do terapeuta. A teoria de campo de Lewin mostra a relação estrutural amplificada da relação pessoa/meio – parte/todo. E assim, aspectos psicológicos, familiares, sociais, comportamentais, existenciais fazem parte do campo vital do cliente que chega ao consultório com a sua queixa/problema, e cabe ao Gestalt-terapeuta compreender estes aspectos e sua relação com o sujeito queixoso, visando a aproximação do entendimento integrado de um comportamento não saudável.

Na Gestalt-terapia a teoria de campo é utilizada para compreender como se organiza um campo organismo/meio do indivíduo, como se movimenta as energias de suas ações em seu processo de crescimento, dando ênfase em como o cliente descreve os fenômenos que surgem, a partir do método fenomenológico, externalizando emoções através do corpo e não apenas falar delas etc., confiando a Gestalt que emerge, e dar menos importância a conceitos estáticos, rígidos e racionais. (YONTEF,1998)

Segundo Perls (1977), o estado saudável do indivíduo ocorre quando seu sistema orgânico está em equilíbrio, dentro de um campo, satisfazendo alguma necessidade (fisiológica, social, emocional etc.) alcançando a autorregulação orgânica. Quando uma questão ou demanda surge se tornando figura prevalece sobre qualquer outra

questão. Um exemplo, citado pelo autor, seria de um ambiente que inicia um incêndio, tornando uma necessidade primordial a auto conservação (figura) sair daquele local, e assim, interrompendo qualquer outra necessidade (fundo) naquele instante da experiência presente, iniciando o ciclo de contato e finalizando até a satisfação da necessidade, saindo do local do incêndio com vida.

3 I O OLHAR DA GESTALT-TERAPIA NOS SINTOMAS CONTEMPORÂNEOS

De acordo com Silva, Baptista e Alvim (2015), a possibilidade da abertura, do contato pleno, da *awareness* parece estar em falência na contemporaneidade. E é nesse momento que os autores consideram que a Gestalt-terapia pode auxiliar, através de um olhar crítico, os fenômenos, que vem acontecendo na atualidade. Reafirmam a posição gestáltica dialógica e relacional que abole o individualismo do psicologismo trazendo para a relação a consideração do fenômeno humano.

A pressa desenfreada da contemporaneidade tem feito com que o ser humano de distancie do que é da ordem da experiência. A pressa, o isolamento, a competição afastam a pessoa de se encontrar com o outro e assim as relações de intimidade e diálogo genuíno inexistem. (SILVA, BAPTISTA, ALVIM, 2015). De acordo com os autores, na tentativa de se sentirem aceitos, incluídos e amados, o homem tem perdido a dimensão genuína da relação que é a de entrega e abertura, pois lidam como o outro como se fosse um objeto que pode ser controlado. Portanto, a Gestalt-terapia traz à contemporaneidade um olhar que visa reconectar o homem com as relações íntimas e mais amplas, numa travessia que restaura sua própria humanidade. Dessa travessia pode vir tanto o júbilo quanto o sofrimento. Há uma possibilidade da pessoa religar-se a si mesma e ao outro através da relação terapêutica.

3.1 O Ciclo de Contato e a Função Self

O ciclo de contato e seus respectivos bloqueios ou interrupções é uma teoria elaborada por diferentes autores, e atenta-se neste artigo a descrição feita pelos seguintes autores: Perls, Ribeiro, Ginger e Ginger, Pinto e Zinker, com o objetivo de relacionar e pontuar semelhanças e diferenças no modo de pensar de cada autor sobre a mesma teoria e sua importância na produção do diagnóstico.

Segundo Ribeiro (2019), o ciclo de contato representa uma configuração, hierarquia de necessidades acabadas ou inacabadas (*gestalten*) que possuem relação com modelos e formas existenciais, e as suas etapas estão se movimentando fluidamente. É utilizada pelo Gestalt-terapeuta para perceber e observar como os sintomas são construídos, na produção de um psicodiagnóstico e prognóstico não determinista, e sim processual, sinalizando novas possibilidades de existir, ou seja, promovendo mudanças e a cura do sujeito. As etapas são: fluidez, sensação, *awareness*, mobilização, ação, interação, contato

final, satisfação e retirada. E que cada etapa se relaciona dinamicamente com o self e suas funções em um ambiente que sempre é relacional.

Já Ginger e Ginger (1995) relatam sobre a teoria do ciclo de contato, como um conceito fundamental na Gestalt-terapia para compreender a relação única, individual do sujeito e a satisfação de suas necessidades em predomínio, em vários níveis (fisiológico, cognitivo, afetivo, emocional, motor, social e espiritual), no campo relacional em que se encontra. O autor descreve que o ciclo de contato possui várias fases, com a finalidade de orientar o Gestalt-terapeuta em relação a etapa do ciclo que foi interrompida pelo o cliente, as *gestalten* inacabadas (formas de funcionamento/configuração). O autor desenvolve as etapas do ciclo de contato que são: pré-contato, contato, contato final e pós-contato. Em seguida os bloqueios de contato, que são: confluência, introjeção, projeção, retroflexão, deflexão, proflexão e egotismo.

Ribeiro (2015) menciona outras etapas e nove bloqueios de contato acrescentando mais dois: fixação e dessensibilização. Todos eles são fundamentais para o entendimento do diagnóstico processual do cliente, em relação a sua queixa(s) e demanda(s). (GINGER e GINGER, 1995). Zinker (2007), descreve as interrupções e fases que ocorrem no ciclo de contato e que tem uma relação próxima com as psicopatologias, de acordo com o manual psiquiátrico. Zinker estrutura as fases ou etapas do ciclo de contato da seguinte maneira: retração-sensação, *awareness*-mobilização de energia, ação-contato e finaliza na retração.

A função *self* processual do cliente se expressa a cada etapa do ciclo, em uma forma e interesse subjetivo no qual a percepção é dirigida para uma nova figura (Gestalt) que surge do fundo e fixa a atenção. A fase de pré-contato (fixação, retração, sensação e *awareness*) está relacionada com as sensações e tensões corporais/fisiológicas, ativando a função *id* do *self*. Exemplo: o indivíduo se aproxima da pessoa que está apaixonado, e o seu coração acelera; o coração é a figura e o corpo é o fundo. Na fase do contato (*awareness*, mobilização de energia, ação e interação), o sujeito se coloca de forma *aware*, mobilizando a energia no meio, interagindo de forma corporal, emocional e afetiva com o objeto de interesse, e o *self* é ativado no modo “eu”, possibilitando fazer escolhas responsáveis conscientes de assimilação ou rejeição. Já no contato pleno ou final (interação, contato final, satisfação ou retirada), o *self* é ativado no modo “personalidade”, e ocorre a confluência funcional, ou seja, o indivíduo não discrimina o “eu” e o outro, proporcionando movimentos de abertura permeável, desconstruindo barreiras na fronteira de contato, levando-o ao pós contato, retirada ou satisfação: a relação sujeito-objeto é estabelecida a partir da assimilação consciente, proporcionando crescimento, ou seja, elaboração daquilo que foi experienciado, em um processo de integração do vivido, proporcionando o relaxamento da necessidade satisfeita (fechamento de um ciclo), levando-o a disponibilidade de entrar em contato com uma nova Gestalt, um novo ciclo surge. Cada ciclo se forma a partir de uma necessidade predominante, dentro de uma hierarquia de necessidades, que se torna figura. (GINGER e GINGER, 1995) e (RIBEIRO, 2019)

3.2 Neurose

Perls (2015) menciona que a Gestalt-terapia enfatiza o sujeito em sua constante relação campo-organismo-meio, e que o seu comportamento é uma expressão desta dinâmica relacional, lembrando que este campo está em constante transformação e mudança, e o sujeito saudável é aquele que consegue satisfazer as suas necessidades, de acordo com o ciclo de contato, e se ajustar com fluidez e dinamismo no campo. Quando esta forma de interagir se torna desatualizada e enrijecida, ocorre a neurose.

Quando o indivíduo se torna incapaz de alterar suas técnicas de manipulação e interação é que surge a neurose. Quando o indivíduo está cristalizado num modo de atuar obsoleto, fica menos capaz de ir ao encontro de qualquer de suas necessidades de sobrevivência, inclusive das necessidades sociais. (PERLS, 2015, p.40)

O autor esclarece que o neurótico tem dificuldades de perceber modos e formas mais funcionais para a satisfação de suas necessidades, e diferenciar o que é seu e o que é do outro, ou seja, literalmente é um indivíduo que é “engolido” pela sociedade. Ou seja, o neurótico se vê menor e a sociedade é sempre maior que ele. Perls (2015), considera que tais disfunções de comportamentos é o resultado de buscas de necessidades diferentes ao mesmo tempo na relação indivíduo com o grupo social (família, relações sociais, trabalho, estado, etc), e também quando este mesmo sujeito não consegue identificar qual a sua necessidade dominante, e portanto não ocorre um contato funcional, que pode resultar em assimilação ou fuga, afetando-o de alguma forma e o meio em relação. E segundo Perls (2015), a neurose é um distúrbio que impede o indivíduo de enxergar novas possibilidades, e co-criar novas formas de existir. Os mecanismos neuróticos podem surgir também de experiências traumáticas, e outros processos de sobrevivência grupal, levando o sujeito se ajustar de uma maneira confusa, e adoecida na expressão de sua função *self* e na relação com o outro.

4 | O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA COMPREENSÃO DIAGNÓSTICA

De acordo com Pinto (2015), o diagnóstico em Gestalt-terapia não é fixo e sim processual, levando o Gestalt-terapeuta a ficar alerta em relação a configuração mutável figura-fundo que o cliente apresenta quando expressa uma vivência, uma queixa, um sintoma etc., na relação psicólogo-cliente (Eu-tu) a partir de uma necessidade predominante que emerge relacionada diretamente no ciclo de contato, e seu respectivo bloqueio de contato. O método fenomenológico é utilizado nesta relação, influenciando diretamente a dinâmica aberta e processual do diagnóstico. Ou seja, cada encontro clínico psicoterapêutico é único e diferenciado de acordo com o fenômeno que se mostra no contato dialógico presente. A interação dialógica Eu-Tu é um conceito e técnica utilizada na Gestalt-terapia, baseada no pensamento do filósofo Martin Buber, no livro *Eu e Tu*, introduzido e comentado por Newton Aquiles Von Zuben:

Para Buber a palavra proferida é uma atitude efetiva, eficaz e atualizadora do ser do homem. Ela é um ato do homem através do qual ele se faz homem e se situa no mundo com os outros. A intenção de Buber é desvendar o sentido existencial da palavra que pela intencionalidade que a anima, é o princípio ontológico do homem como ser dia-logic e dia-pessoal... são duas intencionalidades dinâmicas que instauram uma direção entre dois pólos, entre duas consciências vividas. (ZUBEN, 2001, p.28)

Pimentel (2003) menciona que o diagnóstico em Gestalt-terapia se dá de forma compreensiva na interação e participação ativa do cliente, diferenciando do modelo de diagnóstico explicativo, conforme mencionado anteriormente. Ou seja, o psicólogo Gestalt-terapeuta não adota uma postura de apenas observar e anotar os dados levados, e sim através da relação dialógica, mostrar o que observa - suas impressões, sensações, gestos, olhares e sentimentos, para o cliente -, a partir do fenômeno que vai surgindo, comunicando e evidenciando ao cliente o seu próprio processo dinâmico de desenvolvimento, das situações inacabadas, dos bloqueios rígidos de contato e da fluidez que se dá, ajudando-o na sua própria compreensão e sentido.

Para Joyce e Sills (2017), a Gestalt-terapia, na avaliação diagnóstica, valoriza primordialmente a ampliação da consciência na fase do ciclo em que se encontra a interrupção de contato neurótico, e o contato dialógico de relação autêntica no momento presente, no qual contribuem positivamente e suficiente para um tratamento psicológico relacional criativo, descritivo e compreensivo, que promove mudanças significativas no cliente, levando-o a formação de novas *gestalten* saudáveis.

Dois manuais muito utilizados na medicina psiquiátrica e na psicologia que segue a linha mais normativa são o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2014) e o livro Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais (DALGALARRONDO, 2008). A proposta do DSM é servir com um guia que seja prático e flexível gerando a possibilidade de organizar informações que irão auxiliar precisamente o diagnóstico trazendo a possibilidade de tratamento dos transtornos mentais. (DSM-V, 2014). Ainda de acordo com o DSM-V (2014, p.21) “os critérios diagnósticos são oferecidos como diretrizes para a realização de diagnósticos, e seu uso deve se basear no julgamento clínico.” Ou seja, um julgamento específico onde há um limite a ser seguido.

Dalgalarondo (2008, p.40) afirma que existe uma relação dialética no processo diagnóstico entre o que é particular e individual e o geral e universal. De acordo com isso não se pode esquecer que os diagnósticos são ideias que ajudam nos construtos do trabalho científico, “mas não são objetos reais e concretos”. Ou seja, o diagnóstico à vista desse teórico é um ponto de partida para algo que vai além do que se pode ver.

Pinto (2015) descreve que alguns Gestalt-terapeutas usam o DSM (atualmente DSM-V), como base para algumas tipologias. E ele mesmo afirma ter usado durante muitos anos o DSM como referência, mas que foi percebendo aos poucos que tinha no Ciclo de Contato, mencionado anteriormente, um ponto que possibilitava um diálogo da Gestalt com

o DSM, pois esse diálogo estabelecido e facilitado pelo ciclo de contato entre a abordagem e o DSM encontra-se, entre outros, no fato de que o Manual é composto nas diversas versões de descrições. Descrições estas que não estão preocupadas em fazer inferências, mas que possibilitam um olhar fenomenológico para o Manual. O autor ainda afirma que o fato do Manual ser bem descritivo permite o diálogo das variadas abordagens psicológicas com a psiquiatria. O Gestalt-terapeuta pode utilizar a ferramenta do ciclo de contato e seus respectivos bloqueios para realizar a construção diagnóstica.

4.1 Bloqueios de Contato

Segundo Pinto (2015), cada bloqueio de contato, que interage dinamicamente com as fases do ciclo, tem uma função estrutural no processo do *Self*, e que pode ser manifestado como um modo de defesa do indivíduo, em dada circunstância, proporcionando a sua autopreservação. O patológico se dá quando estas descontinuidades de contato se tornam cristalizadas, impedindo outras possibilidades de ajustamento criativo funcional. Portanto, o bloqueio de contato se torna patológico, quando o sujeito repete sempre um padrão descontínuo no ciclo de contato, cristalizando-o, gerando um sintoma, e o autor faz uma comparação com as definições descritas no DSM. O autor, utiliza o termo: estilos de personalidade, para explicar as formas do indivíduo estar no mundo, e que são sustentados pelos bloqueios ou descontinuações de contato. Todos os estilos, segundo o autor, possuem um bloqueio de contato oposto e que se complementam. Por exemplo: o dessensibilizador se opõe ao defletor, o introjetor ao projetor, o profletor ao retrofletor, o egotista ao confluyente. Ribeiro (2019) menciona que cada fase do ciclo de contato evidencia a relação polarizada saúde e doença nas interrupções de contato, e que os bloqueios sinalizam formas e movimentos criativos funcionais ou disfuncionais, e que podem se modificar a partir do momento que os clientes se tornam *awareness* de suas formas existenciais

No presente artigo busca-se atentar para as interrupções de contato cristalizados, disfuncionais e neuróticos. Ênio Brito Pinto, esclarece:

O apontar de caminhos que se pode depreender do estilo de personalidade de cada cliente é feito grosso modo, devendo ser especificado cuidadosa e continuamente para cada cliente em cada momento do processo terapêutico. Vale repetir que não se podem enquadrar os indivíduos em um estilo “puro” de personalidade, embora sempre haja um modo de ser prevalente. (PINTO, 2015, posição.868)

Portanto, as características descritas por cada autor, servem como uma “bússola”, um norte na construção do diagnóstico processual que acontece fenomenologicamente em cada encontro no setting terapêutico. Pinto (2015) observou em seus atendimentos, que os clientes costumam expressar dois estilos de personalidade, um que predomina e outro auxiliando em proximidade (conforme relatado no parágrafo anterior). As características de personalidade descritas por Pinto revelam uma configuração ajustada pela fronteira de contato do cliente, com seus valores, crenças, regras, experiências de vida, modos de ser,

constructos cognitivos (organização de pensamentos e reflexões), corpo, relação socio-cultural, etc em constante relação com o meio. E no contexto terapêutico isso é percebido pelo Gestalt-terapeuta na relação dialógica, presentificado pelo aqui e agora, estabelecida pelas diferentes fronteiras (terapeuta e cliente) que se encontram.

Pinto (2015), não elabora um desenvolvimento teórico de personalidade sobre o bloqueio fixação, que segundo Ribeiro (2019) faz parte do início do ciclo de contato, caracterizando-se como um apego excessivo sobre crenças, valores e pessoas, ocasionando rigidez ao novo, e com medo excessivo de correr risco ao lidar com mudanças. Este bloqueio ocorre na função id do *self*, e na fase fluidez do ciclo de contato.

De acordo com Pinto (2015) o ciclo se inicia com o bloqueio dessensibilização, e tem proximidade com as personalidades esquizoide e esquizotípica do DSM. São pessoas que possuem como característica tendenciosa ficarem isoladas como uma forma de buscar um bem estar, e se satisfazem com um número reduzido de relações afetivas, no meio profissional etc. No aspecto cognitivo são mais concretos e menos abstratos em suas reflexões, e quando deprimidos os dessensibilizados apresentam uma intensidade na ironia, e muitas vezes de forma sarcástica e se incomodam com elogios. Ribeiro (2019), descreve a dessensibilização ocorrendo na função id do *self*, e na fase sensação do ciclo de contato. É um processo em que o cliente tem dificuldades de se conscientizar das sensações corporais, não discriminando o que é interno e externo, e não se motivando por novas sensações de maior intensidade.

Pinto (2015), fala que no setting terapêutico, este cliente costuma apresentar como queixa a ansiedade e o incomodo de sentir desejo em ficar sozinho. São clientes que falam mais de si mesmo centrados em um discurso mais generalista e se distanciando de um contato afetivo e produtivo com o Gestalt-terapeuta. Na verdade, são indivíduos que usam de suas defesas discursivas para não entrar em contato com as suas fragilidades emocionais, e assim exige do terapeuta muito cuidado para não ser muito invasivo emocionalmente. O trabalho terapêutico deve ser direcionado para a conscientização do contato corporal e proprioceptivo, utilizando as funções de contato (tato, paladar, olfato e visão), mas sempre com muita delicadeza no manejo terapêutico. E também trabalhar terapeuticamente a forma como expressam o humor em suas relações através da avaliação reflexiva e crítica construtiva, atualizando novas formas de estar no mundo.

No segundo bloqueio, Ribeiro (2019), descreve a deflexão que ocorre na função id do *self*, e na fase awareness no ciclo de contato. É um processo de estar em contato de forma superficial, generalista e distante, a energia do *Self* é investida sem objetivo e aprofundamento na relação. O sujeito se sente perdido, não compreendido e sem valor na vida de forma geral.

Pinto (2015) define a deflexão como um modo de funcionamento de alta sensibilização que o indivíduo sofre do ambiente. O autor faz uma relação próxima com a personalidade histriônica descrito no DSM, em que este sujeito necessita de uma forte presença de

socialização que acontece em um nível horizontal, ou seja, superficial. De acordo com Pinto (2015, posição: 996) “Os defletores tendem ser ativos e a ter grande contato com as sensações de prazer e de dor, vivenciando-as com intensidade”, e usam do contato sexual para passar algum tipo de afeto, utilizando da sedução e controle. Na conexão com o Gestalt-terapeuta, estes clientes expressam:

(...) imprevisibilidade do contato na terapia e da facilidade dessas pessoas para defletir nos momentos mais decisivos e carregados de energia das sessões, desviando-se para situações aparentemente inócuas, desconsiderando a dedicação e a presença do terapeuta naquele momento, depois de abrir *Gestalten* cujo fechamento procurarão evitar a todo custo. (PINTO, 2015, posição 1043)

E assim, nos ajustes deflexivos neuróticos, o cliente possui uma dificuldade de ampliar a *awareness* de mudanças profundas mais saudáveis na relação interpessoal e intrapessoal. O desafio do Terapeuta é ajudá-lo a voltar a sua percepção mais para si e diminuir a sua tendência de direcionar a atenção para o outro e o ambiente, alcançando novas formas de atuação, transformando figuras obsoletas em experiências mais profundas e funcionais, reconfigurando-se, e realizando suas necessidades de forma mais satisfatória e saudável. (PINTO, 2015)

Ribeiro (2019) define o terceiro bloqueio: introjeção que acontece na função eu do self e na fase de mobilização dentro do ciclo de contato. É um processo onde o sujeito recebe normas, regras, ideias, conceitos recebidos pelo meio sem fazer algum tipo de reflexão subjetiva, por medo da energia agressiva de si mesmo e do outro. Existe o desejo de mudança, mas teme enfrentá-la.

Segundo Pinto (2015), o estilo introjetor tem semelhança à personalidade esquiva, de acordo com o DSM, com características ansiosas e de paralisação. O autor, descreve uma característica central deste bloqueio a fuga como um processo de se afastar de seus contatos, pois tem receio de ser sofrer algum tipo de humilhação, e sustentam a crença de negatar tudo que lhe possam acontecer, esperando sempre um acontecimento ruim no meio em que se encontram. Perls (2015), relata que o introjetor apresenta dificuldades de desenvolver o crescimento da sua própria personalidade, pois de alguma forma sustentam algo (normas, crenças, regras, etc) que recebeu do meio, e que se tornou estranho e está alojado em seu sistema, e não ocorreu a digestão psicológica. Pinto (2015), descreve que são pessoas que tem medo da rejeição, possuem baixa autoestima, pessimismo e um autoconceito corporal depreciativo, valorizando mais a dor que o prazer. Na relação terapêutica, são pessoas que temem o contato físico, e ficam atentas e ansiosas por uma possível rejeição por parte do terapeuta. O profissional Gestalt-terapeuta, necessita ficar alerta aos medos que são expressados na relação dialógica, e buscar um manejo interventivo com o objetivo do cliente se observar e se conhecer, auxiliando-o na tolerância das dores existenciais e ansiedades que surgem, desenvolvendo uma segurança em lidar

com elas, através da reflexão dos introjetos acumulados e trabalhando crenças positivas sobre si mesmo.

A próxima interrupção de contato é a projeção. De acordo com Ribeiro (2019), o bloqueio acontece na função eu do self, e na fase da ação no ciclo de contato. O indivíduo concede a outrem modos de ser e características pessoais que de alguma maneira o incomodam. Segundo Perls (2015), na projeção o sujeito busca responsabilizar o meio o que se encontra em seu próprio modo de ser, hipotetizando situações embasadas em suas fantasias neuróticas.

Pinto (2015) faz uma relação do projetor com a personalidade paranoide no DSM, tendo como característica predominante o enrijecimento do comportamento marcado pela desconfiança, e se tornam pessoas muito vigilantes na atitude dos outros. Consideram a relação de estar no mundo como algo perigoso, e se colocam em uma postura defensiva para encarar algum tipo de estímulo hostil provocado pelo meio. E isto afeta diretamente na percepção corporal, que está na maior parte do tempo tensionada pela postura luta e fuga. Seus contatos se apresentam de forma mais cognitiva do que afetiva. Os estilos projetores possuem uma dinâmica social muito restrita, e com dificuldades de estabelecer vínculos duradouros, pois tendem a manifestar irritação, inveja e ciúme em suas relações.

O próximo bloqueio de contato é o profletor, e de acordo com Ponciano (2019), o profletor está interrompido na função eu do *self*, e na fase de interação no ciclo de contato. Este bloqueio de contato é caracterizado como o sujeito que manipula o outro, tornando-o objeto de seu desejo e nutrição, e sempre com o objetivo de receber algo em troca desta relação de manipulação. Há uma necessidade de ser reconhecido por este outro. O profletor apresenta dificuldades de perceber a sua própria fonte de nutrição individual. Segundo Pinto (2015), o estilo de personalidade profletor, de acordo com os critérios do DSM, assemelha-se com o perfil borderline. Pois algumas características presentes no border encontram-se presentes na personalidade profletor. Como por exemplo impulsividade e instabilidade emocional. Além disso vivem um sentimento de abandono de forma muito acentuada e todas essas demandas do perfil geram perigo tanto à pessoa como aos que a cercam. “As palavras-chave aqui são ‘impulsividade’, abandono’ e ‘temeridade’.” (PINTO, 2015, p.100)

No estilo de personalidade profletor, questões que abrangem a identidade têm um grande peso, ainda mais quando a confusão entre o outro e o próprio “eu” é acentuada. Devido a isso, Pinto (2015) afirma que uma das grandes dificuldades do estilo de personalidade profletor é a convivência.

O sexto estilo de personalidade é o retrofletor, e Perls (2015) descreve como uma pessoa que utiliza a energia recebida do meio e não elabora, guarda para si, tratando a si mesma como desejaria tratar a outrem. De acordo com Pinto (2015, p.108, 109) é “a capacidade de se conter a fim de se portar de modo adequado”, isso porque faz parte dessa personalidade a tendência a segurar-se, ou seja, o muito pensar, ruminar ideias, dificuldade de relaxar. Está sempre alerta, pois entende que sempre pode fazer o que já

fez de uma forma melhor. São pessoas disciplinadas e atentas, mas essa atenção não é às pessoas; diz respeito à sua autodisciplina. Pode lembrar a personalidade egotistas, mas são diferentes, pois os egotistas querem provar sua superioridade e os de personalidade retrofletora querem apenas provar que podem se superar.

Ribeiro (2019) menciona que o retrofletor apresenta o bloqueio na função personalidade do *self*, e na fase contato final do ciclo de contato. E apresenta como característica principal o modo de ocupar sempre o seu tempo de forma isolada, e no envolvimento afetivo com alguém tem medo de se machucar emocionalmente ou fazer isso com alguém. Tornando-se inimigo de si mesmo.

Pinto (2015) afirma que nos retrofletores a cognição está sempre em voga e é um elemento confiável. São extremamente racionais, por isso experiências místicas nesse perfil de personalidade é muito raro. É comum o retrofletor procurar a psicoterapia. São clientes assíduos, cujos assuntos costumam girar sempre em torno de um mesmo tema. Um cuidado que o terapeuta precisa tomar é que no fim das contas, para esse estilo de personalidade, a terapia passa a ser apenas mais uma tarefa que precisam cumprir com eficácia. Pagam em dia e acabam achando desnecessária e um desperdício de dinheiro, embora raramente faltem.

Outro estilo de personalidade é o egotista, que tem como característica marcante o fato de ser antissocial e narcisista, ou seja, dificuldade de vivenciar sentimentos, principalmente os que são ligados ao que diz respeito à culpa e à empatia. Tendo como característica mais marcante o autodomínio, afirmando de forma concreta sua potência. (PINTO, 2015)

Segundo Ribeiro (2019), o egotismo é um bloqueio que ocorre na função personalidade do *self*, e na fase satisfação no ciclo de contato. O autor descreve o egotismo como uma forma de se colocar no centro das relações e interesses, atuando no meio com um controle estereotipado em excessos de rigidez com o objetivo de se manter em um status quo daquilo que já se conhece e tem controle, sem mudanças e surpresas desagradáveis. A personalidade egotista tem um conflito nas relações de troca (dar e receber) interpessoais. Ênio Brito Pinto (2015) explica que, com relação às pessoas vivem constantemente à sensação de serem superiores à maioria delas, o que as tornam suas constantes rivais. Para eles existe uma batalha a ser vencida todos os dias com outros e consigo mesmos. Por isso a sua atenção sempre está voltada para a forma de como são vistos. Além de serem altamente tocados pela crítica e por aplausos. Além de se ressentirem com suas próprias derrotas e frustrações, pois afetam seu ego.

O Estilo de personalidade confluyente, de acordo com Perls (2015), relata que o indivíduo não consegue perceber uma diferenciação ou algo que impeça a relação do seu *self* com o meio, se tornando uma coisa só. Perls (2015, p.52) descreve que “a pessoa em que a confluência é um estado patológico, não pode discriminar entre o que ela é e o que as outras pessoas são. Não sabe onde ele termina e começam os outros.” Pinto

(2015) menciona que o confluyente tem similaridade com a personalidade dependente em concordância com o DSM. A marca dessa personalidade é a forma intensa com que se doa as pessoas. De acordo com o autor se unem com as pessoas em relações assimétricas, pois assim se sentem essenciais, importantes.

Ribeiro (2019) menciona que a confluência é um bloqueio que ocorre na função personalidade do self, e na fase retirada do ciclo de contato. Possui como característica a ligação forte com os outros, com o objetivo de agradar o outro e o meio, aceitando que este outro lhe direcione com decisões e atitudes, mesmo que lhe cause algum desconforto pessoal. O confluyente busca obter aceitação, pois teme ficar isolado. Segundo Pinto (2015), a pessoa com o estilo de personalidade confluyente pode tanto fazer grandes sacrifícios pelas pessoas como proporcionar grande confusão devido ao excesso de zelo, devoção, controle e cuidado exagerado. Isso, tanto às pessoas que necessitam quanto às pessoas que não necessitam de cuidado algum. “Em crise, é comum terem desentendimentos por causa do seu senso de dever ou da assimetria nas relações.” (PINTO, 2015, p.126).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste artigo a intenção foi demonstrar através de referenciais teóricos o olhar que está para além daquilo que é tido como usualmente diagnosticado. Pois os manuais que classificam o diagnóstico têm uma função, mas segundo a Gestalt-terapia não se fecha neles. De acordo com Frazão (2015, p.85), “Elas descrevem o que há em comum entre as pessoas portadoras de determinado distúrbio, mas não descrevem o conteúdo singular delas em cada paciente, tampouco o seu significado.” Ainda assim, os autores não têm a pretensão de que é um assunto que possa limitar-se a um ensaio, mas que demanda inúmeros escritos e abre portas para excelentes e ricos debates.

Dito isso, considerou-se através das pesquisas, que o suporte baseado na filosofia existencialista e fenomenológica da Gestalt-terapia evidencia e aprofunda sua teoria humanista. Teoria essa que trabalhará a individualidade de cada pessoa de forma que cada ser é único, possibilitando assim buscar a *awareness* através de ajustamentos criativos. Avançando e trabalhando suas potencialidades que estão para além de diagnósticos fechados, antes o olhar da Gestalt-terapia parte do pressuposto de que através de uma relação dialógica terapeuta – cliente a compreensão diagnóstica vai sendo construída em cada sessão e com a participação ativa do cliente, pois ele é o responsável pelo seu crescimento dando sentido e significado a sua existência. Ou seja, como foi demonstrado, através da observação no *setting* terapêutico, o profissional pode ir acompanhando o diagnóstico flexível e mutável pelo qual seu cliente vai caminhando no decorrer do processo e trabalhando isso durante o percurso da terapia.

Portanto, o olhar da Gestalt sobre o diagnóstico é antes de tudo humano, sem deixar de ser profissional. Atento, sem deixar de ser livre. Teórico, sem deixar de ser criativo.

Aberto, fechando *gestaltens* para a liberdade do próprio ser de abrir outras e assim sucessivamente porque a pessoa em sua potencialidade é livre para crescer e ser o melhor que pode ser. A pessoa em totalidade e não a doença!

REFERÊNCIAS

BUBER, Martin. **Eu e Tu**. São Paulo: Centauro, 2001.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FRAZÃO, M, Lilian. “Compreensão clínica em Gestalt-terapia: pensamento diagnóstico processual e ajustamentos criativos funcionais e disfuncionais”. In: FRAZÃO, M, Lilian; FUKUMITSU, K, Okajima. (orgs.). **A clínica, a relação psicoterapêutica e o manejo em Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 2015.

FRAZÃO, M, Lilian. “Um pouco de história...um pouco dos bastidores”. In: FRAZÃO, L, Meyer e FUKUMITSU, K, Okajima. (orgs). **Gestalt-terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. São Paulo: Summus, 2013.

LIMA, A, de V, Patricia. “Autorregulação orgânica e homeostase”. In: FRAZÃO, L, Meyer e FUKUMITSU, K, Okajima. (orgs). **Gestalt-terapia: conceitos fundamentais**. São Paulo: Summus, 2014.

GINGER, Serge e GINGER, Anne. **Gestalt: uma terapia de contato**. São Paulo: Summus, 1995.

JOYCE, Phil. SILLS, Charlotte. **Técnicas em Gestalt: aconselhamento e psicoterapia**. Petrópolis: Vozes, 2016.

KURT, Lewin. **Princípios de Psicologia Topológica**. São Paulo: Cultrix, 1973.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS: DSM-V. Porto Alegre: Artmed, 2014

PERLS, Frederick Salomon. **Gestalt-terapia explicada**. São Paulo: summus, 1977.

PERLS, Frederick Salomon. **A abordagem gestáltica e testemunha ocular da terapia**. 2.ed. Rio de Janeiro: LTC, 2015.

PIMENTEL, Adelma. **Psicodiagnóstico em Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 2003.

PINTO, Ênio Brito. **Elementos para uma compreensão diagnóstica em psicoterapia: o ciclo de contato e os modos de ser**. São Paulo: Summus, 2015. Formato: epub

RIBEIRO, Jorge Ponciano. **Gestalt-terapia: refazendo um caminho**. São Paulo: Summus, 2012.

RIBEIRO, Jorge Ponciano. **O ciclo de contato: temas básicos na abordagem gestáltica**. São Paulo: Summus, 2019.

RODRIGUES, Hugo Elidio. **Introdução à Gestalt-terapia**: conversando sobre os fundamentos da abordagem gestáltica. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

SILVA, Thatiana Caputo Domingues da; BAPTISTA, Camilla Santos; ALVIM, Mônica Botelho. O contato na situação contemporânea: um olhar da clínica da gestalt-terapia. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 21, n. 2, p. 193-201, dez. 2015 Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672015000200008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 out. 2020.

YONTEF, Gary M. **Processo, diálogo, awareness**. São Paulo: Summus, 1998.

ZINKER, Joseph. **Processo criativo em Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 2007.

CAPÍTULO 8

O QUE O ÓDIO AO(À) 'BANDIDO(A)' TEM A DIZER SOBRE A SOCIEDADE BRASILEIRA CONTEMPORÂNEA

Data de aceite: 01/02/2021

Data de submissão: 05/11/2020

Gabriela Araújo Fornari

Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Pesquisadora no Laboratório Interinstitucional
de Estudos e Pesquisa em Fenomenologia e
Existencialismo - LIEPPFEX/CNPq, integrante
do Grupo de Estudos em Fenomenologia e
Existencialismo – GEFEX; Departamento de
Psicologia, Universidade Estadual de Maringá
Maringá-PR, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/6496026273509250>

Sylvia Mara Pires de Freitas

Docente no Curso de Psicologia, docente e
orientadora no Programa de Pós-graduação
em Psicologia, integrante do Laboratório
Interinstitucional de Estudos e Pesquisa em
Fenomenologia e Existencialismo - LIEPPFEX/
CNPq, coordenadora do Grupo de Estudos em
Fenomenologia e Existencialismo – GEFEX
Departamento de Psicologia, Universidade
Estadual de Maringá
Maringá-Paraná, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4057123879317140>

RESUMO: O fenômeno do ódio ao(à) bandido(a) tem sido constatado com grande expressividade no Brasil durante os últimos anos. Seguindo a tendência Latino-Americana, a onda conservadora tem assolado o país, atingindo o cerne não apenas do sistema político, mas também as ideias e as relações interpessoais de grande parte da população. Para compreender

essa realidade, este trabalho objetiva refletir, pela perspectiva do existencialismo sartriano, mais precisamente com o auxílio de seu pensamento desenvolvido na obra *Crítica da razão dialética*, sobre o que o crescente preconceito dirigido ao(à) criminoso(a) pode elucidar sobre a atual sociedade brasileira. Ao buscar compreender como o preconceito se forma e quais as variáveis que contribuem para a crescente adesão aos discursos de ódio, Sartre nos aponta dois elementos presentes nesse processo: o primeiro refere-se à paixão em aderir determinada ideia aliada ao senso de preservação do grupo; e o segundo, funda-se nos mecanismos utilizados pelos sujeitos diante da iminência da escassez de recursos materiais. Ressalta-se ainda a temporalidade como elemento fundamental para compreender determinado fenômeno, pois há relação direta entre o contexto socio-histórico e a visão da população para com as pessoas que cometeram crime(s). Conclui-se que atualmente grande parte da população considera os(as) ex-presidiários(as) como uma ameaça ao seu poder de consumo e à sua sobrevivência, legitimando através dessa ideia a **contraviolência** dirigida a eles(as). Essa forma de violência, por sua vez, tem sido efetivada por meio das tentativas de retirada de direitos, da mistificação, do preconceito e da supressão da liberdade daqueles(as) reduzidos(as) à identidade de “bandidos(as)”.

PALAVRAS-CHAVE: Criminalidade, Preconceito, Direitos humanos, Conservadorismo, Existencialismo.

WHAT DOES HATE TO THE “BANDIT” CAN TELL US ABOUT CONTEMPORARY BRAZILIAN SOCIETY

ABSTRACT: The phenomenon of the hate of bandits has been observed with great expressiveness in Brazil during the last few years. Following the Latin American trend, a conservative wave has been plaguing the country, reaching not only the political system, but also the ideas and interpersonal relationships of a large part of the population. To understand this reality, this work aims to reflect, from the perspective of Sartrean existentialism, more precisely with the help of his thought developed in the Critique of Dialectical Reason, about what the growing prejudice directed to the criminal can elucidate about a current Brazilian society. In seeking to understand how prejudice is formed and which variables contribute to the growing adherence to hate speech, Sartre points out two elements present in this process: the first refers to the passion to adhere to a specific idea coupled with the sense of preservation of the group; and the second, is based on the devices used by the subjects of the imminent scarcity of material resources. It is noteworthy that it is still a temporality as a fundamental element to understand the phenomenon, as there is a direct relationship between the socio-historical context and a view of the population towards the people who committed crime (s). It is currently concluded that a large part of the population considers ex-prisoners as a threat to their consumption power and their survival, legitimizing through this idea the **contraviole** directed at them. This form of violence, in turn, has been carried out through the measures of withdrawal of rights, mystification, preconception and the suppression of freedom those reduced to the identity of “bandits”.

KEYWORDS: Criminality, Preconception, Human rights, Conservatism, Existentialism.

1 | INTRODUÇÃO

Este trabalho é construído a partir da experiência de uma das autoras enquanto bolsista acadêmica do Programa Patronato, vinculado à Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) Campus Toledo, durante o período de março de 2017 a janeiro de 2019. Além desta atuação, o projeto de mestrado por ela desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Estadual de Maringá (PPI/UEM) tem como tema de pesquisa a intersecção entre criminalidade, raça e gênero, partindo da perspectiva dos sujeitos que cometeram crime(s) diante de suas próprias vivências. Essas duas atividades a levaram à proximidade com o público denominado pelo senso comum como “bandidos(as)”.

Percebe-se que o público, com o qual foi trabalhado no referido Programa Patronato, e que atualmente é a população pesquisada no mestrado, vem sendo alvo de inúmeros ataques nos últimos meses no país. A consciência deste fenômeno suscitou a inquietação para buscar compreendê-lo. Destarte, neste trabalho, objetiva-se refletir sobre o que esse crescente preconceito dirigido ao(à) criminoso(a) pode elucidar sobre a atual sociedade brasileira. Considerando-se que a conduta desaprovadora diante das pessoas que cometeram crime existe há séculos, acredita-se que esta reflexão é necessária, tendo em conta o aumento da expressividade do preconceito e da violência nos últimos anos.

A primeira parte deste trabalho contempla um apanhado geral sobre a legislação e a execução penal brasileira, abarcando o contexto social que perpassou sua criação. Na sequência terá como foco o fenômeno tratado como “ódio ao(à) bandido(à)”, e, por conseguinte, a aproximação com o objeto de estudo. As partes subsequentes serão destinadas à compreensão do preconceito, e a relação deste com a escassez, que será alicerçada no pensamento existencialista de Jean-Paul Sartre. Por fim, serão tecidas considerações sobre as pistas encontradas durante o trabalho que possibilitam uma maior compreensão da população brasileira, e das relações inter e intrapessoais atuais.

2 | A LEGISLAÇÃO DA EXECUÇÃO PENAL BRASILEIRA

No interior da legislação brasileira encontra-se a Lei de Execuções Penais (LEP), nº 7.210, de 11 de julho de 1984, dispositivo que afirma em seu artigo 1º que “a execução penal tem por objetivo efetivar as disposições de sentença ou de decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado”. De acordo com Oliveira (2018), a execução penal brasileira se preocupa não apenas com as questões relativas às penas impostas em caráter **punitivo**, mas também estabelece medidas que visam a **reabilitação** do(a) condenado(a).

Nesse intuito, a LEP não apresenta como penalidade ao ato criminal, exclusivamente, o regime fechado, tendo em conta que abre a possibilidade das penas e/ou medidas serem cumpridas de forma alternativa, como em regime semiaberto ou aberto. Durante os anos 80, o meio jurídico reconheceu a impotência do cárcere diante dos objetivos para os quais fora criado, sendo estes: a (re)educação, a oferta de novas oportunidades de ser e de existir, e a diminuição da reincidência criminal. Sendo assim, diante desse movimento autocrítico, a LEP foi criada apresentando pressupostos e métodos inovadores no campo da compreensão, do cuidado e do trabalho com o sujeito nesse contexto.

Além do mais, a execução penal brasileira se rege pelos princípios da isonomia, da dignidade da pessoa humana, da legalidade, da individualização da pena e da jurisdicionalidade. Evidencia-se que o princípio da isonomia está em consonância com a Constituição Federal regente, de 1988, que em seu art. 5º estabelece que não deve haver distinção entre as pessoas perante a lei, e no art. 3º, § VI assevera que a República do Brasil objetiva proporcionar o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade ou quaisquer outras formas de discriminação.

A LEP foi desenvolvida tendo como pilar a individualização da pena, em razão de apontar a necessidade de que a execução das modalidades penais considere as características particulares de cada sujeito a recebê-las. A execução da legislação atual torna indispensável o contato próximo entre a equipe do órgão de execução penal e o público atendido. Essa atuação, pela perspectiva de humanização do processo penal, possibilita a oferta de atividades que tenham maior potencial de produção de reflexão e

de desenvolvimento de habilidades para cada um(a) dos(as) egressos(as) do sistema prisional.

Efetivamente, o Programa Patronato é o órgão responsável pelo acompanhamento e fiscalização da execução penal em meio aberto, funcionando como um Projeto de Extensão de algumas Instituições de Ensino Superior (IES), sendo mantido pela Secretaria Estadual de Segurança Pública (SESP) e pela a Secretaria Estadual de Ciência e Tecnologia (SETI). O público atendido pelo Programa é composto por egressos(as) do sistema prisional e por sujeitos que são beneficiados pelas penas e/ou medidas alternativas em meio aberto. O trabalho é desenvolvido por equipe interdisciplinar composta por profissionais, acadêmicos(as) e orientadores(as) das áreas de Psicologia, Direito, Pedagogia, Serviço Social e Administração, com o objetivo de acompanhar e fiscalizar as medidas impostas judicialmente.

De fato, caso os pressupostos da LEP e seus órgãos de execução alcancem integralmente o desenvolvimento pleno de suas funções, será possível haver a ressocialização de uma parcela significativa da população sentenciada atualmente. Segundo Oliveira (2018), essa é a finalidade maior da execução penal, sendo o objetivo mais expressivo a reintegração do(a) apenado(a) na comunidade, devendo este gozar de direitos que atuem como um suporte para a sua mudança de conduta.

2.1 A execução penal na prática

Ao analisar como se apresenta na realidade a execução penal brasileira, encontra-se nesse meio os vestígios das características presentes na nossa sociedade, como os preceitos da heteronormatividade, da cisnormatividade e do racismo estrutural. Esta afirmativa se respalda nos dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN) realizado em 2016, que relata que, apesar de 53% da população brasileira ser negra, quando transposta para o sistema carcerário, essa população representa 64% das pessoas detidas. Em relação ao gênero, de 2000 a 2016, houve um aumento de 656% da população carcerária feminina, em contrapartida aos 157% do aumento geral nacional; contudo, apenas 17% das penitenciárias atualmente são construídas considerando as particularidades e as necessidades das mulheres – sejam elas cis ou transgênero.

Além da efetiva discriminação presente na execução penal, diversos jornais estampam manchetes ilustrando a ideologia separatista e excludente presente no âmbito político do país, como as condutas do ex-Ministro da Justiça e da Segurança Pública¹, a exemplo da matéria publicada em 08 de novembro de 2018 pelo site G1: “Moro defende regras mais ‘duras’ para sistema prisional deixar de ser ‘leniente’ com detentos”²; e a

1. Após dezesseis meses à frente do Ministério da Justiça e Segurança Pública, Sérgio Moro pediu demissão do cargo em 24 de abril de 2020, alegando tentativa de interferência do Presidente Jair Messias Bolsonaro na Polícia Federal e seu descontentamento diante desta situação. Para maiores informações, sugiro a reportagem “Sergio Moro confirma saída do Ministério da Justiça”, de Rodrigues para a Agência Brasil disponível na íntegra em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2020-04/sergio-moro-confirma-saida-do-ministerio-da-justica>.

2. Reportagem na íntegra disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2018/11/08/moro-defende-regras-mais->

reportagem publicada em 06 de janeiro de 2019 pela Mídia Ninja intitulada: “Moro quer intensificar o controle sobre corpos negros”³. Ambas expõem intenções de ação do atual governo no campo jurídico-penal que visam ressaltar o caráter punitivo do sistema penal brasileiro, intensificando as inúmeras categorias de discriminação pela qual essas pessoas passam, indo na contramão do objetivo educativo e ressocializador outrora prezado.

Diante disso, percebe-se que a realidade da execução penal, as manchetes e os discursos políticos acerca desse tema tratam com irrelevância a vida e as particularidades dos indivíduos que cometeram algum crime. São ignoradas as histórias singulares de cada um, retrocedendo para o pensamento jurídico e social anterior à reforma penal efetivada nos anos 80. Essa involução na perspectiva de compreensão da pessoa detida ou do(a) ex-detento(a), desloca a concepção histórica, dialética e social do ser humano para tratar esta população como pessoas determinadas, com o futuro fatalmente dado.

3.1 O ÓDIO AO(A) “BANDIDO(A)”

A experiência de proximidade com as pessoas atendidas pelo Programa Patronato auxiliou na compreensão da realidade vivida por elas ao saírem do regime fechado. Constatou-se que os sujeitos atendidos se depararam, nessa transição, com uma realidade nova, que implica principalmente serem identificados como ex-presidiários, ou seja, eles se encontram com o olhar de muitos da comunidade, que os reificam exclusivamente como um “criminoso”, independente do(s) delito(s) por eles cometido ou dos outros aspectos de sua vida.

Outrossim, ficou evidente a intensificação do preconceito dirigido à essa população nos últimos meses de experiência como bolsista no Patronato (segundo semestre de 2018). Este período coadunou com o fervoroso momento político e econômico pelo qual o Brasil estava passando – e que prossegue até o momento atual. Na contramão do contexto ideológico humanista em que as penas e medidas alternativas foram criadas, o país reanimou a ideia conservadora de homogeneização do indivíduo que comete um ato criminoso, na iminência de negar-lhe o trato humanizado, ao reduzir sua identidade a de “bandido”.

A eleição presidencial realizada em 2018 no Brasil, mostrou uma particularidade não vista em muitos países da América Latina, mais especificamente no segundo turno: um candidato intitulado de esquerda concorrendo diretamente com um candidato da extrema direita. Presumivelmente, as ideias de ambos se chocavam, por serem de vertentes políticas divergentes. Por conseguinte, considerando o impacto direto da política sobre as relações sociais do país, o embate entre os dois influenciou a população brasileira a se posicionar diante de assuntos que estavam em pauta nas campanhas e nas propostas políticas, como,

-duras-para-sistema-prisional-deixar-de-ser-leniente-com-detentos.ghtml?fbclid=IwAR0tjGxgKdQbLVofDye51jgUv-mlyR7ZeqDH-TzUD-wU1x7f6fJ_5H-tyUnY

3. Reportagem na íntegra disponível em: <http://midianinja.org/news/moro-quer-intensificar-o-controle-de-corpos-negros/>

por exemplo, a violência contra a mulher, a facilitação do porte de armas e a pena de morte para pessoas que cometem determinados crimes.

Esse contexto levou o povo à euforia, pois esse era o assunto mais falado nos programas de televisão, de rádio, na internet, nas rodas de amigos(as), nas universidades, nos locais de trabalho etc. Embarcando nesse enredo incomum nos últimos anos no Brasil, muitos puderam legitimar suas ideias conservadoras através da receptividade dada ao candidato de extrema direita, tendo em conta que este expunha seus valores discriminatórios de forma livre e sem qualquer pudor. Parte da população passou, à vista disto, a expressar suas ideias justificadas na deformada instância “liberdade de expressão”, revelando concepções desumanizadas sobre o ser humano, principalmente no tocante àqueles que cometeram crimes.

Além do estigma moralizante sobre este último grupo, o Presidente da República eleito (a saber, o acima mencionado candidato de extrema direita) efetivou a nomeação de Ministros(as) que alicerçam suas ações na punição sobre os corpos e coerções sobre a liberdade de expressão. Especialmente o bordão “bandido bom é bandido morto” se apresentou como uma das ideologias motrizes para que o atual Presidente conquistasse a chefia de Estado e do Governo da República Federativa do Brasil, e vem sendo propagada nas condutas do governo.

A eleição de um governo com tal ideologia segue o movimento conservador que assola a América Latina e o mundo, com líderes que alcançam o poder através de ideologias que exaltam os bons costumes, a família, o patriotismo, e a diminuição da interferência do Estado na economia particular. Odilla (2018) enfatiza que os países com maiores problemas relacionados à segurança e à economia tendem a ser mais receptivos a essas propostas, como consequência da dificuldade de se conceber uma saída alternativa para a situação precária em que a maioria da população vive, e pela proximidade com a ameaça trazida pela escassez de recursos.

Como governante eleito, vislumbra-se a tentativa do atual Presidente da República de desmontar o Estatuto do Desarmamento, instaurado em 2003 e jamais alterado anteriormente. Por propor alterações inconstitucionais, suas intenções não se consolidaram completamente. Contudo, uma conquista para o novo Governo foi o aumento das categorias de pessoas que têm direito ao porte de armas (direito de andar armado) no país, como apresentado na reportagem intitulada “‘Absoluto desastre’: Bolsonaro libera porte de armas para mais de 19 milhões de pessoas”⁴, publicada pelo jornal espanhol El País, em 10 de maio de 2019. Essa tentativa de mudança se cunha no discurso do Presidente, apresentado ainda no período de eleição, em que sustentou a bandeira de morte aos(às) bandidos(as), mesmo que partindo da própria população.

Seguindo essa direção, o ex-Ministro da Justiça Sergio Moro apresentou como forma de facilitar a atuação do ideal do Governo, a proposta do Pacote Anticrime. Nele, consta

4. Reportagem na íntegra disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/05/08/politica/1557344559_959983.html

a intenção de exclusão da ilicitude nos casos de assassinatos cometidos por parte dos agentes do Estado, facilitando e validando a atuação perversa da polícia, como retratado na reportagem: “Pacote ‘anticrime’ de Moro atinge diretamente a população periférica”⁵, publicada pela Carta Capital em 15 de julho de 2019. Além disso, no mesmo Pacote, o Ministro propôs que determinados crimes, como corrupção e participação em organização criminosa, tivessem obrigatoriedade de serem cumpridos inicialmente em regime fechado, o que infringe o princípio de individualização da pena do Código Penal. Por inúmeras razões, ambas as propostas foram consideradas inconstitucionais, e não foram aprovadas pelo Congresso.

Reverberando no Paraná, os órgãos responsáveis pela manutenção do Patronato decidiram encerrar as atividades deste Programa no Estado, uma vez que se apresentam envoltos na esteira de aversão do Governo vigente à pessoa presa e/ou egressa do sistema penitenciário. Como relata Dallago (2020), a deliberação pelo fechamento ocorreu pelas mudanças que o Departamento Penitenciário (DEPEN) impôs à continuação do Programa, que previam a retirada de elementos basilares para a continuidade da atuação da Universidade no Programa (como a não renovação dos contratos de professores(as)-orientadores(as) e acadêmicos(as) bolsistas), o que fez com que os membros da SETI considerassem que não havia mais sentido dessa pasta continuar investindo no projeto. Dessa forma, a partir de janeiro de 2020 os órgãos responsáveis pelo acompanhamento e fiscalização dos atendimentos em meio aberto no Paraná, passaram a ser responsabilidade apenas da Depen e da Secretaria Estadual de Segurança Pública (SESP).

4 | COMPREENDENDO O PRECONCEITO PELA PERSPECTIVA DO EXISTENCIALISMO DE SARTRE

Para compreender como o preconceito se forma e quais as variáveis que contribuem para a crescente adesão aos discursos de ódio, Sartre nos dá pistas em sua obra *A Questão Judaica*, publicada originalmente em 1946, no final da Segunda Guerra Mundial. O autor aponta dois elementos presentes nesse processo: a paixão em aderir determinada ideia aliada ao pertencimento a um grupo, e o senso de preservação do grupo.

Ao tratar sobre a consciência emocional, Sartre (2014) afirma que ela é primeiramente irrefletida, pois se apresenta como uma consciência **do** mundo. A emoção, portanto, é um modo de ser da consciência, e está diretamente ligada a forma com que o sujeito compreende o mundo ao seu redor. Aquilo do campo objetivo que ele não é capaz de conceber, é apreendido de maneira modificada através da consciência emotiva, haja vista esta atribuir ao visado uma outra qualidade. Não é correto afirmar a impossibilidade de haver um processo reflexivo e crítico direcionado à conduta emotiva; porém, segundo Sartre (2014, p. 82), “as emoções regem as relações intrapsíquicas dos homens em sociedade, 5. Reportagem na íntegra disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/blogs/perifaconnection/pacote-anticrime-de-moro-atinge-diretamente-a-populacao-periferica-3>

mais precisamente nossa percepção do outro”. Por haver no outro um inferno que remete o indivíduo ao seu próprio Ser, é espontâneo que deixe a consciência emotiva alterar as qualidades desse outro.

Certamente, ao estabelecer ações guiadas pela consciência emocional do mundo e do outro, é excluída a ocorrência de um processo reflexivo-crítico diante da realidade e das relações interpessoais. Assim, as ações são guiadas através da consciência irreflexiva, coadunando com o que Sartre (2014, p. 58, grifo do autor) alerta ao afirmar que muitas vezes “uma operação *sobre* o universo se executa, na maioria das vezes, sem que o sujeito abandone o plano irrefletido”.

Nesse sentido, Sartre (1943) afirma que uma pessoa preconceituosa apresenta uma paixão dirigida à uma ideia, e esse movimento exclui o desenvolvimento de uma conduta crítica e reflexiva diante da realidade e dos desdobramentos que sua atitude pode ocasionar. Sartre indica que essa paixão pela ideia une as pessoas em um grupo, e na medida em que a singularidade se dilui no grupo, o sujeito se sente mais à vontade para expressar suas ideias que podem ser censuradas por terceiros exteriores ao grupo – dado que seu entendimento é de que “não fala por ele”, mas pelo grupo ao qual pertence. Esse senso de pertencimento e essa paixão seduzem muitas pessoas, a ponto de defenderem as ideologias desumanizantes e tiranas sem refletirem sobre como a apreendem.

O processo aqui indicado é extremamente preocupante, principalmente no que diz respeito à impossibilidade de coexistirem a paixão e o senso crítico. A paixão por uma **ideia** inviabiliza a reflexão crítica desses sujeitos diante da realidade social e, como resultado, das consequências de seus atos. Ainda, forjar opiniões individuais, entendendo que a singularidade dos indivíduos se dilui num coletivo, como se esse coletivo fosse um Ser maciço, oportuniza que palavras de ódio e ações violentas sejam validadas pelo mesmo, e por outros que com ele se identificam, sem preocupações relativas à dignidade humana e à saúde mental daqueles aos quais o sentimento de ódio e a violência são dirigidos.

Seguindo os apontamentos de Sartre (1955) sobre a origem do preconceito, o segundo ponto apresentado por ele diz respeito à proteção do grupo. Para essa análise é necessário mencionar que Sartre apresenta na obra *Crítica da razão dialética*, publicada originalmente em 1960, a **escassez**⁶ material como elemento importante para a constituição do sujeito e dos grupos. Com essa ideia, o autor apresenta a constante escassez de recursos como mote para a matéria se apresentar como um **meio** pelo qual as relações sociais ocorrem, causando perpétua tensão entre homem e ambiente. Dessa forma, a *práxis* dos sujeitos ocorre num campo de escassez, uma vez que eles a interiorizam, ainda que na tentativa de superá-la, e agem sobre ela.

Nesse cenário, o consumo de determinado produto por um grupo com poder aquisitivo, retira a possibilidade de consumo desse mesmo objeto por parte de outro grupo

6. Com **escassez** Sartre (2002) menciona a existência em quantidade insuficiente de recursos naturais para toda a população em determinado campo social.

com baixo poder aquisitivo. Sartre (2002) observa que cada sociedade demarca os limites da escassez, definindo quais grupos de pessoas são designados com a impossibilidade do consumo. Em outras palavras, ao compreender a escassez enquanto possibilidade de aniquilação do sujeito, este é levado a designar o outro (ou um outro grupo) como não-consumidores desse mesmo bem, para assim assegurar sua sobrevivência. O conceito de escassez ilumina o fato de que o conservadorismo possui raiz na classe média, tendo o aspecto econômico da ideologia liberal bastante expressivo e norteador das demais ideias e condutas dos adeptos a ela.

Em outras palavras, na medida em que a classe média conservadora passa a distinguir a população entre possuidores e não possuidores (de bens), ela (a classe média) compreende-se entre os primeiros. Assim, torna-se necessário para o bem-estar e proteção do grupo ao qual pertence, a produção daqueles que não são possuidores, acusando precisamente que esses não gozam da possibilidade de consumir. Com esse processo instala-se a conduta de depreciação deste outro grupo (o dos mais pobres), uma vez que são vistos como ameaça à sobrevivência dos primeiros.

Considerando a voracidade com que essa distinção ocorre, Sartre (2002) explica que na medida em que o Outro se torna objetivamente perigoso para a minha sobrevivência, a agressividade a ele dirigida tem base na **necessidade**, ainda que essa necessidade já tenha sido saciada. Nesse combate há a intenção de destruição do Outro, não apenas do perigo da escassez. Assim, a violência destinada ao Outro toma forma de uma **contraviolência**, tendo em vista ser uma resposta à uma provocação, mesmo que essa violência do Outro não seja objetivamente real – a não ser enquanto motivação para a legitimação desse processo. Nesse sentido, matar, excluir, retirar direitos ou simplesmente mistificar, exprime o objetivo maior de suprimir a liberdade da força inimiga, em prol da própria sobrevivência individual ou do grupo.

Aliando ambos os elementos apresentados, a classe média passa a encontrar no(a) denominado(a) “criminoso(a)”, um dos principais focos de seu ódio, uma vez que este tende a ter em si a característica mais marcante de não possuidor(a) de bens, e deve ser mantido(a) longe do grupo detentor dos bens materiais. Na condição de apresentarem uma paixão à essa ideia, a reflexão aprofundada sobre a complexidade de um ato considerado criminoso não é desenvolvida, fazendo do ódio ao(à) “marginal” uma bandeira ovacionada.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar o preconceito dirigido ao(à) criminoso(a) no Brasil, o caráter temporal desse fenômeno fica evidenciado, pois percebe-se a relação direta entre o contexto socio-histórico de determinado local e a visão da população para com as pessoas que cometeram crime(s). O contexto social que originou a criação das penas e medidas alternativas no país, na década de 80, é extremamente discrepante do momento vivido hoje – se numa

época a ideologia humanista estava em alta, em outra, os ideais conservadores assumem o posto.

O ódio ao(b) bandido(a) no Brasil contemporâneo, é um indicador significativo das ideias conservadoras que atingem este país. Sinaliza-se o sedutor equívoco de desumanizar determinados sujeitos ou grupos de pessoas, na intenção de assegurar alguns privilégios pessoais. O trato do(a) “bandido(a)” enquanto ser desumano, indica a realidade já observada por Sartre (2002), em que a violência do ódio em busca da sobrevivência faz com que esse outro seja visto como uma **ameaça**, legitimando a prática da contraviolência, como mencionado.

É sabido que esse processo se intensifica quando a proximidade com a escassez se torna eminente. No Brasil, esse processo aparece através do aumento da taxa de desemprego nos últimos anos, acentuando a disputa entre a população, pois cada pessoa passa a ser considerada concorrente direta de todas as outras, na luta pelo consumo de bens. Nesse cenário, as tentativas de diminuir as desigualdades tornam-se ameaças àqueles que, de alguma forma, ainda conseguem manter os recursos necessários para a própria sobrevivência.

Destaca-se que a maior parte dos(as) adeptos(as) ao discurso conservador tende a apresentar conduta emotiva da realidade, isto é, captam o mundo através da consciência emotiva, e sem demonstrarem o desenvolvimento, posterior, de um pensamento reflexivo e crítico. Contudo, não se anula a possibilidade de haver uma conduta reflexiva diante das ações e pensamentos conservadores, principalmente se for considerado o aspecto temporal e a liberdade de todo sujeito.

Outrossim, durante a pesquisa por materiais acerca da criminalidade, notou-se que a maioria expressiva de matérias de jornais, artigos científicos, discursos políticos e afins parte da perspectiva do outro diante do crime, e não daquele(a) que o comete. Ademais, é corriqueiro encontrar pessoas, grupos e instituições que apresentam opinião aberta sobre a criminalidade, expressando inúmeras acepções acerca do tema; mas, dificilmente se observa um espaço de fala que objetive ouvir e compreender a realidade segundo os próprios sujeitos da ação ajuizada criminosa. Nota-se, portanto, que essa constatação converge com o movimento de desumanização do sujeito que comete um ato criminoso.

Considera-se imprescindível para a Psicologia pensar sobre as contradições dos aspectos sociais, histórico e político, quando se intenta compreender qualquer fenômeno. Diante da criminalidade não seria diferente: é fundamental olhar para as contingências, objetivando-se entender a realidade (universal e singular) daqueles(as) que nutrem o ódio ao(b) bandido(a), como também das pessoas que encontraram na criminalidade o caminho para superar suas condições sociomateriais. Uma análise crítica nos indica que ambos são construídos mutuamente.

REFERÊNCIAS

ALESSI, Gil. “Absoluto desastre”: Bolsonaro libera porte de armas para mais de 19 milhões de pessoas. **El País**, São Paulo-SP, 10 mai. 2019. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/05/08/politica/1557344559_959983.html. Acesso em: 5 jun. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília-DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 01 jul. 2019.

COSTA, Joel Luiz. Pacote ‘anticrime’ de Moro atinge diretamente a população periférica. **Carta Capital**, Rio de Janeiro-RJ, 15 jul. 2019. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/blogs/perifaconnection/pacote-anticrime-de-moro-atinge-diretamente-a-populacao-periferica-3>. Acesso em: 1 ago. 2019.

DALLAGO, Cleonilda Sabaini Thomazini. Programa Patronato deixa de funcionar em Toledo. **Jornal do Oeste**. 19 fev. 2020. Disponível em: <https://jornaladooeste.com.br/toledo/programa-patronato-deixa-de-funcionar-em-toledo>. Acesso em: 10 de mai. 2020.

Departamento Penitenciário (DEPEN). **Mulheres e Diversidade**. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/mulheres-e-diversidades/mulheres-e-diversidades>. Acesso em: 08 mai. 2019.

Departamento Penitenciário (DEPEN). **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN) 2017**. Disponível em: http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias-2016/relatorio_2016_22111.pdf. Acesso em: 08 mai. 2019.

FERREIRA, Jorge. Moro quer intensificar o controle de corpos negros. **Mídia Ninja**, [S. l.], 6 jan. 2019. Disponível em: <http://midianinja.org/news/moro-quer-intensificar-o-controle-de-corpos-negros/>. Acesso em: 5 fev. 2019.

MATOSO, Gabriel Palma e Filipe. Moro defende regras mais ‘duras’ para sistema prisional deixar de ser ‘leniente’ com detentos. **G1**, Brasília, 8 nov. 2018. Disponível em: https://g1.globo.com/politica/noticia/2018/11/08/moro-defende-regras-mais-duras-para-sistema-prisional-deixar-de-ser-leniente-com-detentos.ghtml?fbclid=IwAR0tjGxgKdQbLVofDye51jgUvmlyR7ZeqDH-TzUD-wU1x7f6fJ_5H-tyUnY. Acesso em: 21 nov. 2018.

ODILLA, Fernanda. Por que especialistas veem ‘onda conservadora’ na América Latina após disputa no Brasil. **BBC News Brasil**, Londres, 24 out. 2018. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2018/10/por-que-especialistas-veem-onda-conservadora-na-america-latina-apos-disputa-no-brasil.shtml>. Acesso em: 20 fev. 2019.

OLIVEIRA, Claudia Rafaela. Execução Penal. **JUS**, [S. l.], jan. 2018. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/63684/execucao-penal>. Acesso em: 24 jun. 2019.

SARTRE, Jean-Paul. **Esboço para uma teoria das emoções**. Porto Alegre: L&PM, 2014 (Obra original publicada em 1939).

SARTRE, Jean-Paul. **A questão judaica**. São Paulo: Ática, 1955 (Obra original publicada em 1946).

SARTRE, Jean-Paul. **Crítica da razão dialética**: precedido por Questão de Método. Rio de Janeiro: DP&A, 2002 (Obra original publicada em 1960).

GRUPO DE APOIO NA CLÍNICA AMPLIADA PARA OS USUÁRIOS DO CENTRO POP

Data de aceite: 01/02/2021

Karine da Cunha Leou

Uniamérica, Foz do Iguaçu, Paraná

Marcos Moraes de Mendonça

Uniamérica, Foz do Iguaçu, Paraná

Kelly Cristina Borges da Silva

Uniamérica, Foz do Iguaçu, Paraná

Andressa Maria de Oliveira

Uniamérica, Foz do Iguaçu, Paraná

Fabiana Cabral Gonçalves

Uniamérica, Foz do Iguaçu, Paraná

Meire Perpétua Vieira Pinto

Orientadora - Esp. em Psicoterapia de
Orientação Psicanalítica. Uniamérica, Foz do
Iguaçu, Paraná

RESUMO: Com o aumento da população em situação de rua, no contexto de Foz do Iguaçu, verifica-se comprometimentos em vários âmbitos da saúde. Suas formas de sobrevivências envolvem o estigma sofrido por suas presenças em meio ao público, a insalubridade, insegurança e outras variáveis prejudiciais. Devido a isso, essa pesquisa de caráter qualitativo teve como objetivo realizar um grupo de apoio heterogêneo e aberto com a função de troca de experiências e reflexões aos usuários do Centro de Referência Especializado de Atendimento à População em Situação de Rua (Centro POP) de Foz do Iguaçu.

Outro objetivo foi verificar se existe adesão para essa proposta de suporte e cuidado. Foram realizados dez encontros, os quais totalizaram 33 participantes. Os instrumentos utilizados para a coleta foram: registro dos encontros e dinâmicas de interação. Os principais temas que repercutiram durante os grupos foram: família, a vivência na rua, drogadição, oportunidade de trabalho, motivação e enfrentamento das situações do cotidiano. Dados obtidos apontam para a relevância de intervenções grupais, principalmente na área da saúde e no social, além de instigar futuras investigações focadas para essa população que utiliza os serviços do Centro POP, como auxílio na redução de danos, moradia, acompanhamento psiquiátrico e psicológico, tendo como base essas carestias repercutidas durante os encontros. Considera-se que esse tipo de intervenção possibilita uma maneira de resgatar a existência da individualidade e humanidade dessa população em situação de rua, os quais têm experiências de vida e possibilidade de contribuir na sociedade.

PALAVRAS-CHAVE: População em Situação de Rua, Grupo de apoio, Clínica ampliada.

1 | INTRODUÇÃO

Sujeitos em situação de rua são expostos a contextos de alta vulnerabilidade como: violência (física, psicológica e sexual), negligência, insegurança alimentar, ingestão de água não tratada, sono prejudicado, variações de clima, autocuidados precários. Além de perpassar por diversos comprometimentos na

qualidade de vida, desde a saúde no âmbito físico ao psicológico, também existe o fator social que apresenta-se como um importante aliado para a criação de estigmas, as quais corroboram para sua exclusão social, consequentemente, perdem-se suas identidades à medida que continuam em situação de rua. (FISHER ET AL., 2013).

Uma pesquisa realizada em 2014 no município de Belo Horizonte destaca que 94% do público em situação de rua querem deixar as ruas; 52,2% foram para rua por motivos familiares; 47,2% por falta de trabalho; 87,3% exerce trabalho informal remunerado em condições inapropriadas; 86,8% são homens; 82,2% sabe ler e escrever; 48,5% não utilizam drogas ou álcool e 43,6% tem depressão (LIMA, 2015). Dados apontam a dificuldade dessa população aos direitos de cidadania, com isso, aumenta-se o índice da exclusão social.

Essas observações são indispensáveis para realizar intervenções objetivas e eficazes, pois além desta fragilidade há também presentes obstáculos, sofrimento e prejuízos que dão continuidade no comprometimento do desenvolvimento integral destas pessoas, uma vez que suas dinâmicas de rua compõem um conjunto de atividades para sobrevivência, como traz Campos e Souza (2013), configura-se: em conseguir dinheiro, procurar locais para dormir, alimentação e higiene pessoal, uso de substância psicoativas e a ausência de referência temporal.

Os motivos que levam as pessoas a morarem nas ruas são diversos, podendo envolver ao prejuízos dos vínculos familiares, desemprego, violência, baixa auto-estima, alcoolismo, drogadição, doença mental, perda de algum ente querido, entre outros. Segundo Motta (2005) são histórias de rupturas sucessivas e que, com muita frequência, estão associadas ao uso de álcool e drogas, não só pela pessoa que está na rua, mas pelos outros membros da família e outrem.

Com a necessidade de uma intervenção frente à essa população, iniciou-se a busca de estratégias para melhorar a qualidade de vida no aspecto individual e de sociabilidade. Por isso, o Ministério da Saúde (2009) trouxe a perspectiva da clínica ampliada, o qual compreende a extensão e o compartilhamento da clínica nas relações entre comunidade e serviço com enfoque diferente. A proposta não se limita aos conceitos de instituição ou clínica convencional, pois o principal objetivo é abranger aos pacientes que apresentam baixa adesão a tratamentos, os refratários e a complexidade dos sujeitos mais vulneráveis que precisam dos serviços de saúde. (BRASIL, 2009).

Foram desenvolvidas juntamente com as Políticas Nacionais de Assistência a Pessoas em Situação de Rua, em 2009 na tentativa de unificar uma rede intersetorial de gestão à esta população, juntamente com a elaboração dos comitês cujo função é elaborar planos de ação, desenvolver indicadores de monitoramento, de promover estudos e pesquisa com esse público (LIMA, 2015, p. 268). A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR) traz que o:

“Grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (Decreto nº 7053/2009, art. 1º, Parágrafo Único)”

A delegação de pejorativos para à população em situação de rua, com que condiz a percepção social, são denominados como “marginais”. Segundo Mattos e Ferreira (2004), a negligência desta população tem gerado dificuldades da criação de uma identidade pessoal, devido a permanência de um sentimento de vergonha e humilhação. Por isso, profissionais e pesquisadores da saúde, além de ter a responsabilidade de obter conhecimento sobre suas respectivas áreas de atuação e acolher a realidade, pensaram em mudanças que proporcionam uma perspectiva ampliada de valorização da vida e o papel da cidadania. Nesse sentido, possibilitam um ângulo diferenciado às pessoas em situação de rua que vivenciam o uso de drogadição. (JORGE E WEBSTER, 2012).

Outra informação importante para esta pesquisa, se refere à Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004) e a Norma Operacional Básica (NOB-SUAS/2005) a qual se apresenta como um desafio da implementação do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, para assegurar a gestão e à qualificação da oferta dos serviços. Em 2009, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) a Resolução nº 109/2009, que trata da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, recorrendo sobre os serviços da proteção social especial de média e alta complexibilidade, caracterizando o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua. Com o objetivo de contribuir na organização e aprimoramento dos serviços de Proteção Social Especial, criou-se o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua. (BRASIL, 2011)

De acordo com o Caderno do Centro POP, esta instituição é constituída por unidades de emergência para atendimento às pessoas em situação de rua, com o intuito de garantir à esses indivíduos e famílias, acolhimento temporário e condições para autocuidado, autonomia e alimentação diária. (BRASIL, 2011)

Por esse motivo, a técnica do grupo de apoio tornou-se interessante, uma vez que abre espaço para o compartilhamento de atitudes positivas, ao proporcionar confiança e esperança, no processo de reconhecer que não é o único a sofrer com situações semelhantes. Leva a integração dos participantes em suas próprias experiências, além de expressar sua perspectiva atual, contribui para uma sensação de melhora e bem-estar, devido a intervenção que repercute ao desenvolvimento emocional, afetivo e social. (BECELLI, 2004)

Com a finalidade de possibilitar um procedimento terapêutico como recursos para aliviar sentimentos negativos, troca de experiências e reflexões, o objetivo desse estudo foi de conhecer a percepção dos usuários do Centro POP que estão em situação de rua,

por meio da técnica e estratégia do grupo de apoio e verificar se existe adesão para essa proposta de suporte e cuidado.

2 | MÉTODO

2.1 Participantes

Participaram desta pesquisa 33 usuários do Centro de Referência Especializado em Atendimento à População em Situação de Rua situado em Foz do Iguaçu. Sendo 9,09% do sexo feminino e 90,91% do sexo masculino entre 20 a 73 anos.

Masculino	90,91%
Feminino	9,09%

Tabela 1. Quantidade de participantes da pesquisa por sexo.

Fonte: Os autores (2019)

2.2 Instrumentos

Foi utilizado para essa pesquisa a ferramenta de grupo de apoio, com reuniões uma vez por semana, o qual propôs um espaço para reflexões sobre a vida, para compartilhar experiências, acolhimento e escuta ativa.

A escolha do tema e local foi aprovado e autorizado pelo órgão local, cada participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido seguindo um protocolo ético para a pesquisa documental, foi utilizado conteúdos de produções científicas e cartilhas relacionadas ao tema.

2.3 Local

O projeto foi realizado no Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (CENTRO POP). Situado na rua Monsenhor Guilherme, N°527 em Foz do Iguaçu - PR. O horário de funcionamento ocorre de segunda a domingo, das 07:00 às 18:00. Funciona como uma unidade de emergência para as pessoas que estão em situação de rua possam realizar sua higiene pessoal, alimentação, lavar roupas, descansar e receber encaminhamentos de acordo com suas necessidades para outros locais, como: unidades de saúde, Centro de Referência de Assistência Social para a verificação de documentos ou auxílio-benefício, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, albergues e outros.

No que condiz ao espaço físico destinado aos encontros, cabe ressaltar que é um ambiente arejado, livre de ruídos externos e propício para trabalhar o sigilo, desta forma os participantes puderam ficar à vontade para expressar sentimentos, comportamentos e pensamentos sem serem julgados.

2.4 Procedimentos

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, fundamentada em enfoque descritivo-exploratório. Levando-se em conta as ideias iniciais já apresentadas, um grupo de apoio foi oferecido aos usuários do Centro POP que estão em situação de rua.

A estrutura desse projeto teve como base encontros semanais cujo objetivo foi proporcionar uma escuta ativa, acolher os relatos e intervir de acordo com a demanda trazida, na tentativa de promover autonomia e aumentar a probabilidade de adesão aos encaminhamentos realizados pela instituição. Além disso, vale ressaltar que a participação foi de cunho não obrigatório, o qual todos puderam se expressar de forma espontânea e sem julgamentos.

Para incentivar esse ambiente, foi deixado uma *Caixa das Emoções*, a qual permaneceu durante a semana como um meio para os usuários do Centro POP registrarem suas emoções, sentimentos, histórias e etc. Isto porque, a expressão de sentimentos tende a proporcionar sensações e sentimentos relacionados ao bem-estar.

No início dos encontros os usuários eram convidados individualmente a participar do grupo. Cabe evidenciar que a composição do grupo não era fixa, visto que essa é a dinâmica de funcionamento da instituição. Portanto, a cada encontro realizava-se a apresentação dos participantes, o objetivo do grupo e o tema trazido variava de acordo com o que emergiu dos relatos, mesmo que fosse coerente com o planejamento de intervenção realizado pelos condutores do grupo.

Foram realizados no total dez encontros. As intervenções almejavam a compreensão das experiências, ao passo do suporte emocional. Procurou-se incentivar os relatos, buscou-se propor um ambiente de compartilhamento, com o máximo de integração, com isso, foi utilizado um *Objeto da Palavra*, o qual se refere à um objeto com significado especial para o grupo. Somente quem tem sua posse pode falar, na tentativa de evitar a monopolização da fala.

Durante as dinâmicas realizadas no grupo foram utilizadas conversas informais, atividades temáticas, com o intuito de fortalecer os vínculos dos participantes, de ressignificar as relações sociais e as histórias de vida de cada um, buscando-se resgatar a identidade e fortalecer autoestima.

Por fim, é importante destacar que os nomes verdadeiros dos participantes dessa pesquisas foram substituídos, garantindo a preservação do anonimato, com a distribuição de nomes fictícios.

3 | RESULTADOS

Ao convidá-los para participar do grupo de apoio, foi possível observar nos participantes dúvidas, receios e desconfianças, em outros simpatia e uma oportunidade de obter algum benefício.

No início dos grupos, o estímulo dos condutores foi necessário para criar um ambiente propício a uma fala contínua dos participantes, desta forma, foi realizado o acolhimento e desenvolvido uma fluidez no grupo. Foram selecionados relatos das experiências de vida, para compreender os vínculos, desafios e contribuições.

Na tabela 2, pode ser analisado a perspectiva dos condutores na distribuição dos 10 encontros, com o número de participantes, de acordo com a fala e seus desenvolvimento individual:

Encontros	Desenvolvimento	Processo Grupal
1º Encontro 12 pessoas participando. 16/03/2019	Foi discutido o convívio diário dos usuários do Centro POP, assim como os desafios de viver na rua, foram desenvolvidos temas como o uso de drogas, seus desafios e a problemática em estar sozinho, na rua. No que condiz as técnicas do grupo foi possível trabalhar o sigilo, o acolhimento e o respeito.	Devido ao grande número de participantes e o tempo limitado, não foi possível todos se pronunciarem, em sua maioria, preferiram escutar, ao invés de falar. Realizado o acolhimento dos relatos a respeito da vivência nas ruas, foi iniciado o processo de identificação dos participantes e compartilhamento de experiências.
2º Encontro 6 pessoas participando, sendo que 2 já haviam participado anteriormente. 23/03/2019	Foi possível discutir e acolher todos os relatos, devido ao número de participantes reduzido. Nesse encontro foi trabalhado a rotina dos participantes, como: os desafios vividos no dia a dia, seus objetivos de vida a curto prazo.	Os relatos foram suas perspectivas no que condiz à serem tratados como “pessoas invisíveis”, “pedintes”, “bandidos”, “drogados” e etc. A maioria trouxe a meta de parar de utilizar drogas, tentar sair da situação de rua. Foi possível verificar a importância da atenção à essa população.
3º Encontro 6 pessoas participaram, sendo que 4 já haviam participado anteriormente. 30/03/2019	Foi apresentado o objeto da palavra, juntamente a caixa das emoções como ferramenta de extensão do grupo. Feito a troca de experiências entre os participantes, por meio de duas dinâmicas, a técnica de relaxamento por meio da respiração e a do sopro da vida, feito com velas que trazem reflexões sobre a utilização do tempo atual em relação a perspectiva para o futuro.	Foi realizado o acolhimento das emoções que foram transparecidas devido às dinâmicas realizadas, em sua maioria, relataram familiares que gostariam de rever, do desejo de reviver momentos e a presença do sentimento de arrependimento da atual situação, além da troca dialógica de superação e motivação entre os participantes.
4º Encontro 12 pessoas participaram, sendo que 1 já havia participado. 06/04/2019	Foi utilizado o objeto da palavra para manejo do grupo. Feito o acolhimento dos relatos, por meio da realização da dinâmica trazida do “papel amassado”, o qual proporciona a reflexão sobre o “controle da vida” e os comportamentos relacionados.	Dois participantes compartilharam suas frustrações em relação a situação atual, o grupo pode acolhê-los. Teve presente uma participante com surto psicótico, a qual dificultou a dinâmica do grupo, porém, mesmo com esse comprometimento, foi possível realizar uma troca de experiências e palavras de incentivo.
5º Encontro 2 pessoas participaram, sendo que 1 já havia participado. 13/04/2019	Foi trazido discussões ampla sobre as história de cada participante, com o intuito de entender o real motivo de estarem nesta situação e a percepção do que os mantém, uma vez que esse tema foi o que trouxe como reflexão para os participantes “moverem” suas vidas.	Foi explorado as histórias de cada participante acolhido os relatos de medos, frustrações e as perspectivas para o futuro. Sobre a relação familiar como um dos fatores que contribui para a situação de rua. Foi primeira vez, que o foco não foi a respeito das condições financeiras ou drogadição, mas sobre o autogerenciamento.

6ºEncontro 2 pessoas participaram, sendo que os 2 já haviam participado anteriormente. 20/04/2019	Foi discutido de forma aprofundada as histórias de cada participante, devido ao número reduzido do grupo e realizado o manejo de acordo com os temas trazidos pelos participantes.	Um dos participantes trouxe sobre a inserção social, pois devido a falta de telefone, não conseguia trabalho e por esse motivo, traficava para conseguir se sustentar. Foi possível verificar estado dos participantes durante o grupo, um deles estava em uma posição declinatória em relação a sua situação e o outro com dificuldades de escolhas, visto as limitações de oportunidades.
7ºEncontro 2 pessoas participaram, sendo que 1 havia participado anteriormente. 27/04/2019	Novamente com o número limitado de participantes foi possível discutir os temas de maneira mais detalhada. Foi trazido o tema sobre perdão, visão política, preconceitos e suas perspectivas, além de explorar seus medos, revoltas e anseios, a respeito de questões monetárias e trabalhistas que influenciam em sua forma de vida.	Um dos participantes trouxe a dificuldade familiar de abandono e na procura de trabalho, neste foi observado comportamentos depressivos. O outro participante teve receio de se pronunciar, devido não falar português, mas trouxe um discurso de exclusão social, o qual sofreu preconceito de pessoas em outra cidade.
8ºEncontro 5 pessoas participaram, sendo que 2 haviam participado anteriormente. 04/05/2019	O número de participantes foi suficiente para desenvolver uma atmosfera de discussão acerca das políticas públicas, uso de drogas, solidão e dificuldade em conduzir a vida. Além dos temas sobre os benefícios de ter uma escuta ativa, sem julgar a experiência de outrem e o processo de mudança no que condiz a respeito de erros e acertos.	Foi percebido uma interação entre os participantes, a promoção de solidariedade simultaneamente a realização de pequena quebra de preconceito entre os mesmos frente aos funcionários públicos, uma vez que foi realizado o trabalho de auto responsabilidade. O grupo acolheu os temas e discussões.
9ºEncontro 4 pessoas participaram, sendo que 1 já havia participado anteriormente. 18/05/2019	Foram discutidos diversos temas no convívio diário, tendo como foco abrir um espaço de escuta e acolhimento dos relatos. Dessa forma possibilitou o manejo de se trabalhar aspectos delicados sobre a vida dos participantes e temas como desemprego, vida no cotidiano, escolhas, abandono e responsabilidade.	Dois participantes trouxeram relatos de abandono, além da forma de diferenciada de enfrentamento obtido pelos participantes que tinham mesma idade. O grupo teve um bom desenvolvimento, pois estavam em um estado sincrônico, podendo respeitar as falas de todos.
10ºEncontro 8 pessoas participaram, sendo que 3 já haviam participado anteriormente. 25/05/2019	O último encontro foi pautado em realizar um apanhado dos temas trazidos durante os encontros, desde autonomia, perspectivas para o futuro, crítica individual, a situação atual vivida por cada participante e o que o levou a estar nesta condição. Realizado o processo de feedback da experiência obtida pelo grupo de apoio e realizado uma confraternização de encerramento	O grupo trouxe feedback positivos sobre ter um espaço para compartilhar experiências e expressar emoções, sobre suas dificuldades que envolvem questões de drogadição, abandono, falta de oportunidades, complicações para obtenção de consultas médicas e medicamentos, além dessa troca dialógica de incentivo e motivação.

Tabela 2: Temas e o processo grupal de acordo com cada encontro:

Fonte: Os autores (2019).

Um aspecto importante a ser ressaltado na tabela 2 foi a respeito da participação dos usuários do Centro POP, no que condiz aos participantes regressos de outros encontros realizado pelo grupo de apoio, dessa forma foi possível ser trabalhado temas de maneira contínua, além desses servirem de modelo para os novos participantes, contribuindo para um ambiente de acolhimento e iniciativa.

Por meio dos encontros, vale destacar diversos temas trazidos e foi possível separá-los em 3 grandes grupo: Antecedentes a situação de rua (Tabela 3); Vivência atual da

situação de rua (Tabela 4) e perspectivas futuras (Tabela 5). Com isso, pode ser verificado os principais temas acolhidos e seus depoimentos.

Na tabela 3, foi verificado falas semelhantes no que condiz nas justificações a respeito da vivência na rua, dentre essas foi citado o uso de drogas e álcool como um dos elementos desencadeadores que ainda os mantém, abandono de familiares e amigos, os deixando sem uma rede de apoio, questões financeiras entram como um dos motivos, uma vez que eles terceirizam a fala para o dinheiro e questões familiares, como desavenças, brigas e impedimentos.

GRUPO	TEMAS	PRINCIPAIS FALAS
Antecedentes a situação de rua	-Adição ao uso de drogas e álcool.	- <i>"Meus problemas começaram quando comecei a usar drogas"</i> (An. 1ºEncontro).
	-Abandono.	- <i>"Estou desesperado por causa do álcool e das drogas, sou fraco"</i> (Lu. 8º Encontro)
	-Dinheiro.	- <i>"Já usei todos os tipos de drogas e meu corpo não aceita mais por causa disso"</i> (Ed. 3ºEncontro).
	-Família.	- <i>"Tive uma desavença com meus pais e acabei ficando por conta própria"</i> (Mi. 9ºEncontro).
		- <i>"É triste porque criamos nossos filhos e quando precisamos de uma ajuda eles nos abandonam"</i> (Na. 9ºEncontro).
		- <i>"Antigamente eu tinha muito dinheiro, mas fiquei sem trabalho e agora eu procuro me manter com o pouco que tenho"</i> (Ru. 7ºEncontro).
		- <i>"Quando perdi minha mãe, eu voltei para as drogas e meus irmãos me abandonaram"</i> (Lu. 8ºEncontro).

Tabela 3: Principais temas desenvolvidos - ANTECEDENTES.

Fonte: Os autores (2019)

Na tabela 4, foi observado a atual situação que encontra-se os participantes do grupo, podendo ser compilado algumas falas dos temas, como: a desconfiança que eles têm perante o próximo, o desconforto de viver na rua, a ideia de estarem sozinhos, o perigo vivido e perspectiva com relação ao preconceito sofrido por pessoas que não estão na mesma situação. Cabe destacar que alguns participantes tinham um local próprio para dormir, estando de passagem no Centro POP somente para alimentação.

GRUPO	TEMAS	PRINCIPAIS FALAS
Vivência atual	-Desconfiança.	- <i>"A caminhada na rua, é muito difícil, não pode dar moral para qualquer um, porquê na primeira oportunidade te passam a perna"</i> (Ma. 2º Encontro).
	-Desconforto.	- <i>"Viver na rua é difícil, não dormi nada nesses últimos dias"</i> (Lu. 8º Encontro)
	-Individualismo.	- <i>"O difícil é você dormir, porque você nunca sabe quem pode estar perto, por isso prefiro dormir na mata"</i> (Ju. 1º Encontro).
	-Insalubridade.	- <i>"Na rua é só você e mais ninguém"</i> (Fe. 6º Encontro).
	-Preconceito.	- <i>"As pessoas acham que nós somos vagabundos e que vamos usar o dinheiro para se drogar, não procuram entender que em precisamos comer"</i> (Ed. 1º Encontro).
	-Suicídio	- <i>"Às vezes dá vontade de acabar com a própria vida, porque você tenta melhorar e piora. Só não cometi porque não tive coragem"</i> (Lu. 8º encontro)

Tabela 4: Principais temas desenvolvidos - VIVÊNCIAS.

Fonte: Os autores (2019)

Na tabela 5, verifica-se quais o olhar dos participantes com relação ao seu próprio futuro, uma vez que cada indivíduo se encontra em uma situação diferente do próximo, podemos destacar que a perspectiva positiva dos participantes se sobrepõe a negativa, pois os integrantes do grupo sabiam quais as pequenas metas para mudar as perspectivas vividas, entendendo que a situação em situação de rua é momentânea e não definitiva. Desta forma destacamos os principais temas como metas, esperanças, medos e recaídas.

GRUPO	TEMAS	PRINCIPAIS FALAS
Perspectivas futuras.	-Medos.	- <i>"Tenho medo de me perder nas drogas e ter mais recaídas"</i> (Lu. 8º Encontro).
	-Recaídas.	- <i>"Vou para São Paulo, tentar ficar com minha família e parar de usar drogas"</i> (Ma. 2º Encontro).
	-Metas.	- <i>"Estou procurando emprego, mas acho que vai surgir uma oportunidade na semana que vem"</i> (Ru. 7º Encontro).
	-Esperanças.	- <i>"Estou procurando uma casa para morar"</i> (Mi. 9º Encontro).
		- <i>"Vou voltar a estudar e tentar ganhar a vida de outra forma, sem depender dos outros"</i> (Ad. 4º Encontro).

Tabela 5: Principais temas desenvolvidos - PERSPECTIVAS FUTURAS

Fonte: Os autores (2019)

4 | DISCUSSÃO

Por meio de estudos realizados cujo temas envolvem a população em situação de rua, foi possível validar os principais motivos que levam esse público à essa condição. De acordo com a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (2009), foram problemas de alcoolismos e/ou drogas (35,5%) desemprego (29,8%) e desavenças familiares (29,1%), aspectos que coincidiram com a pesquisa presente realizada.

Embora existam os acolhimentos institucionais dos indivíduos em situação de rua, realizado de acordo com o caderno do Centro POP (2009), o qual oferece um espaço

de permanência provisória, de forma que os usuários possam usufruir do local e garantir os direitos básicos, como: alimentação, higiene pessoal, materiais para lavar roupa, um ambiente para descanso e a realização de encaminhamento para albergues e serviços sociais, ainda a reincidência a situação de rua tem ocorrido e aumentado. (BRASIL, 2009)

Tendo em vista, os itens que são fundamentais para solucionar a problemática de situação de rua, se tornam os principais colabores para o mantimento desta vivência, como traz no Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua, no que se refere a presença de uma equipe técnica compatível a quantidade de atendimentos realizados, principalmente no que condiz à acompanhamentos psicológicos e psiquiátricos, este último encontra-se praticamente ausente, exceto na ocorrência de algum surto, caso ao contrário, o serviço de prevenção é inexistente. As formas de prestação médica e medicamentosa alista-se à um fluxo hierarquizado. (BRASIL, 2011)

Esses são alguns dos fatores que contribuem para a reincidência dos usuários a situação de rua, além de causar frustração à equipe técnica que trabalhar para evitar a recaída dos mesmos, existe a falta de integração dos sistemas dos Centros de Referência Especializadas, o qual gera dificuldade na comunicação e no acompanhamento dos encaminhamentos realizados, fazendo com que o processo de inserção torna-se árdua.

Dados obtido vão de encontro com a Constituição Federal, a qual elenca em seu artigo 1º, inciso III, a dignidade da pessoa humano como fundamento da República Federativa do Brasil, além do seu artigo 3º, III, a erradicação da pobreza, da marginalização e a redução das desigualdades sociais e regionais (BRASIL, 1988). Esses seriam princípios que englobam direitos e condições mínimas para garantir a dignidade humana, contudo, estas são contingentes à população em situação de rua.

Outro tema que vale ser trazido se refere a individualidade do sujeito em situação de rua. Bulla et al., (2004, p. 113-114) traz de uma forma geral, o cenário da população em situação de rua, apresentam-se com vestimentas sujas e sapatos surrados, condição de moradia precária na rua, geralmente são denominados e tratados como *marginais*, *bandidos* e etc. esses títulos impostos lhes causam sofrimento e contribui para a falta de motivação, ideia que ignora a individualização do ser e a essência humana de um sujeito equiparado de experiências e vida.

Em relação aos resultados, também é possível destacar a disparidade da porcentagem referente ao gênero, visto que o número maior de pessoas em situação de rua são do sexo masculino, foi validado por meio dessa pesquisa e análise de outras, embora a quantidade de mulheres nas ruas seja menor, apresentam-se com o mesmo histórico de sofrimento, violência e dor, também da necessidade de sobrevivência e podem vir a praticar trabalhos de prostituição para conseguir manter-se. (ROSA E BRÊTAS, 2015)

Sobre a adaptação da população de rua frente aos contexto de vulnerabilidades, os quais, tornam-se acomodados à medida que o tempo pernoitado se faz maior. Carneiro e Silveira (2003) trazem que os indivíduos com menor tempo de rua, demonstram uma

maior preocupação e desconforto sobre sua situação. Esse dado contribui para que sejam criadas outras maneiras de intervenção e que possam diminuir o número de reincidência, uma vez que, somente são tomadas providências quando ocorrem interferências graves no âmbito social.

No que condiz ao grupo de apoio oferecido, foi obtido adesão pelos usuários do Centro POP de forma satisfatória, tendo em vista que o receio inicial era falta de interesse dos participantes. Mostra-se com isso sensibilidade à cultura, ao diálogo e a valorização da inserção social, já que em sua maioria sofrem por discriminação social, visto como uma ameaça e são passíveis de serem eliminados. Por meio do grupo de apoio pode-se validar o sofrimento, ampliar seus sentidos e significados no processo de reconhecer as necessidades desse público. Se faz necessário refletir sobre o modo de vida e sentir dessa população, pois produzem valores, experiências e conhecimento.

5 | CONCLUSÃO

No Centro POP não havia tido uma experiência de grupo de apoio, mesmo que a prática grupal esteja presente na psicologia enquanto ciência. Por meio das dinâmicas de grupos e temas, os usuários trouxeram contextos diferentes, principalmente no que se refere a afetividade e ao uso de drogadição. Dessa maneira, foi possível trazer um ambiente para o compartilhamento de angústias, histórias de superação e experiência.

A partir dos resultados e das observações feitas durante o grupo de apoio, foi possível concluir o quanto é desafiador estabelecer vínculo para proporcionar um ambiente de confiança, buscar compreensão sem julgamento e trazer suas individualidades por meio das histórias repercutidas. A perspectiva de experiência com a população de rua demandaram despojamento, empatia e principalmente o aprendizado de não desanimar mesmo quando as condições forem diversas.

Por meio desta pesquisa, puderam-se identificar, estudar e avaliar pontos de vista teórico e prático, que reforçam a importância de manter o grupo de apoio à esse público em situação de rua. Além disso, vale destacar a fundamental relevância dos serviços de acolhimento e fortalecimento do Centro POP para essa população e realizar discussões sobre suas problemáticas para buscar-se estratégias de desenvolvimento para novos projetos dentro da instituição.

Dados obtidos propõem a inevitabilidade de intervenções, principalmente na área da saúde e social, além de possibilitar futuras pesquisas focado para essa população em situação de rua, uma que uma das limitações encontrada durante esse estudo foi o tempo reduzido de atuação, sendo necessário um aprofundamento maior acerca das condições e vivências dos usuários da instituição. Com a continuidade do grupo pode-se promover um processo maior de acolhimento e ser feito um acompanhamento mais diretivo dos participantes.

Por meio do auxílio na redução de danos, moradia, acompanhamento psiquiátrico e psicológico, tendo como base essas carestias repercutidas durante os encontros. Dessa forma, será possibilitado uma maneira de resgatar sobre a existência da individualidade e humanidade dessa população em situação de rua, os quais têm experiências de vida e capacidade para contribuir na sociedade.

REFERÊNCIAS

BECHELLI, Luiz Paulo de; SANTOS, Manoel Antônio dos. **Psicoterapia de grupo**: como surgiu e evoluiu. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2004, vol.12, n.2 [cited 2019-06-02], pp.242-249.

BULLA, Leonia. Capaverde; MENDES, Jussara. Maria; PRATES, Jane Cruz. (Orgs.). **As múltiplas formas de exclusão social**. Porto Alegre: Federação Internacional de Universidades Católicas: EDIPUCRS, 2004.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 24 jun. 2019

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. **Aprendendo a Contar**: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Brasília, DF: MDS; Secretaria de Avaliação e Gestão de Informação. Secretária Nacional de Assistência Social, 2009

BRASIL, Ministério da Saúde. **Orientação Técnicas**: Caderno do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua - Centro POP. Brasília, 2011

BRASIL, Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada e Compartilhada**. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília, 2009

CAMPOS, Ariane Graça de; SOUZA, Maria Paula Freitas. **Violência muda preconceito**: estratégias de uma equipe de saúde em defesa da cidadania da população em situação de rua. *BIS*. 2013; 14(3): 444-510

CARNEIRO JR., Nivaldo; SILVEIRA, Cássio. **Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2003, vol.19, n.6, pp.1827-1835. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000600026>.

LIMA, Paulo. Cesar; Vicente de. **Projeto Rua do Respeito**: mobilização social para a promoção dos Direitos Sociais das Pessoas em Situação de Rua em Minas Gerais (Projeto de Intervenção). *Revista Jurídica da Escola Superior do Ministério Público de São Paulo*, v. 8, p. 264-278, 2015. <Acesso em: 24 jun. 2019>

FISHER, Rebecca; EWING, Judith; GARRETT, Aline. **The nature and prevalence of chronic pain in homeless person**: an observational study. *F1000Research*. 2013; 1(2): 164-74

JORGE, Jorgina Sales; CORRADI-WEBSTER, Clarissa Mendonça. **Consultório de Rua: Contribuições e Desafios de uma Prática em Construção**. *Saúde Transform. Soc.* [online]. 2012, vol.3, n.1, pp. 39-48. ISSN 2178-7085.

MATTOS, Ricardo Mendes; FERREIRA, Ricardo. Franklin. **Quem vocês pensam que (elas) são?**
- Representações sobre as pessoas em situação de rua. *Psicol. Soc.* [online]. 2004, vol.16, n.2, pp.47-58. ISSN 0102-7182.

MOTTA, Ana Paula Costa. **População em situação de rua:** contextualização e caracterização. *Textos & Contextos (Porto Alegre)* [en linea] 2005, 4 (Diciembre)

ROSA, Anderson da Silva; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. **A Violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil.** *Interface (Botucatu)* [online]. 2015, vol.19, n.53, pp.275-285. ISSN 1414-3283.

OS POSSÍVEIS EFEITOS DO ABORTO NA SAÚDE MENTAL DA MULHER BRASILEIRA E O PAPEL DA PSICOLOGIA

Data de aceite: 01/02/2021

Erika Conceição Gelenske Cunha

ID Lattes: 6452483820695747

Karina Nunes Tavares Martins

ID Lattes: 5810546748880374

Simone Langano Figueredo

ID Lattes: 6045523628907636

RESUMO: Neste artigo tivemos como objetivo geral descrever quais são os possíveis efeitos que o aborto pode causar na saúde mental da mulher e se elas conseguem superar esses efeitos sem o acompanhamento de um Psicólogo. Para tanto, desenvolvemos uma pesquisa bibliográfica. Entre os resultados alcançados pudemos identificar os principais aspectos sociais que causam sofrimento psíquico na mulher que deseja abortar, e também, qual o papel do psicólogo no trabalho a respeito dos possíveis efeitos que o aborto pode causar na saúde mental da mulher brasileira.

PALAVRAS-CHAVE: Aborto, Psicologia, Saúde mental.

ABSTRACT: In this article we presented as a general objective a description of the possible effects that abortion can cause on the women's mental and if they can overcome these effects without the support of a Psychologist. To do that, we developed a bibliographic research. Among the results achieved, we were able to identify the

main social aspects that cause psychological distress in a woman who wants to have an abortion, and additionally, what is the role of the psychologist at work regarding the possible effects that abortion can cause on the mental health of Brazilian women.

KEYWORDS: Abortion, psychology, mental health.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo o site Dicio. (2009), aborto é a interrupção voluntária ou provocada de uma gravidez, onde o feto é expelido ou retirado antes do tempo normal. Silveira (2018) apresenta que essa prática constitui na expulsão do conceito antes da sua viabilidade, seja ele representado pelo ovo, pelo embrião ou pelo feto.

Sabendo disso, de acordo com o site Menezes e Aquino (2009), nas últimas três décadas se consolidou no Brasil um novo campo de produção científica articulando as temáticas de gênero, sexualidade e saúde reprodutiva.

De acordo com a Revista Bioética (2013), no Brasil o aborto só é legalizado nos casos de gravidez decorrente de estupro, grave risco de vida à mãe e, mais recentemente, nos casos de anencefalia. Desse modo, o Estado brasileiro disponibiliza o acesso pelo Sistema de Único de Saúde (SUS), contudo, mesmo nesses casos, a mulher se depara com grandes barreiras de acesso, como por exemplo, muitos locais negam em realizar o aborto.

Além dessas barreiras para a realização do ato do aborto, há problemas relacionadas aos efeitos que o aborto causa na saúde mental da mulher. De acordo com o artigo de Cosme e Leal (1998 apud SPECKHARD, 1987), documentou que em uma determinada amostra de mulheres, elas apresentaram efeitos adversos depois de ter se passado muito tempo da situação do aborto. No mesmo artigo, Cosme e Leal (1998, apud BARNARD 1990), apresentam a informação sobre sintomas pós-traumáticos depois de 3 a 5 anos pós-aborto.

O problema que se apresenta nesse artigo é: As mulheres conseguem superar os efeitos do aborto sem o acompanhamento de um Psicólogo? A hipótese levantada é que a mulher supere os efeitos que o aborto pode causar sem um acompanhamento psicológico, porém em alguns casos poderá ter alguns prejuízos emocionais.

O trabalho consiste em dialogar sobre os efeitos que o aborto pode causar na saúde mental da mulher brasileira. Segundo Cosme e Leal (1998), o mecanismo de defesa dessas mulheres que passaram pelo aborto, é o evitamento. Elas, geralmente evitam falar sobre o que se passou com elas e dos sentimentos a isso associado. Dessa forma, a ocultação destas lembranças pode por um lado aliviar o stress, ou em outros casos podem ser transformados em doenças físicas.

A saúde de um ser humano, segundo a Organização Mundial da Saúde (2001), não compreende apenas o bem-estar físico, mas o bem-estar psicossocial, por isso, a importância de se falar também da saúde mental dessas mulheres que passaram pelo aborto.

Segundo Barbosa, Bobato e Mariutti (2012) citando Pessini (2009), existe um sofrimento e uma dor por trás do aborto, seja ele provocado ou não. Esse sofrimento acontece em várias dimensões, na física, social, psíquica, emocional e espiritual. O autor frisa que as profissões de assistência à saúde são a união entre a técnica científica e a humanidade.

Além desse olhar, é de suma importância entender e divulgar o papel que o psicólogo tem no acompanhamento dessas mulheres que passaram ou irão passar pelo aborto. Segundo o artigo de Barbosa, Bobato e Mariutti (2012) citando Marco (2003), a inclusão do psicólogo dentro da equipe de ginecologia e obstetrícia, tem por função a configuração de complementaridade, para essas mulheres.

Segundo o site Telavita (2017), é de extrema importância a presença de um psicólogo em todo esse processo. Pois, apesar das respostas para toda a situação estarem na mente do próprio paciente, é através da orientação do profissional que tudo se torna capaz de se transformar em superação e principalmente entendimento. E, além disso, é necessário compreender a situação para que as reações futuras não sejam voltadas sempre para a tristeza profunda ao relembrar esse momento.

De acordo com Barbosa, Bobato e Mariutti (2012) um psicólogo na equipe de saúde pode colaborar para essa escuta e compreensão dos processos interpessoais, visando o

enfoque preventivo de cuidado e acolhimento. Dessa forma, o trabalho apresentado se torna esclarecedor para muitas mulheres que não sabem sobre a importância de cuidar do bem-estar físico e mental, além de mostrar o papel ativo que o psicólogo tem nesse âmbito.

Assim, o objetivo desse artigo é investigar os efeitos que o aborto pode causar na saúde mental da mulher e se elas conseguem superar esses efeitos sem o acompanhamento de um Psicólogo. Para delimitar a investigação foram criados objetivos específicos para analisar os seguintes pontos:

- Apresentar uma discussão sobre o aborto no Brasil ;
- Identificar os principais aspectos sociais que causam sofrimento psíquico na mulher que deseja abortar;
- Descrever quais os efeitos na saúde mental da mulher que deseja abortar e verificar através de pesquisas bibliográficas qual o papel do psicólogo no trabalho a respeito dos possíveis efeitos que o aborto pode causar na saúde mental da mulher brasileira.

A elaboração teórica desse artigo se deu através de pesquisa bibliográfica, se valendo também da leitura da legislação que trata o tema. Através dos dados que foram levantados, pudemos observar os fatores sociais, de risco, de prevenção e principalmente dos cuidados psicológicos no atendimento a esses possíveis efeitos que o aborto causa na saúde mental da mulher brasileira.

2 | O QUE É ABORTO?

Devido às suas várias tipologias, o presente trabalho viu grande relevância em discutir o aborto, visto que não é apenas debatido na área da saúde, mas se tratando de crime em alguns casos, vale ressaltar a questão também no âmbito jurídico.

Dessa forma, vale ressaltar que, segundo o Dicionário Priberam (2020), o aborto consiste na expulsão espontânea ou voluntariamente, de um feto ou embrião, antes do tempo e sem condições de vitalidade fora do útero materno.

De acordo com o site JusBrasil (2020), no Brasil o aborto é crime, e só é permitido em casos onde há risco de vida para a gestante ou quando a gravidez é resultado de um estupro. Em 2012, o Supremo Tribunal Federal declarou que o aborto também é permitido quando há a comprovação de que o feto é anencéfalo, que significa que o feto não apresenta total ou parcialmente a calota craniana e o cérebro.

Em determinadas ocasiões, quando o aborto se enquadra no que é permitido, algumas mulheres encontram fortes barreiras para interromper a gravidez, como por exemplo, ter que comprovar o motivo do aborto com vários exames invasivos ou quando a instituição não aceita o caso. Além desses problemas com o aborto legalizado, há um grande número de aborto realizado clandestinamente em clínicas particulares ou auto-provocado.

Conforme exposto no site do Supremo Tribunal Federal - STF (2018), Maria de Fátima Marinho de Souza, da Secretaria de Vigilância em Saúde, declarou que a estimativa do Ministério da Saúde é que ocorram, por ano, cerca de um milhão de abortos induzidos. Com isso a saúde física e mental da mulher fica à deriva quando ela enfrenta o aborto, sendo legalizado ou não e torna-se importante abordar o tema sobre os efeitos que o aborto causa na saúde psíquica.

Pedroso (2012) aclara que os problemas emocionais que resultam do abortamento são raros e menos frequentes do que aqueles que surgem, após o parto de uma gravidez indesejada. Dessa forma, a maioria das mulheres quando não deseja ter o filho e consegue interromper a gravidez se sentem aliviadas e as mulheres que dão à luz a um filho de uma gravidez indesejada, enfrentam alto sofrimento psíquico.

De acordo com os estudos da Daniela Pedroso (2012), após o abortamento, acima de 98% das mulheres não apresentam remorso e que fariam a mesma escolha novamente sob as mesmas circunstâncias. Porém, aquelas que prosseguem com a gravidez enfrentam um misto de sofrimento de raiva, culpa tristeza, entre outros.

Vale ressaltar que, segundo Rebouças e Dutra (2012), o aborto provocado, além da questão legal, é atravessado por fatores morais e religiosos. Tornando assim, a discussão mais delicada e complexa.

3 | OS PRINCIPAIS ASPECTOS SOCIAIS QUE CAUSAM SOFRIMENTO PSÍQUICO NA MULHER QUE DESEJA ABORTAR

De acordo com Menezes e Aquino (2009), os estudos no Brasil sobre as repercussões do aborto na saúde mental das mulheres são escassos e os que foram localizados analisam a reação delas logo após a realização da interrupção ou em períodos próximos. E essa investigação das repercussões psíquicas do aborto merece particular atenção. Para muitas mulheres, o longo percurso até a obtenção dos meios para abortar, a falta de atenção humanizada nos serviços de saúde, a divulgação da prisão de pacientes quando ainda internadas tornam dramáticas suas vivências.

Villela *et al* (2012) cogitam que condições mais graves de sofrimento mental podem estar vinculadas às condições de criminalidade em que as mulheres realizam a interrupção da gestação, a sós e com medo.

Percebe-se, através do estudo, que a saúde mental das mulheres reflete as tensões e angústias do tema do abortamento induzido no Brasil.

Observa-se que as mulheres recorrem ao procedimento em contextos de vulnerabilidade, expostas à dupla condenação, criminal e legal da prática no país. Essa condenação gera temores que, acompanhados da prática em contexto de clandestinidade, refletem em medo e culpa, que transcendem a própria prática e se referem à realidade social e cultural dos direitos sexuais e reprodutivos. (ROMIO et al, 2015, p.17)

Na opinião de Menezes e Aquino (2009), o aborto contém aspectos de caráter moral e religioso, sendo objeto de aprovação social. Dessa forma, as mulheres encontram dificuldades de expor seus relatos, particularmente em contextos de ilegalidade, como no Brasil. Assim, quando tratamos de investigar o aborto, precisamos ter cuidados metodológicos específicos, com implicações éticas no manejo do tema.

Além disso, destaca-se o contexto que a mulher está envolvida, pois esse influencia os pensamentos, as emoções e nas ações, gerando assim, efeitos positivos ou negativos na saúde psicológica da mulher. De acordo com Maia (2008), quando se trata do aborto induzido, a própria dúvida entre o desejo de ter ou não um filho em determinado momento da vida da mulher já entra em conflito com a expectativa social. Uma outra situação de conflito é a clandestinidade do procedimento abortivo, por não estar agindo de acordo com a Lei. E ainda o fato de que o procedimento leva o estatuto de crime e isso faz com que a mulher entre em conflito com a sua autoimagem ética e moral. Todos esses conflitos já geram um sofrimento injusto e desnecessário à mulher.

Outro fator a ser analisado, é a questão que mulheres mais favorecidas economicamente engravidam menos e tem melhor assistência ao atendimento. Romio *et al* (2015), traz uma pesquisa que mostra essa realidade:

As características sócio demográficas das mulheres que praticam aborto no país podem corresponder a um modelo muito mais heterogêneo, como reforçam os dois recortes do estudo GRAVAD (Gravidez na Adolescência: Estudo Multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil), apresentados por Menezes et al. (2006) e Pilecco et al. (2011), que demonstraram uma relação entre alta escolaridade e renda familiar elevada e a ocorrência de aborto na primeira gravidez. Desta forma, as jovens de classes econômicas privilegiadas, além de terem maior acesso à contracepção, costumam optar pelo aborto, ainda que de forma ilegal, na primeira gravidez. Sendo assim, embora engravidem menos, estas jovens se utilizam proporcionalmente mais da prática do aborto do que jovens de classes menos favorecidas. Além disso, elas possuem recursos econômicos para executar a prática do aborto em condições melhores assistidas e mais seguras para a sua saúde em comparação àquelas com menor poder econômico. (ROMIO *et al*, 2015, p. 69)

Todavia, o apoio que a mulher pode ter durante esse período de gravidez poderá amenizar esse sofrimento provocado por aspectos sociais. De acordo com essa perspectiva, a descriminalização do aborto faria com que o processo de decisão fosse facilitado se tivesse o suporte da família e acompanhamento de profissionais da área.

É de suma importância o acompanhamento psicológico para a mulher nessa situação frágil, sendo antes, durante ou depois da realização do aborto. Pois, dessa forma, o profissional saberá conduzir e agir de determinadas formas que irá ajudar essa mulher.

4 | QUAL O PAPEL DO PSICÓLOGO A RESPEITO DOS POSSÍVEIS EFEITOS QUE O ABORTO PODE CAUSAR NA SAÚDE MENTAL DA MULHER BRASILEIRA?

A gravidez em si é uma fase que tem um valor simbólico único para cada mulher e quando acontece uma situação trágica, por exemplo, o aborto, surgem sentimentos como: raiva, tristeza, culpa, isolamento, entre outros. Segundo o site Telavita (2017), é de extrema importância a presença de um psicólogo em todo esse processo. Apesar das respostas para toda a situação estarem na mente do próprio paciente, é através da orientação do profissional que tudo se torna capaz de se transformar em superação e principalmente entendimento. Além disso, é necessário compreender a situação para que as reações futuras não sejam voltadas sempre para a tristeza profunda ao lembrar esse momento.

O acompanhamento psicológico é tão importante que, segundo o site JN (2015), o PSD e o CDS-PP entregaram uma proposta de alteração à iniciativa legislativa de cidadãos pelo “direito a nascer” tornando obrigatórias as consultas de acompanhamento social e psicológico antes e depois de uma Interrupção Voluntária da Gravidez. De acordo com os estudos realizados por Benute *et al* (2009), as mulheres que provocaram o abortamento encontravam-se mais ansiosas e mais deprimidas, demonstrando a necessidade da realização de acompanhamento psicológico.

De acordo com Nascimento e Andrade (2013), entendemos que os psicólogos devem facilitar o empoderamento e a conscientização, além de procurar estabelecer um vínculo de confiança com o objetivo de trabalhar temas delicados, como, por exemplo, o aborto. É imprescindível ouvir e valorizar os sentimentos da pessoa que está vindo até você, as pressões sociais e os constrangimentos relatados podem revelar as verdadeiras dificuldades que a pessoa enfrenta.

Nascimento e Andrade (2013, apud ROMIO et al. 2015), ainda destacam que no documento do Ministério da Saúde “Atenção humanizada ao abortamento” apresentou a necessidade de oferecer atenção humanizada e acolhedora às mulheres passaram por um abortamento, de qualquer tipo, seja espontâneo ou induzido. Além disso, destaca-se ainda, a importância de que os profissionais da saúde, independentemente da sua orientação moral e religiosa, resguardar uma postura ética, corroborando, assim, com os direitos humanos das mulheres.

O portal G1 (14/10/2020), traz a informação que a Prefeitura de Santos (SP) aprovou um projeto de lei que renova o programa de humanização do atendimento a mulheres que sofreram aborto espontâneo na rede municipal de saúde. De acordo com a Lei nº 3.374 de 2020, agora os pacientes passam a receber atendimento em alas separadas. Dessa forma, as mulheres que sofrerem aborto espontâneo ou óbito fetal devem ser acomodadas em uma área separada das demais gestantes.

O tema aborto envolve subjetividades e deve ser tratado com ética, cuidado e respeito. Dessa forma, segundo o portal da G1 (14/10/2020), o autor do projeto justifica que

a proposta visa amenizar a dor e proporcionar mais privacidade às gestantes que tiverem o bebê natimorto.

Com base nas pesquisas reladas, questionamentos aparecem: como o profissional de psicologia atuará nesse cenário? Como a psicologia tem se atualizado sobre o tema do aborto? De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2018)

A avaliação cientificamente informada do grupo de trabalho sobre saúde mental e aborto da Associação Americana de Psicologia (APA) indicou limitações metodológicas de estudos que tentam inferir tal premissa. Ao privilegiarmos a singularidade do sujeito, observamos que a experiência com o aborto é vivenciada de modo diverso pelas mulheres, sobretudo considerando marcadores relevantes na conformação de tal prática, como classe, raça, gênero, orientação sexual, idade e região. Entretanto, ressaltamos que o modo estigmatizante com que o aborto é tratado, por parte da sociedade, pode se configurar como fator de risco para a saúde integral das mulheres que realizam aborto no Brasil. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018, Online)

Diante disso, é notória a falta de conteúdos científicos que possam auxiliar o trabalho do psicólogo, indicando limitações metodológicas de estudos. Assim, se faz necessário, que novas pesquisas aborde o tema de aborto, para que no futuro haja materiais complementares para a atuação desse profissional nesse processo delicado.

Para contextualizar o exposto, foi pertinente trazer alguns casos que tiveram grande repercussão na mídia. O primeiro caso é da atriz e cantora Mariana Rios - que sofreu um aborto espontâneo. Segundo o portal G1 (22/07/2020), a atriz relata que ao saber que tinha perdido o seu primeiro filho, tentou se manter tranquila, porém no dia seguinte desabou, e o que ajudou foi ter o suporte e amparo do marido. Na entrevista, ela acrescenta: “Percebi que muitas mulheres não falam sobre isso, sobre suas perdas. Recebi histórias de mulheres que nunca tiveram liberdade para falar sobre o assunto”.

Nessa fala da Mariana, nota-se a importância do acompanhamento psicológico para que essas mulheres aprendam a passar por esse processo de forma resiliente. Nota-se que, mesmo a mulher tendo suporte emocional, pode gerar desamparo. Assim, o acolhimento de um profissional de psicologia poderá ser um diferencial nesse processo, principalmente para aquelas mulheres que não tem suporte familiar, acompanhamento médico, e um ambiente adequado.

O segundo caso aconteceu recentemente no Brasil. As mídias retrataram um acontecimento do caso de uma menina de 10 anos que foi abusada pelo tio. Nessa situação, a menina engravidou e, diante disso, procurou a justiça para aprovação de um procedimento de aborto. De acordo com o site da Revista Veja (2020), o juiz Antônio Moreira autorizou a interrupção na gestação a menina de 10 anos, porém mesmo com a autorização, a criança precisou ser levada para Recife (PE), porque o hospital do Espírito Santo se recusou a realizar o procedimento. Vale ressaltar que diante a legislação brasileira, é permitido o aborto em caso de estupro.

Mesmo assim, houve diversas manifestações (religiosa, feministas, etc) em frente ao hospital onde a menina estava internada para realização do procedimento. Apesar dos posicionamentos divergentes, talvez fosse mais produtivo que o debate fosse ampliado, com o objetivo de educar sobre a temática e visando a preservação da saúde da mulher que está passando por esse processo.

A divulgação de números de óbitos em procedimentos mal sucedidos, os transtornos psíquicos, físicos que são gerados pré e pós procedimentos de aborto, entre outros conhecimentos, se fossem divulgados de forma educativa e legal, em conjunto com a ciência, seriam de grande relevância para educação dessa população e de novas mulheres que estão sendo inseridas na sociedade.

Em entrevista disponível no site Tribuna, o médico Olímpio Barbosa alertou (em relação ao caso da menina acima exposto) que: “O maior problema que vejo são essas forças religiosas e políticas contrárias a salvar a vida dessa menina, essas pessoas divulgaram o nome dela”. O que nos leva a indagar: quais os prejuízos isso pode causar ao futuro dessa criança?

É imprescindível o acompanhamento psicológico para essa menina que ficou sobre os holofotes da imprensa por causa da violência que sofreu, não somente para a criança, mas para os familiares em torno. Dessa forma, com o acompanhamento psicológico tudo se torna capaz de se transformar em superação e principalmente em entendimento e assim, essa menina poderá construir sua vida conseguindo lidar com o que aconteceu e sem ter prejuízos mentais graves.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a Revista Bioética (2013), no Brasil o aborto só é legalizado nos casos de gravidez decorrente de estupro, grave risco de vida à mãe e, mais recentemente, nos casos de anencefalia. Desse modo, o Estado brasileiro disponibiliza o acesso pelo Sistema de Único de Saúde (SUS), contudo, mesmo nesses casos, a mulher se depara com grandes barreiras de acesso, como, por exemplo, locais que se negam em realizar o aborto, mesmo dentro de premissas legais.

Além dessas barreiras para a realização do ato do aborto, há problemas relacionadas aos efeitos que o aborto causa na saúde mental da mulher. O artigo de Cosme e Leal (1998, apud SPECKHARD 1987), documentou que em uma determinada amostra de mulheres apresentou efeitos adversos, mesmo depois de ter se passado muito tempo da situação do aborto. No mesmo artigo, Cosme e Leal (1998, apud BARNARD 1990), apresentam a informação sobre sintomas pós-traumáticos depois de 3 a 5 anos pós-aborto.

Percebe-se, através do estudo, que a saúde mental das mulheres reflete as tensões e angústias do tema do abortamento induzido no Brasil.

As características sócio demográficas das mulheres que praticam aborto no país podem corresponder a um modelo muito mais heterogêneo, como reforçam os dois recortes do estudo GRAVAD (Gravidez na Adolescência: Estudo Multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil), apresentados por Menezes et al. (2006) e Pilecco et al. (2011), que demonstraram uma relação entre alta escolaridade e renda familiar elevada e a ocorrência de aborto na primeira gravidez. Desta forma, as jovens de classes econômicas privilegiadas, além de terem maior acesso à contracepção, costumam optar pelo aborto, ainda que de forma ilegal, na primeira gravidez. Sendo assim, embora engravidem menos, estas jovens se utilizam proporcionalmente mais da prática do aborto do que jovens de classes menos favorecidas. Além disso, elas possuem recursos econômicos para executar a prática do aborto em condições melhores assistidas e mais seguras para a sua saúde em comparação àquelas com menor poder econômico. (ROMIO *et al*, 2015, p. 69)

Villela *et al* (2012) cogitam que condições mais graves de sofrimento mental podem estar vinculadas às condições de criminalidade em que as mulheres realizam a interrupção da gestação, à sós - e com medo.

Nesse momento tão delicado, se faz de extrema importância a presença de um psicólogo em todo o processo. Afinal, através da orientação de um profissional da área, pode-se pensar em se transformar um período tão difícil e controverso, em uma história de onde se encontre ressignificação e superação.

Através da pesquisa elaborada, ressalta-se a importância da realização de pesquisas que abordem o contexto atual do aborto. De acordo com a cultura que o Brasil tem em relação ao tema, se faz necessário utilizar de forma educativa para melhor esclarecimento do assunto para a sociedade, pois há muitas questões religiosas e morais envolvidas no discurso que perpassa essa questão tão importante para a saúde da mulher.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, A; BOBATO, J; MARIUTTI, M. Representação dos profissionais da saúde pública sobre o aborto e as formas de cuidado e acolhimento. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto , v. 13, n. 2, p. 44-55, 2012 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702012000200006&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 30 mai. 2020

BENUTE, Gláucia et al. **Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa**. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n3/v55n3a27.pdf>> Acesso em: 09 mar. 2020

BENUTE, Gláucia et al . Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 55, n. 3, p. 322-327, 2009 . Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n3/v55n3a27.pdf>> Acesso em: 09 mar. 2020

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Não há relação unicausal entre aborto e saúde mental**. 2020. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/cfp-reafirma-impossibilidade-de-estabelecimento-de-relacao-unicausal-entre-aborto-e-saude-mental-de-mulheres/>> Acesso em: 23 out. 2020

COSME, M; LEAL, I. Interrupção voluntária da gravidez e distúrbio pós-traumático de stress. **Aná. Psicológica**, Lisboa , v. 16, n. 3, p. 447-462, set. 1998 . Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82311998000300011&Ing=pt&nrm=iso> Acesso em: 30 mai. 2020

DICIO. **Aborto**. 2009. Disponível em: < <https://www.dicio.com.br/aborto/>> Acesso em: 09 mar. 2020

G1. **Mariana Rios fala sobre aborto espontâneo do 1º filho: 'Senti que voei até o céu e despenquei'**. 2020. Disponível em <<https://g1.globo.com/pop-arte/noticia/2020/07/22/mariana-rios-fala-sobre-aborto-espontaneo-do-1o-filho-senti-que-voei-ate-o-ceu-e-despenquei.ghml>> Acesso em: 23 out. 2020

G1. **Santos, SP, aprova lei que permite atendimento separado a grávidas que sofrerem aborto ou morte fetal**. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/santos-regiao/mais-saude/noticia/2020/10/14/santos-sp-aprova-lei-que-permite-atendimento-separado-a-gravidas-que-sofrerem-aborto-ou-morte-fetal.ghml>> Acesso em: 23 out. 2020

JN. **PSD e CDS querem consultas obrigatórias antes e depois de um aborto**. 2015. Disponível em: <<https://www.jn.pt/nacional/saude/psd-e-cds-querem-consultas-obrigatorias-antes-e-depois-de-um-aborto-4684531.html>> Acesso em: 09 mar. 2020

JUSBRASIL. **Art. 128 do Código Penal - Decreto Lei 2848/40**. 1940. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10624811/artigo-128-do-decreto-lei-n-2848-de-07-de-dezembro-de-1940>> Acesso em: 09 mar. 2020

MAIA, M. **Direito de decidir: múltiplos olhares sobre o aborto**. 2008. Disponível em: <<https://sites.google.com/site/02jan19i/3Lp9oKijYhgF9500>> Acesso em: 09 mar. 2020

MENEZES, G; AQUINO, E. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, supl. 2, p. s193-s204, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/02.pdf>> Acesso em: 09 mar. 2020

NASCIMENTO, A; ANDRADE, A. A atuação da psicologia na atenção básica frente à gravidez na adolescência. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 5, n. 12, p. 126-142, 2013. Disponível em: < <http://stat.cbsm.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1701/3190>> Acesso em: 10 out. 2020

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial Da Saúde**. 2001. Disponível em: <https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf> Acesso em: 09 mar. 2020

PEDROSO, D. **Aborto e Saúde Mental**. 2012. Disponível em: <<http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v64n2/a16v64n2.pdf>> Acesso em: 09 mar. 2020

PRIBERAM DICIONÁRIO. **Aborto**. 2020. Disponível em: <<https://dicionario.priberam.org/aborto>> Acesso em: 09 mar. 2020

REBOUCAS, Melina Séfora Souza; DUTRA, Elza Maria do Socorro. O aborto provocado como uma possibilidade na existência da mulher: reflexões fenomenológico-existenciais. **Nat. hum.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 192-219, 2012 . Disponível em:<pepsic.bvsalud.org/pdf/nh/v14n2/a10.pdf> Acesso em: 07 set. 2020.

REVISTA BIOÉTICA. **Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública**. 2013. Disponível em <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/778/933> Acesso em: 29 mai. 2020

ROMIO, Caroline, et al. Saúde mental das mulheres e aborto induzido no Brasil. **Psic. Rev.** São Paulo, volume 24, n.1, 61-81, 2015. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/24229/17439>> Acesso em: 10 out. 2020

SILVEIRA, C. **Prática do aborto na sociedade contemporânea: perspectivas jurídicas, morais, econômicas e religiosas**. 2018. Disponível em: <<https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-46/pratica-do-aborto-na-sociedade-contemporanea-perspectivas-juridicas-morais-economicas-e-religiosas/>> Acesso em: 09 mar. 2020

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Informativo STF**. 2012. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo661.htm>> Acesso em: 09 mar. 2020

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Representantes do Ministério da Saúde apresentam impacto do aborto no Brasil**. 2018. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=385629>> Acesso em: 09 mar. 2020

TELAVITA. **Saiba como funciona o acompanhamento psicológico após um aborto**. 2017. Disponível em: <<https://www.telavita.com.br/blog/acompanhamento-psicologico-aborto/>> Acesso em: 09 mar. 2020

TRIBUNAONLINE. **“Risco do aborto era menor que o parto”, explica médico sobre menina de 10 anos**. 2020. Disponível em: <<https://tribunaonline.com.br/risco-do-aborto-era-menor-que-o-parto-explica-medico-sobre-menina-de-10-anos>> Acesso em: 12 out. 2020

VEJA. **Justiça autoriza aborto de menina de 10 anos que engravidou após estupro**. 2020. Disponível em: <<https://veja.abril.com.br/brasil/justica-autoriza-aborto-de-menina-de-10-anos-estuprada/>> Acesso em: 12 out. 2020

VILLELA, Wilza et al. Motivos e circunstâncias para o aborto induzido entre mulheres vivendo com HIV no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1709-1719, jul. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700009>> Acesso em: 09 mar. 2020

CAPÍTULO 11

PERCEPÇÃO DO APOIO FAMILIAR, INICIAÇÃO SEXUAL E AUTOLESÃO NA ADOLESCÊNCIA: UM ESTUDO UTILIZANDO O HEALTH BEHAVIOR IN SCHOOL-AGED CHILDREN NA REGIÃO AMAZÔNICA NO BRASIL

Data de aceite: 01/02/2021

Margarida Gaspar de Matos

Coordenadora do Núcleo de Pesquisa Aventura Social - Professora Catedrática. Universidade de Lisboa

<https://latters.cnpq.br/4611719073083206>

Carolina Saraiva de Macedo Lisboa

Coordenadora do Núcleo de Pesquisa de Relações Interpessoais e Violência: contexto clínico, educativo, sociais e virtuais. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

<https://latters.cnpq.br/957174324778567>

Maria Letícia Marcondes Coelho de Oliveira

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) – Dinter

Faculdade Católica de Rondônia (FCR)

<https://latters.cnpq.br/4008632149286757>

Diego Gómez Baya

Department of Social, Developmental and Educational Psychology, Universidad de Huelva

<https://orcid.org/0000-0003-4651-0439>

Gina Quinás Tomé

Integrante do Núcleo de Pesquisa Aventura Social. Investigadora na Universidade de Lisboa

Marta Reis

Núcleo de Pesquisa Aventura Social

Investigadora na Universidade de Lisboa

<https://latters.cnpq.br/2273314521239497>

Juliana Maltoni Nogueira

Laboratório de Pesquisa e Intervenção

Cognitivo-Comportamental. Mestra pela

Universidade de São Paulo (USP).

<https://latters.cnpq.br/5639612550754619>

Carmem Beatriz Neufeld

Coordenadora do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental

Departamento de Psicologia Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão

Universidade de São Paulo (USP)

<https://latters.cnpq.br/7836902599834751>

RESUMO: Dentre os desafios que costumam ser comuns à adolescência, destaca-se o desejo de conhecer os limites da sexualidade. Entende-se que os jovens podem estar suscetíveis a diferentes riscos frente a este desafio. Os comportamentos sexuais de risco incluem relações sexuais sem o uso de preservativos, a multiplicidade de parceiros e a gravidez precoce. Este trabalho teve por finalidade oferecer uma contribuição empírica para a compreensão da sexualidade de adolescentes, investigando a relação entre a percepção do comportamento sexual e a percepção dos adolescentes no que se refere ao seu relacionamento com seus pais. Este trabalho insere-se em um projeto maior, denominado *Health Behavior in School-Aged Children* (HBSC). O recorte se propõe investigar os adolescentes da Região Norte do Brasil (Amazônia). O instrumento utilizado foi o *Health Behavior in School-aged Children* (HBSC), sendo este um protocolo que abrange uma gama de indicadores e comportamentos relacionados à

saúde. A amostra foi composta de 507 estudantes de ambos os sexos de escolas públicas do estado de Rondônia, de 13 a 15 anos de idade. A análise dos dados da pesquisa foi realizada por meio de medidas de comparação (teste qui-quadrado). Os resultados apontaram que os jovens que já iniciaram a sua vida sexual percebem que pais sabem pouco das suas vidas. Aumentar habilidades para tomada de decisão e promover a comunicação com os pais pode contribuir significativamente para que estimule a saúde e bem-estar dos jovens brasileiros.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescência, Comportamento Sexual, Percepção de apoio familiar.

PERCEPTION OF FAMILY SUPPORT, SEXUAL INITIATION AND SELF-HOLINESS IN ADOLESCENCE: A STUDY USING HEALTH BEHAVIOR IN CHILDREN OF SCHOOL AGE IN THE AMAZONIAN REGION IN BRAZIL

ABSTRACT: Among challenges common to adolescents, desire to explore sexuality limits stands out. Young people may be susceptible to different risks facing this challenge. Sexual risk behaviors include intercourse without condoms, multiplicity of partners, and early pregnancy. The purpose of this study was to provide an empirical contribution to the understanding of adolescent sexuality, investigating the relationship between adolescents' perception of sexual behavior and their relationship with parents. This work is part of a larger project called Health Behavior in School-Aged Children (HBSC). Scope is proposed to investigate adolescents of Northern Region of Brazil (Amazon). Instrument used was the Health Behavior in School-aged Children (HBSC), a protocol that covers a range of indicators and behaviors related to health. Sample consisted of 507 students of both sexes from public schools in the state of Rondônia, aged 13 to 15 years. Research data analysis was performed by comparison measures (chi-square test). Results indicated that young people who have already started sexual life realize that parents know little about their lives. Increasing decision-making skills and promoting communication with parents can contribute significantly to stimulate health and well-being of Brazilian youth.

KEYWORDS: Adolescence, Sexual Behavior, Perception of family support.

1 | INTRODUÇÃO

No Brasil, os adolescentes são contabilizados em cerca de 35 milhões de indivíduos (Papalia, Olds & Feldman, 2010; Cerqueira-Santos, Melo Neto & Koller, 2014). Os comportamentos de risco destacados frequentemente como aqueles que costumam ocorrer predominantemente na adolescência são abuso de substâncias psicoativas, violência e condutas sexuais de risco. (Macedo, Petersen & Koller, 2017; Matos, 2015; Reis, 2016). Foram encontrados indicativos de que embora os adolescentes estejam bem informados sobre a importância do uso de preservativo e tenham a tendência a utilizá-lo na primeira relação sexual, há também uma tendência ao abandono do sexo seguro com parceiros fixos. No que concerne às doenças sexualmente transmissíveis, cabe ressaltar o dado de que os jovens compõem metade das novas infecções de HIV registradas anualmente (Niquice, 2014). A Organização Mundial da Saúde aponta os seguintes riscos como principais em relação à gravidez na adolescência: morte materna e infantil prematura, falta

de recursos para subsistência, problemas de desenvolvimento para as crianças e consumo de substâncias por parte da mãe (Lawrenz & Habigzang, 2016).

As famílias, os meios de comunicação e a escola fazem parte de um contexto importante para a educação e a promoção de saúde e têm uma relação direta com os contextos sociais em que estão inseridos (Neufeld, 2015). O papel da relação entre pais e filhos tem sido estudado por pesquisadores interessados em compreender melhor o desenvolvimento humano (Benchaya et al., 2011; Hong & Espelage, 2012; Ok & Aslan, 2010). Durante a adolescência, há evidências de que o processo de aquisição da autonomia em relação aos pais, assim como as demais tarefas desenvolvimentais da fase, são influenciados por características como o estilo educativo destes cuidadores (Benchaya et al., 2011). Estudar e pensar sobre riscos em interação com fatores protetivos pode ser a chave ou um caminho eficaz para o sucesso de ações focais e preventivas que visem à saúde dos jovens (Lisboa, Wendt, Neufeld & Matos, 2014).

Este projeto teve por finalidade oferecer uma contribuição empírica para a compreensão da sexualidade de adolescentes, investigando a relação entre a percepção do comportamento sexual e a percepção dos adolescentes no que se refere ao seu relacionamento com seus pais. Assumir riscos pode resultar em sérias infecções, no risco de contrair HIV (vírus da imunodeficiência), podendo acarretar até mesmo o óbito. Urge que programas de intervenção eficazes tratem de educar a juventude sobre os riscos de ingressar na atividade sexual e oferecer serviços adequados para prevenir problemas associados à atividade sexual.

Os programas efetivos de educação podem: reduzir os níveis de desinformação entre os jovens; aumentar o conhecimento correto sobre o assunto; desenvolver valores e atitudes positivas, aumentar as habilidades para a tomada de decisão informada; melhorar as percepções sobre os amigos e normas sociais; e facilitar a comunicação com os pais e outros educadores (UNESCO, 2009). Foi ainda objetivo verificar as diferenças e semelhanças entre os meninos e meninas do interior e da capital de Rondônia, região escolhida para representar a Região Norte do Brasil (Região Amazônica), tomando por referência uma amostra de participantes de 13 a 15 anos, estudantes de escola pública.

As hipóteses desta pesquisa foram de que o maior índice da idade da primeira relação sexual seria aos 13 anos de idade, de que a capital teria um maior índice de adolescentes que relataram já ter tido relações sexuais do que no interior do estado de Rondônia, que a frequência da atividade sexual seria maior nos meninos do que nas meninas, que o método concepcional mais utilizado seria o coito interrompido e que os adolescentes que relataram não ter atividade sexual percebiam mais afeto e estavam satisfeitos com o apoio familiar recebidos.

2 | MÉTODO

O Brasil foi incluído para atuar no *International Linked Project* no estudo HBSC/OMS em 2016 (Nogueira, 2017), e essa pesquisa insere-se em um projeto maior, denominado *Health Behavior in School-Aged Children* (HBSC), sob coordenação no Brasil do LaPICC-USP, sendo um extenso estudo internacional (www.hbsc.org) (Currie et al., 2004, 2012), que tem como objetivo mapear e comparar os indicadores e comportamentos de saúde e bem-estar de adolescentes, tendo a colaboração com a Organização Mundial da Saúde, e se tratando de um estudo transnacional, vem sendo conduzido em 43 países da Europa e América do Norte, há mais de 30 anos.

2.1 Participantes

A amostra teve a participação aleatória de 8 escolas de Rolim de Moura, no interior de Rondônia, representando 54,5% e 9 escolas na capital do Estado, Porto Velho. Participaram do estudo 507 adolescentes de Rondônia, de 13 a 15 anos de idade, representando a Região Norte do Brasil (M idade = 13,9, DP = 1,03), sendo que 61,3% do total eram meninas.

2.2 Instrumentos

O instrumento utilizado foi o *Health Behavior in School-aged Children* (HBSC), que procura obter dados do tipo epidemiológico, usado em Portugal desde 1998, e na Europa, desde 1983, de 4 em 4 anos. Estudos sobre a validade e as propriedades psicométricas dos itens incluídos já foram publicados (Roberts et al., 2009). O questionário foi adaptado para o português brasileiro por Nogueira (2017). Foram selecionadas questões referentes ao comportamento sexual e à percepção de apoio familiar contidas no questionário, no que diz respeito à percepção do apoio familiar, foram avaliadas 3 categorias de questões.

A primeira categoria apresentou a seguinte questão: “O quanto se sente à vontade para falar sobre os assuntos que mais te preocupam com as seguintes pessoas?” e foram avaliadas as respostas em relação ao pai e à mãe, e as categorias de respostas foram: “muito fácil”, “fácil”, “difícil” e “muito difícil”. A segunda questão referente ao suporte familiar apresentava uma escala Likert de 1 a 7 para ser assinalada quanto a discordar muito fortemente ou concordar muito fortemente, constituída pelas seguintes questões: “A minha família realmente tenta me ajudar”, “Eu tenho o apoio emocional que preciso da minha família”, “Eu posso falar com a minha família sobre os meus problemas” e “A minha família está disponível para me ajudar a tomar decisões”. E, por fim, a última questão avaliativa da supervisão parental foi avaliada através de três questões: “O quanto você acha que seus pais ou responsáveis sabem sobre: “Quem são seus amigos,” “Onde você gasta o seu dinheiro” e “O que você costuma fazer em seu tempo livre”, e as categorias de respostas foram: “Muito”, “Mais ou menos”, “Pouco” e “Nada”.

2.3 Procedimentos

O projeto seguiu as diretrizes e normas do Conselho Nacional da Saúde, regulamentadoras da Resolução nº 466/2012. Foram respeitados todos os princípios éticos para pesquisa com seres humanos. Todos os participantes tiveram sua identidade preservada, souberam do risco mínimo gerado por possível emoção desconfortável devido a perguntas pessoais e os possíveis encaminhamentos, se fossem necessários. O estudo seguiu todas as normas de aprovação científica, ética e administrativa e teve o consentimento informado de todos os diretores das escolas, adolescentes participantes e respectivos encarregados de educação.

O início do procedimento se deu com a realização do treinamento para a coleta de dados no Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo Comportamental (LaPICC), da Universidade de São Paulo, então houve o contato com a Secretaria Estadual de Educação tanto no interior quanto na capital de Rondônia e em seguida uma seleção aleatória das instituições de ensino a serem convidadas, de acordo com a amostragem e respeitando a proporção entre as turmas de cada região.

Após o convite às escolas e seu aceite, realizou-se a seleção por conveniência das turmas a serem convidadas para participarem do estudo. Na sequência foi feito o convite aos alunos nas salas de aula referente às idades selecionadas e entregues os Termos de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido (TCLE) e o de Consentimento para a Formação de Banco de Dados para que os pais/responsáveis daqueles que se interessaram em participar assinassem e a participação do estudante ficou condicionada em primeiro lugar, ao aceite da escola, em seguida à autorização formal dos pais e por fim, ao assentimento dos adolescentes atestado no dia previamente combinado com a direção escolar para a realização da pesquisa.

Para a coleta de dados foi selecionada uma equipe composta por psicólogos e estudantes de psicologia. A pesquisa foi conduzida pela equipe com aplicações coletivas em salas de aula ou outros locais oferecidos pelas escolas (laboratório de informática, sala de leitura e refeitório). Os participantes foram informados que poderiam sair da pesquisa a qualquer momento sem que ocorresse nenhuma punição ou dano. Os procedimentos metodológicos mais aprofundados do estudo estão descritos em publicações anteriores em níveis nacional e internacional (Matos et al., 2011; Currie et al., 2012; Roberts et al., 2009).

2.4 Análise dos Dados

Foi realizada estatística descritiva e as diferenças entre sexo e regiões através do teste qui quadrado para as variáveis analisadas. Os dados foram analisados no programa estatístico SPSS, versão 24.

3 | RESULTADOS

Apesar da maioria dos meninos (66,8%) e das meninas (80,1%), dos adolescentes da região de Porto Velho (68,8%) e da região de Rolim de Moura (81,9%) mencionarem não ter tido relações sexuais, temos uma minoria de adolescentes meninos (33,2%), meninas (19,6%) e de ambas as regiões (30,8% em Porto Velho e 18,1% em Rolim de Moura) que referiram já ter tido relações sexuais.

A Tabela 1 apresenta a estatística comparativa por sexo e regiões, observando-se diferenças estatisticamente significativas no ter tido relações sexuais. São os meninos (33,2%) que, mais frequentemente que as meninas (19,6%), referem já ter tido relações sexuais, $\chi^2 (1) = 12,456$; $p=.002$; e são os adolescentes da região Porto Velho (30,8%) que, mais frequentemente que os da região de Rolim Moura (18,1%) mencionam já ter tido relações sexuais, $\chi^2 (1) = 11,913$; $p=.003$.

		Relações Sexuais						
		Sim		Não		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%			
Sexo	Meninos	65	33,2	131	66,8	196	12,456**	1
	Meninas	61	19,6	250	80,1	311		
Região	Porto Velho	86	30,8	192	68,8	278	11,913**	1
	Rolim de Moura	42	18,1	190	81,9	232		

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; n.s = não significativo

A negrito – valores que correspondem a um residual ajustado $\geq | 1.9 |$

Tabela 1. Diferenças entre Relações Sexuais para Sexo e Regiões

A Tabela 2 apresenta a estatística comparativa entre a idade da primeira relação sexual e os métodos contraceptivos usados na última relação sexual por sexo e regiões, observando-se diferenças estatisticamente significativas. São os meninos (31,7%) que, mais frequentemente que as meninas (4,8%), referem ter tido relações sexuais aos 11 anos ou menos, e as meninas (30,9%), mais frequentemente que os meninos (15,9%), referem ter tido relações sexuais aos 14 anos, $\chi^2 (5) = 18,147$; $p=.003$. Não foram observadas diferenças significativas entre as regiões e a idade da primeira relação sexual.

Relativamente aos métodos contraceptivos usados na última relação sexual, podemos observar que o preservativo é o método contraceptivo mais usado pelos meninos (63,9%), meninas (71,9%), pelos adolescentes da região Porto Velho (65,9%) e pela região Rolim de Moura (72,1%), apesar de não ter havido diferenças estatisticamente significativas. Porém temos uma grande percentagem de adolescentes, meninos (52,5%),

meninas (56,3%), da região Porto Velho (61,0%) e da região Rolim de Moura (41,9%), a mencionar usar o coito interrompido como método contraceptivo (em maior percentagem do que o anticoncepcional), e aqui também não existiram diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e regiões.

Só existiram diferenças estatisticamente significativas entre o anticoncepcional e o sexo. As meninas (62,5%), mais frequentemente que os meninos (41,0%), referem não usar e os meninos (32,8%), mais frequentemente que as meninas (19,9%), mencionam não saber se foi usado, $\chi^2 (2) = 9,685$; $p=.003$.

Variáveis	Meninos		Meninas		χ^2	Gl	Porto Velho		Rolim de Moura		χ^2	gl
	N	%	N	%			N	%	N	%		
Idade 1ª relação sexual					18,147**	5					2,236 ^{n.s}	5
11 anos ou menos	20	31,7	3	4,8			15	17,6	8	19,0		
12 anos	10	15,9	8	12,9			14	16,5	6	14,3		
13 anos	16	25,4	19	30,6			23	27,1	12	28,6		
14 anos	10	15,9	19	30,6			20	23,5	9	21,4		
15 anos	7	15,9	12	19,4			13	15,3	6	14,3		
16 anos ou mais ¹	-	-	-	-			-	-	-	-		
Métodos contraceptivos na última relação												
Preservativo					4,109 ^{n.s}	2					0,512 ^{n.s}	2
Sim	39	63,9	46	71,9			54	65,9	31	72,1		
Não	16	26,2	17	26,6			23	28,0	10	23,3		
Não sei	6	9,8	1	1,6			5	6,1	2	4,7		
Anticoncepcional					9,685**	2					0,828 ^{n.s}	2
Sim	16	26,2	17	26,6			20	24,4	13	30,2		
Não	25	41,0	40	62,5			45	54,9	20	46,5		
Não sei	20	32,8	7	19,9			17	20,7	10	23,3		
Coito interrompido					2,422 ^{n.s}	2					4,226 ^{n.s}	2
Sim	32	52,5	36	56,3			50	61,0	18	41,9		
Não	14	23,0	19	29,7			19	23,2	14	32,6		
Não sei	15	24,6	9	14,1			13	15,9	11	25,6		

* p< .05; ** p< .01; *** p< .001; n.s = não significativo

A negrito – valores que correspondem a um residual ajustado $\geq | 1.9 |$

¹ Os participantes não responderam nesta opção de resposta,

Tabela 2. Diferenças entre Idade da Primeira Relação Sexual e Métodos Contraceptivos para Sexo e Regiões

Existe significativa literatura psicológica e educacional que enfoca tanto os aspectos do desenvolvimento da sexualidade durante a adolescência como os múltiplos aspectos e problemas ligados à educação sexual dos adolescentes, entretanto, o desenvolvimento de comportamentos sexuais de crianças e adolescentes é um tema ainda pouco pesquisado empiricamente (Lawrenz, Cerqueira-Santos & Habigzang, 2016).

Em Portugal, o estudo nacional *Health Behavior in School-aged Children* apontou que 12,8% dos adolescentes já tiveram relações sexuais (Matos et al., 2014). A percentagem dos adolescentes, deste mesmo estudo, em Rondônia foi de 24,8%, sendo mais frequente na capital do Estado, em Porto Velho do que no interior (Rolim de Moura), e equivalendo a incidência ao dobro dos jovens comparados à Portugal. Quando comparada à amostra da pesquisa de Nogueira (2017), na qual o estudo do HBSC foi realizado no interior do Estado de São Paulo, com adolescentes de 13 anos, houve um acréscimo no percentual de 14,1% na incidência apresentada (10,7%). Nas três amostras de análises, as relações sexuais foram mais frequentes nos meninos, corroborando que o gênero também é fator importante para a iniciação sexual, visto que é percebido que meninos tendem a iniciarem-se sexualmente mais precocemente que as meninas (Marinho, Aquino & Almeida, 2009; Oliveira-Campos et al., 2014).

Há que se delinear estratégias de intervenção. Um estudo realizado em uma escola privada de Toledo, Paraná (Almeida & Centa, 2009), demonstrou que uma conversa entre pais e filhos que envolva honestidade pode ser um fator facilitador na orientação quanto à sexualidade. Torna-se, assim, crucial o envolvimento dos pais e responsáveis em programas de prevenção de comportamentos sexuais de risco em conjunto com os demais órgãos e profissionais envolvidos (Silva, Jacob & Hirdes, 2015). Matos et al. (2009) sugerem ainda o preenchimento do tempo livre com atividades saudáveis, envolvimento dos pais, professores e pares e a promoção de competências pessoais e sociais com a educação sobre as consequências de comportamentos sexuais de risco.

O presente estudo tem alguns aspectos a serem valorizados. Primeiro, a dimensão e a representatividade da amostra, também por ter sido em uma região em desenvolvimento com características tão específicas, no Brasil, e pelos resultados da estatística inferencial poderem ser comparados para o contexto nacional onde o estudo foi realizado e também internacional, do qual é representativo, com uma margem de erro reduzida. Além disso, como limitações, pode-se referir a transversalidade dos dados, que não permite estabelecer uma relação de causalidade entre as variáveis analisadas e, também, o fato desta pesquisa se basear em medidas de autopercepção. No entanto, a investigação tem o aspecto positivo de se tratar de um estudo nacional com amostra representativa, como já referido, e, ainda, estar integrada a um projeto maior, com colaboração internacional. Mesmo com limitações, salienta-se a importância desta pesquisa na medida em que se investigaram fatores de risco e de proteção em adolescentes.

As hipóteses desta pesquisa foram comprovadas em sua maioria, tendo a capital do Estado de Rondônia um maior índice de adolescentes que relataram já ter tido relações sexuais do que no interior, que os meninos tiveram prevalência na atividade sexual, sendo o coito interrompido o método mais utilizado, e que os adolescentes que relataram não ter atividade sexual percebiam mais afeto e estavam mais satisfeitos com o apoio familiar recebidos. Os resultados refutaram a hipótese de que o maior índice da idade da primeira relação sexual seria aos 13 anos de idade, demonstrando que a idade de início é antecipatória à idade prevista.

Em Portugal, a educação sexual tem gerado um intenso debate. Ao longo dos anos, têm sido implementados diversos programas de intervenção; no entanto nem sempre os resultados obtidos correspondem a mudanças de comportamentos (Reis, Ramiro & Pereira, 2009). Nesse sentido, os resultados do relatório preliminar apresentado pelo Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES, 2005), apontam para a necessidade de implementação de programas de prevenção, fundamentados nos princípios das boas práticas, centrado na participação dos jovens, mas envolvendo a colaboração das famílias e os outros contextos nos quais os jovens se movem (GTES, 2007).

Dessa forma, é eminente a importância de que famílias de adolescentes possam desenvolver competências parentais de forma a modificar a tendência à educação restritiva e punitiva, mas que se pense a educação também pela via do diálogo, da resolução de conflitos em conjunto e da possibilidade de desenvolver autonomia de maneira gradativa e consciente (Oliveira et al, 2018). A terapia cognitiva sexual é proposta como uma abordagem integrativa e atual das terapias cognitivo-comportamentais, especialmente desenvolvidas pra atender as demandas relacionadas à sexualidade humana (Carvalho & Sardinha, 2017).

A educação sexual realizada em ambiente seguro, voltada para aprendizagem e em conjunto com serviços de saúde adequados possui um efeito positivo e duradouro na saúde dos jovens, podendo capacita-los para o desenvolvimento de relações mais fortes e significativas (Federal Centre for Health Education, United Nations Population Found & WHO Regional Office for Europe, 2015).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. C. C. H., & CENTA, M. L. **A família e a educação sexual dos filhos: implicações para a enfermagem.** Acta Paulista de Enfermagem, 22(1), 71-76. 2009

BARBOSA, X.C. **Território e saúde: políticas públicas de combate à dengue em Porto Velho/RO, 1999-2013.** Tese de Doutorado. Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, RO, 2015.

BENCHAYA, M. C., BISCH, N. K., MOREIRA, T. C., FERIGOLO, M., & BARROS, H. M. T. **Non-authoritative parents and impact on drug use: the perceptions of adolescent children.** Jornal de Pediatria, 87(3), 238-244, 2011.

BERQUÓ, E., GARCIA, S. & LIMA, L. **Reprodução na juventude: perfis sociodemográficos, comportamentais e reprodutivos na PNDS 2006.** Ver. Saúde Pública, 46(4), 685-693, 2012.

CARVALHO, A., & SARDINHA, A. **Terapia Cognitiva Sexual: uma proposta integrativa na psicoterapia da sexualidade.** Rio de Janeiro: Editora Cognitiva. 2017.

CERQUEIRA S., E., NETO, O. C. M., & KOLLER, S. M. **Adolescentes e adolescência.** In: Habigzang, L. F., Diniz, E. & Koller, S. H. *Trabalhando com adolescentes: Teoria e intervenção psicológica.* (1a ed.) (54-67) Porto Alegre. Artmed, 2014.

CURRIE C. et al., eds. **Social determinants of health and well-being among young people.** Health Behavior in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6), 2012.

DINIZ, E. **Gravidez durante a adolescência.** In: Habigzang, L. F., Diniz, E. & Koller, S. H. *Trabalhando com adolescentes: Teoria e intervenção psicológica.* (1a ed.) (pp. 54-67). Porto Alegre: Artmed, 2014.

GTES, **Relatório Preliminar**, 2005.

GTES. a, **Relatório Intermediário**, 2007.

GTES. b, **Relatório Final**, 2007.

HONG, J. S. & ESPELAGE, D. L. **A review of research on bullying and pervictimization in school: an ecological system analysis.** *Aggression and Violent Behavior*, 17(4), 311-322, 2012.

JORDÃO, A. B., & RAMIRES, V. R. R. **Vínculos Afetivos de Adolescentes Borderline e seus Pais.** *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 89-98, 2010.

LAWRENZ, P., CERQUEIRA S., E. & HABIGZANG, L. F. **Desenvolvimento sexual e a abordagem cognitivo-comportamental nas demandas escolares.** In: Fava, D. (org). *A prática da psicologia na escola: introduzindo a terapia cognitivo-comportamental.* (1a ed.) (Vol.1, pp. 149-152). Belo Horizonte: Artesã, 2016.

LISBOA, C. S. M., WENDT, G. W., NEUFELD, C. B., & MATOS, M. G. **Satisfação com a vida e com a família e violência interpessoal na adolescência.** *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*.10(1), 19-28, 2014.

MACEDO, D. M., PETERSEN, C. S., & KOLLER, S. H. **Desenvolvimento Cognitivo, socioemocional e físico na adolescência e as terapias cognitivas contemporâneas.** In: Neufeld, C. B (Org). *Terapia Cognitivo-Comportamental para adolescentes: uma perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental.* Porto Alegre: Artmed, 2017.

MCLEOD, G. F. H., HORWOOD, L. J., & FERGUSON, D. M. **Adolescent depression, adult mental health and psychosocial outcomes at 30 and 35 years.** *Psychological Medicine*, 46, 1401-1412, 2016.

MADKOUR, A. S., FARHAT, T. HALPERN, C., & GODEAU, E. M D. **Early adolescent sexual initiation as a problem behavior: a comparative study of five nation.** Journal of Adolescence Health, 47(4), 389-398, 2010.

MARIN, A. H., PICCININI, C. A., GONÇALVES, T. R., & TUDGE, J. R. H. **Práticas educativas parentais, problemas de comportamento e competência social de crianças em idade pré-escolar.** Estudos de Psicologia, 17(1), 05-13, 2012.

MARTINS, C. B. G., ALENCASTRO, L. C. S., MATOS, K. F., ALMEIDA, F. M., SOUZA, S. P. S. & NASCIMENTO, S. C. F. **As questões de gênero quanto à sexualidade dos adolescentes.** Adolescência & Saúde, 9(1), 25-32, 2012.

MATOS, G. M., MARTA, R., LÚCIA, R., MÓNICA, B., BERNER, E., VÁZQUEZ, S., GONZALEZ, E., MESSIAS, J., EISENSTEIN, E., PONS, J. E., TUZZO, R., LIVIA, J., SALAZAR, G., & VILAR, D. **Educação sexual em Portugal e em vários países da América Latina.** Psicologia, Saúde & Doenças, 10(1), 149-158, 2009.

MATOS, M. G. **“Correr riscos” e proteger-se.** In: Matos, M. G. Sexualidade Afectos e Cultura: gestão de problemas de saúde em meio escolar. Lisboa: Coisas de ler, 2010.

MATOS, M. G., SIMÕES, C., TOMÉ, G., CAMACHO, I., FERREIRA, M., L., **Aventura Social & Saúde.** Aventura social & saúde: A saúde dos adolescentes portugueses: Relatório do estudo HBSC 2010 [Social adventure & Health: The health of portuguese adolescents: Report of the 2010 HBSC study]. Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana, 2011.

MATOS, G. M., SIMÕES, C., CAMACHO, I., REIS, M., **Equipa Aventura Social.** A saúde dos adolescentes portugueses em tempos de recessão - dados nacionais do estudo HBSC de 2014. Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais /IHMT/UNL e FMH/ Universidade de Lisboa, 2015.

MATOS, M. G. **Equipa Aventura Social.** A saúde dos adolescentes após a recessão. Relatório do estudo Health Behavior in School Aged Children (HBSC), 2018.

NEUFELD, C. B. **Terapia cognitivo comportamental em grupo para crianças e adolescentes.** (1a ed). Porto Alegre: Artmed, 2015.

NIQUICE, F. L. A. **Comportamento de risco na adolescência.** In: Habigzang, L. F., Diniz, E. & Koller, S. H. Trabalhando com adolescentes: Teoria e intervenção psicológica. (1a ed.) (54-67) Porto Alegre. Artmed, 2015.

NOGUEIRA, J. M. **Indicadores e comportamentos de saúde em adolescentes de 13 anos de Ribeirão Preto.** Dissertação de Mestrado. Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2017.

OK, S. & ASLAN, S. **The school bullying and perceived parental style in adolescents.** Procedia Social and Behavioral Sciences, 5, 536-540, 2010.

OLIVEIRA, M. L. M. C., MARQUES, I. Z., RIBEIRO, N. C., & LIMA, C. F. **Comportamento sexual de risco e relação pais-filhos em adolescentes.** In: Batista, E. C., & Souza Neto, Z. G. (Orgs). Interdisciplinaridade em Psicologia na Amazônia: saúde, educação e sociedade. Curitiba: CRV Editora, 2018.

PAPALIA, D. E., OLDS, S. W., & FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano** (10 ed.). Porto Alegre: Artmed, 2010.

REIS, M., RAMIRO, L. & PEREIRA, S. **A sexualidade, o corpo e os amores**. In: Matos, M. G., & Sampaio, D. (Orgs). *Jovens com Saúde: diálogo com uma geração*. Lisboa: Texto Editores, LDA, 2009.

REIS, M., RAMIRO, L., VITORINO, A., & MATOS, M.G. **What teens know about HPV? A cross-sectional study with HBSC Portuguese survey**. *International Research on Medical Sciences*. 4(5): 076-083, 2016.

REIS, M., RAMIRO, L., CAMACHO, I, TOMÉ, G., & MATOS, G., M. **Trends in Portuguese Adolescents' Sexual Behavior from 2002 to 2014: HBSC Portuguese Study**. *Port J Public Health*. 36:32-40, 2018.

ROBERTS, C., FREEMAN, J., SAMDAL, O., SCHNOHR, C. W., de LOOZE, M. E., GABHAINN Nic, S., & RASMUSSEN, M. **The Health Behavior in School-aged Children (HBSC) study: Methodological developments and current tensions**. *International Journal of Public Health*, 54(2), 140-150, 2009.

SILVA, A., T., JACOB, M., H., V., M., & HIRDES, A. **Conhecimento de adolescentes do ensino médio sobre DST/AIDS no sul do Brasil**. *Aletheia*, (46), 34-49, 2015.

TORTORELLI, M. F. P.; CARREIRO, L.R.R. & ARAÚJO, M.V. **Correlações entre a percepção da violência familiar e o relato de violência na escola entre alunos da cidade de São Paulo**. *Psicologia Teoria e Prática*, 12(1), 32-42, 2010.

W.H.O, **World Health Organization**. Regional Office for Europe Copenhagen, Denmark, 2015.

CAPÍTULO 12

AVALIAÇÃO PARA CIRURGIA BARIÁTRICA EM ADOLESCENTE COM SOBREPESO

Data de aceite: 01/02/2021

Fernanda Gonçalves da Silva

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Avaliação Psicológica pela Universidade
Salgado de Oliveira, Docente da Universidade
Estácio de Sá, coordenadora do grupo de
pesquisa em avaliação psicológica- Unesa /
Nova Iguaçu
Universidade Estácio de Sá

Joice Barbosa

Grupo de Pesquisa em Avaliação Psicológica-
Unesa /Nova Iguaçu
Universidade Estácio de Sá

Milena Duarte Rosa

Grupo de Pesquisa em Avaliação Psicológica-
Unesa /Nova Iguaçu
Universidade Estácio de Sá

RESUMO: Apesar da pergunta a ser respondida no processo de avaliação para Cirurgia Bariátrica ser se o avaliado está apto ou inapto para fazer a Cirurgia Bariátrica, hoje entendo que isso demanda uma avaliação holística, típica de uma avaliação conceitualmente clínica, que vai envolver não só características específicas desse paciente, mas sim motivadores para tomada de decisão, suporte familiar, motivação para aquela escolha. Muito ainda há para pesquisar e discutir com relação a Avaliação Psicológica para CB, mas espero que o relato de experiência apresetanado possa contribuir para prática de nossos parceiros assim como fomentar novas discussões.

PALAVRAS-CHAVE: Cirurgia Bariátrica, Avaliação Psicológica, Adolescente.

ABSTRACT: Although the question to be answered in the evaluation process for Bariatric Surgery is whether the individual is able or unable to perform Bariatric Surgery, today I understand that this requires a holistic evaluation, typical of a conceptually clinical evaluation, which will involve not only specific characteristics this patient, but motivators for decision making, family support, motivation for that choice. There is still much to research and discuss in relation to Psychological Assessment for CB, but I hope that the experience report presented can contribute to the practice of our partners as well as foster new discussions.

KEYWORDS: Bariatric Surgery, Psychological Assessment, Adolescent.

Os primeiros casos de Cirurgia Bariátrica no Brasil foram realizados a partir de 1974, mas, foi na década de 90 que foram criadas as primeiras unidades especializadas no tratamento cirúrgico de obesidade mórbida com a estrutura de equipes multi e interdisciplinares. Essas equipes são compostas por endocrinologista, cirurgião bariátrico, nutricionista ou nutrólogo, psiquiatra ou psicólogo, anestesista, enfermeiro, assistente social e eventualmente outros (cardiologista, pneumologista, fisioterapeuta, odontologista, etc.) especialistas com experiência em obesidade e Cirurgia Bariátrica.

A ampliação da procura pelo procedimento se dá em parte pelo alto índice de

obesidade que segundo o Ministério da Saúde passou de 11,8%, em 2006, para 18,9%, em 2016, mas também como um procedimento estético que permite a perda de peso em menor tempo. De acordo com pesquisas divulgadas pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica(SBCBM) , nos últimos 8 anos o crescimento dos procedimentos cirúrgicos aumentou 84,73% totalizando 424.682(quatrocentos vinte quatro mil seiscentos e oitenta e dois mil) procedimentos nos últimos 8 anos.

Porém, embora em alguns casos a busca pelo procedimento seja estético, em 2005, com a resolução CFM N° 1.766 são estabelecidas normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, assim define-se indicações, procedimentos aceitos e equipe que deverá acompanhar o paciente no processo pré e pós-operatório. Esta resolução foi posteriormente revogada pela Resolução CFM N° 1.942, de 5 de Fevereiro de 2010.

A partir desta resolução a indicação da cirurgia fica restrita à pacientes de idade entre 18 e 65 anos, com falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 2 anos e obesidade mórbida instalada há mais de cinco anos, quando preenchido pelo menos um dos critérios listados abaixo:

- Pacientes com Índice de Massa Corpórea (IMC) acima de 40 kg/m².
- Pacientes com IMC maior que 35 kg/m² e afetado por comorbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que ameacem a vida, tais como diabetes tipo 2, apneia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doença coronariana, osteo-artrites e outras.
- Idade: maiores de 18 anos. Idosos e jovens entre 16 e 18 anos podem ser operados, mas exigem precauções especiais e o risco/benefício deve ser muito bem analisado.
- Obesidade estabelecida, conforme os critérios acima, com tratamento clínico prévio insatisfatório de, pelo menos, dois anos.
- Não uso de drogas ilícitas ou alcoolismo.
- Ausência de quadros psicóticos ou demências graves ou moderados.
- Compreensão, por parte do paciente e familiares, dos riscos e mudanças de hábitos inerentes a uma cirurgia de grande porte sobre o tubo digestivo e da necessidade de acompanhamento pós-operatório com a equipe multidisciplinar, a longo prazo.

Esta resolução também define os profissionais que deverão compor as equipes que acompanharão o paciente, esta deverá ser composta por cirurgião com formação específica, clínico, nutrólogo e/ou nutricionista, psiquiatra e/ou psicólogo, fisioterapeuta, anestesiológista, enfermeiros e auxiliares de enfermagem familiarizados com o manejo desses pacientes.

Entre os fatores que contribuem para o aumento da procura pela cirurgia está a representação de beleza a ela atribuída Silva et. al (2020), pois, como já citado neste capítulo, a CB produz emagrecimento sustentável em tempo reduzido; porém, é importante esclarecer que o procedimento bariátrico não apresenta uma proposta estética, mas clínica, visando melhorar a saúde, à medida que é necessário solucionar o problema das comorbidades que podem levar grande parte das pessoas a óbito ou prejudicar a qualidade de vida.

É importante avaliar as expectativas dos candidatos em relação à cirurgia, pois é possível que a operação não atenda à todas resultando em muita frustração. O procedimento tem se revelado eficaz na diminuição de gordura excessiva, mas impacta em outros danos clínicos e estéticos dentre eles excesso de pele e perda de cabelo por isso, é importante que o profissional psicólogo(a) avaliador esclareça quais os riscos envolvidos na cirurgia e quais os cuidados e medidas a serem adotados.

Apesar do aumento da procura por procedimentos de CB ainda são incipientes o número de estudos com pacientes no pré e pós Cirurgia Bariátrica que possibilitem identificar comportamentos de riscos e preditores de boa adaptação das demandas e conflitos inerentes a cirurgia assim como instrumento que com evidências de validade para utilização no processo de Avaliação Psicológica. Em um estudo de revisão sistemática realizado por Silva et. al(2019) identificaram que a avaliação tem sido feita majoritariamente com base em entrevistas e, mesmo que com pouca frequência, a utilização de instrumentos de apoio, o que pode impactar em um risco considerando tratar-se de uma avaliação compulsória.

Segundo Silva et. al (2019) a obrigatoriedade da avaliação associada a falta de compreensão pelo paciente da importância do processo de Avaliação Psicológica pré-operatória, seu esforço em realizar a cirurgia a qualquer custo, e ainda a viabilidade da manipulação das respostas nos instrumentos de apoio, frequentemente teremos uma avaliação inconsistente, visto que o candidato pode mentir sobre informações consideradas não recomendadas para a submissão ao procedimento, ou omitir fatos que sejam relevantes.

Sendo a avaliação psicologia um procedimento compulsório, é compreensível e esperado que de forma consciente ou inconsciente o candidato manipule suas respostas com objetivo de receber um parecer de aptidão. Logo, a utilização de testes psicológicos em uma bateria composta por testes objetivos, projetivos/ expressivos tornam-se uma escolha oportuna, pois reduzem a manipulação por parte dos candidatos e, portanto, conferem maior confiabilidade aos resultados da avaliação.

Para isso, embora a Resolução CFM Nº 1.942, de 5 de Fevereiro de 2010 sinalize a possibilidade da avaliação ser realizada por psiquiatra ou psicólogos por considerar os transtornos psicológicos como os critérios restritivos, campo de interface da psicologia psiquiatria, na prática identificamos a importância da utilização de instrumentos psicológicos conforme descrito nos parágrafos anteriores e uma formação profissional que permita

compreender a dinâmica da personalidade de forma holística para além dos resultados da testagem.

De acordo com a resolução nº 9, de 25 de abril de 2018, o psicólogo é o profissional mais indicado para avaliar a personalidade e o único que possui permissão para utilização de testes psicológicos “(...) a utilização de métodos e técnicas psicológicas constitui função privativa da psicóloga e do psicólogo, com base nos objetivos previstos no parágrafo 1º, do art. 13, da Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962, e no art. 4º, do Decreto nº 53.464/1964;” (CFP, 2018).

11 O QUE DEVE SER CONTEMPLADO EM UMA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA PARA CB?

Não há um consenso na literatura sobre as habilidades necessária para aptidão psicológica para CB, atualmente os requisitos conforme descritos nos parágrafos anteriores resumem-se a critérios que apontem psicopatologias, neste tópico destacaremos algumas características que a literatura tem revelado como possíveis indicadores de sucesso nos pós cirúrgico, bem como instrumentos que contribuam para avaliação de critérios restritivos.

A Resolução CFM Nº 1.942, de 5 de Fevereiro de 2010 aponta como principais critérios restritivos as psicopatologias, porém pensar no sucesso da Cirurgia Bariátrica no que se refere aos aspectos psicológicos envolve demandas que vão além das psicopatologias, comorbidades e satisfação corporal, algumas inclusive vão além das habilidades individuais, como por exemplo suporte familiar.

Diante desta necessidade de uma avaliação holística do paciente, cabe-nos destacar que trata-se de uma avaliação clínica, ou seja, que considera o sujeito enquanto único e esta subjetividade deverá ser considerada na escolha dos instrumentos, logo o objetivo deste tópico não é apontar um protocolo de avaliação, mas discutir experiências, apontar dados de pesquisas e provocar novas investigações e discussões críticas à respeito do tema.

Segundo a resolução do CRM- Resolução Nº 2.172, de 22 de Novembro de 2017 a cirurgia deve ser contraindicada se forem identificadas as patologias:

- abusadores de álcool;
- dependentes químicos;
- depressivos graves com ou sem ideação suicida;
- com psicoses graves;
- portadores de qualquer doença mental que, a critério da avaliação do psiquiatra, contraindique a cirurgia de forma definitiva ou até que a doença tenha sido controlada por tratamento.

Porém, conforme descrito no capítulo teórico desta mesma obra, a experiência na avaliação dos pacientes, bem como evidências apontadas em alguns estudos revelam construtos importantes nesta investigação:

- Ansiedade
- Depressão
- Comportamentos compulsivos
- Distúrbios da imagem corporal
- Conscienciosidade
- Inteligência
- Suporte Familiar

Com base nestes critérios, desenvolvemos um plano de avaliação que permitisse investigar estas características considerando as especificidades da Avaliação Psicológica em Adolescente. O plano será apresentado detalhadamente no estudo de caso e consiste nas etapas (Figura 1):

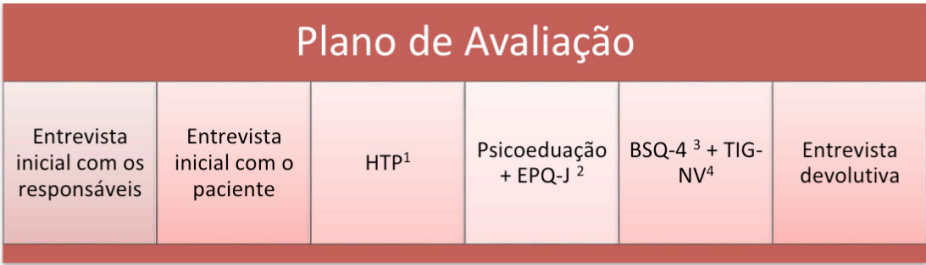


Fig 1. Sugestão de plano de avaliação (Figura elaborada pelas autoras do capítulo).

¹House , Tree, Person

² Questionário de Personalidade para Crianças e Adolescente

³ Body Shape Questionnaire

⁴Teste de Inteligência Geral Não Verbal

2 | ESTUDO DE CASO

Neste capítulo apresentaremos um estudo de caso cujo plano de avaliação integra testes projetivos/expressivos e objetivos. Não há na literatura muitos instrumentos com evidências de validade para esta população ou resoluções que apontem uma

obrigatoriedade dos tipos de instrumentos a serem utilizados, desta forma, aqui compartilharemos uma experiência a qual desejamos que contribua para prática dos parceiros de profissão.

Pedro (nome fictício) têm 16 anos e foi indicado à realizar Cirurgia Bariátrica por causa do seu IMC = 41 kg/m², pontuação que está dentro dos critérios para a realização da CB e que dispensa a obrigatoriedade de comorbidades.

1º encontro- Entrevista inicial com os responsáveis

Compareceram para entrevista pai e mãe de Pedro orientados pelo médico que o acompanha como sugestão de realizar a CB. A mãe é obesa com histórico familiar de obesidade (mãe ,pai, irmãos e avós) e o pai não apresenta obesidade e não têm histórico familiar sobre essa condição de saúde.

A mãe verbaliza muita insegurança na tomada de decisão em relação a CB de Pedro, pois afirma que ele gosta muito de comer e sabe que após a cirurgia terá muitas restrições, além do medo da “pressão psicológica”, pois Pedro chora frequentemente, se isola quando se sente inseguro, é ofendido ou contrariado, mas começou a considerar a alternativa por perceber que sua condição de saúde está impactando nas relações sociais. Ela é pedagoga, o filho estuda na mesma escola na qual trabalha e ela percebe que as brincadeiras dos colegas afetam sua autoestima e traz evitação de alguns eventos como festas que tenham piscina e atividades que ele tenha que correr (pois sente o corpo balançando). Sobre essas evitações a mãe relata “Ele não fala, mas consigo perceber porque também passei por isso na idade dele” (sic).

O pai diz também ter receio da CB, mas crer ser a melhor alternativa “Tenho medo claro! Mas não vejo outro caminho, por mais que eu fale para cortar as besteiras ele tem muito acesso a biscoito, pão, chocolate ... tudo frito, fast food toda hora ... ela gosta também né, sou homem, imagino o que um filho não passa de zoação sendo gordo nesta idade “ (sic).

Questionou-se os pais sobre as tentativas de reeducação alimentar e atividade física e o pai logo responde “Já levei no nutricionista, mas ele não tem controle nem vontade própria e sempre tem besteira em casa porque temos outro filho, ele não tem nada com isso,então compramos para ele e o Pedro come escondido. Lá em casa a prioridade são os estudos ... está certo! Mas ele vai para escola com a mãe e só volta a tarde, não faz os trabalhos lá, então quando termina já esta tarde para fazer qualquer exercício. Acho um erro, esporte é vida! Só faz na escola quando não consegue se esconder, os meninos não chamam ele pros times”(sic).

2º encontro- Entrevista com Pedro

Recebo Pedro no consultório e o convido a entrar, ele aceita com um sorriso tímido e evitando contato visual. Inicio perguntando sobre seus conhecimentos sobre sua presença ali, se tinha conhecimento sobre a Avaliação Psicológica e sobre o procedimento cirúrgico.

Pedro sinaliza conhecimento sobre a avaliação psicológica, mas sobre o procedimento responde “Sei sim, o médico indicou a cirurgia porque não estou conseguindo emagrecer”.

Peço para que me fale um pouco sobre sua rotina e Pedro me explica que, por questões financeiras, mudou de escola naquele ano para estudar no colégio que a mãe trabalha.. A escola é em outro município, por isso sai de casa muito cedo e retorna no final da tarde. Quando está na escola divide seu tempo entre pesquisa na internet e a alguns trabalhos da escola.

Quando perguntado sobre a nova escola “Não gosto muito, na outra estudava desde pequeno, tinha amigos, aqui ainda não tenho amigos, todos têm seus grupos e acabo ficando sozinho. Queria mesmo era voltar para outra”. No que se refere ao desempenho escolar, apresentou bons resultados nas avaliações, é interessado e responsável com as atividades propostas.

Não faz atividades físicas, exceto quando há exigência na aula de educação física. Quando verificado se há incentivo familiar para a prática de esporte ou atividades físicas respondeu: “ Não gosto de esporte, um pouco de futebol, meu pai sempre chama eu, meu irmão, mas eu não gosto”.

Sobre a alimentação revelou uma dieta com alto teor calórico e uma relação afetiva e de parceria com a mãe na ingestão de guloseimas “Eu e minha mãe passamos sempre na loja de doces para comprarmos coisas pra comer vendo filmes, fazer maratonas de séries juntos, adoramos! É divertido, comemos até não aguentar mais! Às vezes fazemos brigadeiro, pipoca, batata frita, meu irmão quase não come”.

Sobre a motivação para Cirurgia Bariátrica “ Eu quero fazer porque dieta é muito ruim e eu quero emagrecer. As pessoas riem de gordo e eu sinto vergonha”.

3º encontro - Teste HTP- House , Tree, Person

No segundo encontro com Pedro foi aplicado o teste HTP com objetivo de avaliar sua autopercepção , autoestima e sentimento de inadequação. Os resultados obtidos foram:

- conteúdos relacionados a retraimento
- regressão
- organicidade preocupação consigo mesmo
- fixação no passado
- impulsividade
- necessidade de gratificação imediata
- concretismo
- insegurança
- Sentimento de inadequação

- necessidade de controle
- dependência.

4º encontro- EPQ-- J- Questionário de Personalidade para Crianças e Adolescente e Psicoeducação

No quarto encontro aplicamos o instrumento EPQ-J de avaliação da Personalidade para Crianças e Adolescente cuja finalidade é a avaliação de traços de personalidade e, como atividade psicoeducacional, discutimos as complexidades do pós cirúrgico.

Os resultados do EPQ-J revelaram:

- Neuroticismo Alto - sujeitos com altos escores neste fator são definidos como ansiosos, deprimidos, tensos, irracionais, tímidos, melancólicos, emotivos, com tendência a sentir culpa e baixa autoestima
- Extroversão baixa - sugerindo retraimento e introspecção
- Psicoticismo médio - revelando empatia e habilidade para o trato interpessoal

Após a aplicação do teste apresentemos à Pedro os procedimentos de Cirurgia Bariátrica, o processo de reeducação alimentar, as mudanças corporais, casos de sucesso, mas também as principais queixas do pós cirúrgico. É importante apresentar esses conteúdos baseados em conhecimentos científicos, mas em uma linguagem de fácil compreensão e de forma leve para que o paciente se sinta à vontade para esclarecer as dúvidas.

De tudo que discutimos, Pedro ficou muito assustado com as restrições do pós cirúrgico, com a diminuição da quantidade e restrição de alguns alimentos “Só líquido! Eu nem tomo sopa, quase nem tomo água, será terrível”.

5º Encontro- BSQ-4- Body Shape Questionnaire

No nosso quinto encontro foi aplicado o instrumento de apoio BSQ-4- Questionário sobre a Imagem Corporal e seu resultado revelou grave insatisfação corporal. No entanto para Pedro não foi necessário o teste de inteligência, pois durante o processo demonstrou boa compreensão das orientações e do processo de Cirurgia Bariátrica, apontando em seus comentários entendimento das etapas do pós cirúrgico.

Utilizei parte de nosso encontro para explorar as queixas de sua imagem corporal e Pedro revelou em suas respostas insegurança na aproximação de seus pares, temendo ser rejeitado pela sua aparência, e esse sentimento se potencializou com a mudança de escola. Evita situações nas quais as atenções estejam voltadas para ele, por isso evita festas e prefere se divertir em casa com a mãe e o irmão. Quando questiono se gostaria de frequentar as festas de seus amigos Pedro diz que sim e chora.

6º Etapa - Análise dos dados

Diante do que foi narrado, Pedro é um típico exemplo dos Adolescentes que buscam a CB para obter uma redução rápida de peso por insatisfação com a imagem corporal,

potencializado pela necessidade de ser aceito por seus pares, característica típica desta fase do desenvolvimento, embora não trata-se de um procedimento estético.

Pedro não apresentou nenhuma das restrições imposta pela resolução, mas revelou pontos de atenção que podem impactar no agravo ou desenvolvimento de psicopatologias no pós cirúrgico: comportamento compulsivo, grave insatisfação corporal, impulsividade e busca de satisfação imediata.

Na psicoeducação o excesso de pele e uma possível necessidade de plástica não pareceu assusta-lo, deixando transparecer que a perda de peso já seria uma boa gratificação, porém a grave insatisfação corporal tem revelado altas correlações com ansiedade e depressão no pós cirúrgico em razão do formato do corpo com excesso de pele.

Os hábitos alimentares inadequados no que se refere a qualidade e quantidade associados ao vínculo afetivo, a busca de satisfação imediata e a impulsividade revelam-se como um risco no enfrentamento às dietas altamente restritivas e que poderá impactar na rotina familiar e potencializar a ansiedade, irritabilidade e melancolia.

7º encontro- Entrevistas devolutivas

Na entrevista devolutiva inicialmente somente com Pedro e em seguida juntos com seus pais, inicio citando os critérios restritivos para Cirurgia Bariátrica e os tranquilizo revelando que não identifiquei na investigação nenhum transtorno psicológico/psiquiátrico, mas os testes apontam características que podem comprometer um pós cirúrgico saudável e por este motivo não recomento o procedimento. Destaco também que a CB só deve ser indicada após tentativas de reeducação alimentar e atividades físicas sem sucesso, que pelos relatos as tentativas ocorreram uma única vez quando em uma consulta inicial com a nutricionista.

Sugiro que Pedro e a Mãe façam acompanhamento com uma Nutricionista e que administrem os horários para que haja viabilidade da prática de exercícios não só para perda de peso, mas para promoção de qualidade de vida e que preferencialmente fosse uma atividade por ele escolhida.

Recomendo também acompanhamento terapêutico, preferencialmente na abordagem cognitiva comportamental em razão de sua eficácia para tratar as questões alimentares, mas para que também intervisse nas questões referentes a autoestima, impulsividade e insatisfação corporal.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da pergunta a ser respondida no processo de avaliação para Cirurgia Bariátrica ser se o avaliado está apto ou inapto para fazer a Cirurgia Bariátrica, hoje entendo que isso demanda uma avaliação holística, típica de uma avaliação conceitualmente clínica, que vai envolver não só características específicas desse paciente, mas sim motivadores

para tomada de decisão, suporte familiar, motivação para aquela escolha. Muito ainda há para pesquisar e discutir com relação a Avaliação Psicológica para CB, mas espero que o relato de experiência apresetanado possa contribuir para prática de nossos parceiros assim como fomentar novas discussões.

REFERÊNCIAS

Belfort, M. F. (2006). Avaliação para Cirurgia Bariátrica no contexto hospitalar: diferentes formas de intervenção. São Paulo: Vetor.

Bernardi, F., Cichelero, C., & Vitolo, M. R. (2005). Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição*, 18(1), 85-93. <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732005000100008>.

Bittar, C., & Soares, A. (2020). Mídia e comportamento alimentar na adolescência. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 28(1), 291-308. Epub February 14, 2020. <https://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoar1920>.

Braga, P. D., Molina, M. C. B., & Figueiredo, T. A. M. (2010). Representações do corpo: com a palavra um grupo de Adolescente de classes populares. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 87-95. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000100014>.

Branco, L. M., Hilário, M. O. E., & Cintra, I. P. (2006). Percepção e satisfação corporal em Adolescente e a relação com seu estado nutricional. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 33(6), 292-296. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000600001>.

Buchwald, H., & Williams, S. E. (2004). Bariatric surgery worldwide 2003. *Obesity surgery*, 14(9), 1157–1164. <https://doi.org/10.1381/0960892042387057>.

BUCK, J.N. **H-T-P: casa-árvore-pessoa, técnica projetiva de desenho: guia de interpretação**. 2.ed. São Paulo: Vetor, 2009 (Coleção HTP; v.1). Tradução: Renato Cury Tardivo. Revisão: Irai Cristina Boccato Alves.

Caravatto, P. P., Petry, T., & Cohen, R. (2014) Cirurgia Bariátrica em Adolescente. Blucher Medical Proceedings, v.1, n.4. <http://www.proceedings.blucher.com.br/evento/2ciseq>.

Conselho Federal de Medicina, (2005) Resolução CFM N° 1.766/05. Estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos aceitos e equipe. Brasília.

http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2005/1766_2005.htm. Conselho Federal de Psicologia (2013). Cartilha: Avaliação Psicológica. Brasília. Satepsi. <http://satepsi.cfp.org.br/docs/Avaliac%CC%A7aopsicologicaCartilha1.pdf>.

Conselho Regional de Psicologia [8ª região] (2018). Avaliação Psicológica no contexto de Cirurgia Bariátrica – Orientações aos profissionais. <http://www.portal.crppr.org.br/download/256.pdf>.

Conti, M. A., Costa, L. S., Peres, S. V., & Toral, N. (2009). A insatisfação corporal de jovens: um estudo exploratório. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(2), 509-528. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000200015>.

Conti, Maria Aparecida, Cordás, Táki Athanássios, & Latorre, Maria do Rosário Dias de Oliveira. (2009). A study of the validity and reliability of the Brazilian version of the Body Shape Questionnaire (BSQ) among adolescents. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 9(3), 331-338. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292009000300012>

EYSENCK, H. J. & EYSENCK, S. B. G. Questionário de Personalidade para Crianças e Adolescente (EPQ-J). 1.ed. São Paulo: Vetor, 2012. (Coleção EPQ-J; v.1

Flores, C. A. (2014). Avaliação Psicológica para Cirurgia Bariátrica: práticas atuais. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, 27(Supl. 1), 59-62. <https://dx.doi.org/10.1590/s0102-6720201400s100015>.

Frois, E., Moreira, J., & Stengel, M.. (2011). Mídias e a imagem corporal na adolescência: o corpo em discussão. *Psicologia em Estudo*, 16(1), 71-77. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722011000100009>.

Lemes, D. C. M., Câmara, S. G., Alves, G. G., & Aerts, D. (2018). Satisfação com a imagem corporal e bem-estar subjetivo entre Adolescente escolares do ensino fundamental da rede pública estadual de Canoas/RS, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(12), 4289-4298. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182312.14742016>.

Mantovani et al. (2008). Obesidade na infância e adolescência. *Revista Médica de Minas Gerais*, 18(4 Supl 1), 107-118. <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1408>.

Silva, F. G., Santos, G., Souza, M., & Botelho, R. Relato de experiência sobre Avaliação Psicológica para Cirurgia Bariátrica no estado do Rio de Janeiro. In: XII Encontro Mineiro de Avaliação Psicológica, 2016, Belo Horizonte. Relato de experiência sobre Avaliação Psicológica para Cirurgia Bariátrica no estado do Rio de Janeiro, 2016. p. 99.

Silva, F. G. Os desafios da Avaliação Psicológica para Cirurgia Bariátrica no Brasil. *Avaliação Psicológica Compulsória- Edição Especial*, Brasília, p. 36 - 40, 06 jun. 2019.

Silva, F. G., & Corrêa, M. F. Cirurgia Bariátrica no Brasil- Contribuições da Psicologia. In: Elza Lobosque e Décio Guimarães. (Org.). *Desafios da Avaliação Psicológica na Contemporaneidade*. 1ed.Minas Gerais: Conselho Regional de Psicologia, 2019, v. 1, p. 167-189.

Silva, T. C. S., Silva, F. G., Nunes, I. F. R., Costa, L. O. L., & Carneiro, E. B. Avaliação Psicológica no Pré-operatório para Cirurgia Bariátrica: Uma Revisão Sistemática. *Revista Psicologia e Conexões*, v. 1, p. 10-20, 2019.

Silva, F. G , Souza M , Botelho, R. & Santos , G.Brazilian Journal of Development Braz. J. of Develop.,Curitiba, v.6, n.10 p. 82792 82805, oct. 2020.

TOSI, S. M. V. D. TIG-NV: Teste de Inteligência Geral Não-Verbal: instrumento para Avaliação Psicológica e neuropsicológica: manual. São Paulo: Pearson Clinical Brasil, 2019.

A CONTRIBUIÇÃO DO PSICÓLOGO PARA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA AO PORTE E POSSE DE ARMA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/02/2021

Marcela Vieira de Freitas

Autarquia Educacional de Belo Jardim

Michele Francisca Anteportam dos Santos

Autarquia Educacional de Belo Jardim

RESUMO: A flexibilização do porte e posse de armas de fogo é um tema que sempre divide opiniões, algumas pessoas afirmam ser necessário para segurança de seus estabelecimentos, residências e familiares, outras pessoas afirmam que pode estimular a propagação de violência e crimes. Poucos sabem que para obter uma arma de fogo, seja para a posse ou porte é obrigatório que passar por uma avaliação psicológica (AP), que envolve a aplicação de testes e entrevistas. Processo pelo qual não só os cidadãos civis como também os aprovados em concursos policiais e militares de uma forma geral. Diante do exposto o presente trabalho buscou compreender: Como a avaliação psicológica adequada pode contribuir para uma melhor seleção do perfil psicológico para aqueles que pretendem possuir uma arma? Atrelado junto a problemática, o objetivo geral buscou identificar o papel do psicólogo e sua contribuição na avaliação de candidatos que desejam obter o porte de arma. Para responder a problemática apresentada foram seguidos os objetivos específicos que são: apresentar uma breve explicação sobre avaliação psicológica; Identificar quais testes são mais recomendados

na avaliação para obtenção de registro de armas de fogo; compreender as determinações legais que envolvem a posse e porte de armas de fogo; ressaltar a importância da avaliação psicológica para tal finalidade. Utilizando como metodologia a revisão integrativa de literatura foi possível confirmar a importância da AP para o porte de arma, como também a necessidade de que psicólogas e psicólogos estejam atentos as atualizações e questões éticas que envolvem a avaliação e testagem, como também a escassez de estudos recentes, sendo importante discutir sobre o tema, principalmente entre os profissionais que desejam atuar nas áreas.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação Psicológica, Porte de armas, Armas de fogo.

ABSTRACT: The flexibilization of possession and bearing firearms is always a divisor of opinions subject, while some claim it is necessary for their properties' and family's safety, others claim it can stimulate the spread of violence. What only a few people know is that to get a firearm it's required a psychological assessment, which includes some tests and interviews. It's important to remember that not only civilians' citizens have to do this process, but also those approved in the police and military tenders. Given the above, this article aimed to understand: How a proper psychological assessment can contribute to a better psychological profile selection of those intending to possess a firearm? Linked to the problematic issue, the overall purpose aimed to identify the psychologist's role and his contribution to the candidates' evaluation. As an answer to the previous problem these are the specific objectives in this article: to present a

brief description of psychological assessment; to identify which tests are recommended in the weapons evaluation register; to understand the legal determinations of possessing and bearing firearms; to highlight the importance of psychological assessment for this purpose. Based on the bibliographic review it was possible to confirm the importance of psychological assessment to possessing firearms and the need of psychologists' attention to ethical issues involving the testing methods and assessment. Due the lack of studies about the subject, it's very important to discuss it, especially among those professionals who intend to enter this area.

KEYWORDS: Psychological assessment, possessing firearms, firearms.

1 | INTRODUÇÃO

Em tempos atuais, assuntos relacionados a comercialização e circulação de armas estão ao lado das temáticas mais discutidas ligadas à Segurança Pública no plano de prioridade mundial. Tanto a sociedade, quanto a governança visam em seus atos e ações, proteger ao passo que disseminam condutas, saberes e ideias, a necessidade de poder circular com arma de fogo livremente. Visto essa proteção, no Brasil, desde a edição do Estatuto do Desarmamento (2003), o controle de armas tornou a posse e especialmente o porte de armas mais restrito, e a avaliação psicológica passou a ser obrigatória, só após ser considerado apto o candidato é autorizado a dar continuidade ao processo e avaliação técnica.

Têm sido polarizadas e realçadas pelos mais diversos organismos (entidades privadas, Estado), ações voltadas a Segurança Pública a circulação e registro de armas. Nesse sentido, considerando as mudanças sociais no que diz respeito a crescente participação da sociedade no gerenciamento de políticas protetivas do indivíduo e compreendendo-se a necessidade de efetivação de políticas públicas direcionadas pelo Estado à proteção cidadã.

Após a edição do Estatuto do Desarmamento no Brasil, que é a Lei nº 10826/03, mostra que o controle de armas passou a ser um processo mais restrito, a posse é concedida à policiais militares, responsáveis pela segurança pública, guardas municipais em municípios com mais quinhentos mil habitantes, e demais funções apenas previstos em legislação especificados segundo a referida lei (BRASIL, 2003). Sendo assim, para as pessoas sem as profissões mencionadas anteriormente, o porte torna-se proibido.

Sobre a questão voltada a quem pode, ou não, ter a posse de uma arma, profissionais de saúde ,tais como, psicólogos e psiquiatras, são essenciais para o papel de desmistificador de que todo cidadão de bem pode possuir arma, pois, ele busca no indivíduo características que podem ou não deixar de fora toda situação que o conduziu até ali. Sendo assim, a função do psicólogo na sociedade é dar voz e vez para o sujeito (SELL, 2016). Isso é possível através da avaliação psicológica que utiliza instrumentos e técnicas específicas.

No entanto, como retrata Caneda (2012) a avaliação psicológica para o porte de arma apresenta dificuldades e limitações em sua fundamentação e exercício profissional, com base na legislação brasileira vigente.

Desta forma, o presente trabalho pretende apresentar as contribuições do psicólogo a sociedade sobre a avaliação psicológica ao porte de arma. com base nessas informações, deve-se frisar que a conscientização/ compreensão do sujeito é fundamental e não consiste meramente em uma simples mudança de opinião sobre a realidade, tampouco na mudança da subjetividade. Portanto, a problemática do referido trabalho se estende a compreender: Como a avaliação psicológica adequada pode contribuir para uma melhor seleção do perfil psicológico para aqueles que pretendem possuir uma arma? Atrelando junto a problemática, o objetivo geral: Identificar o papel do psicólogo e sua contribuição analisando através de testes os perfis psicológicos de candidatos que desejam obter o porte de arma.

Para responder a problemática apresentada foram seguidos os objetivos específicos que são: apresentar uma breve explanação sobre avaliação psicológica; Identificar quais testes são mais recomendados na avaliação para obtenção de registro de armas de fogo; compreender as determinações legais que envolvem a posse e porte de armas de fogo; ressaltar a importância da avaliação psicológica para tal finalidade.

Utilizando como metodologia a revisão integrativa, método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente (MENDES; SILVEIRA; GALVAO, 2008). Estruturando assim o presente trabalho em cinco partes, uma abordagem geral sobre o tema, estas considerações iniciais da introdução, seguida das fundamentações teóricas com a explanação sobre avaliação psicológica, os principais testes utilizados para obtenção de registro de armas de fogo, a legislação vigente e a importância da avaliação psicológica para esta finalidade. A terceira parte do trabalho está reservada ao detalhamento da metodologia utilizada, seguida da apresentação dos resultados e discussões na quarta parte e por fim as considerações finais.

2 | MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa que se utilizou da revisão integrativa de literatura científica existente sobre a temática, um dos métodos de pesquisa utilizados na prática baseada em evidências que permite a incorporação dos resultados deste tipo de estudo na prática clínica (MENDES; SILVEIRA; GALVAO, 2008), pois tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, que visa obter um profundo entendimento de um determinado fenômeno baseando-se em estudos anteriores (BROOME, 2006).

Por se tratar de um método revisão amplo permite a inclusão de diferentes tipos de pesquisa proporcionando uma compreensão mais completa do tema estudado, permitindo

a combinação de dados de literatura teórica e empírica, proporcionando como resultado um quadro completo de conceitos complexos, de teorias ou problemas relativos a temática estudada (MENDES; SILVEIRA; GALVAO, 2008).

Sobre a predominância da abordagem qualitativa deve-se ao fato do caráter exploratório da pesquisa. Silva e Menezes (2005) refere-se como, a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa (SILVA; MENEZES, 2005).

Sobre os dados que foram apresentados, as técnicas dos respectivos procedimentos foram através da técnica bibliográfica, pois, foi elaborada a partir de materiais publicados, por meio de livros, periódicos, material disponibilizado na internet sobre a uma avaliação psicologia criteriosa em relação ao porte e posse de arma. Aplicando também a técnica documental, pois, alguns dos documentos a serem mencionados não receberam tratamento analítico (LAKATOS, MARCONI, 2007).

A elaboração desta revisão integrativa transcorreu dividida em seis etapas (MENDES; SILVEIRA; GALVAO, 2008):

1º) Definição da pergunta norteadora a ser respondida;

2º) Realização da busca para identificar e coletar o máximo de pesquisas primárias relevantes dentro dos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos (BEYEA; NICOLL, 1998);

3º) Análise crítica dos critérios e métodos empregados nos vários estudos selecionados para determinar se são válidos metodologicamente;

4º) Avaliação de maneira sistemática dos estudos selecionados;

5º) Interpretação e síntese dos dados (ARMSTRONG; BORTZ, 2001);

6º) Conclusões/ Apresentação da Revisão integrativa.

2.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão:

Os estudos selecionados tiveram com abrangência temporal de 2010 a 2019; Estudos open access, do tipo documental, experimental, observacional, longitudinal prospectivo e ensaio clínico nos idiomas português, inglês e espanhol. Salientando que, bibliografia datada anterior a estas (2010 -2019) foram tidas com os essenciais para a composição do teor do estudo.

Foram realizados levantamentos por meio bibliográficos através das bases de dados eletrônicas, tais como: MEDLINE (acesso via PubMed), Literatura Latino-Americana e do

Caribe em Ciências da Saúde (LILACS, via BVS), MEDLINE (via BVS), IBECS (via BVS) e SciELO. A busca foi realizada por duas pesquisadoras, Marcela Vieira de Freitas e Michele Francisca Anteportam dos Santos, de forma independente e depois comparadas a fim de verificar a semelhança entre os artigos encontrados.

Foram excluídos do estudo:

Estudos que não apresentarem nada relacionado ao tema ou com metodologias imprecisas na análise dos resultados e que não se enquadrassem em nenhuma dos requisitos citados anteriormente pelas pesquisadoras.

2.2 Análise de dados

Para a análise dos dados optou-se por uma Análise Textual Descritiva (ATD), em que compreende a descrição e interpretação do conteúdo com a finalidade de elucidar a compreensão do tema estudado, onde os textos são reunidos em unidades de significado afim de que possam ser interpretados e agrupados de acordo com suas semelhanças, colaborando para a produção de novos argumentos (MORAES;GALLIAZI, 2006).

2.3 População e amostra

A população escolhida para esse estudo foi composta por estudos e pesquisas já realizadas, publicadas em plataformas digitais como a MEDLINE (acesso via PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS, via BVS), MEDLINE (via BVS), IBECS (via BVS) e SciELO. Que apresentam como palavras chave temas relacionados ao porte e posse de armas e avaliação psicológica.

Neste contexto a amostra foi composta por artigos selecionados de acordo com a variável de interesse, totalizando um quantitativo de 9 artigos, selecionados a partir de uma leitura criteriosa dos materiais encontrados, sendo definida apenas aquelas que atendiam aos critérios de inclusão do estudo e respondiam à questão problema da pesquisa.

3 | REFERENCIAL TEÓRICO

Na atuação profissional do psicólogo a avaliação se faz presente em todas as áreas, pois para qualquer intervenção psicológica antes é preciso uma análise sobre o indivíduo e meio que está inserido para compreender suas demandas. A avaliação psicológica só pode ser realizada com base em teorias, técnicas e estudos cientificamente comprovados.

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) define a avaliação psicológica como sendo um processo técnico-científico de coleta de dados, estudos e interpretação de informações a respeito dos fenômenos psicológicos, que são resultantes da relação do indivíduo com a sociedade, utilizando-se, para tanto, de estratégias psicológicas, métodos, técnicas e instrumentos. (RESOLUÇÃO CFP 07/2003).

A avaliação psicológica torna possível investigar, descrever e/ou mensurar características e processos psicológicos, como emoção, afeto, cognição, inteligência,

motivação, personalidade, atenção, memória, percepção, entre outros (RESOLUÇÃO CFP 07/2003).

Considerada uma das áreas mais antigas da psicologia e uma prática exclusiva do profissional de psicologia, a avaliação psicológica é um processo flexível que objetiva chegar a uma conclusão a respeito de uma ou mais questões psicológicas do ser investigado (ANASTASIA, 2000; URBINA, 2007).

A utilização de testes (testagem) é apenas uma das etapas no processo de avaliação. E para saber se os testes são regulamentados, aprovados ou se ainda estão em vigor, o CFP (Conselho Federal de Psicologia) disponibilizado na plataforma SATEPSI (Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos). Esta plataforma avalia a qualidade técnico-científica de instrumentos psicológicos para uso profissional, verificando de forma objetiva um conjunto de requisitos técnicos e divulgando informações sobre os testes psicológicos. Portanto, antes da testagem psicológica a(o) psicóloga(o) deve consultar na plataforma SATEPSI a regularização dos testes escolhidos (CRP-SP, 2020).

3.1 A avaliação psicológica para o porte e posse de arma

A avaliação psicológica é uma das áreas mais importantes da Psicologia pois possibilita a compreensão do funcionamento psíquico e comportamental do indivíduo, é um procedimento que visa avaliar, através de instrumentos previamente validados para a determinada função, os diversos processos psicológicos que compõem o indivíduo, sendo o psicólogo o único profissional habilitado por lei para exercer esta função (WECHSLER, 2019).

Os testes psicológicos representam uma contribuição essencial para esta área na medida em que permitem o diagnóstico e a intervenção em diferentes contextos, sendo utilizado em nível universal para todas as faixas etárias (GEINSIGER, 2013). Diretrizes internacionais, como por exemplo da International Test Commission (2018), têm sido divulgadas no sentido de orientar pesquisadores e profissionais sobre os critérios científicos na prática e nas investigações no uso de testes psicológicos, sejam estes em forma impressa ou digital.

O desenvolvimento da área de testes psicológicos em um país depende, entretanto, de várias circunstâncias, segundo Oakland (2013), tais como a existência de uma atitude positiva para sua utilização, o avanço da disciplina de Psicologia, a qualidade da formação, a existência de associações profissionais fortes para sua regulamentação daqueles que se enquadram nos requisitos ao porte de arma.

Vale ressaltar que, para realizar a avaliação destinada ao porte e posse de armas de fogo o psicólogo ou psicóloga além do registro ativo no Conselho Federal de Psicologia, deve estar credenciado pela polícia Federal. Observando que esse credenciamento autoriza os psicólogos habilitados a realizar avaliações e emitir laudos, para comprovação de aptidão psicológica para o manuseio de arma, esse requerimento pode ser feito através da do formulário como demonstra o (anexo A).

Além dos requisitos mencionados, o profissional tem quem comprovar atuação de no mínimo dois anos como psicólogo; não possuir antecedentes criminais; possuir local (consultório) de acordo com a vigilância sanitária e para ser aprovado, precisa ainda ser vistoriado pela Polícia Federal e aguardar um prazo médio de 180 dias; ter curso de capacitação (de no mínimo 40 horas) para aplicação de teste psicólogos para porte e posse arma; ter conhecimento de pelo menos um teste projetivo, de memória e conhecimento de entrevista semi-estruturada (DPF nº 78 de 2014).

Sobre os instrumentos utilizados na avaliação, todos devem estar de acordo com as normatizações do Conselho Federal de Psicologia, seguindo todas as recomendações técnicas e éticas, assim como os testes que também precisam estar validados pelo CFP (CFP, 2003).

Esta validação pode ser consultada na plataforma SATEPSI, mencionada anteriormente. Sobre tempo determinado para realizar o processo de avaliação uma duração entorno de 1h e 30 min., sendo realizada de forma individual com resultado em aproximadamente 24h, sendo apresentado no modelo de laudo indicando aptidão ou inaptidão do candidato. Quando acontece de o resultado apresentar inaptidão o candidato poderá se submeter a nova avaliação no prazo de 30 dias, contando da data da primeira avaliação (SILVA, 2011).

Antes da avaliação para porte (indica poder transitar/circular com a arma de fogo portando-a em qualquer ambiente) e posse (dá direito ao cidadão manter a arma de fogo no interior de sua residência ou em seu local de trabalho, desde que o dono da arma seja também o responsável legal do estabelecimento) o candidato deve apresentar uma declaração informando a necessidade e apresentar documento de identidade, além de não estar respondendo a inquérito policial ou a processo criminal (RAFALSK et al., 2015).

A criação da Lei nº 10.826/2003 foi um marco em sua representatividade, pois, com o seu surgimento a Lei nº 9.437/1997 foi revogada, e desde então passou a ser conhecida como Estatuto do Desarmamento, na legislação vigente do atual ordenamento jurídico brasileiro.

Estatuto do Desarmamento foi criado, principalmente, para restringir o porte de arma de fogo por civis, de modo que foram limitadas as possibilidades e instituídos requisitos mais específicos para a aquisição, bem como foram estabelecidas restrições quanto ao registro, posse e comercialização de armas de fogo e de munições (ALMEIDA, 2005, p.259).

No entanto, em substituição a nova Lei nº 10.826/2003 trouxe consigo aperfeiçoamento que a legislação anterior não previa, tais como restringir a sua diversificação para com os beneficiários e acerca de requisitos de quem poderia obter o porte de arma, limitando ao mesmo tempo instituições e órgãos diretos ou indiretamente vinculados à segurança pública (ALMEIDA, 2005).

Órgãos como o SINARM (Sistema Nacional de Armas), foram criados para “centralizar os registros e autorizações de aquisição emitidos pelas polícias estaduais em

um banco de dados no âmbito do Departamento de Polícia Federal” (ZULTAUSKAS, 2012, p.1). Notável, que o intuito do SINARM é de manter um controle de movimentação das aquisições de armas dentro de cada Estado. O controle sobre o armamento envolve todas as possíveis situações em que este possa se encontrar, desde a sua fabricação até sua destruição.

O banco de dados do SINARM, funciona como espécie de um “cartório de registro civil”, para armas, pois nela deverá conter o seu histórico de seu tempo de vida, ou seja, fabricação, finalidade de uso, e sua morte, data de sua inatividade (ZULTAUSKAS, 2012).

Portanto, a Lei nº 10.826, de dezembro de 2003, em resumo, proíbe o porte de arma de fogo em todo o território nacional, sendo permitido apenas quando o cargo ou função exige o uso desse tipo de equipamento. Este porte funcional se aplica a diversos profissionais da área de segurança pública, tais como policiais militares e civis, integrantes da Força Nacional de Segurança Pública, agentes operacionais da Agência Brasileira de Inteligência, integrantes das Forças Armadas, empresas de segurança privada e de transporte de valores constituídas, entre outras.

No entanto, como mencionado, todos estes profissionais precisam passar pela avaliação psicológica antes da obtenção do porte funcional de arma de fogo, mesmo tendo sido aprovado no concurso para a função.

3.2 Testes utilizados para traçar o perfil psicológico do candidato

Antes de se adentrar no assunto sobre testes psicológicos, se faz necessário distinguir de forma esclarecedora, a diferença entre testagem e testes psicológico. A testagem psicológica, pode ser considerada um processo, cuja principal fonte de informação são os testes psicológicos de diferentes tipos (MACHADO, 2016). Já os testes psicológicos, são instrumentos de avaliação ou mensuração de características psicológicas, constituindo-se um método ou uma técnica de uso privativo do psicólogo, em decorrência do que dispõe o § 1º do art. 13 da lei no 4.119/62. (RESOLUÇÃO CFP 002/2003)

Os testes psicológicos são procedimentos sistemáticos de observação e registro de amostras de comportamentos e respostas de indivíduos com o objetivo de descrever e/ou mensurar características e processos psicológicos, compreendidos tradicionalmente nas áreas emoção/afeto, cognição/inteligência, motivação, personalidade, psicomotricidade, atenção, memória, percepção, dentre outras, nas suas mais diversas formas de expressão, segundo padrões definidos pela construção dos instrumentos (GOUVEIA, 2018).

No Art. 5º da Instrução Normativa Nº 78, de 10 de fevereiro de 2014, da Polícia Federal, 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

Tais exigências são necessárias devido a complexidade do processo de avaliação que não deve se resumir a uma única testagem.

A avaliação psicológica é amplamente utilizada em diversos contextos, e pode ser definida como um conjunto de técnicas e procedimentos que tem o objetivo de verificar determinadas características psicológicas de uma pessoa, sendo o psicólogo o único profissional habilitado por lei para exercer esta função (CFP 007/2003). O objetivo da avaliação psicológica não é fazer julgamentos morais ou estabelecer critério de certo ou errado e sim buscar entender a partir de técnicas específicas as diferenças individuais, no que diz respeito às suas capacidades, habilidades, características de personalidade, comportamentos ou algum possível conflito (interno ou externo) de determinada pessoa.

3.2.1 Teste projetivo e teste expressivo

Os testes projetivos são caracterizados por projetar aspectos da personalidade do ser que está fazendo o teste. Lembrando que, os testes projetivos não focam no interesse apenas nas características emocionais, motivacionais e interpessoais, mas também nos aspectos intelectuais do sujeito (PINTO, 2014). Portanto as técnicas projetivas são aplicadas com a finalidade de interpretar cada estímulo trazido pelo inconsciente da personalidade do ser testado (TORRES, 2010).

Através do teste projetivo, o sujeito em que se aplica o teste recebe um material no qual é desprovido de sentido e até mesmo de significado, e a partir destes, ele irá formular sentido, em que representará o seu sistema de personalidade, equilíbrio e de como este aprende com o mundo (TORRES, 2010).

Dentre vários testes projetivos existentes dentro da psicologia, os mais utilizados para este tipo de avaliação são o Rorschach e seu sistema compreensivo de Exner, o Teste de Apercepção Temática e o Teste Zulliger (Z-teste). Desta maneira, tais técnicas abordam uma investigação dinâmica e holística da personalidade.

A técnica de manchas de tintas de Rorschach, é considerada uma técnica individual de caráter clínico, pois se situa no campo da percepção e projeção, que por sua vez cumpre um papel bastante complexo, que é caracterizado por detectar uma sensível variação dentro do quadro clínico (CUNHA, 2000). No entanto, o objetivo principal deste teste é a captação das manchas de tintas e sua transformação no processamento de como o ser transparece a sua estrutura de personalidade. Seu procedimento origina-se através de um conjunto de placas que recebem padrões de manchas diferentes, sendo estas coloridas ou não (figura 01).

O procedimento do uso da técnica de Rorschach, cria uma série de requisitos a serem seguidos, desde o *rapport* ao registro de dados, toda essa catalogação é necessária para que ao final, sejam analisados mais precisamente todos os dados coletados durante a sessão.



Figura 1. Imagens utilizadas nas pranchas do teste de Rorschach

Fonte: Minuto Psicologia, 2014(<http://www.minutopsicologia.com.br/postagens/2014/07/17/o-teste-rorschach/>.)

Aplicação deste teste, é procedida por profissional responsável que entrega a prancha para o avaliado e este em seguida irá dizer ao psicólogo o que vê nos cartões entregue. Ressaltando sempre, que a figura do psicólogo deve evitar ao máximo qualquer interferência durante a avaliação. Após, a avaliação a análise do registro documental do avaliado, é possível detectar a interpretação das respostas, as impressões e comentários intelectuais em torno dos estímulos apresentados nas diferentes pranchas (GONÇALVES et al, 2001).

Como ressalta Karla Alves e seus colaboradores (2007), através deste método, existe a grande possibilidade de se diagnosticar os afetos, as emoções, as condições de relacionamento humano, o nível de ansiedade, o controle da agressividade, o poder de controle de uma pessoa, não apenas tomados isoladamente, mas considerando um todo estrutural, dinâmico e funcional da personalidade.

Após a compreensão desse método de investigação de personalidade, pode-se agora ressaltar um outro sistema contributivo que auxiliar o teste de Rorschach conhecido como o sistema compreensivo do Exner.

O sistema compreensivo do Exner, é considerado um instrumento de confiabilidade, por apresentar uma objetividade e precisão nos resultados gerados pelo teste de Rorschach. No entanto, para garantir sua eficiência, é necessário trabalhar sua normativa de acordo com a população estudada (NASCIMENTO, 2002). Como por exemplo a (Tabela 1) a seguir:

Sexo	N	%
Feminino	77	89,5
Masculino	9	10,5
Total	86	100,0
Faixa etária	N	%
20 - 29 anos	22	25,6
30 - 39 anos	37	43,0
40 - 49 anos	14	16,3
50 - 59 anos	7	8,1
Sem resposta	6	7,0
Total	86	100,0

Tabela 1. Exemplo de como se trabalha o sistema Exner
Fonte: Acervo da autora, 2020

Como pode ser visto, é apenas um exemplo de como o sistema Exner pode ser aplicado, e como é confirmado por Nascimento (2002), para garantir a sua eficiência, tem que se aplicar em uma comunidade específica.

O Teste de Apercepção Temática é Determinado como um teste projetivo desenvolvido em 1935 por Henry Murray, foi desenvolvido para medir determinadas características da personalidade, como os motivos, e foi muito utilizado no estudo da motivação. Nesse teste, se utiliza como instrumento de avaliação, 31 lâminas com imagens em preto e branco que representam diferentes situações da vida. Algumas delas são comuns, enquanto outras estão especificamente indicadas em função do sexo e da idade da pessoa avaliada. São apresentadas apenas 20 lâminas a cada indivíduo, divididas em duas sessões.



Figura 2. Exemplo de lâmina no teste de aceção temática

Fonte: Márcia Gonçalves Avelar, 2019. (< <https://slideplayer.com.br/slide/15123874/>>.)

Após observar cada imagem, a pessoa deve narrar uma história que contenha passado, presente e futuro, enfatizando o que cada personagem está sentindo e pensando (MENTE MARAVILHOSA, 2019). Por outro lado, as ações e emoções do restante dos personagens serão uma projeção de como a pessoa percebe o seu ambiente. O que ela deseja e o que teme que aconteça, bem como os impulsos inconscientes que tem e se nega a reconhecer.

Este instrumento proporciona uma grande quantidade de informação sobre a personalidade do indivíduo. Através das suas narrações, pode se elucidar a imagem que ele tem de si mesmo, como são as relações com o seu entorno, e a existência de conflitos latentes (PARADA, 2011).



Prancha 1
morcego, borboleta,
mariposa



Prancha 2
2 humanos, animal
de 4 patas, cachorro,
elefante, urso



Prancha 3
2 humanos, figuras
humanas



Prancha 4
couro animal, pele,
tapete



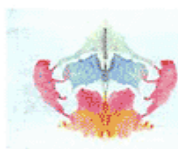
Prancha 5
Morcego, borboleta,
mariposa



Prancha 6
couro animal, pele,
tapete



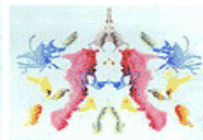
Prancha 7
cabeças humanas ou
rostos



Prancha 8
animal de 4 patas



Prancha 9
humano



Prancha 10
lagosta, caranguejo,
aranha, cabeça de
coelho, lagartas,
vermes, cobras

Figura 3. Lâminas do teste de Zulliger

Fonte: Leticia Motta, 2019 (< <http://www.cutedrop.com.br/roorschach-respostas/>>.)

O Teste Zulliger (Z-teste), também conhecido como teste Z, é uma técnica projetional que tem como objetivo descrever características da nossa personalidade de uma forma simples e eficaz, sem perder a modalidade interpretativa da psicanálise. E pode ser usado na seleção de pessoal, tendo origem na necessidade de criar uma prova que possa ser aplicada a um coletivo sem perder a fiabilidade nem a validade própria de um teste psicométrico (VILLEMOR-AMARAL et al., 2009).

Esta técnica projetional consta de três imagens com uma mancha em cada uma (muito semelhantes ao teste de Rorschach). As manchas devem ser interpretadas e, com cada interpretação, o profissional adequado deve elaborar um perfil psicológico. O manual para interpretar as respostas do teste de Zulliger contém muito mais fatores que ajudam a melhorar a validade e fiabilidade da prova, o que supõe um grande objetivo para as técnicas projectionais, uma vez que costumam ser criticadas precisamente por terem uma interpretação demasiado objetiva.

Como visto, em todos os testes, existe a necessidade de um profissional qualificado como o psicólogo, que tenham conhecimentos essenciais para a aplicação dos testes projetivos comentados no trabalho.

Os testes Expressivos assim como os projetivos também investigam elementos da personalidade avaliando o estímulo da resposta do sujeito, utilizando o teste Palográfico ou o Psicodiagnóstico Miocinético (PMK), que tem como característica começar com uma expressão consciente e em seguida o avaliando flui expressando as características inconscientes da sua personalidade.

O teste paleográfico, tem como objetivo acessar informações sobre características da personalidade, e pode ser aplicado de forma individual ou coletiva. O avaliando é orientado pelo profissional de psicologia a fazer alguns traços verticais, denominados de palos, seguindo as determinações da folha de aplicação. De acordo formato e posicionamento dos palos vai ser possível o avaliador identificar as características pessoais do avaliando (ALVES; ESTEVES, 2009).

Outro teste expressivo é o Psicodiagnóstico Miocinético (PMK), avalia a personalidade através de traços e desenhos feitos com lápis. O examinando é orientado a desenhar padrões apresentados pelo avaliador. Tendo que desenhar simultaneamente com as duas mãos utilizando um anteparo que o impede de ver o que está sendo desenhado. Especialistas indicam que os desenhos da mão esquerda revelam reações genotípicas, definido como a constituição genética de um indivíduo e os da mão direita reações fenotípicas, características morfológicas, fisiológicas e até mesmo comportamentais de um indivíduo, mais superficiais. A comparação dos desenhos é feita para diagnosticar várias condições e traços de caráter (MIRA, 2014).

3.2.2 *Teste de memória*

Como o próprio nome sugere, o Teste de memória é um instrumento utilizado para avaliar a capacidade de um indivíduo em recordar informações em um curto prazo ou, retomar informações de longo tempo. Os testes de memória podem ser aplicados de forma individual ou coletiva e as correções são realizadas por meio de grifos.

Existem vários tipos de testes de memória, sendo principais:

- Funções Mentais para Motoristas - BFM-2;

Composto por placas relacionadas ao trânsito. De acordo com os vários raciocínios envolvidos, o candidato assinala o maior número de respostas corretas dentro do tempo limite. A correção é realizada pelo total de acertos, avaliação quantitativa e qualitativa (TONGLET, 2000).

- Bateria Geral de Funções Mentais-Teste de Memória de Reconhecimento BGFM-4; (indicado para AP de porte de arma)

Investiga, avaliar e mensurar tanto a memória de curto termo como a memória de longo termo, podendo ser utilizado nos mais variados contextos de avaliação psicológica e neuropsicológica (TONGLET, E. C. (2007).

- Teste Pictórico de Memória - Tepic-M

Tem como objetivo avaliar a memória visual por meio de estímulos figurais, num curto período. É composto por 1 cartão estímulo contendo itens diversos, os quais o sujeito deve observar e memorizar. Após o período de memorização, o sujeito deve descrever os itens que lembrar, dentro do tempo limite. A correção é realizada pelo total de acertos, avaliação quantitativa e qualitativa (RUEDA & SISTO, 2007).

3.2.3 *Teste de atenção difusa e concentrada*

A atenção difusa é entendida como a capacidade que permite o manter-se alerta aos estímulos que estão dispersos no meio. E a atenção concentrada é a capacidade de selecionar os estímulos relevantes do ambiente e focar (BRAGA, 2007).

Por tanto, o Teste de atenção difusa busca avaliar a capacidade do indivíduo de focalizar, de uma só vez, diversos estímulos que estão dispersos espacialmente, realizando uma captação rápida de informações e fornecendo um conhecimento instantâneo sobre o que está sendo observado. A aplicação pode ser individual ou coletiva e a tarefa do avaliado é marcar as figuras na sequência, o mais rápido possível, dentro de um tempo determinado. A correção é feita por meio de um crivo. E os testes mais usados são: Teste de atenção difusa para motorista- TADIM; Teste de atenção difusa para motorista Forma 2- TADIM 2; Teste de atenção difusa – Forma 1 - TEDIF 1; Teste de atenção difusa complexa – Forma 2 - TEDIF 2 e Teste de atenção difusa complexa – Forma 3 - TEDIF 3.

O teste de atenção concentrada tem o objetivo de analisar a capacidade em concentração sob pressão por determinado período. O teste é composto por símbolos com a grafia de triângulos em tamanhos diferentes, onde o avaliando deve localizar, entre todos os símbolos da folha, os 3 apresentados como modelos. A correção é realizada pelo total de acertos, pela avaliação quantitativa e qualitativa, podendo ser aplicado individualmente ou em grupos.

3.2.4 Entrevista semi-estruturada

A entrevista é um instrumento fundamental em todos os âmbitos de atuação da psicologia, por se tratar de um conjunto de técnicas de coleta de dados e informações que permitem conhecer as representações do avaliando, tanto no que se refere a sua história de vida, crenças, valores, entre outros.

A entrevista semi-estruturada é um dos tipos de entrevistas, trata-se de um modelo que permite ao examinador planejar as questões com antecedência, mas com a liberdade de acrescentar informações observadas e questões que ainda não constavam no roteiro. Isso permite ao entrevistado sentir-se mais livre, contudo, o entrevistador tem clareza de seus objetivos e informações necessárias para atingi-los (CUNHA, 2000).

No Processo de avaliação psicológica a entrevista é o instrumento fundamental, principalmente para interpretação dos resultados das testagens psicológicas que devem considerar o sujeito como um todo, nos seus aspectos subjetivos.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram encontrados nesta pesquisa 09 artigos que tratam e se enquadram na temática proposta. Sendo compostos de 02 artigos entre o ano de 2000 e 2005 que embora esteja como lapso temporal enorme, foram essenciais sobre sua contribuição basilar da pesquisa. Foram utilizados ainda, artigos do ano de 2009 a 2013, que entraram na pesquisa, para reforçar sobre o tema proposto, além de artigo do ano de 2016 a 2019, que foram fundamentais para construir fundamentação recente como pode ser visto no (quadro 01).

	Autor/a	Título	Ano	Objetivos	Resultados e conclusões
1.	CANEDA, CRG	Desenvolvimento e propriedade psicométricas da Escala Motivacional para o Porte de Arma (EMPA)	2016	Avaliar o indivíduo psicologicamente; Apresentar dificuldades e limitações no exercício profissional.	avaliação psicológica para o porte de arma apresenta dificuldades e, com base na legislação brasileira vigente.
2.	ALMEIDA, JJ; MENDONÇA AB.	Estatuto do desarmamento: breves considerações acerca da abolição criminis temporária.	2005	Restringir o porte de fogos por civis.	Traz os requisitos que mais específicos para a aquisição da arma por civis.
3.	ZULTAUSKAS, AM.	Os procedimentos de aquisição, controle de armas e suas consequências	2012	Centralizar os registros e autorizações de aquisição emitidos por policiais estaduais.	Manter o controle movimentação e aquisição de armas dentro de cada Estado.
4.	WECHSLER, SM; HUTZ, CL; PRIMI, RO	O desenvolvimento da avaliação psicológica no Brasil: Avanços históricos e desafios.	2019	Falar sobre a avaliação psicológica daquele que deseja tem em sua guarda, a arma de fogo.	Avalia através de instrumentos previamente validados para a determinada função, os diversos processos psicológicos para o indivíduo que deseja obter uma arma.
5.	GEISINGER, K.	Handbook of Testing and Assessment in Psychology.Washington	2013	Contribuir através de testes psicológicos a autorização do armamento	Diagnostico através de testes psicológicos aplicados em todas as idades.
6.	GOUVEIA, VV	Formação em Avaliação Psicológica	2018	Descrever a importância dos testes psicológicos	observação e registro de amostras de comportamentos e respostas de indivíduos com o objetivo de descrever e/ou mensurar características e processos psicológicos
7.	CUNHA, JÁ	Psicodiagnóstico te	2000	Examinar o indivíduo durante a aplicação do teste de Rorschach	Analisa as expressões verbais que indicam percepção de alteração no indivíduo estudado.
8.	PARADA, AP; BARBIERI, V	Reflexões sobre o uso clínico do TAT na contemporaneidade	2011	Proporcionar informação sobre a personalidade do indivíduo através do Teste de Apercepção Temática.	São apresentadas apenas 20 lâminas com imagens a cada indivíduo. Após observar cada imagem, a pessoa deve narrar uma história que contenha passado, presente e futuro, enfatizando o que cada personagem está sentindo e pensando.
9.	VILLEMOR-AMARAL. AE	A validade teórica em avaliação psicológica.	2009	Argumentar sobre a importância do respaldo teórico na interpretação de técnicas projetivas, ou métodos de auto expressão Z-test.	O teste Zulliger pode ser usado na seleção de pessoal, tendo origem na necessidade de criar uma prova que possa ser aplicada a um coletivo sem perder a fiabilidade nem a validade própria de um teste psicométrico.

Quadro 01 – Análise

Durante o processo de pesquisa foi possível identificar que existem grupos que são a favor da flexibilização da posse de armas de fogo alegando ser por medida de segurança de seus estabelecimentos, residências e família, e outros grupos que afirmam que a flexibilização pode ocasionar mais violências e mortes.

Contudo, é importante ressaltar que há diferença entre posse e porte de armas de fogo, onde o primeiro refere-se a adquirir e manter em sua propriedade (interior de sua residência ou trabalho) a arma, e o segundo é a autorização para portar em qualquer ambiente a arma de fogo, sendo esta autorização restrita a categorias específicas descritas no Estatuto do Desarmamento – Lei 10826/03.

A avaliação psicológica é obrigatória tanto para a posse quanto para o porte de armas, informação que parece não estar bem difundida para a população em geral. Sendo assim, se faz necessário mais discussões e estudos a respeito, pois apesar de para alguns a arma ser uma representação de possível segurança, ela também pode ter um efeito contrário quando utilizada de maneira irresponsável, ou por alguém sem preparo adequado.

Contudo, não foi possível observar um consenso que aponte os critérios específicos para indicar a aptidão ou não para o porte de arma de fogo, ficando a critério do psicólogo avaliador definir conforme seu entendimento durante o processo avaliativo, seguindo a Instrução Normativa N° 78, de 10 de fevereiro de 2014, da Polícia Federal.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação psicológica em vários âmbitos tem ganhado notoriedade e principalmente o reconhecimento merecido de sua credibilidade, com embasamento científico e ético, tanto que passou a ser uma exigência da legislação brasileira para obtenção e porte de arma de fogo. No entanto, uma limitação importante foi observada, e que caberia melhor investigação em pesquisas futuras. Trata-se da escassez de pesquisas na área, principalmente no que se refere a como os psicólogos estão conduzindo o processo de avaliação neste contexto.

Para os profissionais de psicologia, é sempre importantes a atenção ao que diz o Código de Ética referentes à avaliação psicológica, especialmente o Art. 1º - que menciona entre os deveres fundamentais dos psicólogos, a importância da responsabilidade de exercer atividades apenas quando devidamente capacitado tanto pessoal como teoricamente e tecnicamente. Assim como, a atenção a qualidade do serviço prestado em condições dignas compatíveis com a natureza do serviço. Como por exemplo, um espaço adequado, sem interferências externas para prezar pelo sigilo das informações e respeitar rigorosamente as normas de aplicação de cada teste, em hipótese alguma é permitido aplicar em grupo testes indicados para ter aplicação individual.

Portanto, aos profissionais de psicologia que desejam adentrarem na área de avaliação psicológica para obtenção do porte de arma de fogo, é importante saber que ainda não temos testes específicos, os mencionados aqui são os que respondem a necessidades

do que é solicitado avaliar pela Polícia Federal. Necessitando assim que o profissional busque constante capacitação e atualização, para domínio adequados dos instrumentos adequados para uma avaliação psicológica embasada técnica e eticamente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. J ; MENDONÇA, A. B. **Estatuto do desarmamento**: breves considerações acerca da abolitio criminis temporária. Ciências Humanas e Sociais Unit I Aracaju. v. 2, n.3, p. 257-270, 2015.

ALVES, C.B; ESTEVES, C. **O teste Palográfico na Avaliação da Personalidade**, 2º ed. Volume I, Coleção Palográfico – São Paulo, Vetor, 2009

ANASTASI, A; URBINA, S. **Testagem Psicológica**. Porto Alegre: Artes Médicas.2009.

ARMSTRONG, D; BORTZ, P.A. **integrative review of pressure relief in surgical patients**. v.73, n.3, p.645-674, 2001.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6023: **Informação e documentação. Referências. Elaboração**. Rio de Janeiro: ABNT, 2002.

BALLESTRIN, L. M. A. **Com quantas armas se faz uma Sociedade —Civil?** Controles sobre. Armas de Fogo na Governança Global, Brasil e Portugal. (1995 -2010). Belo Horizonte, 2010.

BARROS, W. S. **Estatuto do desarmamento comentado**. 2004.

BEYEA, S.C; NICOLL, L.H.**Writing an integrative review**.AORN J. v.67, n.4, p.877- 880, 1998.

BRAGA, JL. **Atenção concentrada e atenção difusa: elaboração de instrumentos de medida**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

BRASIL. Lei nº 10.826 de dezembro de 2003. Registro de posse e comercialização de armas de fogo e munição Sinarm.

BROOME, M. E. **Integrative literature reviews for the development of concepts**. In: RODGERS, B. L.; CASTRO, A. A. Revisão sistemática e meta-análise. 2006.

CANEDA, C. R. G. **Desenvolvimento e propriedades psicométricas da Escala Motivacional para o Porte de Arma (EMPA)**. Dissertação de Mestrado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo, RS, 2009.

CANEDA, C. R. G.; TEODORO, M. L. M. **Contribuições da avaliação psicológica ao porte de arma: uma revisão de estudos brasileiros**. Aletheia, Canoas , n. 38-39, p. 162-172, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP nº 007/2003**. Define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos e revoga a Resolução CFP nº 025/2001. Recuperado em 14 de abril, 2011.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – SÃO PAULO (CRP-SP). **teste psicológicos: o que você precisa saber antes de escolher um**. Disponível em: <http://www.crp.org.br/portal/comunicacao/jornal_crp/155/frames/fr_orientacao.aspx>. Acesso em junho de 2020.

CUNHA, J. A. **Psicodiagnóstico V**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

DECRETO Nº 9.847, DE 25 DE JUNHO DE 2019. Aquisição, o cadastro e o registro, o porte e a comercialização de arma de fogo.

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL. **Porte para colecionadores, atiradores e caçadores terá regras específicas**. 2015.

DUARTE, R. **Pesquisa qualitativa**: Reflexões sobre o trabalho de campo. Cad. Pesqui. São Paulo. n.115, 2002.

GEISINGER, K. Handbook of Testing and Assessment in Psychology. Washington, DC: **American Psychological Association**, 2013.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6.ed. São Paulo; Atlas, 2008

GOUVEIA, V.V. **Formação em Avaliação Psicológica Psicologia**: Ciência e Profissão. v. 38, p.74-86. 2018.

INSTRUMENTO NORMATIVO DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL. Disponível em: <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/in-dpf-78-2014.htm>. Acesso em: junho de 2020.

INTERNATIONAL TESTING COMMISSION (2018). Guidelines. Disponível em: <https://www.intestcom.org/page/5>. Acesso em maio de 2020.

LAKATOS, EM.; MARCONI, M. A. **Metodologia científica**: ciência e conhecimento científico, métodos científicos, teoria, hipóteses e variáveis. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 2007.

MACHADO, L.T. **Avaliação psicológica em processos de recrutamento e seleção** – uma revisão da literatura. [monografia]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2016.

MANZINI, E.J. **Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada**. In: MARQUEZINE: M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE; S. (Orgs.) Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial. Londrina:eduel, 2003.

MENDES, KDS; SILVEIRA, RCCP; GALVAO, CM. **Revisão integrativa**: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm. vol.17, n.4, pp.758-764. 2008.

MIRA, A.M.G. PMK: **Psicodiagnóstico Miocinético**. São Paulo: Vetor, n.5, p.346 2014.

MORAES, R; GALLIAZI, M.C. **Análise textual discursiva**: Processo construtivo de múltiplas faces. Revista Ciência & Educação, v. 12, n. 1, p.117-128, 2006.

OAKLAND, T., WECHSLER, S. M., & MAREE, K. **Test use with children across cultures: a view from three countries.** In K. F. Geisinger (Ed.), *APA Handbook of Testing and Assessment in Psychology: Vol. 3. Testing and Assessment in School Psychology and Education* (pp. 231-257). Washington, D. C.: **American Psychological Association.** 2013.

PARADA AP. **Reflexões sobre o uso clínico do TAT na contemporaneidade.** *Psico-USF (Impr.)* v.16 n.1. 2011.

PARADA, AP; BARBIERI, V. **Reflexões sobre o uso clínico do TAT na contemporaneidade.** *Psico-USF*, v. 16, n. 1, p.117-125, 2011.

PELLINI, M. C. B. M. **A avaliação psicológica no campo da segurança (pública e privada) na atualidade:** perspectivas técnicas e éticas – Orientações do Conselho Regional de Psicologia. In: V Encontro da Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos, Ribeirão Preto/SP, 2008.

PUFF, J. SAPORI, L. F. **O controle de armas e munições pode ajudar a reduzir as mortes no Brasil?** Rio de janeiro, 2014.

RAFALSKI, JC; ANDRADE, AL. **Prática e Formação:** Psicólogos na Peritagem em Porte de Arma de Fogo. *Psicol. cienc. prof.* v.35, n.2, 2015.

ROCHA, C. **Direito ao porte de arma de fogo – o dilema do estatuto do desarmamento.** Brasília, 2011.

RUEDA, F. J. M., & SISTO, F. F. **Teste Pictórico de Memória (TEPIC-M) Manual.** São Paulo: Vetor, n.67.2007.

SELL, T. **Função Social do Psicólogo.** *Revista de Ciências Humana*, Florianópolis, v. 1, n.1, p. 86-91, 2016.

SILVA, E. LUCIA; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação.** 4 ed. Florianópolis: UFSC, 2005.

SILVA, FHVC. ALCHIERI, **Laudo psicológico:** operacionalização e avaliação dos indicadores de qualidade. *Psicol. cienc. prof.* v.31, n.3, 2011.

SIMINOVICH, M. (2008). **Avaliação Psicológica na área de segurança pública e privada.** In: V Encontro da Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos, Ribeirão Preto/SP.

TONGLET, E. C. **Bateria de Funções Mentais para Motorista - Teste de Memória- BFM2.** São Paulo: Vetor. 2000.

TONGLET, E. C. **BGFM-4. Bateria Geral de Funções Mentais:** Teste de memória de reconhecimento. São Paulo: Vetor .2007

TORRES, J.M.A. **O teste rorschach na história da avaliação psicológica.** *Revista do Nufen*, v. 01, n.1, 2010.

URBINA, S. **Fundamentos da Testagem Psicológica.** Porto Alegre: Artmed. 2007

VILLEMOR-AMARAL, AE; MACHADO, MAS; NORONHA APP. **O Zulliger no sistema compreensivo:** um estudo de fidedignidade. Psicol. cienc. prof. v.29 n.4, 2009.

WAISELFISZ, J,J. **Mapa da violência 2016: homicídios por armas de fogo.** Brasília, UNESCO, 2015.

WECHSLER, SM; HUTZ, CL; PRIMI, R. **O desenvolvimento da avaliação psicológica no Brasil:** Avanços históricos e desafios. Avaliação Psicológica, v.18, n.2, pp. 121-128, 2019.

ZULTAUSKAS, A. M. **SINARM e SIGMA: Os procedimentos de aquisição, controle de armas e suas consequências.** Conteúdo Jurídico, Brasília-DF: 23 maio 2012. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.37141&seo=1>>. Acesso em: agosto de 2019

ANEXO A

REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE PSICÓLOGO

Senhor Chefe da Delegacia de Controle de Armas e Produtos Químicos - DELEAQ,

_____, RG nº _____, órgão expedidor
_____, CPF nº _____, endereço
comercial _____, fone comercial
() _____, email profissional: _____, venho
por meio deste, solicitar a Vossa Senhoria o credenciamento junto à Polícia Federal, na
qualidade de psicólogo, conforme disposto na Lei nº 10.826/2003.

Nestes termos,

Pede e espera deferimento.

Local e data.

Assinatura

LAUDO PSICOLÓGICO**IDENTIFICAÇÃO DA CLÍNICA:**

Nome: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ CEP: _____ UF: _____
Responsável Técnico: _____
CPF do responsável Técnico: _____

IDENTIFICAÇÃO DO AVALIADO

Nome: _____ Sexo: _____
Estado civil: _____ Escolaridade: _____
Idade: _____ CPF: _____
Profissão: _____ Data da avaliação: ____/____/____

O candidato acima relacionado foi submetido à avaliação psicológica, sendo considerado:

- () APTO ao manuseio de arma de fogo
() APTO ao manuseio de arma de fogo e ao exercício da profissão de vigilante
() INAPTO

Local e data

Nome do psicólogo: _____

Nº CRP: _____

CPF: _____

Exemplo de Laudo Psicológico conforme sugerido pela Polícia Federal para a avaliar a aptidão ao manuseio de armas de fogo.

IMPACTO SUBJETIVO DO DIAGNÓSTICO DO DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

Data de aceite: 01/02/2021

Mariana da Silva Pereira Reis

Brasília, DF – Brasil

RESUMO: Durante a gestação a mulher passa por períodos de tensão psicológica, mudanças no comportamento e modificações no relacionamento, devido ao aumento da sensibilidade, irritabilidade, labilidade emocional e também no desejo e desempenho sexual, fatores que, se não forem muito bem trabalhados durante o pré-natal, podem acarretar transtornos familiares. A gestante que recebe o diagnóstico de DM Gestacional passa a ser uma gestante de alto risco pois, com este diagnóstico ela apresenta um risco maior de várias complicações relacionadas à gestação. É de extrema importância que esta gestante receba um acompanhamento multidisciplinar, sendo essencial um aporte emocional adequado, orientação sobre dieta, atividade física, informações e aprendizado sobre diabetes e o uso correto da insulina, quando for o caso. As intercorrências que podem ocorrer na gravidez tanto com a gestante como com o bebê, a necessidade de um controle alimentar e de internações constantes, geram angústia para a gestante com DM Gestacional. Conhecer como essas gestantes encaram sua gravidez pode auxiliar os profissionais e serviços de saúde na abordagem educativa que é essencial para o controle glicêmico e êxito da gestação. Este estudo contou com três gestantes de alto-risco

diagnosticadas pela primeira vez com diabetes gestacional, e a pesquisa se deu por meio de processos dialógicos, os quais foram gravados, transcritos e analisados seguindo a epistemologia qualitativa. Por fim, as gestantes estudadas não vivenciaram o processo gestacional e o diagnóstico e DM Gestacional de forma similar, o que nos reforça os processos de saúde e adoecimento tem caráter subjetivo. As gestantes ouvidas durante este estudo não generalizam o DM Gestacional, abrindo um leque para que novos estudos sejam realizados com o intuito de melhorar a prevenção, a construção de saberes e o acompanhamento do DM Gestacional.

PALAVRAS-CHAVE: Gestação, DM Gestacional, Emoções.

SUBJECTIVE IMPACT OF DIAGNOSIS OF DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

ABSTRACT: During pregnancy the woman goes through periods of psychological tension, changes in behavior and changes in the relationship, due to increased sensitivity, irritability, emotional lability and also in sexual desire and performance, factors that, if not worked very well during the pre -natural, can cause family disorders. The pregnant woman who receives the diagnosis of Gestational DM becomes a high-risk pregnant woman because, with this diagnosis, she is at a higher risk of several complications related to pregnancy. It is extremely important that this pregnant woman receives multidisciplinary follow-up, being essential an appropriate emotional support, guidance on diet, physical activity, information and learning about diabetes and the

correct use of insulin, when appropriate. The complications that can occur in pregnancy with both the pregnant woman and the baby, the need for food control and constant hospitalizations, generate anguish for pregnant women with Gestational DM. Knowing how these pregnant women view their pregnancy can help health professionals and services in the educational approach that is essential for glycemic control and successful pregnancy. This study included three high-risk pregnant women diagnosed for the first time with gestational diabetes, and the research took place through dialogic processes, which were recorded, transcribed and analyzed according to qualitative epistemology. Finally, the pregnant women studied did not experience the gestational process and the diagnosis and Gestational DM in a similar way, which reinforces the health and illness processes is subjective. The pregnant women heard during this study do not generalize Gestational DM, opening a range for new studies to be carried out in order to improve prevention, the construction of knowledge and the monitoring of Gestational DM.

KEYWORDS: Pregnancy, Gestational DM, Emotions.

Falar em Psicologia da Saúde é praticamente uma redundância, pois, ao meu ver, é indissolúvel a associação entre psicologia e saúde. É difícil dar uma definição a Psicologia da Saúde que satisfaça a todos os pesquisadores da área. Segundo Camon (2002) “a psicologia da saúde seria a prática de levar o indivíduo/paciente à busca do bem-estar físico, mental e social, englobando, assim, a *performance* de uma abordagem que teria de incluir a participação de outros profissionais da área” (p. 8). Para esta definição, temos que considerar o sujeito como um ser inserido no contexto social, sendo um ser histórico, temporal e que traz em seu corpo sinais de seu tempo e de sua sociedade. A abordagem assim, seria totalizante, onde tudo aquilo que possa fazer parte da vida de uma pessoa seja considerado de maneira plena e absoluta.

E o que seria saúde então? Segundo González Rey (2004) a saúde “é um processo qualitativo complexo que define o funcionamento completo do organismo, integrando o somático e o psíquico de maneira sistêmica, formando uma unidade em que ambos são inseparáveis” (p. 1). A saúde precisa ser considerada mais um processo do que um produto.

Ainda segundo González Rey (2004), a saúde é um processo integral no qual os tipos de motivações do sujeito e a maneira como esse sujeito se envolve com estas motivações e com suas potencialidades personológicas organizadas, são considerados essenciais para o desenvolvimento do processo de saúde.

Tendo mencionado, aqui, González Rey, e, levando em consideração que este estudo faz uso da Teoria da Subjetividade, vejo necessário falarmos de subjetividade, para que o nosso assunto seja melhor entendido. Segundo González Rey (2004) a Subjetividade conceitua-se como

(...) um macroconceito que integra os complexos processos e formas de organização psíquicos envolvidos na produção de sentidos subjetivos. A subjetividade se produz sobre sistemas simbólicos e emoções que expressam de forma diferenciada o encontro de histórias singulares de instâncias sociais

e sujeitos individuais, com contextos sociais e culturais multidimensionais (p. 137).

Desta forma, a concepção de indivíduo passa pelo que nele há de contraditório, sendo resultado da sua ação como sujeito e dos reflexos das suas vivências. Compreender o sujeito, aqui, seria visualizar sua interação com o mundo.

Entrando, então, numa abordagem mais complexa da subjetividade, ainda segundo González Rey (2005b), temos o desenvolvimento do sentido subjetivo, definido “como a unidade dos aspectos simbólicos e emocionais que caracterizam as diversas delimitações culturais das diferentes práticas humanas em um nível subjetivo” (p. 44). Este conceito parte das ideias de Vygotsky (1987), o qual define sentido como

(...) um agregado de todos os fatores psicológicos que surgem em nossa consciência como resultado da palavra. O sentido é uma formação dinâmica, fluída e complexa que tem inúmeras zonas que variam em sua estabilidade. O significado é apenas uma dessas zonas de sentido que a palavra adquire no contexto da fala. É a mais estável, unificada e precisa dessas zonas (p. 275-276).

A discussão sobre subjetividade, saúde e psicologia da saúde são, aqui, essenciais, para que possamos compreender o impacto na vida das pacientes, gestantes, diagnosticadas com Diabetes Mellitus Gestacional, ou como chamaremos aqui, DM Gestacional, em processo de internação, e a relação com os profissionais de saúde que a acompanham e sua adaptação ao seu novo modelo de vida. Importante compreendermos que “os processos envolvidos no desenvolvimento dos processos de saúde e de doença não são acessíveis à observação externa, portanto, sua construção nos leva a uma reflexão epistemológica” (González Rey, 2004, p. 11).

A gestação, por si só, é um período permeado de expectativas, onde a grávida vivencia uma variedade de sentimentos e emoções que são originadas pelas mudanças físicas, psicológicas e sociais próprias da gravidez. Durante a gestação a mulher passa por períodos de tensão psicológica, alterações no comportamento e modificações no relacionamento, devido ao aumento da sensibilidade, irritabilidade, labilidade emocional e também no desejo e desempenho sexual, fatores que, se não forem muito bem trabalhados durante o pré-natal, podem acarretar transtornos familiares (Quevedo, 2010; Pinho e Ribeiro, 2001).

Quando a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto têm maiores chances de serem atingidas por complicações que a média das gestações, esta gestação é denominada de alto risco e, esse risco pode trazer um acréscimo de dificuldades emocionais e sociais para esta gestante (Brasil, 2000, in Quevedo, 2010). Dificuldades essas que não podem ser compreendidas pelo modelo biomédico, o que abre espaço para uma investigação em saúde, levando em conta a subjetividade.

Assim sendo, saúde, segundo González Rey (2004), é um processo qualitativo complexo que define o funcionamento completo do organismo, integrando o somático e o psíquico de maneira sistêmica, formando uma unidade em que ambos são inseparáveis. Dessa forma, a saúde não seria a ausência de sintomas, mais um funcionamento integral que aumenta e otimiza os recursos do organismo para diminuir sua vulnerabilidade aos diferentes agentes e processos causadores da doença. O sistema do organismo humano representa, então, uma organização complexa e holística, que integra de formas diversas os diferentes processos participantes no desenvolvimento saudável, um dos quais, sem dúvida, é a sua dimensão subjetiva, que, apesar de sua natureza social, não esgota outros aspectos da vida social do homem que intervêm no desenvolvimento da saúde. A saúde é uma integração funcional que a nível individual se alcança por múltiplas alternativas (González Rey, 1997).

Bennet e Murphy (1999) completam dizendo que o comportamento do indivíduo pode influenciar seu estado de saúde, podendo ser considerado, inclusive, sua classe social e seu grau de instrução como tendo impacto substancial sobre sua saúde. A influência do comportamento sobre a saúde pode ser evidenciada em algumas doenças da modernidade como a obesidade, a hipertensão e o diabetes.

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença endócrina que sofre influências sociais, culturais, econômicas em que o diagnóstico e o tratamento passam por várias significações. Suas primeiras referências aparecem por volta de 1000 a.C. no Egito, mas, foi na Índia, por volta de 400 a.C. que os pesquisadores Charak e Susrut verificaram o caráter adocicado da urina. Esta é uma doença que é tão antiga quanto à própria história do homem e que não deixa de ser um dos maiores desafios da medicina (Setian, 1995).

A classificação atual do DM está baseada na etiologia e não no tipo de tratamento, portanto os termos insulino-dependente e não-insulino-dependente estão sendo eliminados. A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos específicos de DM e DM Gestacional. Ainda existem duas categorias, referidas como pré-diabetes, que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída. Essas categorias não são entidades clínicas, mas fatores de risco para o desenvolvimento do DM e de doenças cardiovasculares (Brasil, 2006).

A gestante que recebe o diagnóstico de DM Gestacional passa a ser uma gestante de alto risco. Segundo Pinho e Ribeiro (2001), na gestação diabética o sentimento de medo pode gerar a sensação de falta de controle dos níveis glicêmicos. Esse processo ansioso pode ser marcado por um aumento do apetite, por exemplo, o que pode ser muito prejudicial para o DM Gestacional.

A frequência de DM Gestacional, em nosso meio, de acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS), corresponde a 7,6% das gestações. As mulheres com este diagnóstico apresentam um risco maior de várias complicações relacionadas à gestação: parto prematuro, infecções, alterações no volume do líquido amniótico e

partos cesáreos (Melo, 2007). Bertini-Oliveira, Camano e Delascio (1984) afirmam que as malformações congênitas permanecem cerca de três vezes maiores que as encontradas nas grávidas não diabéticas e que representam ao menos metade das mortes perinatais.

A prevalência de DM Gestacional, segundo a *American Diabetes Association*, pode variar de 1% a 14% de todas as gestações. Já o *Estudo Brasileiro de Diabetes Gestacional* concluído em 1997, revelou que a prevalência do DM Gestacional em mulheres, com idade superior a 25 anos, atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é de 7,6% (Landim, Milomens & Diógenes, 2007).

O DM Gestacional é definido como um estado de intolerância aos carboidratos de grau variável que é conhecido inicialmente durante uma gestação. Na maioria das mulheres que desenvolve o DM Gestacional, seu início é notado, normalmente, na segunda metade do período gestacional e segue pelo menos até a sexta semana após o parto. Essas gestantes devem ser classificadas com a realização de uma curva de tolerância a glicose, mais conhecida como curva glicêmica (Lerário, Tambascia, Dib, Sá & Gruffrid, 2006, in Lerário, Alencar, Chamane, Mari, Mendonça & Levi, 2006).

O Ministério da Saúde, no Brasil, recomenda que seja rastreado já na primeira consulta do pré-natal se a gestante tem sintomas do DM Gestacional, através da glicemia em jejum, sendo repetido o mesmo exame por volta da vigésima semana de gestação. A glicemia em jejum encontrando-se na faixa $\geq 90\text{mg/dL}$ e $\leq 109\text{mg/dL}$, esta gestante deverá ser encaminhada para um teste de sobrecarga de duas horas ou curva glicêmica de duas horas, com 75g de glicose. A curva glicêmica deve ser realizada entre as 24^o e 28^a semanas de gestação. É considerado DM Gestacional quando a glicemia está na faixa de $\geq 110\text{ mg/dL}$ no jejum, $\geq 140\text{mg/dL}$ duas horas pós sobrecarga ou, em qualquer momento, acima de 200mg/dL. A glicemia de jejum $\geq 110\text{mg/dL}$, na vigésima semana, após repetição, também confirma o diagnóstico (Brasil, 2004).

A gestação é considerada diabetogênica porque se caracteriza pela resistência à insulina, associada ao aumento dos níveis séricos de estrogênio, prolactina, progesterona, cortisol e somatomamotrofina coriônica, visando manter constante o suprimento de glicose para o feto. Em virtude disso, é importante ressaltar que deve ser considerado se a gestante tem um histórico familiar de diabetes, uma história de diabetes em gestações anteriores e o sobrepeso. Este histórico pode ser um indicativo para um possível diagnóstico de DM Gestacional e deve ser levado em conta já a partir da primeira consulta do pré-natal, pois é um complicador de cerca de 4% de todas as gestações. Quando a gestante tem um histórico de risco de DM Gestacional, porém, os primeiros exames são considerados normais, os mesmos devem ser repetidos entre a 24^a e a 28^a semanas gestacionais. A detecção clínica é importante uma vez que a tolerância gestacional aos carboidratos não reconhecida e não tratada está associada ao aumento das perdas fetais e neonatais, e com elevação da morbidade neonatal materna, como já mencionado anteriormente (Lerário,

Tambascia, Dib, Sá & Gruffrid, 2006, in Lerário, Alencar, Chamane, Mari, Mendonça & Levi, 2006; Almeida, 1998).

Não há uma resposta precisa, mas existem pistas de que quem tem parentes próximos com diabetes, tem chances maiores de desenvolver a doença. Somando o fator genético com a falta de exercícios, o estresse e o sobrepeso, aumentam muito essas chances. Mesmo sem o conhecimento das verdadeiras causas desta enfermidade, há hipóteses de que fatores psicológicos produzam sintomas de diabetes (Debray, 1995).

Reconhecer as gestantes com DM gestacional é de grande importância, pois, não só pode minimizar os efeitos adversos dessa desordem metabólica tanto na mãe como no filho, como também auxilia na identificação do risco aumentado de se desenvolver um diabetes no futuro. Como o DM Gestacional pode ser um evento recorrente, essas mulheres devem ser acompanhadas no pós-parto com intervalos regulares a fim de detectar precocemente um possível diabetes, principalmente na preparação de uma nova gestação (Amaral, Pedroso, Fonseca, Rocha, Couto, Leal & Braga, 2001).

É de extrema importância que esta gestante receba um acompanhamento multidisciplinar, composto por médicos, nutricionistas, enfermeiros, psicólogos e fisioterapeutas. É essencial um aporte emocional adequado, orientação sobre dieta, atividade física, informações e aprendizado sobre diabetes e o uso correto da insulina, quando for o caso (Amaral, Pedroso, Fonseca, Rocha, Couto, Leal & Braga, 2001).

Debray (1995) nos coloca que a educação para o autocuidado desde o momento do diagnóstico é importantíssima, pois só assim haverá possibilidades de diminuir o aparecimento de complicações. O entendimento, pela gestante, do sistema interativo na prática educativa, as interfaces estabelecidas entre esta e o profissional de saúde, mediada e estruturada pela doença, favorecem o desenvolvimento de atitudes pessoais que se associam ao conceito de estilo de vida e estratégias de enfrentamento, o que, possivelmente, acarretará na diminuição dos riscos tanto para a mãe como para o feto, melhorando assim, a qualidade de vida de ambos.

O conhecimento, a informação e a educação são as melhores formas de controle. A gestante com DM Gestacional deve incorporar a rotina de tratamento à sua vida, não deixando de realizar os controles necessários para o acompanhamento do DM Gestacional, pois, como já dito anteriormente, apesar do DM Gestacional ser considerado uma situação de gravidez de alto risco, os cuidados médicos e o envolvimento da gestante possibilitam que a gestação corra tranqüilamente e que o bebê nasça no momento adequado e em boas condições de saúde (Debray, 1995).

Alguns estudos realizados com gestantes com DM Gestacional, como cita Quevedo (2010) revelam que as gestantes que foram estudadas naquelas determinadas ocasiões demonstraram sentimento de medo em relação à saúde do bebê que estava para nascer em decorrência da própria saúde e em relação à possibilidade de prematuridade ou até mesmo de má-formação deste bebê. Tedesco (1998, citado por Quevedo, 2010) conclui que

“se a gestante tem a percepção de que ela (ou a sua saúde) é responsável pela situação de alto risco, forma em seu íntimo a crença de sua falência como mulher, levando-a ao sentimento de culpa” (Tedesco, 1998 citado por Quevedo, 2010, p. 22), conclusão essa que não podemos generalizar.

Os complicadores em decorrência do DM Gestacional podem levar a gestante a internações. Estas internações, em alguns casos, separam esta gestante de sua família e amigos, em decorrência da necessidade de hospitalização para um melhor acompanhamento da gestação. Esta separação e a hospitalização podem ser consideradas estressores psicológicos para esta gestante, porém, existem várias formas de minimizar este estressor: grupos focais para gestantes internadas com o diagnóstico de DM Gestacional, não apenas com foco nos processos educacional, na prevenção e na promoção da saúde, mas também, como um mecanismo onde estas gestantes possam trocar suas experiências de vida, seus conhecimentos, possam dar apoio umas as outras, estimulando uma nova relação social como aporte emocional, pode ser uma dessas formas.

A gestante com DM Gestacional sofre um maior risco de um parto cesáreo e o DM gestacional pode estar associado à toxemia gravídica, uma condição da gravidez que provoca pressão alta e geralmente pode ser detectado pelo aparecimento de um inchaço das pernas, mas que pode evoluir para a eclampsia, aumentando o risco de mortalidade materno- fetal e parto prematuro (Silva, Santos & Parada, 2004).

As intercorrências que podem ocorrer na gravidez tanto com a gestante como com o bebê, a necessidade de um controle alimentar e de internações constantes, podem gerar angústia para a gestante com DM Gestacional. Por outro lado, conhecer como essas gestantes encaram suas gestações, pode auxiliar os profissionais e serviços de saúde tanto no processo educativo como no cuidado e promoção em saúde, o que é essencial para o controle glicêmico e êxito da gestação (Silva, Santos & Parada, 2004).

Entendendo que os processos de saúde e adoecimento tem caráter subjetivo, podendo ser vivenciado de diversas formas por até mesmo uma mesma pessoa, e, entendendo que estes mesmos processos interagem diretamente com as emoções, observa-se a importância de se estudar, dentro do ambiente psicológico, o DM Gestacional, tendo em vista que a gravidez é responsável por alterações psicológicas e fisiológicas significativas na vida de uma mulher.

O objetivo desse trabalho foi investigar como gestantes de alto risco com o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional, em processo de internação, com acompanhamento pré-natal em um Hospital Público localizado em Brasília – Distrito Federal, vivenciam esta doença desde o impacto do diagnóstico até o seu reflexo no autocuidado, na qualidade de vida e no emocional.

Esta pesquisa foi orientada pela metodologia qualitativa, por meio da epistemologia qualitativa, nos permitindo visualizar o problema a partir de perspectiva construtivo-interpretativa centrada no diálogo como momento de produção de conhecimento. Sendo

assim, foram realizados três processos dialógicos, tendo como foco principal o DM Gestacional, com as gestantes que se interessaram em participar deste estudo.

Estes processos dialógicos foram gravados, transcritos e analisados. As três gestantes estavam internadas para acompanhamento mais rigoroso da gestação em virtude das consequências do desenvolvimento do DM Gestacional. Elas foram identificadas com nomes fictícios com o intuito de manter o sigilo.

IDENTIFICAÇÃO	IDADE	IDADE GESTACIONAL
Antônia	33	38 semanas
Alessandra	33	33 semanas
Milena	20	37 semanas

Figura 1. Gestantes participantes desta pesquisa

Este estudo nos proporcionou compreender a relação destas gestantes com o surgimento do DM Gestacional e quais as configurações subjetivas advindas do aparecimento desta doença em suas gestações, como podemos verificar a seguir.

1.1 O CASO DE ANTÔNIA

A participante Antônia demonstrou resistência inicial em participar deste estudo. Com ela foram realizadas algumas visitas, num trabalho de aproximação e identificação até que ela se sentiu à vontade e declarou seu interesse em participar deste estudo sem que lhe fosse perguntado uma segunda vez.

Em todas as visitas, Antônia se encontrava sem a presença de um acompanhante. Havia quatro gestantes, contando com ela, dividindo a mesma enfermaria. As outras três gestantes não tinham o diagnóstico de DM Gestacional. Durante as visitas, estava sempre na companhia das demais gestantes, com poucos processos dialógicos, porém, aparentemente, uma acabava fazendo companhia a outra.

Apesar da certa resistência inicial em participar da pesquisa e, de aparentar timidez, Antônia se entregou ao processo dialógico, demonstrando grande interesse e curiosidade pela pesquisa. Antônia relata que seu DM Gestacional foi diagnosticado entre o sétimo e o oitavo mês de gestação, após um exame de rotina, como segue em sua fala:

Bem... eu... os exames de rotina do posto de saúde de onde eu vim... é... no segundo semestre eles pedem uma bateria de exames... nesses exames deu uma alteração na glicemia... até então, o médico também nem importou... disse só... não... vamos fazer esse exame aqui de novo... e pediu pra eu ir no posto de saúde... inclusive até hoje eu to aguardando este resultado... que que eu fiz... fiz até uma cópia desse pedido seu e fiz particular... fiz pelo S. ... Aí ele me passou esse pedido e... não... se você puder fazer fora, faça! Aí eu

fiz... foi aonde confirmou mais né... Aí eu voltei e mostrei pra ele novamente e ele me encaminhou pra nutricionista... pro controle da glicemia... Daí em diante foi dieta direto... Tentando manter ela sem... sem alterar muito né... No início eu até fiquei preocupada... porque eu me disse: Meus Deus! Diabetes... É uma coisa que a gente ouve né... diabetes é aquela coisa que pode te prejudicar... até então a ignorância da gente é grande de não se aprofundar... eu fiquei com medo de tá prejudicando meu filho ou a mim também... aí segui a dieta rigorosa também... se não eu acho que estaria aqui até antes de agora né...

A forma como o médico acolheu Antônia, mostrando a importância da repetição dos exames para a confirmação do diagnóstico, possivelmente, foi o que começou a gerar sentidos subjetivos que permitiram Antônia a incorporar essa nova identidade, a de gestante com DM Gestacional, podendo expressar sentimentos de medo e além de ir em busca de maiores informações sobre sua nova identidade e seguir a dieta corretamente.

Neste trecho do diálogo analisado percebe-se o quanto Antônia se mostra consciente em relação ao seu pré-natal, mostrando suas rupturas com os sentidos subjetivos que marcaram a entrada do DM Gestacional em sua vida quando ela diz “No início eu até fiquei preocupada... porque eu me disse: Meus Deus! Diabetes... É uma coisa que a gente ouve né... diabetes é aquela coisa que pode te prejudicar... até então a ignorância da gente é grande de não se aprofundar... eu fiquei com medo de tá prejudicando meu filho ou a mim também... aí segui a dieta rigorosa também... se não eu acho que estaria aqui até antes de agora né...”. Este trecho mostra a sua preocupação em relação ao diagnóstico e a tomada de consciência sobre como poderia diminuir os riscos de se prejudicar e prejudicar seu filho seguindo a dieta, por exemplo.

É importante salientar a fala de Antônia “e pediu pra eu ir no posto de saúde... inclusive até hoje eu to aguardando este resultado... que que eu fiz... fiz até uma cópia desse pedido seu e fiz particular...”, onde me parece uma crítica ao sistema, porém, nos mostra que ela não ficou estagnada aguardando o resultado, mas sim, ativa em relação ao seu acompanhamento. Sobre isso, González Rey (2011) nos diz que “sentir-se sujeito, participar do processo de adoecimento com suas decisões e implicar sua emotividade nesse caminho que vem pela frente deve se converter num objetivo essencial da prevenção e promoção de saúde” (p. 57).

Antônia continua falando sobre como iniciou seu processo de hospitalização:

Pra te falar a verdade... no alto risco eu vim só... me falaram: você tem uma consulta no hospital... o posto de saúde vai te enviar pro hospital e... lá... eles vão marcar uma consulta com você... Aí eles me ligaram... eu digo... eu vou lá... aí quando eu cheguei aqui... nem se quer meu prontuário tinha voltado pra cá ainda... e lá estavam outros exames... aí eu peguei... voltei né... e falei pro meu médico... trouxe os exames anteriores... ele viu e falou assim... é... o problema é mesmo grave... daí eu falei pra ele... eu to com exame marcado pro dia... dia dois... que foi uma ecografia... Dia dois agora... aí ele falou... tá bom... dia dois foi num domingo... então dia três... na segunda... você me

tráz... essa ecografia sua... porque eu ia fazer sem pedido médico também... sempre, todo mês, eu tô acompanhando... aí ele falou assim... não, eu vou te colocar um pedido aqui... aí ele colocou uma ecografia gestacional com doppler né... aí foi o que eu fiz... aí trouxe na segunda-feira pra ele ver... daí quando ele viu já falou já... imediatamente falou... não... vamos... é... te internar... cheguei sem nem saber... achando que eu ia sair do trabalho pra vir só mais tarde né... cheguei aqui e ele falou... não... você tá preparada? Você vai internar... Além do peso do nenem né... que tava muito alterado... O volume de líquido também... parece que deu 95% ou alguma coisa assim... uma porcentagem lá... e... ele achou por melhor... junto com uma outra equipe já... não... vamos colocar em observação aqui... já tá na idade também né... na idade gestacional... e me deixou aqui... pra me acompanhar... desde então eu to aí... tão o tempo todo me furando... me espetando... (risos)

Analisando a fala de Antônia, podemos descrever esse momento como bastante conturbado. É interessante a maneira como ela descreve a sucessão de acontecimentos até sua internação. A maneira como ela vai descrevendo esses acontecimentos “atropelados” vai, progressivamente, entrando em questões que vão criando significados para a compreensão da configuração subjetiva de seu estado psicológico, nos revelando como os sentidos subjetivos vão aparecendo em sua fala.

Os acontecimentos parecem tão confusos de acordo com a compreensão dos fatos vividos por Antônia, porém, enquanto ela os descreve, parece se encontrar em meio à confusão dos fatos e compreender a importância de sua hospitalização.

Quando Antônia diz “... e me deixou aqui... pra me acompanhar... desde então eu to aí... tão o tempo todo me furando... me espetando...”, ela parece demonstrar o desconforto e desconforto que vem sentindo com os procedimentos padrões para o acompanhamento do DM Gestacional, como medir a glicemia, tirar sangue ou até mesmo o uso da insulina. Porém, junto a esse desconforto e/ou desconforto ou até mesmo os dois, ela demonstra bom humor ao falar sobre esse assunto. Ela se posiciona diante do DM Gestacional, demonstrando compreender esse novo momento, com bom humor, vivenciando, a princípio, a doença através dos procedimentos realizados pela equipe de saúde.

Como Antônia encontrava-se sozinha durante nosso diálogo, perguntei-lhe sobre a participação de sua família durante esse processo de hospitalização, e ela responde o seguinte:

... Minha família tá toda longe, entendeu? Todo mundo trabalha, todo mundo... eu to aqui só. Daqui a pouquinho o meu esposo chega aí, entendeu... E eu não quero preocupar a minha mãe que tá longe... então eu digo que tá tudo bem... Me viro...

A medida em que a fala de Antônia vai se estendendo, suas emoções vão aflorando e ela começa a se posicionar sobre os aspectos e situações de sua vida, permitindo que as configurações subjetivas em relação a sua nova dinâmica de vida (DM Gestacional e a internação repentina) vão avançando cada vez mais. Neste trecho, aparentemente,

Antônia não tem interesse em preocupar seus familiares em relação a sua internação. Demonstrando, em sua fala, a necessidade em se manter forte perante a situação atual.

Sua expressão, neste trecho, pode evidenciar um posicionamento crítico de Antônia em relação a participação e/ou convivência com sua família. Durante nossa conversação, Antônia não deixa claro qual a representação tem sua família. Menciona o esposo e a “família” apenas em dois momentos de nossa conversação. No segundo momento, ela contou sobre a escolha do nome do bebê:

... C. ... a escolha do nome eu procurei dá uma combinada com o nome da minha filha... que o nome dela é N. ... Então eu procurei colocar C. ... então, ó, tenho, eu tenho ainda uma dúvida nos nomes, sabe? Entre C. e E. Aí já falaram pra colocar C.

E. ... eu já acho que não combina bem, assim, esse Eu falei que eu quero uma coisa bem simples, assim, pra ninguém botar apelidos... Porque a família toda tem apelido. Até uma coisa pequena, um nome pequeno, simples, bonito, sem... aí... E. foi uma... na verdade é minha avó. Minha vó falou assim “Eu gosto muito desse nome E. . Porque você não coloca E. ?”. Aí eu falei “Ah, gostei também, num achei feio não”. Aí tou na dúvida. Mas até então, tá em C. mesmo...

Neste trecho, Antônia fala sobre a dinâmica da escolha do nome do filho que está para nascer. Aparece a “família” e sua “avó” como coadjuvantes no processo da escolha do nome da criança, porém, se mantém em seu discurso a necessidade de se sentir na posição de decisão. Esse comportamento se mantém em seu discurso, representando como uma configuração subjetiva ativa, tornando esse espaço mais racional.

Antônia menciona ter ficado preocupada com o diagnóstico de DM Gestacional, então, pedi-lhe que me falasse mais sobre como foi quando recebeu o diagnóstico, e ela diz o seguinte:

Não... antes disso... a gente faz uma palestra... logo no início do pré-natal... nunca faltei nenhuma consulta... sempre mantive meu pré-natal em dia... tudo... aí... lá... essa enfermeira... que... que trabalhava com a gente... durante o pré-natal... pra acompanhar... ela comentou... que tinha algumas gestantes que durante a gestação... poderia ocorrer de... de... adquirir essa diabete... de evoluir essa diabete né... de desenvolver... aí eu “Olha, na minha família nunca teve... eu achei até que era uma coisa hereditária... “olha... na minha família não tem nada disso”... E fiquei tranquila... Mas daí, já no final, veio dando essa... essa alteração... mas... depois eu voltei lá... eu conversei com a enfermeira... pessoalmente... assim... fora de... de consulta... essas coisas... e fui tirar umas duvidas com ela... daí ela me explicou a situação do pâncreas... que não tava conseguindo né... acompanhar né... mas que era comum... Que a maioria das gestantes adquiri... só que umas avança mais... e outras... não chega a evoluir... Pode virar uma coisa mais séria né... Eu tive outra gestação que... idêntica a essa... sem dor... sem nada... nem enjoo eu senti... normal... só nesse finalzinho que veio dá esse... essa diabetes gestacional... mas... to tirando de letra...

Nesse recorte de nossa conversação, percebe-se o quão ativa à gestação é Antônia. Ela tora suas conclusões de acordo com a palestra inicial, porém, demonstra interesse em adquirir mais informações, quando procura a enfermeira em outro momento. Na medida em que o diálogo se estende, Antônia se apresenta ainda mais ativista, e, aparentemente, sempre resolvendo tudo sozinha. Ele apresenta momentos de medo e/ou receios em relação ao diagnóstico; porém, a essa altura de nossa conversação, já podemos compreender o quanto Antônia se mantém segura em cumprir com suas expectativas em relação a presente gestação.

Quando lhe pergunto sobre sentir algum desconforto em relação aos procedimentos realizados para o acompanhamento do DM Gestacional, ela responde o seguinte:

É só o dedo... ahhh... ainda bem que é só o dedo (risos)... mas já tirei sangue já hoje... Mas isso é bom... não acho ruim não sabe... independente de qualquer coisa... é desconfortável... mas pra acompanhar... pra ver o que é que tá acontecendo... eu prefiro que... que seja assim... antes eu tá aqui acompanhada por profissionais, sabendo o que tão fazendo... do que eu tá em casa fazendo a dieta sem... sem ter ao menos uma noção do que é que tá acontecendo... porque só você pesquisando na internet... não te dar um resultado... é isso...

E continua falando sobre o desconforto que vem sentindo com a própria gestação:

Eu não sei se é por conta... mas assim... por... eu não sei se é porque o neném tá grande demais... eu to sentindo muita falta de ar já... sabe... ta aquela coisa... procurando mesmo o ar... ta grande... e tá procurando um espaço aqui... ai tá muito desconfortável... mas é só isso... só falta de ar mesmo... demais... eu... uma vez eu comi doce... antes de descobrir também... eu comi doce... não sei ao certo... mas me deu vontade de comer um chocolate... comi o chocolate e logo em seguida deu uma ânsia de... ânsia de vômito... uma náusea... aquela coisa estranha sabe... ai eu fiquei... achei estranho isso... ai depois disso é que...

É interessante a maneira como Antônia vai entrando em questões que são significativas para a compreensão da configuração subjetiva de seu DM Gestacional. A medida que a fala vai se estendendo, a expressão da razão em relação ao DM Gestacional vai abrindo espaço para a externalização de suas emoções. Sim, ela sente desconforto e deixa isso muito claro em sua fala; porém, demonstra compreender e entender os motivos desse desconforto como motivo de saúde para sua gestação.

Sobre o acompanhamento hospitalar, ela diz o seguinte:

Não... tá bom... o acompanhamento é assim... direto... tão vindo medir a pressão... tão escutando os batimentos... hoje mesmo eu fui ali numa sala do outro lado pra me colocar num aparelho que ficou o tempo todo só pra ouvir o coraçãozinho dele... entendeu? Tão sempre me acompanhando... Só deram essa pisada na bola hoje... que não mediram nem antes do café... eles não vieram... pra saber quanto que tava... Mas amanhã eu vou aguardar eu vou chamar antes de tomar meu café... eu vou lá chamar... alguém pra medir...

Nesse trecho podemos observar o quanto Antônia se prende aos procedimentos padrões de acompanhamento durante sua estadia hospitalar. A atenção da equipe, de acordo com suas falas, não parece envolver qualquer tipo de acolhimento, mas sim, mecanicista.

Porém, esse acompanhamento mecanicista a deixa confortável por se sentir cuidada em relação ao melhor desenvolvimento de seu bebê. Antônia parece tão acostumada aos procedimentos mecânicos que, sentiu a falha da equipe quando diz “... Só deram essa pisada na bola hoje... que não mediram nem antes do café... eles não vieram... pra saber quanto que tava...”. Neste recorte, Antônia demonstra certa insegurança, pois, o cuidado padrão a deixa mais segura em relação a sua saúde e a saúde de seu bebê.

2 | O CASO DE ALESSANDRA

A participante Alessandra demonstrou interesse em participar deste estudo logo no primeiro momento. Esta gestante já se encontrava internada há dois meses. Pareceu o tempo todo bem à vontade e entregue a nossa conversação.

No início de nosso processo dialógico, Alessandra se encontrava sem acompanhante. Na enfermaria havia apenas mais uma gestante. Alessandra demonstrava ar de cansaço, possivelmente, pelo peso e tamanho da barriga.

Alessandra relata que seu DM Gestacional foi diagnosticado já durante a internação, após um exame para verificar o andamento de um tumor cerebral. Ela conta o seguinte:

... Na verdade eu me internei pra fazer um exame na cabeça, porque eu já tive há 6 anos atrás um tumor no cérebro. Aí foi retirado esse tumor, e por causa do excesso de hormônio da gravidez, houve o risco dele voltar... Senti umas dores de cabeça, aí me internaram... Aí, quando me internaram, eles... eles fizeram o exame, né, e de vi... constataram que não tava com tumor... que não voltou. Essa dor de cabeça é por causa do tumor que foi retirado e o excesso de hormônio... então... Olha já vai fazer dois meses... eu tava falando pras meninas que tem dois meses, mais ou menos... Quase dois meses que to aqui. Aí, eu entrei por... por, por um motivo de que eu ia fazer um só... somente um exame... acabei ficando porque minha glicose tava ficando alta, e eu já tive uma gravidez antes dessa, que fez um ano agora... dia sete de maio... que minha filha morreu. Ela nasceu e morreu. E não teve resposta pra morte dela. Eu tive muito líquido, e a... eu creio... eu não sei... eu acho... eu imagino que seja porque foi prematura também. Dessa eu to conseguindo segurar mais aqui no hospital...

Analisando esse primeiro trecho de nossa conversação, podemos perceber que Alessandra está envolvida a um processo estressante associado a sua saúde e a sua história de vida. Temos aí alguns pontos interessantes a serem levantados: tumor cerebral; morte da filha recém nascida no ano anterior; DM Gestacional na gestação atual; internação prolongada na gestação atual.

Aparentemente Alessandra ainda busca sentido a morte da filha, o que fica subentendido quando ela fala “Ela nasceu e morreu. E não teve resposta pra morte dela. Eu tive muito líquido, e a... eu creio... eu não sei... eu acho... eu imagino que seja porque foi prematura também.”. A medicina a deixou sem respostas e, ela ainda tenta entender o que aconteceu em virtude da gestação atual, que, sem saber ainda o que poderá acontecer, diz “Dessa eu to conseguindo segurar mais aqui no hospital...”. Seu histórico de saúde associado a morte da filha no ano anterior, a deixam numa situação indefinida, onde ela constrói novo sentido subjetivo, tendo essa internação como um processo de promoção de uma certa tranquilidade, pois, segundo ela, a gestação está segura até o momento devido a internação prolongada.

Precisamos observar que a fala, como González Rey (2011) nos afirma, nunca integra o sentido subjetivo em sua complexidade, porém, como a construção desse processo se organiza, o que é destacado e de que forma é elaborado, são elementos primordiais para a inteligibilidade de uma configuração subjetiva. Nesse trecho, Alessandra não precisa afirmar que está com medo, pois, ela já expressa esse sentimento atrelado a insegurança que demonstra ao olhar seu passado.

Essa nova internação, apesar do motivo inicial ter sido a averiguação do retorno do tumor cerebral, o qual não se confirmou por exames clínicos, acabou por lhe confirmar um novo processo, o DM Gestacional, onde Alessandra continua:

... a minha constatou mesmo com o exame do dedinho... que viu que minha glicose tava alta... Aí... eles começaram a controlar com insulina e... metformina... e trocou a minha alimentação... Aí começou a controlar meu... meu... meu líquido, né... Meu líquido não... no caso... a minha glicose... Tá estável... Só que o líquido continua a mesma coisa... Às vezes dá uma diminuída, às vezes dá uma subida... uma subidinha... E fiz aquela morfológica porque existe... diz que tem três razões... Só me lembro de duas... Uma das razões do... da... da... desse problema do líquido... ou é má formação, ou é... o... a diabete, que não tá sendo controlada... Existe uma outra que eu também não sei te dizer, que... meu médico me falou e eu não consegui nem... guardar... Mas eu sei que... a má formação foi descartado todas. A única coisa que minha bebê tem é um... é um pequeno... ai meu deus, como é que fala... um pequeno edema de couro cabeludo... bem pouquinho. Que diz que tem alguns bebês que nascem também com isso. Só que eles só constatarem mesmo... qualquer má formação, porque eu fiz aquela morfológica que mostra se existe alguma má formação... eu fiz aquela eletro... do coraçãozinho do bebê, pra constatar se há também alguma... algum probleminha na circulação... ou não... Não encontraram nada... nenhuma má formação. Então não teve resposta em má formação do bebê, e também não teve resposta em relação ao aumento do líquido com... é... a, a glicose, porque... porque a glicose tá sendo controlada, e o líquido continua... sabe? Muito! É, agora só ganhando pra saber a resposta. Os médicos falam, né... Tem crianças que... que acontece isso... e não nasce com nada, eles dizem... Mas às vezes um pequena má formação... uma valvulazinha pequena do coração tá... é coisas pequenas que dá pra causar isso...

Ela foi pega de surpresa, apesar da alteração glicêmica ser comum durante a gestação devido a associação com o aumento dos níveis séricos de estrogênio, prolactina, progesterona, cortisol e somatomamotrofina coriônica, na tentativa do corpo da gestante manter constante o suprimento de glicose para o feto. A glicemia alterada foi constatada devido aos exames clínicos habituais em gestantes. A confirmação do DM Gestacional a colocou de encontro a diversos novos exames com a finalidade de verificar como se encontravam naquele momento a saúde de seu bebê, tendo em vista a perda da filha sem motivo confirmado.

Na configuração subjetiva de Alessandra pode-se notar a sua preocupação em relação a saúde de seu bebê, porém, se mantém dependente das terminologias da equipe de saúde. A sua dor pela doença e suas preocupações em relação a saúde de seu bebê não parecem monopolizar suas emoções, porém, diante de sua verbalização, podemos observar o aparecimento de sentidos subjetivos diversos entre o controle glicêmico e o ter que esperar seu bebê nascer para entender o que está acontecendo com sua saúde.

Devido a sua internação prolongada, Alessandra demonstra, em sua fala, sentir à distância dos filhos e esposo, colocando o seguinte:

Aí... é complicado mesmo sair de casa... e ter que vir pro hospital... e passar dois meses assim... é muito difícil. Mas... assim... eu tento levar um dia... um dia atrás do outro. Tento viver o dia... e no final do dia... agradecer pelo dia... porque se a gente for pensar... meu Deus... ainda falta tanto tempo... ainda falta tantos dias... a gente acaba se estressando demais né? E a gente já fica na gestação muito sensível... aí, você precisa da família... atenção... tudo... dos filhos perto de você... e você tá dentro de um hospital... é muito mais complicado... Tenho um filho de três anos e nove meses... Tenho uma filha de dezesseis anos... E tem o meu esposo, né? Aí... quer dizer, a gente abandona toda a casa... pra vir pra dentro do hospital... é muito complicado. A gente tem que tá com a cabeça muito boa mesmo pra poder fazer isso.

Seus afetos não estão apenas centrados nos motivos de sua hospitalização, ela está ligada a vida fora do hospital, sua família, expressando emoções fortes devido a saudade que sente por conta dessa separação abrupta sofrida por conta da internação. Alessandra demonstra compreender como sendo necessária a separação familiar neste momento de internação, mesmo sentindo falta dos filhos e esposo. Quando lhe pergunto sobre a visita da família, se tem visto os filhos, ela responde:

Tenho. Assim, é muito complicado porque o dia-a-dia é muito corrido... trabalho... meu filho fica na creche... minha filha estuda... mas assim que eles... sempre quando eles podem... eles tão vindo. Hoje mesmo veio minha mãe, que já tinha muito tempo que eu não via... que trabalha muito também. Pegou uma licença no trabalho pra vir. Aí... assim... essas coisas ajuda a gente, né? (...) minha mãe trabalha direto! Ela... pouco se... o tempo dela... pra vir aqui... né? E ela também ajuda muito a cuidar do meu filho... geralmente ela chega do trabalho... já corre... pega meu filho na creche. Aí... ela fica me ajudando nisso, sabe? Mas hoje ela pegou uma licença no trabalho pra vir mais cedo.

Nesse trecho, apesar do momento delicado para a sua saúde e a do bebê que espera, Alessandra consegue expressar suas emoções em relação a sua família. Ela sente a distância familiar, porém se sente motivada com as visitas dos filhos, esposo e mãe, sempre que podem. Sua mãe tem um papel importante nesse momento. Seria ela sua mão direita enquanto está impossibilitada de cuidar e acompanhar seus filhos. Essa abertura as pessoas de sua família é um indicador de que o foco de sua vida não é se fazer vítima da situação atual.

Alessandra demonstra insegurança em ter que deixar seus filhos mais velhos e não poder ser a cuidadora deles enquanto está hospitalizada, porém, demonstra se sentir segura com a presença e auxílio da mãe no cuidado de seus filhos. A presença da mãe no ambiente hospitalar também é muito importante e lhe traz muita segurança. O sentimento de insegurança é muito forte em suas falas, principalmente quando fala da saúde do bebê que está gestando.

A minha preocupação era de... assim... tá acontecendo alguma coisa com o bebê né? Alguma... alguma má formação que a gente não conseguiu ver na ecografia... né?... e... aí... eu fui... assim... aí os médicos até... inclusive uma médica me questionou aqui... comentando... engraçado né? A diabetes gestacional faz o bebê crescer... e engordar demais... né? E a sua não. A sua já tá... assim... já tá no padrão... assim... sabe? Tá engordando... pouquinho... e ainda parou de ganhar peso um tempo... Aí... eu... assim... a gente... você sabe que esse negócio de diabete... a gente não tem resposta pra tudo, né? É só quando nasce mesmo.

É interessante como Alessandra consegue assimilar sua nova situação e se assumir nela. Ela compreende que o DM Gestacional pode prejudicar no desenvolvimento de seu bebê enquanto está sendo gestado. Apesar dos receios, ela compreende e enfrenta as dificuldades. Neste trecho, a médica parece tentar tranquilizá-la quando diz que, apesar do DM Gestacional, seu bebê está bem.

Novamente Alessandra coloca em questão o ambiente hospitalar, como segue em sua fala:

Nossa... Deus! Assim... eu... é... a gente começa a chorar... até com problema de casa mesmo... Que a gente fica sabendo por telefone... E aí chora... e aí lá vem a psicóloga... Fica horas conversando com a gente... A gente se alivia... assim... a gente desabafa... e daqui a pouco tá tudo muito bem... Aqui sempre acontece isso... Eu tenho uma coleguinha que tá chorando, e a gente chama a psicóloga correndo... Pra poder ajudar, né? Porque... é difícil... viu... a nossa gravidez... ainda no hospital! Hospital é um lugar muito difícil de conviver. Toda hora um caso de alguém morrendo... Você tá vendo pessoas com a mesma situação que você e acaba... falece... um filho falece e ela... esses dias mesmo... teve uma moça que faleceu aqui com um problema de pré-eclâmpsia... então a gente vê essas coisas acontecer e você fala assim "Meu Deus, isso pode acontecer comigo!"... Aí a gente fica... assim... meia chocada... Tem coisas assim... é bom você tá sendo traba... tá sendo tratada... você tá sendo acompanhada por uma equipe muito boa... preparada... mas...

ao mesmo tempo... você tá com a companheira de quarto que pode ir pra uma mesa do centro cirúrgico e falecer. E uma pessoa que você já conhece... que já se apegou. Então isso acontece muito. Então, hospital é uma coisa... assim... muito difícil de a gente... tá lá dentro... tá vendo o que tá acontecendo. A gente acaba sofrendo junto, né? E... e... aí a gente fica muito sensível... aí ajuda... junta a sensibilidade da gravidez... aí é muito complicado a gente tá dentro de um hospital, né? Assim... por isso que... eu... eu tentei muito... falei aqui com o doutor “deixa eu ir pra casa, deixa eu ficar um pouco com meus filhos”... e ele “não, você tem que se acompanhar, você não pode sair daqui”... Eu “mas eu vou me sentir melhor em casa do que aqui, porque aqui a gente vê muito caso triste, a gente tem que ter uma mente muito boa”... E ele “Não, mas tem uns psicólogos pra acompanhar você”... E eu “não, mas é muito ruim”...

Na configuração subjetiva de Alessandra pode-se perceber sua angústia em relação a hospitalização prolongada. As suas preocupações por conta do DM Gestacional, atreladas às vivências hospitalares a tencionam ainda mais em relação a sua saúde e a saúde de seu bebê que estar por vir. A presença do psicólogo hospitalar tem sido importante para a sua “sobrevivência” (grifo nosso) durante sua hospitalização, porém, as histórias parecem assustá-la um pouco. A tentativa de vivenciar o restante da gestação em casa, junto aos seus filhos, quando bloqueada pelo médico, foi mais uma frustração do que o entendimento e compreensão da importância da internação para o melhor acompanhamento da gestação.

As conversas reflexivas durante o contato com a psicóloga hospitalar lhe permitem continuar elaborando seus posicionamentos diante dos seus medos e angústias diante de tudo o que tem vivenciado desde o diagnóstico de DM Gestacional e a internação e separação da família.

3 | O CASO DE MILENA

A participante Milena demonstrou bastante resistência, necessitando de um trabalho de aproximação por meio de visitas num período de um mês até que ela declarasse seu interesse em participar deste estudo.

Diferentemente de Antônia e Alessandra, Milena foi internada logo no início do segundo trimestre da gestação devido às várias tentativas de aborto sem sucesso e o excesso da ingestão de medicações sem prescrição médica e bebidas alcoólicas, como ela mesmo relata:

Bom... nem sei como... mas cheguei nas 37 semanas... não quis tá grávida... vou dar esse bebê depois dele nascer... tentei tirar um milhão de vezes... to estudando ainda... o pai do bebê nem sabe quem eu sou... só quis brincar de fazer sexo e eu cai na onda dele porque tava bêbada... vejo ele só de longe mas ele nem fala comigo... comeu e foi embora saca... gastei a maior grana pra tentar tirar o bebê... minha mãe quer me matar porque não quero ficar com o bebê... daí ela me trouxe pra cá quando eu tava com umas 17 ou 18 semanas... nem lembro mais... só lembro que a placenta começou a descolar... nem sei se é assim que fala... tive sangramento e... e daí ela me

trouxe na emergência e inventou um monte de merda... disse pro médico que eu tava enchendo a cara todo dia e que ia acabar me matando porque ficava tomando remédio pra abortar... daí o médico me internou... e... tu sabe que a merda sempre tem como piorar né... passei mal um dia aqui... que até desmaiei... daí vieram me furar toda e viram que minha glicemia tava alta... esse bebê não ta me trazendo nada de bom... mas ele também não tem culpa... sei lá... é um saco tá aqui... perdi meu estágio... não posso sair com minhas amigas... elas nem vem aqui me visitar... nem sei da faculdade mais... fora que as grávidas aqui gostam de falar dos seus bebês e eu nem gosto de falar com elas porque elas ficam me criticando...

Segundo esse recorte da fala de Milena, podemos verificar o quanto esta gestação tem sido penosa. Para ela, a perda do estágio, e a distância das amigas, são consequências geradas por esta a gestação e, portanto, pelo DM Gestacional. Seu posicionamento diante da gestação, segundo sua fala, desde o início foi o de findar a gestação com tentativas de aborto frustradas. A mãe, segundo ela, é a mantenedora desta gestação. O diálogo das gestantes sobre a espera de seus bebês a incomoda, porém, existe uma “confusão” (grifo nosso) de sentimentos em relação a esse bebê, quando ela diz “esse bebê não ta me trazendo nada de bom... mas ele também não tem culpa...”

Aparentemente, Milena demonstra estar satisfeita com sua internação em relação a distância familiar, como segue:

O único bom de tá aqui internada é poder ficar longe daquela família chata... agora tá todo mundo pagando de bonzinho... como se a minhas tentativas de aborto fossem as únicas da família... sei de muita gente que abortou na minha família... mas... deixa eles... tudo tem volta... aqui to livre deles... sinto falta da minha mãe... mas ela vem aqui só pra brigar comigo... ela quer o bebê... mas e eu? Será que ninguém vai pensar em mim? (...) Minha mãe me deixa com dúvidas... não quero esse bebê... mas se ela não me deixar dar pra adoção... vou ter que ficar com ele... pelo menos ela vem me ver... me dá carinho... atenção... mesmo me torrando o saco... mãe é mãe né... acho que não nasci pra ser mãe... sei lá... daqui a pouquinho ela chega... ela vem cuidar de mim...

Milena tem uma fala muito contraditória ao falar da mãe. A separação da família parece um grande alívio para ela, porém, a presença e participação da mãe neste processo de adoecimento, por mais que gere qualquer tipo de desconforto a Milena em relação a gestação em virtude das críticas, se faz muito importante e necessária, pois, Milena parece se sentir mais segura.

Milena tenta justificar suas tentativas de aborto em outras experiências já vivenciadas em sua família. Aparentemente, ela parece atribuir a causa de seus problemas às influências externas; neste caso, segundo ela, a família e a mãe seriam causadoras dos desconfortos sofridos. Essa sensação de obrigação com a gravidez e o afastamento das coisas que gosta de fazer, podem ser indicadores de uma dificuldade para gerar emoções que mobilizem seu comportamento.

Em relação a vivência hospitalar diante dos procedimentos para o acompanhamento de seu DM Gestacional, Milena diz o seguinte

(...) eu to cansada de ficar aqui... todo dia me furam... todo dia tiro sangue... e esse lance de fazer dieta? Pô... to com uma vontade louca de tomar sorvete... ta quente pacas... mas não posso né... não posso... o bebê não deixa... essa gravidez não deixa... esse diabetes não deixa... e seu eu ficar diabética pro resto da vida? Eu sei que isso pode acontecer... estudo enfermagem... não quero ficar diabética... é um saco ficar presa aqui dentro desse hospital... um saco...

O mal-estar emocional que ela vem alimentando em relação a gravidez e, que por consequência, vem afetando sua saúde, definem uma configuração subjetiva na qual o medo de permanecer doente começa a aparecer. É interessante como ela se mantém passiva diante de seu adoecimento, culpando o bebê de seu adoecimento. Em nenhum momento, durante nossa conversação, ela faz alguma reflexão sobre o seu autocuidado em relação a sua saúde.

A dieta lhe aborrece, os procedimentos lhe incomodam, o bebê se torna o culpado; em síntese, Milena não consegue produzir sentidos subjetivos que rompam com essas barreiras que definem seu modo de vida atual, dando pouca atenção ao que poderia fazer em prol de si mesma. Diante do tempo que ainda falta para o nascimento do bebê, ela responde:

De pensar que ainda faltam... no mínimo... umas 18 semanas... e... e que vou ter que ficar aqui... nossa... que sofrimento viu... ninguém merece ficar internada... pior que nem sei o que fazer mais... sabe... minha mãe quer tanto esse bebê... uma das mulheres internadas aqui... ela... ela perdeu o bebê esses dias... o bebê nasceu e morreu... tinha pensado em dar pra ela... mas... mas me dá um medo... é estranho... mas não quero pensar nisso agora... acho que já podemos parar né... já falei bastante...

Nesse trecho, podemos perceber o quanto Milena está confusa em suas emoções diante desta gestação. O tempo que ainda falta, a mãe que quer o neto, a mulher que perdeu o bebê, e ela que já nem sabe mais o que quer, e que estava cheia de certezas. Esse momento de hospitalização prolongada parece estar contribuindo para uma reflexão dos fatos. Reflexões essas ainda muito conturbadas diante de tantas dúvidas e culpas.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante salientar que em um ambiente de pesquisa não se trabalha apenas com o sujeito ou sujeitos pesquisados, mas com um “mix” das vivências desse ou desses sujeitos com as vivências do pesquisador. A pesquisa também é um ambiente de troca. O jogo de cena sobre o qual produzimos as impressões sobre nós mesmos é esperado e recebido pelo outro para a construção da sua impressão sobre nós. Tradições e posições sociais também conduzem a condutas textualizadas.

Este estudo teve como finalidade principal, o entendimento de como gestantes com o diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus Gestacional, hospitalizadas no alto risco

de um hospital da rede pública de Brasília, Distrito Federal, enfrentam esta doença desde o impacto do diagnóstico até o seu reflexo no autocuidado, na qualidade de vida e no emocional.

Analisando os três diálogos, podemos constatar que a intensidade das emoções, os receios e temores experienciados por estas gestantes são diferentes e revelam a necessidade de uma abordagem psicológica além da abordagem biológica que já é feita durante o acompanhamento pré-natal. Toda a história de vida destas gestantes, o contexto em que vivem, a forma como receberam o diagnóstico de DM Gestacional, a participação das famílias e amigos, o afastamento das atividades do dia-a-dia, tudo, contribuiu, de alguma forma, na construção dos sentidos subjetivos para o atual momento.

Por meio das falas das gestantes, podemos perceber que os sinais e sintomas do DM Gestacional referidos por elas não foram relevantes, o que se torna preocupante, pois, sabemos que a grande maioria das gestantes com DM Gestacional só são identificadas quando esses sinais e sintomas são aparentes e facilmente diagnosticados. Nas três gestantes aqui estudadas, o DM Gestacional foi diagnosticado em exames de rotina antes da internação, como no caso de Antônia, e, durante a internação, como nos casos de Alessandra e Milena.

Além disso, é possível compreender e descrever como a maternidade atravessa os processos de subjetivação dessas mães, explicitando os enunciados que constituem a maternidade hoje. O entendimento dos processos de subjetivação dessas mulheres não acontece mergulhado somente nas suas histórias individuais, como se ali estivesse a razão ou o sentido último para as suas falas, mas na articulação dessa trajetória com o contexto histórico mais amplo.

Sobre a internação prolongada e analisando as três gestantes deste estudo, pude observar que existe uma falha no acompanhamento pré-natal da rede pública do Distrito Federal. A culpa não seria apenas da rede pública de saúde, mas de todo o contexto: gestante, equipe de saúde, Estado, etc. Um pré-natal atuante, regular e com a participação efetiva da equipe de saúde contando com a colaboração da gestante, pode, eventualmente, dispensar uma possível internação. A gestação, por si só, deixa o sistema imunológico da gestante debilitado, ou seja, a gestante exposta a um ambiente permeado de bactérias, vírus e tantos outros processos de contaminação, facilmente poderia ter uma infecção, por exemplo. E, levando em consideração que a gestação é diabetogênica, ou seja, qualquer gestante pode vir a desenvolver um DM Gestacional no decorrer da gestação, o ideal seria que, durante o pré-natal, as gestantes fossem orientadas desde o início a conseguirem um controle glicêmico para evitar complicações futuras.

Se pensarmos em todos os gastos que uma internação traz ao Estado, podemos concluir o quanto o processo de prevenção e promoção em saúde são importantes durante o pré-natal. Um pré-natal bem feito pode evitar diversas complicações para a gestante e seu bebê, e, por consequência, diminui os gastos do Estado.

Este estudo nos faz refletir um pouco mais sobre a vulnerabilidade da saúde da gestante diante de um diagnóstico como o de DM Gestacional. As construções subjetivas elaboradas por estas gestantes não podem ser generalizadas e, muito menos, consideradas como verdade absoluta para todas as gestantes com o mesmo diagnóstico. É importante que se prevaleça a individualidade e a subjetividade de cada diálogo.

Concluo aqui que a psicologia continua em constante evolução, e, este estudo é mais uma prova disso. É fato que, possivelmente, nunca conseguimos compreender a fundo a relação da gestante com o diagnóstico de DM Gestacional e o processo de internação e tudo mais que possa envolver essa relação, enquanto unidade psicológica, o que nos remete a González Rey (2010) que diz que, desta forma, a pesquisa nunca se esgota nos mostrando sempre várias novos questionamentos que nos levarão a outros vários novos questionamentos, e assim por diante.

REFERÊNCIAS

Accioly, Saunders & Lacerda (2010). **Nutrição em obstetrícia e Pediatria**. 2 Ed – reimpressão revisada e atualizada – Cultura Médica – Rio de Janeiro.

Almeida, A. B. & Lacerda, D. A. L. (2012). **Extensão universitária na formação de um grupo de gestantes**. Rev. Ciênc. Ext. v.8, n.1, p.152-160.

Alves, V. S. **Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial**. Interface – Comunic., Saúde, Educ., v. (, n. 16, p. 39-52, set 2004/fev 2005.

Arrais, A. R. (2005). **As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante**. Tese apresentada ao Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da UnB. Brasília.

Arrais, A. R. (2005). **O mito da mãe exclusiva e seus impactos na depressão pós-parto: Para além da padronização patologizante**. Psicologia: Reflexão e Crítica, 19 (2), 269-276.

Bertini-Oliveira, A. M., Camano, L. & Delascio, D. (1984). **Diabetes e gravidez**. São Paulo: Sarvier.

Bezerra, M. G. A., Carvalho, F. A. M., Sobreira, T. T. (2001). **Sentimentos as gestantes diabéticas**. Rev. RENE. Fortaleza, v. 2, n. 1, p. 97-102, jul/dez.

BRASIL, Ministério da Saúde (2006). **Cadernos de Atenção Básica nº 6 Série A**. Brasília, DF: Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL, Ministério da Saúde. (2010). **Caderno Humaniza SUS – Volume 1: formação e intervenção**. Brasília, DF.

BRASIL, Ministério da Saúde (2004). **Política Nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF.

Camon, V. A. A. (2002). **Psicologia da Saúde: Um novo significado para a prática clínica**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

_____. (2004). **Psicossomática e a psicologia da Dor**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Czeresnia, D. (2003). *Esse texto é uma versão revisada e atualizada do artigo “The concept of health and the difference between promotion and prevention”, publicado nos Cadernos de Saúde Pública (Czeresnia, 1999). In: Czeresnia D, Freitas CM (org.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p.39-53.*

Davies, A., Blakeley, A. G. H. & Kidd, C. (2002). **Fisiologia Humana**. Porto Alegre: Artmed.

Debray, R. (1995). **O Equilíbrio Psicossomático e um estudo sobre diabéticos**. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Dias, A. C. G. & Lopes, R. C. S. (2003). **Representações de maternidade de mães jovens e suas mães**. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 8, num. esp., p. 63-73.

Dias, Am. S., Silva, R. A., Souza, L. D. M., Lima, R. C., Pinheiro, R. T., Moraes, I. G. S. (2008). **Auto-estima e fatores associados em gestantes da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(12): 2787-2797, dez.

Dode, M. A. S. O. & Santos, I. S. (2009). **Validade do auto-relato de diabetes mellitus gestacional no pós-parto imediato**. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(2): 251- 258, fev.

Duarte, S. J. H. & Andrade, S. M. O. (2008). **O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de campo Grande, Brasil**. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 132-139.

Gil, G. P., Haddad, M. C. L., Guarinete, M. H. D. M. (2008). **Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público**. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, v. 29, n. 2, 141-154.

Gobbi, M. D., Câmara, S. G., Carlotto, M. S., Nakamura, A. P. (2004). **Intervenções psicossociais na comunidade de Canoas: Uma proposta do curso de psicologia da ULBRA**. *Aletheia* 19, jan-jun, Canoas, p. 89-98.

González Rey, F. (1997). **Psicologia e saúde: desafios atuais**. *Psicologia: reflexão e crítica*, v. 10 n. 2, Porto Alegre.

_____. (1998). **Lo cualitativo y lo cuantitativo en la investigación de la psicología social**. *Psicología & Sociedade*, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 32-52.

_____. (2004a). **Personalidade Saúde e Modo de Vida**. São Paulo: Thompson.

_____. (2005). **Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: os processos de construção da informação**. São Paulo: Thompson.

_____. (2005b). *Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

_____. (2006). **As representações sociais como produção subjetiva: seu impacto na hipertensão e no câncer**. São Paulo: Psicologia, Teoria e Prática.

_____. (2010). **Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: Os processos de construção da informação**. São Paulo: Cengage Learning.

_____. (2011). **Subjetividade e saúde: superando a clínica da patologia**. São Paulo: Cortez.

Guyton, A. C. & Hall, J. E. (2006). **Tratado de Fisiologia Médica**. 11ª Ed. Rio de Janeiro: Ed. Elsevier.

Ismael, S. M. C. (2005). **Temas de prevenção, ensino w pesquisa que permeiam o contexto hospitalar**. Coleção Especializada em Psicologia Hospitalar v. 2. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ismael, S. M. C., Santos, J. X. A. (2013). **Psicologia Hospitalar: Sobre o adoecimento... Articulando conceitos com a prática clínica**. São Paulo: Editora Atheneu.

Lafaurie, M. M., Castañeda, K. V., Castroa, D. M. Laverde, S. M., Balanguera, L. Y., López, C. M., Martínez, E. G., Martínez, Y. P., Parra, C. A., Ramírez, N. (2011). **Vivências de gestantes com embarazo de alto riesgo**. Revista Colombiana de Enfermería. Volumen 6, Año 6, Págs. 15-28.

Landim, C. A. P., Milomens, K. M. P. & Diógenes, M. A. R. (2008). **Déficits de autocuidado em clientes com diabetes mellitus gestacional: uma contribuição para a enfermagem**. Revista Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre, RS, set; 29(3): 374-381.

Lerário, A. C., Chamane, D. A. F., Mari, J. J., Mendonça, J. S. & Levi, G. C. (2006). **Diagnóstico e Tratamento**. Volume 2. 1ª edição brasileira. São Paulo: Editora Manole Ltda.

Melo, K. F. S. (2007). **Gravidez menos doce e mais tranquila**. Serviço de endocrinologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, SP, 509-510.

Minayo, M. C. S. (1998). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5ª Ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.

Miranda, P. A. C. & Reis, R. (2008). **Diabetes Mellitus Gestacional**. Diretrizes em foco. Rev Associação Médica Brasileira 2008; 54(6): 471-86.

Moreira, L. E. & Nardi, H. C. **Mãe é tudo igual? Enunciados produzindo o(s) modo(s) de ser mãe**. Fazendo Gênero 8. Corpo, Violência e Poder. Maternidade; Enunciado; Modos de Subjetivação ST 58. Feminino e maternidade: diálogos (im)pertinentes. Florianópolis, de 25 a 28 de agosto de 2008.

Mori, V. (2007). **Projeto de qualificação de doutorado** (em minel). São Paulo. PUCAMP.

Moura, S. M. S. R. & Araújo, M. F. **A maternidade na história e a história dos cuidados maternos**. Psicologia, Ciência e Profissão, 2004, 24(1), 44-55.

Nascimento, C. A. & Radomile, M. E. S. **Gravidez de risco: risco da hospitalização**. Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde. Belo Horizonte, Ago 2006- Jan 2007, Ano 2, n.4.

Nogueira, A. I. **Diabetes Mellitus e Gravidez**. In Amaral, C. F. S., Pedroso, E. R. P., Fonseca, J. G. M., Rocha, M. O. C., Couto, R. C., Leal, S. S., Braga, W. R. C. (2001). *Enciclopédia da Saúde – diabetes Mellitus*. Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica Ltda.

Oliveira, M. A. M. (2012). **Gravidez tardia: Bem-estar subjetivo e percepção da gestação**. Dissertação de mestrado. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Pelicioni, M. C. F. **A educação e a promoção da saúde da mulher e da criança**. In Spallicci, M. D. B, Costa, M. T. Z., Malleiro, M. M. (2002). *Gravidez & Nascimento vol. 43*. São Paulo: Ed. Edusp.

Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Nardi, T., Lopes, R. S. **Gestante e a construção da maternidade**. Psicologia em estudo. Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, jan/mar. 2008.

Pinho, L. M. O. & Ribeiro, D. F. B. **Diabetes da Gestação: nove meses de uma doçura amarga**. Estudos: Revista da Universidade Católica de Goiás. v.28, n.6, 1199-1210. nov./dez. 2001.

Quevedo, M. P., Lopes, C. M. C. & Lefèvre, F. **Os significados da maternidade para mulheres cardiopatas e diabéticas com gravidez de risco**. Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano. 2006;16(1):12-21

_____. (2010). **Experiências, percepções e significados da maternidade para mulheres com gestação de alto risco**. Tese apresentada para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. São Paulo.

Setian, N., Damiani, D. & Dichtchenian, V. (1995). **Diabetes Mellitus na criança e no adolescente – Encarnado o desafio**. São Paulo: Ed. Savier.

Sícoli, J. L. & Nascimento, P. R. **Promoção em saúde: concepções, princípios e operacionalização**. Health promotion: concept, principles and practice. Interface - Comunic, Saúde, Educ., v. 7, n. 12, p. 101-122, 2003.

Silva, L., Santos, R. C. & Parada, C. M. G. L. **Compreendendo o significado da gestação para grávidas diabéticas**. Revista Latino-am Enfermagem 2004 novembro-dezembro; 12(6):899-904.

Vieira, M. S. M. (2005). **A assistência pré-natal prestada a gestante em serviços de saúde de Florianópolis – SC: Buscando a qualidade com foco na normatização preconizada nas necessidades das mulheres**. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

Vygotsky, L. S. (1987). **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes.

Zagury, L. & Zagury, T. (2006). **Diabetes sem medo**. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Ed. Best Seller.

Zanetti, M. L., Biagg, M. V., Santos, M. A., Pérez, D. S., Teixeira, C. R. S. (2008). **O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família**. Ver. Bras. Enferm., Brasília, mar/abr: 61(2): 186-192.

REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA – TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA) COM COMORBIDADE DE DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL (DI)

Data de aceite: 01/02/2021

Juliana Corrêa da Silva

<http://lattes.cnpq.br/9329384364421837>

Jessica Layanne Sousa Lima

<http://lattes.cnpq.br/5667049258927541>

Thais de Lima Alves Corrêa

<http://lattes.cnpq.br/0441209553128718>

RESUMO: O Transtorno do Espectro do Autismo é uma perturbação de etiologia muito complexa e que se caracteriza marcadamente pelos déficits persistentes e muito precoces na comunicação e na interação social em múltiplos contextos vivenciados pelo sujeito, pelos padrões restritivos e repetitivos de comportamentos diversos, interesses e/ou atividades peculiares (DSM-V, 2014). Os primeiros sintomas potenciais emergem normalmente na primeira infância, o conjunto complexo de sintomatologias que preconizam e caracterizam o autismo é definido por alterações presentes desde idades que ainda são muito precoces, comumente apresentada antes dos três anos de idade da criança e/ou no início da inserção escolar (Fernandes & Colaboradores, 2006). A sintomatologia pode vir a diminuir quando ocorre tratamento adequado, com acompanhamento contínuo multidisciplinar. A importância por parte da Reabilitação Neuropsicológica está associada ao estudo aprofundado das funções cognitivas, das funções emocionais e comportamentais que

são apresentadas por esses sujeitos, permitindo assim tratamentos e acompanhamentos adequados caso a caso (Brasil, 2013). Os desafios do Projeto Terapêutico Singular (PTS) envolvem encontrar possibilidades singulares a cada indivíduo, nas diferentes situações de vida que lhe são apresentados, o projeto remete a criação subjetiva de um plano-ação que tem um direcionamento e orienta em termos gerais as decisões que são apresentadas pelo paciente/família, propondo práticas de intervenção, voltadas a inserção social e a qualidade de vida dos usuários que participam do projeto (Pinto & Colaboradores, 2011).

PALAVRAS-CHAVE: Autismo, Deficiência Intelectual, Neuropsicologia, Reabilitação, Psicofarmacologia.

NEUROPSYCHOLOGICAL REHABILITATION - AUTISM SPECTRUM DISORDER (ASD) WITH INTELLECTUAL DISABILITY COMORBIDITY (ID)

ABSTRACT: Autism Spectrum Disorder is a very complex disorder characterized by persistent and very early deficits in communication and social interaction in multiple contexts experienced by the subject, by the restrictive and repetitive patterns of different behaviors, interests and / or activities peculiar (DSM-V, 2014). The first potential symptoms usually emerge in early childhood, the complex set of symptomatology that advocate and characterize autism is defined by alterations present from ages that are still very early, commonly presented before the child's three years of age and / or early on school

insertion (Fernandes & Collaborators, 2006). The symptomatology may decrease when appropriate treatment occurs, with continuous multidisciplinary follow-up. The importance of Neuropsychological Rehabilitation is associated with the in-depth study of the cognitive functions, emotional and behavioral functions that are presented by these subjects, thus allowing appropriate treatments and follow-ups on a case-by-case basis (Brazil, 2013). The challenges of the Unique Therapeutic Project (PTS) involve finding unique possibilities for each individual in the different life situations presented to him, the project refers to the subjective creation of an action plan that directs and guides in general terms the decisions that are presented by the group, proposing intervention practices, focused on the social insertion and quality of life of the users participating in the project (Pinto & Collaborators, 2011).

KEYWORDS: Autism, Intellectual Disability, Neuropsychology, Rehabilitation, Psychopharmacology.

No início dos estudos voltados a psiquiatria, em meados do século XVIII, existia uma única concepção do que eram as psicopatologias em crianças e adolescentes, era a chamada e conhecida denominação de “idiota”. O conceito de “idiota” estava associado a uma série de transtornos, nomeadamente, ao retardo mental, as psicoses infantis, a esquizofrenia infantil e do Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) (Brasil, 2013 citado por Bercherie, 1998). Ocorria que, os conceitos acerca do que era o Transtorno do Espectro do Autismo, da psicose e da esquizofrenia se cruzavam e eram demasiadamente utilizados de maneira similar e heterogênea durante muitos anos pelas equipes de saúde mental, o que atualmente foi superado ao longo de muitas rupturas e estudos de que as respectivas eram patologias/distúrbios distintos, com sintomatologia, características e etiologias sem maiores vinculações e semelhanças (Brasil, 2013).

Aos meados dos anos 1940, dois médicos renomados, Leo Kanner e Eugen Bleuler apresentaram as iniciais descrições modernas e equilibradas do que hoje é nomeado a aceito de Transtorno do Espectro do Autismo infantil e/ou o transtorno autista. Ambos os médicos chegaram ao consenso similar (parcial) de que existiam nesses sujeitos portadores do transtorno uma certa incapacidade de se relacionarem de maneira compreensível e/ou “normal” com as outras pessoas em determinadas situações, sendo esses comportamentos apresentados comumente desde o início de suas vidas, nos primeiros contatos com as figuras parentais e/ou cuidadores. Só em 1980, quatro décadas de estudos contínuos depois é que ocorre uma ruptura e o transtorno do autismo deixa de ser incluído no campo das chamadas “psicoses infantis”, e passa a ser denominado e considerado pela saúde como um transtorno invasivo do desenvolvimento (Brasil, 2013).

As várias edições existentes do Diagnóstico de Saúde Mental (DSM) preconizavam inúmeras classificações relacionadas a sintomatologia do que era o transtorno do Autismo, visto que, ocorreram algumas rupturas para o que se denomina hoje o transtorno na literatura. No atual DSM-IV, a penúltima versão do manual, reporta o autismo como um transtorno invasivo do desenvolvimento (TID) humano, onde, o Transtorno de Rett,

o Transtorno Desintegrativo da Infância, o Transtorno de Asperger e o Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação ainda se faziam presentes nessa denominação de transtornos específicos (Gonçalves, 2014). O DSM-V já traz novas modificações no que diz respeito às reverberações da nomenclatura, onde o transtorno invasivo do desenvolvimento humano passa a ser classificado como o transtorno global do desenvolvimento (TGD), deixando de usar a classificação dos transtornos específicos do desenvolvimento e passam a ser todos considerados como o Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) (Neumann & Colaboradores, 2016).

O nível de classificação do Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) vai depender da gravidade e das potencialidades dos sintomas que são apresentados no sujeito, existindo assim três níveis compreensíveis de classificação, o nível um (N1) que exige apoio e que estão relacionados aos sintomas caracterizados como leve; o nível dois (N2) que exige apoio substancial e que estão vinculados aos sintomas de ordem moderada; e o nível três (N3) que exige muito apoio e que é atravessado as comorbidades mais graves e/ou gravíssimas apresentadas no transtorno (DSM-V, 2014).

As repercussões relacionadas ao Autismo passaram a estar vinculadas aos transtornos relacionados ao neurodesenvolvimento humano, que comumente se manifestam na primeira infância, antes mesmo do processo de desenvolvimento da educação escolar, em meados dos 4 e 6 anos de idade, podendo também surgir precocemente antes dos 3 anos de idade. Os déficits e as comorbidades que são apresentadas devastam vários prejuízos a nível pessoal, social e escolar, sempre a depender do nível em que o transtorno é diagnosticado (DSM-V, 2014).

Nos critérios diagnósticos do DSM - 5 é possível retratar os sintomas associados ao diagnóstico de Transtorno do Espectro do Autismo (F84.0), sendo elas: A) Os déficits persistentes e muito precoces na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos vivenciados pelo sujeito, como por exemplo, déficits na reciprocidade socioemocional, déficits nos comportamentos comunicativos de caráter não verbais, déficits para desenvolver, manter/sustentar e compreender relacionamentos, dentre outros. B) Padrões restritivos e repetitivos de comportamentos diversos, interesses e/ou atividades peculiares, como por exemplo, movimentos motores repetitivos, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos, insistência repetida nas mesmas atividades e/ou objetos, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal, interesses fixos e altamente restritos que são anormais no que diz respeito a intensidade e/ou foco, hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais e/ou interesses obsessivos por aspectos sensoriais do ambiente vivenciado. C) Os sintomas necessariamente precisam estar presentes precocemente no período do desenvolvimento maturacional do sujeito e no processo da construção de vínculos afetivos e sociais tem início. D) Os sintomas podem consequentemente causam prejuízos que são significativos no funcionamento pessoal, social, acadêmico, profissional, dentre outros.

O autismo não possui a representação de uma doença orgânica, sendo assim, é caracterizada como um conjunto de sinais e sintomas (síndrome), tendo uma vasta possibilidade de etiologias existentes, repercutindo como marco a desordem neurológica de causa ainda muito imprecisa e sem definições claras (Gonçalves, 2014 citado por Jorge, 2010). As comorbidades que estão associadas ao transtorno são multivariadas, tendo em vista que existem um leque de possibilidades patológicas nas quais podem se desenvolver/manifestar junto ao transtorno do autismo, como por exemplo, o transtorno de déficit de atenção, transtorno de hiperatividade, transtorno obsessivo compulsivo, patologias ansiogênicas, dificuldades de aprendizagem, deficiência intelectual.

É muito recorrente existir a possibilidade de o sujeito com diagnósticos de autismo também apresentar a deficiência intelectual associada as comorbidades, visto que, existem vários déficits que podem ser apresentados na organização estrutural do sujeito. A conceitualização da deficiência intelectual está vinculada aos déficits comuns nas áreas sociais, nas rupturas da cognição e na capacidade do processo adaptativo. As estereotipias e as alterações de ordem comportamentais/estereotipadas podem ser bastante severas e agudas em indivíduos com deficiência intelectual, os transtornos globais do desenvolvimento, em especial o autismo infantil são os mais comuns (Brasil, 2013).

1 | METODOLOGIA

Para a realização da meta-análise sobre a reabilitação neuropsicológica em pacientes com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA), foram necessárias pesquisas bibliográficas em artigos periódicos, dissertações de mestrado e teses de doutoramento. Para a busca do material de estudo foram utilizadas as bases de dados de *Scielo* e *Google Acadêmico*, onde foram realizadas as pesquisas dos conceitos chaves sobre “Reabilitação Neuropsicológica do Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)”, “Sintomas do Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)”, “Deficiência Intelectual”, “Projeto Terapêutico Singular (PTS)”, “Comportamentos do Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)”, e “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais”. As periodicidades das referências bibliográficas foram limitadas entre o intervalo de 2006 e 2015, e as línguas foram o Português-PT, Português-BRA e a língua Inglesa. Após as revisões bibliográficos de todos os conteúdos de revisão literária foram selecionados os artigos considerados pertinentes para a elaboração da pesquisa e reformulação da reabilitação.

Para a análise dos dados será realizado uma seletividade de todos os materiais que foram localizados ao longo da pesquisa sobre a reabilitação neuropsicológica do Transtornos do Espectro do Autismo (TEA). Em seguida será realizada uma análise qualitativa dos dados que tem como ponto de partida o objetivo secundário da reabilitação neuropsicológica e a implementação do projeto terapêutico singular em sujeitos que são portadores do Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) com comorbidade associada a Deficiência Intelectual (DI).

2 | ETIOLOGIA

Nas décadas de 50 e 60 uma das primeiras hipóteses etiológicas demarcadas pelo surgimento devastador do autismo na infância estava fortemente ligada a denominação do conceito “mãe frigorífico”, que estava relacionada a uma ideia muito sólida de que o transtorno era provocado por repercussões negativas que se vinculavam a interação dos processos da relação com a figura materna. A figura materna falha com ausência de amor, carinho, afeto e reciprocidade tinha grandes potencialidades para desenvolver uma posterior perturbação com relação ao desenvolvimento normal e “saúdável” do bebê. As causas sociais voltadas a traumas, negligência e a vulnerabilidades também eram levadas em consideração para repercussões no transtorno (Duarte, citado por Ribeiro, 2005 & Happé, 1994). No entanto, ao longo dos estudos foi percebido na literatura que existiam fatores hereditários, neurológicos e biológicos que também precisavam ser levadas em consideração na linha etiológica do desenvolvimento do transtorno.

A etiologia consensual do Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) ainda está em um constante processo de construção, visto que, a literatura não reporta um motivo exato/concreto pelo qual a criança nasce e desenvolve o transtorno nos primeiros anos de vida. O transtorno é caracterizado contemporaneamente como uma síndrome (conjunto de sinais e sintomas) e não como uma doença com um direcionamento médico, pois, a etiologia ainda é indistinta, multifatorial e claramente complexa. Sendo assim, o transtorno é reconhecido com uma desordem de caráter neurológico, onde as causas são direcionadas aos componentes genéticos, neurobiológicos e/ou neuropsicológicos (Gonçalves, 2014 citado por Jorge, 2010).

Outros estudos sugerem a forte presença de alguns fatores de ordem genéticas e/ou neurobiológicas que podem estar associados ao desenvolvimento do transtorno do autismo na infância, como por exemplo, uma anomalia anatômica, uma anomalia fisiológica do sistema nervoso central, causas ambientais, infecções perinatais, problemas constitucionais inatos predeterminados biologicamente no percurso do nascimento, fatores de risco psicossociais vivenciados, agressões cerebrais nas áreas envolvidas com a patogênese, nascimento com prematuridade, asfixia, alterações cromossômicas detectáveis por métodos usuais (cariótipo), microdeleções/microduplicações, doenças monogênicas, síndrome do X frágil, esclerose tuberosa, recorrência de microcefalia, dentre outras possibilidades que podem existentes (Akshomoff, 2006; Brasil, 2013).

A etiologia da deficiência intelectual é também sem uma distinção exata, assim como o transtorno do autismo, no entanto, as possíveis origens são bem definidas, como por exemplo, podem ser provenientes de lesões cranianas, infecções diversas, uso de substância psicoativa (álcool e drogas), contato com toxinas, fatores genéticos, desnutrição, privação emocional e social, distúrbios cromossômicos, desordens de gene único, influências ambientais adversas, prematuridade, fatores socioculturais, dentre inúmeras outras possibilidades (Ke; Liu, 2015).

3 | PREVALÊNCIA

Segundo a literatura do DSM-V existe uma taxa muito alta de incidência prevalente no sexo masculino na população com o transtorno, visto que, presumisse que a cada nascimento diagnosticado é calculado em 4 para o sexo masculino e 1 para o sexo feminino. No entanto, observa-se que indivíduos do sexo feminino estariam mais suscetíveis a apresentar retardo mental mais grave/severo que estaria concomitante ao diagnóstico de autismo (DSM-V, 2014). O Autismo é considerado um dos transtornos neuropsiquiátricos de maior caráter potencial hereditário, calculada uma taxa percentil de aproximadamente em 90% dos casos (Gonçalves, 2014 citado por Bailey, 1995).

Nos estudos relacionados a irmãos, independente do sexo apresentado pela criança, direciona-se que o risco de existir uma recorrência do transtorno é de aproximadamente 3% a 5% dos sujeitos, o que estaria associado a uma incidência muito alta de 75 vezes mais que todo o restante da população. Outras comorbidades que são muito recorrentes estão ligadas a forte presença de retardo mental e processos convulsionais repetitivos, sendo que 70% dos casos está para o retardo mental e 33% dos casos está para a presença de convulsões (Zilbovicius & Colaboradores, 2006).

As normas e manuais técnicos do Ministério da Saúde pressupõem em seus estudos que 40% da população com deficiência intelectual apresentam critérios diagnósticos para o autismo e que até 70% de indivíduos com quadro de autismo apresentam a comorbidade da deficiência intelectual (Brasil, 2013). Ou seja, é muito comum que sujeitos que possuem diagnóstico dos transtornos do espectro do autismo apresentem concomitante a comorbidade de deficiência intelectual leve, moderada e/ou grave, a partir da manifestação dos sintomas que são apresentados.

4 | SINTOMATOLOGIA

As repercussões associadas ao Transtorno do Espectro Autista (TEA) estão vinculadas a um conjunto de fatores que são de ordem neurodesenvolvimental e concomitantes a manifestações de esfera comportamental. Essas manifestações estão incluídas nos possíveis comprometimentos qualitativos que o sujeito pode vir a apresentar, nomeadamente dificuldades de desenvolvimento sócio comunicativo, presença de comportamentos persistente e estereotipados, repertório restrito relacionados aos interesses em situações adversas e atividades comuns de rotina, fazendo assim com que o sujeito reverbere algumas limitações e/ou dificuldades relacionadas ao convívio social, familiar, dentre outros (Ciquiguti, 2014 citado por Zanon, 2014).

As primeiras manifestações mais precisas e que denunciam o transtorno emergente devem ocorrer antes dos 36 meses de nascimento do bebê, onde, essas manifestações podem estar relacionadas a respostas de vinculação da mãe para com o bebê. Os problemas

de ordem desenvolvimental devem surgir possivelmente em meados dos 12 aos 24 meses de nascido, visto que, também podem surgir alguns sinais bem mais precoces e antes dos 12 meses, como por exemplo, a dificuldade e/ou a impossibilidade da criança ter o contato ocular com cuidadores (Ciquiguti, 2014 citado por DSM-5, 2013).

O contato ocular é uma das grandes problemáticas iniciais que os grupos de pais que vivem com crianças que apresentam o transtorno reportam nos primeiros meses de nascimento das crianças, onde, existe a falta de contato/percepção ao ser chamado pelo seu nome, a falta de engajamento/empoderamento nos processos que envolvem as interações sociais, atividades em grupos e nas respectivas situações que são necessárias a atenção compartilhada por parte da criança (Ciquiguti, 2014 citado por Werner, 2005).

Em uma pesquisa realizada com pais de crianças que possuíam diagnóstico de autismo precoce foi possível compreender mais precisamente os sintomas que ocorrem comumente antes dos 12 meses de idade a partir da aplicação do instrumento *Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)*. Dentre os resultados obtidos, foi constatado que alguns comportamentos se repetem com frequência considerável, sendo eles:

Principais sintomas relatados pelos pais

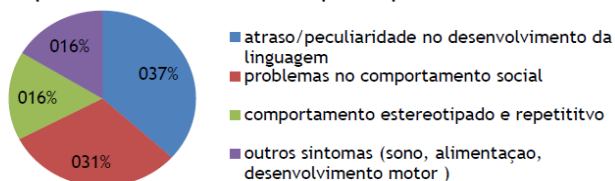


Imagem extraída de <http://institutoideia.com.br/noticias/14autismo.pdf>

Existem alguns fatores que precisam ser observados antes dos 24 meses de nascimento do bebê e que posteriormente facilitam o diagnóstico precoce com redução considerável no que diz respeito aos atrasos e/ou comorbidades associadas ao transtorno. Dentre as sintomatologias que podem surgir, é necessário levar em consideração os fatores de ordem médica, de ordem genética, a hereditariedade, a deficiência intelectual, complicações perinatais, déficits sensoriais, déficits de linguagem, comprometimentos no desenvolvimento social, falhas na brincadeira em grupos, falhas na simbolização, alterações no desenvolvimento motor e psicomotor, alterações/seletividade/restrições na alimentação, alterações relativas ao sono, regressão contínua no uso da linguagem e atraso no processo da comunicação tardia da linguagem (Ciquiguti, 2014).

Os sintomas comportamentais do Transtorno do Espectro Autista podem variar a partir das comorbidades que estão sendo apresentadas a dinâmica de vida da criança, os comprometimentos mais comuns podem envolver 1) Os aspectos sociais. 2) Os aspectos

da comunicação. 3) Comportamentos repetitivos e/ou estereotipados. 4) Aspectos motores. 5) Aspectos sensoriais e 6) Aspectos de segurança (Bauman & Colaboradores, 2014).

As sintomatologias das deficiências intelectuais são muito diversas, sempre a depender da gravidade de cada caso, comum apresentarem no quadro clínico, dificuldades na fala; dificuldades em perceber estímulos ambientais; cognição com falhas relativas ao pensamento abstrato, dificuldades na capacidade de analisar e raciocinar; processo da concentração e da memória; emoções ingênuas e imaturas; movimentos e comportamentos com ausência de coordenação motora; problemas de saúde como epilepsia, problemas de comportamento e prejuízos sensoriais (Ke; Liu, 2015).

5 | REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

A reabilitação neuropsicológica é remetida a um conjunto de intervenções que tem por objetivos emergenciais as melhorias no que diz respeito aos impactos relacionados aos problemas cognitivos, emocionais e sociais decorrentes de uma falha e/ou lesão apresentada, auxiliando assim o paciente a alcançar precocemente o processo de autonomia e de qualidade de vida (Wilson, 2008). A reabilitação neuropsicológica pode ser definida como um processo ativo que está em constante busca de construções relacionadas a psicoeducação e a capacitação contínua. O seu objetivo é que o sujeito alcance de forma autônoma seus potenciais físicos, mentais e sociais (Kesselring & Beer, 2005).

As diretrizes da avaliação diagnóstica de atenção aos processos de reabilitação de sujeitos portadores do autismo se iniciam com a vigilância constante e precoce do profissional sobre as sintomatologias iniciais de problemas relacionados ao neurodesenvolvimento que surgem ainda na primeira infância. O diagnóstico tem funcionalidades relacionadas ao exame dos comportamentos observados que são claros e objetivos para a posterior classificação diagnóstica caso a caso, segundo o CID-10. Essas diretrizes são fundamentais para posteriormente o profissional obter subsídios adequados para o delineamento, por exemplo, da implementação do Projeto Terapêutico Singular, para posteriores encaminhamento e para as intervenções adequadas sempre levando em consideração a demanda que está sendo apresentada pelo sujeito (Brasil, 2013). Torna-se necessário o desenvolvimento por parte da equipe de estratégias que permitam trabalhar algumas das consequências que advêm da condição do transtorno, que embora não consigam reverter os efeitos gerados pela comorbidades apresentadas, possam restituir alguma autonomia ao sujeito e seus respectivos familiares.

A condição do autismo pode ocasionar no sujeito alterações relativas ao processo da linguagem, da sociabilidade, limitações em capacidades funcionais, no autocuidado e nas interações familiares e sociais. O transtorno comumente vai ressaltar dos familiares/cuidadores e profissionais uma atenção especial e com foco nos resultados positivos e construtivos, as propostas do projeto terapêutico deve reverberar aspectos agregadores

relacionados ao diagnóstico elaborado, as recorrentes sugestões derivadas da avaliação interdisciplinar em equipe e das decisões dos familiares. A proposta do projeto pode vir a ser individualizada e deve atender a todas as peculiaridades e demandas apresentadas pelo sujeito/família (Brasil, 2013).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é elaborado a partir das demandas que são apresentadas pelos respectivos usuários, levando em consideração as sugestões e opiniões dos seus usuários, pensando na perspectiva da subjetividade do sujeito e no seu posterior projeto de vida. O projeto terapêutico singular é uma espécie de rede nas quais vários aspectos da saúde estão interligados, podendo ou não existir um fluxo contínuo entre eles. (Pinto & Colaboradores, 2011).

É importante entender a pluralidade de todos os sujeitos que se fazem envolvidos no processo, a atuação do PTS requer diferentes formas de atuação, a partir das diferentes demandas que lhe são apresentadas. Os desafios do projeto envolvem encontrar possibilidades singulares a cada indivíduo, nas diferentes situações de vida que lhe são apresentados, o projeto remete a criação subjetiva de um plano-ação que tem um direcionamento e orienta em termos gerais as decisões que são apresentadas pelo sujeito/família, propondo práticas de intervenção voltadas a inserção social e a qualidade de vida de todos os usuários que participam do projeto terapêutico (Pinto & Colaboradores, 2011).

As escolhas referentes aos métodos e as técnicas que serão utilizadas no tratamento e na reabilitação devem ser realizadas de modo conjunto entre a equipe multiprofissional e a família do paciente, garantindo aos familiares e paciente propostas voltadas ao alcance e aos benefícios do tratamento, bem como facilitando o processo de cuidado à saúde por parte dos familiares e do paciente (Brasil, 2013). Os profissionais que comumente participam do processo de reabilitação neuropsicológica são os médicos/psiquiatras, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, dentista, nutricionista, educadores, dentre outros.

A processo de reabilitação neuropsicológica do sujeito deve ser direcionado as possíveis dificuldades que podem emergir ao longo do tratamento família-paciente, como por exemplo, considerações acerca da linguagem, dos sentimentos, dos pensamentos, da representação do vínculo social, do vínculo familiar que o paciente apresenta e das capacidades funcionais e potencialidades do sujeito. As reverberações positivas que podem surgir para o paciente são inúmeros, tais quais, podemos citar a) A participação e o desempenho em atividades sociais cotidianas; b) Construção do processo de autonomia para mobilidade; c) Capacidade de autocuidado e de trabalho; d) Ampliação do uso de recursos pessoais e sociais; e) Qualidade de vida e fortalecimento da comunicação social; f) Ganhos funcionais e simbólicos (Brasil, 2013).

O processo da reabilitação neuropsicológica com o transtorno do autismo tem como principal objetivo trabalhar no indivíduo os aspectos cognitivos, emocionais e

comportamentais que estão atravessados a prejuízos e falhas, que muito estão associados a possíveis quadros de lesões e/ou disfunções cerebrais/cognitivas. A proposta da reabilitação neuropsicológica tem a demanda de melhorar a funcionalidade do sujeito e sua posterior qualidade de vida, visando a saúde mental e o equilíbrio emocional (Zilbovicius & Colaboradores, 2006).

6 | TRATAMENTO

O tratamento contínuo dos pacientes com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) e a comorbidade de Deficiência Intelectual está associado a muitos fatores e áreas específicas, onde, a psiquiatria, a psicologia e a neuropsicologia trabalham em conjunto para fornecer as melhores possibilidades e estratégias de tratamento a depender da idiossincrasia apresentada. O cruzamento entre os processos psicoterápicos e os fármacos trazem grandes potencialidades para esses pacientes, trazendo posteriormente formas mais adaptativas de comunicação, melhorias nos comportamentos irregulares apresentados, níveis de stress menos acentuados, melhor concentração, dentre outras possibilidades. O processo psicoterápico é fundamental concomitante a quaisquer outros tratamentos em que o sujeito se disponibilize a participar, lembrando que a família se faz um fator essencial dentro desse processo de construção, visto que, a família/cuidadores constituem parte integrante fundamental no tratamento do TEA.

A intervenção realizada de ordem psicotrópica prioriza os fatores neuroquímicos que são apresentados em pacientes que possuem o Transtornos do Espectro do Autismo. É comum que crianças portadoras do transtorno tenham uma maior probabilidade de apresentar níveis elevados de serotonina, porém, a literatura ainda não constata anormalidades no campo da esfera cerebral (Gonçalves, 2014).

A literatura refere-se a alguns medicamentos/psicotrópicos que são comumente utilizados no tratamento dos Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) com comorbidades relacionadas a Deficiência Intelectual, sempre a depender da sintomatologia da gravidade do caso clínico e das comorbidades que são apresentadas, como por exemplo: inibidores da recaptação da serotonina, bloqueadores de dopamina, fármacos envolvidos nos sistemas de adrenalina e noradrenalina e a melatonina.

Uma das indicações comuns são os inibidores da recaptação da serotonina, esses fármacos são normalmente receitados a sujeitos com sintomatologia de compulsões, preocupações intensas e comportamentos de ordem repetitiva, dentre eles a fluoxetina, paroxetina, sertralina, fluvoxamina e o citalopram (Gonçalves, 2014; Soares, 2017).

Uma possibilidade também muito utilizada no tratamento medicamentoso são os bloqueadores de dopamina, os respectivos são responsáveis pela redução do comportamento contestador (opositor) que o sujeito apresenta, dentre eles, a clozapina, o metocloprômida e o wellbutrin (Gonçalves, 2014; Soares, 2017).

Podem ser utilizados também no tratamento os potencializadores de dopamina, que são os conhecidos estimulantes, os respectivos possuem a responsabilidade de trazer equilíbrio emocional e melhorar os sintomas graves relacionados a desatenção, dentre eles, o mais comum é a indicação da ritalina. Os psicotrópicos que são envolvidos nos sistemas receptores de adrenalina e de noradrenalina são normalmente prescritos para os sintomas relacionados também a hiperatividade (Gonçalves, 2014).

A melatonina, outra indicação para o transtorno são responsáveis pelo hormônio natural do sono, que também tem sido utilizada para combater os distúrbios relacionados ao processo do sono presentes no Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) (Gonçalves, 2014). Importante compreendermos que a medicação indicada vai depender da condição clínica que é apresentada e das posteriores comorbidades na infância.

De uma forma geral, para o tratamento adequado, é fundamental que se considere a importância da abordagem psicofarmacológica, no entanto, outras intervenções como o processo da educação especial, a estimulação precoce, a integração sensorial e o aconselhamento do corpo familiar devem ser o foco principal do tratamento por parte do neuropsicólogo (Gonçalves, 2014 citado por Junior e Kuczynski, 2011).

7 | DISCUSSÃO

Evidencia-se com os dados apresentados pela literatura que o Transtorno do Espectro do Autismo tem associações multifatoriais e é necessário que o profissional esteja atento a todo o corpo dos sintomas psicopatológicos que pode vir a ser apresentado, principalmente com os sintomas relacionados as manifestações iniciais, aos aspectos cognitivos, comportamentais e emocionais que podem ter início comum antes dos 3 anos de idade da criança. O clínico neuropsicólogo precisa estar atento ao longo das avaliações sobre aspectos relacionados a forma de como o sujeito percebe e interpreta os acontecimentos internos e externos, e posteriormente compreender as possíveis vinculações que são realizadas com o contexto social.

Alguns autores reportam que após o diagnóstico neuropsicológico e de imagem cerebral existem identificações de graves falhas cognitivas em sujeitos que apresentam o diagnóstico de autismo, principalmente localizadas nos sulcos frontais, nos sulcos temporais superiores, no funcionamento do lobo temporal, no giro fusiforme e na amígdala (Zilbovicius & Colaboradores, 2006).

Além do diagnóstico da neuropsicologia é necessário também um exame físico específico a nível neurológico/médico, pois, apresentam-se nos estudos evidências muito claras de interrupções e de falhas nos circuitos cerebrais do sujeito portador do transtorno. Existem alterações consideráveis nos sulcos temporais superiores, que é caracterizada uma região importante para o processo da percepção e compreensão de estímulos sociais

e considerações sobre a cognição social, como por exemplo, a direção do olhar, expressões corporais, gestuais, faciais (Zilbovicius & Colaboradores, 2006).

A reabilitação neuropsicológica de sujeitos portadores do transtorno é fundamental, pois a literatura tem fortes evidências de que existem grandes prejuízos associados a ordem neuropsicológica na condição de estrutura desses sujeitos. É importante retratar também que a abordagem se propõe a investigação de duas vertentes dicotômicas, uma que investiga os prejuízos cognitivos associados a estrutura e a outra que investiga as competências e funções preservadas (Neumann & Colaboradores, 2016).

Sendo assim o trabalho realizado pela reabilitação neuropsicológica e o projeto terapêutico singular visam essencialmente traçar estratégias clínicas e de ordem educativa/educacional que tem por características emergentes principais, proporcionar ao sujeito com o transtorno do espectro do autismo aprendizagens e psicoeducação do desenvolvimento da sua autonomia frente ao contexto social (Cavaco, 2015).

CONCLUSÃO

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é um transtorno que tem uma variedade muito vasta de sintomas e/ou comorbidades que são apresentados durante o desenvolvimento na infância, os sintomas podem ser muito invasivos, devastadores e aniquiladores, onde, torna-se necessário o acompanhamento adequado para que o sujeito obtenha uma melhor qualidade de vida. Nos casos clínicos de diagnósticos de autismo a neuropsicologia trabalha em conjunto com a neurologia e com a psiquiatria, a fim de neutralizar as repercussões negativas do transtorno.

É necessário identificar ao longo do processo, se o paciente e/ou a própria família compreendem a dinâmica do diagnóstico, quais os sintomas e comorbidades que estão associados ao transtorno, e suas posteriores formas de tratamento e acompanhamento. O clínico neuropsicólogo, necessariamente, precisa ter domínio e aptidões sobre as possíveis técnicas que pretende implementar durante o processo, como por exemplo ter domínio sobre as intervenções do projeto terapêutico singular e suas repercussões no paciente/família.

A avaliação e a reabilitação neuropsicológica em pacientes com transtorno do tipo Espectro do Autismo são muito válidas, pois, compreendem o diagnóstico em uma perspectiva qualitativa, onde, é investigado várias esferas cognitivas e emocionais da estrutura subjetiva do paciente. No entanto, as escolhas pelos mecanismos de diagnósticos e reabilitação neuropsicológica são de total competência do profissional, onde, um manejo clínico de qualidade e com competências planejadas repercute em melhorias posteriores na vida do paciente/família que sofrem com as repercussões do transtorno do autismo.

REFERÊNCIAS

Akshomoff, N. (2006). *Neuropsychiatric Aspects of Autistic Spectrum Disorders and Childhood-Onset Schizophrenia*. In: Coffey, C. E.; Brumback, R. A. *Pediatric neuropsychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, p 191-208.

American Psychiatric Association (2014) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders- DSM-V*. American Psychiatric Association, 94-97.

Bauman, M. Willis, D. W. Minshew, N. J. (2014). *O HANS – Manual sobre Autismo*. Disponível em www.helpautismnow.com/PH_Portuguese_2012.pdf. University of Pittsburgh, 8-27.

Brasil. Ministério da Saúde (2013). Normas e Manuais técnicos: *Linha de cuidado para a atenção integral às pessoas com transtorno do espectro do autismo e suas famílias no sistema único de saúde*. Série A. Brasília. Centro de Documentação, 14, 58-62.

Cavaco, N.A. (2015). *Autismo: Uma perspectiva neuropsicológica*. Rev. Omnia, v. 3, p. 24-29. Disponível em: <[http://omnia.grei.pt/n03/\[3\]%20CAVACO.pdf](http://omnia.grei.pt/n03/[3]%20CAVACO.pdf)> Acessado em: 28 de Out. 2017.

Ciquiguti, K. A. (2014). *Identificação dos primeiros sintomas do Autismo pelos pais*. Psicologia: teoria e pesquisa. São Paulo, V. 30, 24-34.

Duarte, A. P. (2011). *Despiste das dificuldades sentidas pelos professores do ensino regular em contexto de interação com o aluno com Síndrome de Asperger*. ISEC – Lisboa, 10-12.

Fernandes, A. V. Neves, J. V. Scaraficci, R. A. (2006). *Autismo*. Universidade Estadual de Campinas, 2-4.

Gonçalves, Y. R. (2014). *Intervenção Neuropsicológica para Flexibilidade Cognitiva em Adolescentes com Transtornos do Espectro do Autismo*. Dissertação de Mestrado, Brasil – Curitiba, 13-32.

Ke X, Liu J. (2015). *Deficiência Intelectual*. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. (edição em Português; Dias Silva F, ed). Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2-3.

Kesselring, J. & Beer, S. (2005). *Symptomatic therapy and neurorehabilitation in multiple sclerosis*. lancet neurology journal. 4(10):49-52.

Neumann, D. M. C. (2016). *Avaliação Neuropsicológica do Transtorno do Espectro do Autismo*. Psicologia. PT – Universidade Luterana do Brasil, Guaíba, 2-9.

Pinto, M. Bessa, S. (2011). Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: Uma construção coletiva. Florianópolis, 20-23.

Soares, P. J. R. (2017). *Inibidores Seletivos de Decapitação da Serotonina*. Part of The International Journal of Psychiatry – ISSN. Brasil

Zilbovicius M., Meresse I. e Boddaert N. (2006) *Autismo: neuroimagem*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 20-29.

Wilson, B.A. (2008). *Neuropsychological rehabilitation*. Annual Review of Clinical Psychology. 51-62.

CAPÍTULO 16

HIERARQUIA DA PARENTALIDADE E POSSÍVEIS IMPACTOS NO DESENVOLVIMENTO PSÍQUICO

Data de aceite: 01/02/2021

Glauce Fonseca Bragança

ID Lattes: 5233480645858104

Erika Conceição Gelenske Cunha

ID Lattes: 6452483820695747

RESUMO: Objetivou-se através do presente artigo trazer uma reflexão sobre a realidade familiar a partir de um olhar sistêmico e comunicativo, observando a convivência dos membros da família, considerando que há interação de um membro com todos os outros. A perspectiva sistêmica e comunicacional procura entender as interações que ocorrem dentro do sistema familiar; considerando a família como um todo. Os membros da família estabelecem relações ao interagirem e comunicarem, estas servem para manter o sistema em equilíbrio. O desequilíbrio do sistema pode provocar desequilíbrio no indivíduo e vice-versa. Para tanto tivemos como objetivos específicos refletir sobre o desenvolvimento psíquico do indivíduo; analisar a hierarquia definida nas relações de parentalidade; identificar os seus possíveis impactos para o desenvolvimento psíquico do indivíduo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e bibliográfica para contextualizar e fundamentar o problema proposto. Verificou-se como resultado, que sendo a família um sistema de relações ininterruptas e associadas, quando há mudança em um membro da família, consequentemente há mudança em todo o

sistema familiar. A família funcional onde há coesão (proximidade afetiva) e hierarquia (poder decisório), caracteriza-se por permitir aos seus membros se sentirem pertencentes ao grupo, ao mesmo tempo em que desenvolvem sua autonomia, maior socialização, tolerância à frustração e compreensão das normas sociais.

PALAVRAS-CHAVE: Família, sistema, mudança, comunicação, hierarquia familiar

1 | INTRODUÇÃO

Por meio desse artigo faremos uma reflexão sobre a convivência humana dos membros da família e a importância da hierarquia entre estes, tendo em vista que cada membro estabelece interação com todos os outros.

Segundo Minuchin (1985,1988):

a família é um complexo sistema de organização, com crenças, valores e práticas desenvolvidas ligadas diretamente às transformações da sociedade, em busca da melhor adaptação possível para a sobrevivência de seus membros e da instituição como um todo. (apud FACO, 2009, p.3)

Nesse mesmo viés, Dias (2011) afirma que os membros da família ao se relacionarem e dialogarem estabelecem vínculos que servem para manter o sistema familiar em equilíbrio. O desequilíbrio do sistema pode provocar desequilíbrio no sujeito e vice-versa. Sendo a família um sistema de relações mútuas e

ininterruptas, se acontecer mudança em um membro da família, ocorrerá mudança nos outros membros.

Seja qual for o modelo familiar, ela é sempre um conjunto de pessoas consideradas como unidade social, como um todo sistêmico onde se constituem as relações entre os seus membros e o meio exterior.

Os historiadores do direito reconhecem que o sentimento da família está ligado à casa, ao governo da casa e à vida na casa. Seu encanto não foi conhecido durante a Idade Média porque esse período possuía uma concepção particular da família: a linhagem.

A partir do século XIV assistimos ao desenvolvimento da família moderna, bem como a degradação progressiva e lenta da situação da mulher no lar, esta perde o direito de substituir o marido ausente; finalmente no século XVI, a mulher casada torna-se uma incapaz e todos os atos que faz sem ser autorizada pelo marido ou pela justiça tornam-se nulos. É estabelecida então uma espécie de monarquia doméstica. Enquanto se enfraqueciam os laços da linhagem, a autoridade do marido dentro de casa tornava-se maior e a mulher e os filhos se submetiam a ela mais estritamente. Passara-se, portanto, a atribuir à família o valor que outrora se atribuía à linhagem. Ela torna-se a célula social, a base dos Estados, o fundamento do poder monárquico (ARIÈS, 2017).

Segundo Ariès (2017), é significativo o novo lugar assumido pela família nos séculos XVI e XVII por terem ocorrido mudanças importantes na atitude da família para com as crianças. Ariès descreve no texto italiano extraído pelo historiador inglês Furnivall, após conservar as crianças em casa até a idade de sete ou nove anos, eles as colocavam tanto meninos como as meninas, nas casas de outras pessoas para aí fazerem o serviço pesado, e as crianças aí permaneciam por um período de sete a nove anos (portanto, até entre cerca de 14 e 18 anos). Elas são chamadas então de aprendizes; a explicação dada para tal acontecimento: “Para que suas crianças aprendam as boas maneiras”. Assim, o serviço doméstico se confundia com a aprendizagem, como uma forma muito comum de educação.

Ao falarmos em família, é relevante pensar nas consequências deste processo de modificações no exercício do papel parental; como resultado destas modificações, a sociedade apresenta um quantitativo considerável de pais que parecem dominados por seus filhos, a quem não conseguem dizer não. Crianças, por sua vez, crescem demonstrando pouca ou nenhuma tolerância à frustração, o desrespeito à regra ou a ausência desta torna-se algo habitual.

A teoria sistêmica, que compõe o modelo predominante dos estudos da família, explica como um sistema aberto, com uma finalidade e autocontrole; uma unidade formada por membros que interagem entre si, havendo entre eles vínculos e mantendo relações. Com base em Cervený (2000); citado por Dias (2011), a estrutura familiar é fruto de processos e comunicações repetidas que levam à determinação de padrões de relação. Portanto conforme citado por Batista (2001), o sistema familiar não tem necessariamente um estatuto fixo, pois o ciclo vital da família sofre mudanças ao longo da vida familiar.

Sendo a família muito importante na construção do sujeito, bem como é a partir da família que as características de personalidade serão construídas; pois segundo Urrutigaray (2016), para Vygotsky, o desenvolvimento mental é o processo de assimilação ou “apropriação” da experiência acumulada pela humanidade no decurso da história social.

Quando se fala de hierarquia nas relações de parentalidade estamos nos referindo àqueles que exercem autoridade na condução da educação desta criança; desse modo, o presente artigo tem como objetivo a compreensão da influência desta relação na construção dos processos psíquicos deste sujeito em sociedade.

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, descritiva, realizado através de revisão bibliográfica, onde o objetivo geral é analisar a hierarquia definida nas relações de parentalidade e seus possíveis impactos para o desenvolvimento psíquico do sujeito; para isso vamos refletir sobre o desenvolvimento psíquico da criança, possibilitando desta forma analisar a hierarquia definida nas relações de parentalidade; bem como identificar os seus impactos para o desenvolvimento psíquico do indivíduo.

2 | O DESENVOLVIMENTO PSÍQUICO DO INDIVÍDUO

Com base em Cervený (2000); citado por Dias (2011), compreende-se que a família constitui um sistema ativo, onde abarca outros subsistemas em si, exercendo funções importantes na sociedade. A comunicação é o elo de ligação que estabelece condição de convívio e de suporte de todo o sistema, baseando-se na igualdade ou na diferença.

A comunicação entre todos os membros da família é importante, e esta torna-se ainda mais importante na relação cuidador- criança porque a influência principal na vida moral dos filhos é essencialmente exercida pelas figuras de autoridade, (àquelas que exercem autoridade na condução da educação desta criança), pois é a partir desta interação que as suas características de personalidade estão sendo construídas. A qualidade das relações na parentalidade exerce uma influência determinante na formação psicológica destes.

O psicólogo Jean Piaget propôs em sua teoria que o desenvolvimento cognitivo evolui progressivamente e se realiza em estágios. Cada estágio é um período onde o pensamento e comportamento infantil é caracterizado por uma forma específica de conhecimento e raciocínio. Em linhas gerais, Piaget esquematiza o desenvolvimento psíquico nos seguintes estágios: sensório-motor, pré-operatório, operatório concreto e operatório formal.

A partir das argumentações apresentadas nesse artigo sobre a construção da família e o desenvolvimento psíquico, é preciso investigar: qual a função da hierarquia definida nas relações de parentalidade para o desenvolvimento psíquico do sujeito?

Os estudos sobre o desenvolvimento, à luz da psicologia, abarcam a ideia que reforça que toda a vida do ser humano precisa ser estudada.

Segundo Papalia, Olds e Fieldman (2006), citado por Biaggio (2009); essa preocupação com o desenvolvimento em toda a vida do ser humano se chama

desenvolvimento do ciclo vital. Paul B. Baltes, líder no estudo da psicologia desse desenvolvimento, identifica os princípios fundamentais de uma abordagem do desenvolvimento no ciclo vital, os quais servem de estrutura para o seu estudo. São eles:

- O desenvolvimento é vitalício. Cada período de vida é influenciado pelo que aconteceu antes e irá afetar o que está por vir. Cada período tem suas próprias características e um valor sem igual; nenhum é mais ou menos importante do que qualquer outro.
- O desenvolvimento depende de história e contexto. Cada pessoa desenvolve-se dentro de um conjunto específico de circunstâncias ou condições definidas por tempo e lugar. Os seres humanos influenciam seu contexto histórico e social, e são influenciados por eles.
- O desenvolvimento é multidimensional e multidirecional. O desenvolvimento durante toda a vida envolve um equilíbrio entre crescimento e declínio. Quando as pessoas ganham em um aspecto, podem perder em outro, e em taxas variáveis.
- O desenvolvimento é flexível ou plástico. Plasticidade significa capacidade de modificação do desempenho. Muitas capacidades como memória, força e persistência, podem ser significativamente aperfeiçoadas com treinamento e prática, mesmo em idade avançada. Entretanto, o potencial para mudança tem limites.

O que podemos falar, de antemão, a respeito destes fatores é que existem fatores internos e externos ao sujeito, além de questões que abordam as diferenças individuais e os pontos em comum da espécie.

Portanto, ao tentar compreender as semelhanças e as diferenças no desenvolvimento, precisamos observar as características herdadas que dão a cada pessoa um começo especial na vida.

3 | PRINCIPAIS CONCEITOS SOBRE A HIERARQUIA DEFINIDA NAS RELAÇÕES DE PARENTALIDADE

A família é compreendida como um grupo com identidade própria, um sistema aberto com comunicação multidirecional, que pode representar um fator de adversidade ou de proteção aos processos de adaptação inerentes ao seu desenvolvimento. Uma família funcional não se caracteriza pela ausência de dificuldades relacionais, mas sim pela sua capacidade de enfrentamento e resolução dos mesmos. Três aspectos são necessários para um funcionamento familiar efetivo: sistema de crenças na família, padrões de organização e processos de comunicação.

As famílias, como primeiro contexto de socialização, desempenham um papel fundamental no comportamento e desenvolvimento das crianças (Baumrind, 1991; Parke & Buriel, 2006). Segundo Baumrind, 1978; Bornstein, 2002, 2006; Maccoby, 2000; Sroufe, 2000, as relações precoces têm sido identificadas como fundamentais para o desenvolvimento da criança. Sendo a qualidade dos cuidados parentais apontada frequentemente como a variável mais importante para o desenvolvimento infantil (SROUFE, 2002 apud CARDOSO, VERISSIMO, 2013, p. 1).

Bray (1995), citado por Souza (2011); afirma que não existe consenso na definição do funcionamento familiar saudável e patológica. Para a teoria sistêmica estrutural, limites geracionais claros, definições de papéis e estruturas e funções determinadas segundo o gênero são critérios importantes para determinar se uma relação familiar é funcional, enquanto para a teoria do modelo circunplexo o critério utilizado seriam os níveis de coesão e adaptabilidade.

As teorias sobre o funcionamento familiar sugerem quatro categorias que devem ser avaliadas: *composição familiar* – descrição da estrutura da família e dos membros –; *processo familiar* – inclui comportamentos e interações que caracterizam as relações familiares, tais como conflito, diferenciação, comunicação, resolução de problemas e controle –; *fatores afetivos* – emoções e expressão afetiva entre os membros – e *organização familiar* – refere-se a papéis e regras, incluindo aspectos como fronteiras e hierarquia. A discussão é sobre quais aspectos da relação familiar precisam ser avaliados. Em seu estudo, Bray encontrou alguns fatores e processos-chave que são importantes para serem avaliados: comunicação, emoções, papéis, conflito parental, resolução de problemas, vínculos e coesão, expressão de afeto, intimidade, estresse, diferenciação e individuação. Nos artigos avaliados neste presente estudo, os fatores mais analisados foram: envolvimento e expressão afetiva, comunicação, desempenho de papéis, adaptação, resolução de problemas e controle do comportamento. (BRAY, 1995 apud SOUZA, 2011)

Na perspectiva sistêmica a família deve ser vista como um agrupamento que ampara a estrutura hierárquica dos seus membros; sendo constituída em subsistemas, ou seja, um sistema dentro de outros sistemas e ela própria englobando outros sistemas com regras que ajustam o relacionamento entre os membros da família.

Assim, no subsistema conjugal há a presença do eu, tu, e nós cônjugues. Surge quando dois adultos se unem numa relação de reciprocidade e complementaridade, formando um casal, poderá apresentar uma perda da individualidade mas um ganho em sentido de pertença, cooperação, correlação. O subsistema filial, surge com o nascimento do primeiro filho que modifica o sistema, seguindo-se outros filhos. O subsistema parental tem como função essencial a educação, a proteção e a socialização. Por fim o subsistema fraternal define as relações entre os irmãos, que dentro da normalidade deveriam ser relações fortes desenvolvendo a cooperação mútua (RELVAS, 1996 apud DIAS, 2011).

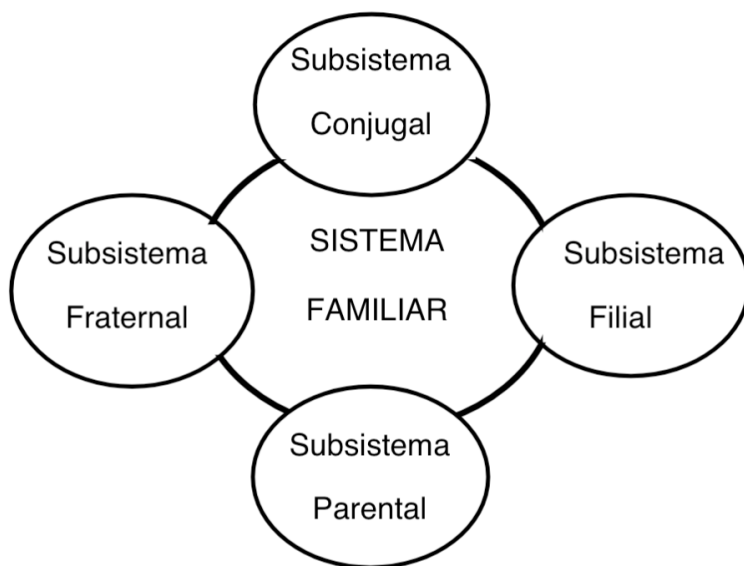


Figura 1 - Sistema Familiar e Subsistemas
Fonte: Autoria Própria, baseado em Dias (2011).

A forma como cada subsistema se organiza e como se desenvolvem as relações dentro de cada um, chama-se *estrutura familiar*. Cada família, no entanto, possui organização e estrutura específicas dependendo da forma como seus subsistemas interagem entre si e com os sistemas comunitários. Cada subsistema possui uma delimitação própria, que se desenvolve na dependência de suas interações com os demais subsistemas familiares. Para que se mantenham as características e diferenciação de cada subsistema, as fronteiras que os delimitam têm que ser respeitadas.

4 | A HIERARQUIA DEFINIDA NAS RELAÇÕES DE PARENTALIDADE

Segundo Dias (2011), seja qual for o modelo familiar, ela é sempre um grupo de pessoas classificadas como unidade social, como um todo sistêmico onde se desenvolvem relações entre os membros e o meio exterior. A família é constituída por um sistema dinâmico, contendo em si outros subsistemas e desempenha importantes funções na sociedade. A comunicação é o elo de ligação que compõe o convívio e o amparo de todo o sistema, baseando-se na igualdade ou na diferença.

O exercício da comunicação promove a capacidade de expressar-se que, para além de afastar a solidão, propicia satisfação das necessidades intelectuais, afetivas, morais e sociais, designando um componente essencial da vida de cada um em particular, e de todo o sistema familiar.

Como a família é a primeira instituição a facultar as relações, o modo como nela se desenvolvem os processos de comunicação determinará o maior ou menor sucesso do desenvolvimento pessoal e social dos seus membros e, conseqüentemente, a integração na sociedade (DIAS, 2002 apud DIAS, 2011).

Este artigo vai centrar-se na teoria estrutural dos sistemas familiares de Minuchin (1982), citado por Selau(2016); por ser este o referencial teórico da *Escola Estrutural*; para ele a família é um sistema aberto, devido ao movimento de seus membros dentro e fora da interação de uns com os outros e com os sistemas extrafamiliares, em um fluxo constante de informação. A família também é formada por uma estrutura que se auto organiza e desenvolve-se ao longo do tempo, e que se define em função dos limites de uma organização hierárquica (MINUCHIN, 1982 apud SELAU, 2016).

Pensar a família, na perspectiva sistêmica, implica considerar que os comportamentos e as ações de um dos seus membros tanto influenciam como são influenciados pelo dos outros.

4.1 Modelo familiar

Segundo Minuchin (1982), citado por Selau (2016); a compreensão da família como um sistema, operando dentro de contextos sociais específicos, possui três componentes essenciais: *estrutura, subsistema e fronteira*.

- Estrutura

A estrutura familiar é um conjunto invisível de exigências funcionais que organiza as maneiras pelas quais os seus membros interagem. Uma família é um sistema que opera por meio de padrões transacionais. Transações repetidas estabelecem padrões de como, quando e com quem se relacionar e esses padrões reforçam o sistema. Eles também regulam o comportamento dos membros da família e são mantidos por dois sistemas de repressão. O primeiro é genérico, envolvendo as regras universais que governam a organização familiar; e o segundo é idiossincrático, envolvendo as expectativas mútuas de membros específicos da família (MINUCHIN, 1982 apud SELAU, 2016)

- Subsistema

O sistema familiar se diferencia e exerce suas funções por meio de subsistemas. Na família, cada indivíduo é um subsistema, assim como as díades esposo-esposa (subsistema conjugal), pai-filho (subsistema parental), irmão-irmão (subsistema fraternal) ou grupos maiores, que possibilitam a composição de outros subsistemas, por geração, sexo, função ou interesse. Cada indivíduo pertence a diferentes subsistemas, nos quais há diferentes níveis de poder e onde se aprende habilidades diferenciadas. A organização dos subsistemas de uma família fornece treinamento valioso no processo de manutenção do “eu sou” diferenciado (MINUCHIN, 1982 apud SELAU, 2016).

A complexidade relacional é regida por meio da comunicação, que constitui e caracteriza a interação familiar, a partir da qual são construídas, no tempo, as regras próprias de cada grupo. A maneira como os subsistemas são organizados e as relações que se estabelecem entre eles e no interior de cada um coincidem com a estrutura da família. Há forças externas e internas que contribuem para sua regulação, conferindo-lhe uma capacidade auto-organizativa e uma coerência e consistência no jogo de equilíbrios dinâmicos interior-exterior (RELVAS, 1996 apud SELAU, 2016).

- Fronteiras

As fronteiras de um subsistema são as regras que definem quem participa de cada subsistema e como participa. A função das fronteiras é de proteger a diferenciação do sistema e garantir sua particularidade, possibilitando o seu funcionamento eficaz. Para que o funcionamento familiar seja funcional, estas fronteiras devem ser nítidas. A nitidez das fronteiras dentro de uma família é um parâmetro útil para a avaliação do funcionamento familiar (MINUCHIN, 1982 apud SELAU, 2016). É importante que o sistema familiar funcione em equilíbrio, e para que isto aconteça, é preciso que a presença de um conjunto de regras de comportamento e de funções dinâmicas se encontre em constante interação entre eles, mas também no intercâmbio do sistema familiar com o exterior (BERTANLANFFY, 1979 apud SELAU, 2016). As fronteiras nítidas são responsáveis pela construção de relações esclarecidas nas quais as pessoas dizem ‘sim’ ou ‘não’ objetivamente e de acordo com as demandas surgidas.

Quando não existem limites entre os subsistemas, as fronteiras tornam-se difusas, o que promove um padrão de funcionamento emaranhado na família. Fronteiras difusas são constituídas por relações complexas e papéis confusos, desse modo, não é estabelecida de forma clara a função de cada membro. Por outro lado, quando os limites são excessivos, as famílias podem desenvolver fronteiras rígidas, que caracterizam famílias com padrão de funcionamento desligado, casos em que a comunicação por meio dos subsistemas se torna difícil e as funções protetoras ficam prejudicadas, criando um distanciamento nas relações entre as pessoas (MINUCHIN, 1982 apud SELAU, 2016).

Os problemas de ajustamento baseiam-se no fato de que o que ocorre num indivíduo que vive numa família não decorre apenas de condições internas a ele, mas também de um intenso intercâmbio com o contexto mais amplo no qual está inserido. Ele não só recebe o impacto desse ambiente como atua sobre ele, influenciando-o. Num grupo familiar disfuncional os modos de interação entre seus membros vão-se cristalizando, quer na forma de distanciamento, ou de excessiva interferência na vida uns dos outros, formando alianças entre alguns membros, deixando outros periféricos, ou transformando outros em bodes expiatórios (geralmente a criança). Sintomas como baixo rendimento na escola, agressividade, depressão são vistos como próprios da pessoa sintomática, e esta é vista como um caso isolado. Nesse pano-de-fundo as famílias disfuncionais fracassam

progressivamente no cumprimento de suas funções familiares essenciais, (CARNEIRO, 1983 apud GOMES, 1986).

Do ponto de vista da comunicação, a família sintomática perde-se em críticas, acusações, silêncios, duplas mensagens: há muita dificuldade em colocar-se no lugar do outro e rigidez em tentar novas formas de resolver problemas. Do ponto de vista de estrutura, os papéis são mal definidos, com filhos desempenhando papéis paternos e pais formando alianças com filhos, excluindo o outro membro do casal. Do ponto de vista dinâmico, há, em muitos casos, dificuldade em assumir a função de pais, com suas responsabilidades e limites, bem como dificuldade em estabelecer objetivos familiares e organizar-se para atingi-los. (WEITZMAN, 1985 apud GOMES, 1986).

Conforme citado por Gomes (1986), há alguns autores (L'Abbate, Frly, Wagner, s.d) que enfatizam os aspectos estruturais do sistema familiar: *limite* (regras de participação) e *hierarquia* (regras de poder). A estrutura familiar é o conjunto invisível de exigências funcionais que organiza as maneiras pelas quais os membros da família interagem. Minuchin foi quem propôs esse enfoque estrutural e desenvolveu sua teoria, através da análise dos padrões transacionais que se desenvolvem entre os vários subsistemas da família. Para ele, o comportamento sintomático tem a função de manter as regras de interação que controlam o estabelecimento de fronteiras e hierarquias da família.

5 | POSSÍVEIS IMPACTOS DA HIERARQUIA DA PARENTALIDADE PARA O DESENVOLVIMENTO PSÍQUICO DO INDIVÍDUO

Não sendo única, a família é na nossa sociedade a primeira e mais forte instituição com caráter de socialização, em que a aprendizagem se realiza através da própria experiência da vida familiar (AMARO, 2006 apud DIAS, 2011).

Os primeiros estudiosos deste tema, que utilizaram os construtos como coesão e hierarquia, conceberam uma divisão do construto fronteira em dois outros, denominados *proximidade ou coesão e hierarquia*. Ambos os construtos são vistos como duas dimensões básicas que descrevem a organização do sistema social ou a estrutura familiar (WOOD, 1985 apud DE ANTONI, 2009)

A coesão envolve proximidade afetiva, relações de amizade, união e de pertencimento ao grupo. A hierarquia tem sido definida como uma estrutura de poder, que envolve influência, controle e adaptabilidade. Está relacionada ao controle e poder decisório, seja nos eventos cotidianos, como em situações adversas. O domínio de uma pessoa no sistema familiar tem sido relatado como uma habilidade de mudar papéis e regras no grupo. O exercício de poder é adaptativo, quando auxilia a manter o equilíbrio no sistema familiar. A funcionalidade do sistema familiar tem sido identificado por dois aspectos em relação à hierarquia: o relacionamento do casal de forma igualitária (equilíbrio de poder) e os pais tendo mais poder e influência do que seus filhos, mas com certo grau de flexibilidade. (DE ANTONI, 2009).

Segundo Calil (1987), uma família *funcional* conta com forte aliança entre os pais, que lidam com seus conflitos através da colaboração e satisfação mútua de suas necessidades. Os cônjuges são flexíveis em sua maneira de lidar com o conflito, utilizando diferentes métodos em momentos diferentes. Além disso, em suas funções de pais existe o apoio da autoridade de cada um dos cônjuges com relação aos filhos. Os pais podem discordar abertamente quanto a assuntos relacionados à educação dos filhos, mas essa discórdia não inclui o filho no papel de “juiz”.

Nichols (2007) afirma que uma fronteira clara estabelece uma *estrutura hierárquica* em que os pais ocupam uma posição de liderança. As hierarquias podem ser frágeis e ineficazes ou rígidas e arbitrárias. No primeiro caso, membros mais jovens da família podem ficar desprotegidos pela ausência de orientação; no segundo, seu desenvolvimento como indivíduos autônomos pode ser prejudicado, ou lutas de poder podem ser o resultado.

Portanto, a comunicação entre todos os membros da família é importante, torna-se ainda mais relevante na relação progenitor filho porque a influência principal na vida moral dos filhos é essencialmente exercida pelos pais, sobretudo das crianças mais novas (WEISSBOURD, 2010 apud DIAS, 2011).

A família é, então, um espaço onde favorece o crescimento e aprendizado em proporções significativas de relacionamentos e comunicação, onde as emoções e afetos positivos ou não constituem o sentimento de sermos quem somos e de pertencimento àquela família.

A comunicação é um fator importante para o desenvolvimento das relações entre os membros da família e o meio social. Desta forma, o processo de comunicação no sistema familiar leva o indivíduo à adaptação social, caso contrário a relação familiar torna-se insustentável e a possibilidade do fracasso da sua inserção no sistema familiar e no sistema social pode acontecer.

Ressalte-se que as normas e os valores que introjetamos no interior da família permanecem conosco durante toda a vida, atuando como base para a tomada de decisões e atitudes que apresentamos no decorrer da fase adulta. Além disso, a família continua, mesmo na etapa adulta, a dar sentido às relações entre os indivíduos, funcionando como um espaço no qual as experiências vividas são elaboradas (SARTI, 2004 apud PRATTA, 2007).

Como a família é a primeira instituição a facultar as relações o modo como nela se desenvolvem os processos de comunicação determinará o maior ou menor sucesso do desenvolvimento pessoal e social dos seus membros e, conseqüentemente, a integração na sociedade (DIAS, 2002 apud DIAS 2011).

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do presente artigo evidenciou-se que a família é o que dá origem ao desenvolvimento do indivíduo, é o elemento mais consistente, mais seguro e que dá estrutura à personalidade dos seus membros. É o local privilegiado para a formação do caráter do sujeito, sendo que os adultos (em especial àqueles que desempenham a função parental) desempenham um papel decisivo no absoluto desenvolvimento das habilidades, atitudes e valores que mantêm as competências do sistema como um todo.

Porém precisamos vê-la como um sistema dentro de outros sistemas inseridos em um determinado contexto com uma cultura própria. E este sistema se transforma através dos tempos adaptando-se e reestruturando-se dando continuidade ao seu funcionamento.

A comunicação é então o fator principal a estruturar o desenvolvimento psíquico do indivíduo, pois é nela que são elaboradas as práticas de interação relacional, educativa, de interação e integração social dos elementos que se fundamentam.

Tendo em vista que as interações são várias, as relações de parentalidade com hierarquia definida onde o processo de comunicação é fluido, possibilita o equilíbrio do sistema familiar. Sendo um sistema aberto está sujeito a análises e influências em todo o processo de comunicação. Havendo relações familiares equilibradas o próprio processo sistêmico estabelecerá o equilíbrio do sistema como um todo, ao mesmo tempo que constitui um elo com a sociedade, contribuindo desta forma para o equilíbrio social.

A identificação com as figuras parentais é a primeira dentre uma série que o indivíduo viverá. Como a relação com os pais tem forte base afetiva e não só cognitiva, ela marcará profundamente o sujeito, acompanhando-o durante toda a sua vida e atravessando seus outros processos de identificação.

Este estudo propicia a reflexão com olhar voltado também para a família contemporânea, pois esta reúne sujeitos que pautam suas relações na individualidade, liberdade e possibilidade de escolhas. Trazendo desafios para seus membros; pela pluralidade em suas formas e flexibilidade em desempenho de papéis, as relações familiares têm sido modificadas, pautando essas mudanças na comunicação efetiva. Esse processo trouxe modificações na família, havendo necessidade de adaptação das regras e, conseqüentemente, de ajustamento no exercício da hierarquia.

Tendo em vista o objetivo do referido artigo ser analisar os impactos da hierarquia definida nas relações de parentalidade; fica evidente através da bibliografia analisada que o exercício da hierarquia deve ser considerado mediante cada situação colocada em cada momento; pois as normas e os valores que são introjetados no seio da família permanecem com o sujeito ao longo da vida, atuando como base para a tomada de decisões e atitudes. Desenvolvendo dessa forma no indivíduo maior socialização, tolerância à frustração e compreensão das normas sociais; conseqüentemente possibilitando dessa forma através da comunicação efetiva, a autoconfiança e o desenvolvimento pessoal como um todo.

REFERÊNCIAS

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: LTC, 2017.

BIAGGIO, Ângela M. Brasil. **Psicologia do desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Petrópolis, 2009.

CALIL, Vera L. L. **Terapia Familiar e de Casal**. 9. ed. São Paulo: Summus, 1987.

CARDOSO, Jordana; VERISSIMO, Manuela. Estilos parentais e relações de vinculação. **Aná. Psicológica**, Lisboa, v. 31, n. 4, p. 393-406, dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312013000400006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 22 Jun. 2019.

DE ANTONI, CLARISA; MARTINS-TEODORO, MAYCOLN LEONI; KOLLER, SILVIA HELENA. Coesão e hierarquia em famílias fisicamente abusivas. **Univ. Psychol.** Bogotá, v. 8, n. 2, p. 399-412, setembro de 2009. Disponível em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672009000200008&lng=en&nrm=iso>, Acesso em 20 Nov. 2019.

DIAS, Maria Olívia. **Um olhar sobre a família na perspectiva sistêmica o processo de comunicação no sistema familiar**. Disponível em: <<https://documentcloud.adobe.com/link/track?uri=urn%3Aaaid%3Aascds%3AUS%3Ab9546d57-edbe-475e-beee-99f3e2fe5d30>>, Acesso em 20 Nov. 2019.

GOMES, Heloisa Szymanski Ribeiro. Terapia de família. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 29-32, 1986. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931986000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931986000200011>.

MANGUEIRA, Suzana de Oliveira; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira. Família disfuncional no contexto do alcoolismo: análise de conceito. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 1, p. 149-154, fevereiro de 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000100149&lng=en&nrm=iso>. acesso em 20 de novembro de 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140020>.

NICHOLS, Michael P.; SCHWARTZ, Richard C. **Terapia Familiar Conceitos e Métodos**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio dos. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 247-256, Aug. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722007000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722007000200005>.

SELAU, Leticia Santos. **A vivência da coparentalidade em uma situação de divórcio conflituoso na perspectiva paterna: um estudo de caso**. Disponível em: <<https://documentcloud.adobe.com/link/track?uri=urn%3Aaaid%3Aascds%3AUS%3A06ba90db-b3e1-4eb9-91bc-a2ebcaa2c140>>, Acesso em 20 Nov. 2019

SOUZA, Joseane de et al. Avaliação do funcionamento familiar no contexto da saúde mental. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 254-259, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832011000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832011000600007>

STENGEL, Márcia. O exercício da autoridade em famílias com filhos adolescentes. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte, v. 17, n. 3, p. 502-521, dez. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682011000300011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 nov. 2019.

URRUTIGARAY, Maria Cristina. **Desenvolvimento da infância e adolescência**. Rio de Janeiro: Seses, 2016.

CAPÍTULO 17

A IMPORTÂNCIA DO ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO NO TRATAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS

Data de aceite: 01/02/2021

Data de submissão: 08/10/2020

Daniele Amarilha Vioto

Unigran da Grande Dourados, Psicologia
Dourados-Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/1080317381861612>

Thalía Zadroski

Unigran da Grande Dourados, Psicologia
Dourados- Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/8797255475917550>

RESUMO: O presente artigo tem por objetivo demonstrar a importância do aconselhamento psicológico em saúde para a melhoria com estilo de vida saudável, através de mudanças que gere saúde, alimentação, exercício físicos e uso de substância e na maneira de adaptar o psicológico na alteração da saúde em atrito com o seu meio interno, e lidar com sentimento de frustração, desânimo e incapacidade. O estudo trata de uma revisão bibliográfica. O aconselhamento psicológico pode ser praticado, no âmbito da saúde em centros de saúde, hospitais, maternidades, em empresas serviços de saúde ocupacional e serviços e centros de reabilitação e em organizações comunitárias. Diante do trabalho produzido nota-se a importância do aconselhamento psicológico nos casos de tratamento de doenças crônicas como a diabetes, sendo um meio de auxílio para o indivíduo que encontra-se nessa situação, possibilitando através do atendimento que o paciente sinta-se mais acolhido e que passe a compreender

melhor tanto sobre a doença em si como sobre o processo de auto- cuidado e prevenções, bem como das mudanças comportamentais que serão necessárias ocorrerem durante esse processo de adaptação a doença.

PALAVRAS-CHAVE:

Psicológico, Saúde.

Aconselhamento,

THE IMPORTANCE OF PSYCHOLOGICAL COUNSELING IN THE TREATMENT OF CHRONIC DISEASES

ABSTRACT: This article aims to demonstrate the importance of psychological counseling to health aiming at a healthy lifestyle, through changes that manage health, food, physical exercise and substance use and in the way of adapting the psychological in the alteration of health in friction with its internal environment, and to deal with feeling of frustration, discouraged and disability. The study deals with a literature review. Psychological counseling can be practiced, in the field of health in health centers, hospitals, maternity hospitals, occupational health services companies and services, rehabilitation centers, and in community organizations. In view of the work produced, it is noted the importance of psychological counseling in cases of treatment of chronic diseases such as diabetes, being a means of assistance for the individual who is in this situation, enabling the patient to feel more welcomed through care and to better understand both about the disease itself and about the process of self-care and prevention, as well as the behavioral changes that will be necessary to occur during this process of adaptation to the disease.

KEYWORDS: Counseling, Psychological, Health.

1 | INTRODUÇÃO

O aconselhamento em saúde tem por objetivo intervir em ajudar o sujeito a manter ou a melhorar a sua saúde, com a proposta de um estilo de vida saudável, que através de comportamentos que gere saúde, alimentação, exercício físicos e uso de substância e na maneira de adaptar o psicológico na alteração da saúde em atrito com o seu meio interno, e a lidar com os sentimentos de incapacidade e desânimo. Isso tudo pode haver mudanças pessoal para ajustamento de uma nova fase de vida em seu meio social, com a participação de técnicos de saúde que estarão mais presentes no cotidiano.

O aconselhamento psicológico pode ser praticado, no âmbito da saúde em centros de saúde, hospitais, maternidades, em empresas serviços de saúde ocupacional e serviços e centros de reabilitação e em organizações comunitárias.

Segundo Trindade; Teixeira (2000) a relação clínica no aconselhamento envolve 3 componentes diferentes, cujo peso específico pode variar em cada intervenção ou em cada entrevista em função das necessidades específicas do sujeito: (1) ajuda, para lidar com as dificuldades, identificar as soluções, tomar decisões e mudar comportamentos; (2) pedagógica, relacionada com a transmissão de informação e (3) de apoio, relacionado com a transmissão de segurança emocional, facilitação do controlo interno e promoção da autonomia pessoal. O presente trabalho tem como objetivo apresentar o benefício do aconselhamento psicológico, nos cuidados de saúde e doença, em relação a diferentes níveis de doença crônica como a Diabetes Mellitus.

2 | MÉTODOS

A pesquisa foi realizada uma busca nos arquivos da BIREME/Biblioteca Virtual de Saúde BVS, com o uso dos descritivos: “aconselhamento psicológico em saúde” e “aconselhamento psicológico na produção de saúde”. para o período de 2019 , lidos na íntegra e discutidos.

A sistematização do material considerou a identificação do tema abordado e da concepção do aconselhamento psicológico no tratamento de doenças crônicas que orientou o recorte do objeto e subsidiou a sua análise.

3 | DISCUSSÃO

3.1 Aconselhamento em saúde conceitos e práticas

O aconselhamento psicológico em saúde é um processo de intervenção quem tem como objetivo ajudar o indivíduo a melhorar seus hábitos de saúde, ou seja de promover

a saúde em caso de adaptação psicológica em determinados casos, como em casos de doenças crônicas como a diabetes, o profissional tem várias áreas de atuação como centros de saúde, hospitais maternidade e etc. a finalidade do aconselhamento é ajudar o paciente a conviver com a doença, assim como lidar com as consequências dela, assim como também lidar as famílias dessas pessoas cujo quais também são afetadas pelos sintomas da doença.

Para trindade e Teixeira (2000) os grandes objetivos do aconselhamento em saúde são:

- Fornecer ajuda para dar orientação para pacientes saudáveis ou doentes.
- Facilitar as mudanças dos hábitos de saúde.
- Ter escuta e acolhimento para com o sofrimento e preocupações do paciente.
- Localizar as principais preocupações do paciente e fornecer assistência.
- Identificar as dificuldades de convivência e comunicação com a família e com outros profissionais da saúde envolvidos e ajudar a criar comportamentos que facilitem a convivência e comunicação com ambos.
- Transmitir informações necessárias de acordo com a dinâmica do paciente (personalizada.)
- Fazer com que o paciente.

Existem três componentes distintos, porém que possuem a mesma importância dentro da relação clínica no aconselhamento. que irão depender da situação e do tipo de intervenção são elas: (1) a ajuda na mudança de comportamentos relacionados com a saúde, (2) a didática, relacionada com a transmissão de informação de acordo com a dinâmica e capacidade do paciente, (3) de apoio, ligado ao fornecimento de apoio emocional, e a facilitação de controles pessoais e autonomia. O campo de fornecimento de informações dentro do aconselhamento na saúde pode ser muito mais amplo que na clínica individual, já que se pode atingir uma gama maior de pessoas. O aconselhamento em saúde pode estar ligado a pelo menos quatro áreas sendo elas a promoção e manutenção da saúde, prevenção da doença, adaptação a doença, adesão aos tratamentos.

3.2 Aconselhamento em saúde na no tratamento de doenças crônicas (diabetes mellitus)

A diabetes mellitus também conhecida como tipo II, é uma doença crônica grave, a qual a principal característica é a hiperglicemia (aumento da glicose no sangue), esta doença é adquirida através de maus hábitos extremos de alimentação e sedentarismo. É uma doença que atinge cerca de 2% da população mundial. O tratamento do diabetes mellitus requer uma mudança extrema de comportamentos cujo quais exigem uma dieta restrita e exercícios físicos frequentes. Essa mudança não acontece somente no modelo médico medicamentoso e alimentar, é também um processo psicológico, onde o paciente irá ter que aceitar e se adaptar a doença assim como aprender a lidar com os novos hábitos de saúde, e adaptar a convivência familiar a partir dos limites da doença. A mudança de hábitos terá

de acontecer de forma integrada com as demais áreas da saúde com profissionais como nutricionistas, médicos, psicólogos e educadores físicos. A partir dessa demanda se cria grupos de educação, onde pessoas que possuem a doença recebem um acompanhamento personalizado desses profissionais, com o enfoque na aprendizagem, reeducação, assistência e autonomia pessoal dos pacientes. Neste grupo aprende-se técnicas de enfrentamento, transmissão de conhecimento, estipular regras, construir possibilidades dentro dos limites da doença e etc. o aconselhamento dentro destes grupos é de grande valia já que os objetivos dessa modalidade de atendimento atendem as demandas desses grupos. O tratamento psicológico fornece uma base para que o paciente lide com os aspectos da doença e trabalhe a sua autonomia para conseguir uma melhor qualidade de vida, estes grupos de educação são importantes para portadores dessa doença pois, cria um ambiente de segurança, onde ele tem espaço para falar e compartilhar as suas experiências. Estes grupos incentivam a formação de equipes multidisciplinares, onde as quais são muito necessárias dentro da área da saúde, pois a psique e o corpo físico estão ligados constantemente, havendo o trabalho de diversos profissionais em diversas áreas e em diversos contextos como em grupo de diabetes, dst's, hipertensos e etc.

4 | CONCLUSÃO

Diante do trabalho produzido nota-se a importância do aconselhamento psicológico nos casos de tratamento de doenças crônicas como a diabetes, sendo um meio de auxílio para o indivíduo que encontra-se nessa situação, possibilitando através do atendimento que o paciente sinta-se mais acolhido e que passe a compreender melhor tanto sobre a doença em si como sobre o processo de auto- cuidado e prevenções, bem como das mudanças comportamentais que serão necessárias ocorrerem durante esse processo de adaptação a doença. A tomada de consciência levará a autonomia do paciente, o que produzirá uma qualidade de vida melhor. Sendo assim o aconselhamento contribui para o enfrentamento da doença e leva a reflexão sobre possíveis modos quem poderiam contribuir para a produção de possíveis resoluções frente ao conflito que a doença causou.

REFERÊNCIAS

ANTÔNIO, Patrícia. **A psicologia e a doença crônica: intervenção em grupo na diabetes mellitus. Psicologia, saúde & doenças.** 2010, 11(1), 15-27. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862010000100002. Acesso em: 27 de Set. de 2019.

TRINDADE, Isabel; TEIXEIRA, Jose, Carvalho. **Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença - intervenção privilegiada em psicologia da saúde. Análise em psicológica.** (2000), 1 (XVIII): 3-14. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v18n1/v18n1a01.pdf>. Acesso em: 26 de Set. de 2019.

CAPÍTULO 18

CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA ESCOLAR E EDUCACIONAL PARA O MANEJO DOS TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO

Data de aceite: 01/02/2021

Data de submissão: 04/12/2020

Rafael Nogueira Furtado

Universidade Federal de Juiz de Fora
São Paulo – SP
<http://lattes.cnpq.br/9761786872182217>

Juliana Aparecida de Oliveira Camilo

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
São Paulo – SP
<http://lattes.cnpq.br/3301134903349564>

RESUMO: O trabalho tem como objetivo explicitar as contribuições da Psicologia Escolar e Educacional para a compreensão e manejo dos transtornos do neurodesenvolvimento. Inicialmente, apresentam-se os princípios teóricos e metodológicos do materialismo histórico-dialético e as concepções de Vygotsky, Luria e Leontiev sobre o desenvolvimento humano em suas relações com a educação. Em seguida, problematiza-se a atuação do profissional psicólogo face aos transtornos do neurodesenvolvimento, tendo em vista a medicalização das dificuldades escolares e o processo de mercantilização do ensino.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia Escolar e Educacional, transtornos do neurodesenvolvimento, materialismo histórico-dialético.

CONTRIBUTIONS OF EDUCATIONAL AND SCHOOL PSYCHOLOGY TO THE MANAGEMENT OF NEURODEVELOPMENTAL DISORDERS

ABSTRACT: This chapter aims to explain the contributions of School and Educational Psychology to the understanding and management of neurodevelopmental disorders. Initially, the theoretical and methodological principles of historical-dialectical materialism are presented, as well as the thought of Vygotsky, Luria and Leontiev on human development, and its relationship with education. Then, the professional role of the psychologist in the face of neurodevelopmental disorders is problematized, considering the medicalization of school difficulties and the process of teaching mercantilization.

KEYWORDS: School and Educational Psychology, neurodevelopmental disorders, historical-dialectical materialism.

1 | INTRODUÇÃO

Em seu exercício profissional, o psicólogo é frequentemente convocado a intervir sobre os diferentes transtornos do neurodesenvolvimento que afetam crianças e adolescentes no contexto da educação. Esta demanda coloca ao profissional desafios éticos e técnicos. Conforme a nosografia corrente, os chamados Transtornos do Neurodesenvolvimento caracterizam-se por dificuldades que “variam desde limitações muito específicas na aprendizagem ou no controle de funções executivas até prejuízos globais

em habilidades sociais ou inteligência” (American Psychiatric Association, 2014, p. 75). É frequente que mais de um transtorno acometa o mesmo indivíduo.

Tais fenômenos clínicos “tipicamente se manifestam cedo no desenvolvimento, em geral antes de a criança ingressar na escola, sendo caracterizados por déficits que acarretam prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional” (American Psychiatric Association, 2014, p. 75). Dentro desta classe nosográfica, encontram-se as chamadas “Deficiências Intelectuais”, os “Transtornos da Comunicação”, “Transtornos do Espectro Autista”, “Transtornos Motores”, “Transtorno Específico da Aprendizagem” e o “Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade”.

Diferentes teorias psicológicas escolares e educacionais têm sido elaboradas de modo a elucidar os fatores envolvidos no desenvolvimento humano. Entre estas teorias, encontra-se a Psicologia Histórico-Cultural. Esta abordagem fundamenta-se em uma longa trajetória de trabalhos, os quais remontam até o século XIX, estendendo-se aos dias atuais. Cumpre, portanto, compreendermos os princípios da Psicologia Histórico-Cultural, explicitando suas contribuições para a compreensão do desenvolvimento humano, em suas relações com o processo educacional.

Inicialmente, realiza-se a delimitação da problemática desta discussão. Em seguida, apresentam-se os princípios teóricos e metodológicos do materialismo histórico-dialético e as concepções de Vygotsky, Luria e Leontiev sobre o desenvolvimento humano e sua relação com o processo educacional. Por fim, problematizam-se as contribuições da Psicologia Escolar e Educacional para a compreensão da relação entre desenvolvimento humano e o processo educacional.

2 | MATERIALISMO HISTÓRICO-DIALÉTICO

A psicologia histórico-cultural tem como marco inicial os trabalhos de autores como Lev Vygotsky, Alexander Luria e Alexei Leontiev. Na elaboração de seus trabalhos, tais autores fundamentaram-se no método chamado “materialismo histórico-dialético”, de maneira a organizar um novo sistema explicativo acerca da condição humana. O materialismo histórico-dialético compreende a realidade a partir de processos históricos que contínua transformação, os quais trazem em seu bojo contradições e antagonismos (MARX; ENGELS, 1979).

O método postula que a condição humana se constitui a partir de relações sociais, políticas e econômicas que operam em determinado contexto histórico. Isto é, na medida em que os sujeitos agem e intervêm sobre a natureza, elas modificam a natureza. Em contrapartida, esta modificação da natureza cria condições de existência específicas que irão determinar a consciência humana (MARX; ENGELS, 1979).

Para Marx e Engels, as condições e estruturas sociais criadas pela práxis humanas são atravessadas por interesses de classe, pela lógica de acumulação do capital e ideologias

dominantes. A influência destes interesses se faz presente também na educação burguesa, a qual se coloca a serviço do mercado e se utiliza dos educandos para a manutenção do sistema vigente. No que se refere ao conhecimento científico, o materialismo histórico-dialético afirma que é apenas partindo da existência humana concreta que se poderá chegar às abstrações acerca da realidade.

Nesta concepção, o conhecimento científico não deve ser um simples sistema descritivo da realidade. Mas um instrumento de transformação e superação de estruturas políticas, econômicas e sociais de opressão. Cabe ao pesquisador evidenciar os interesses de classe que atravessam nossas práticas e saberes, os quais buscam se legitimar como universais, silenciando as vozes discordantes.

3 I DESENVOLVIMENTO HUMANO SEGUNDO VYGOTSKY, LURIA E LEONTIEV

Por sua vez, como mencionado, autores como Vygotsky, Luria e Leontiev se fundamentarão no materialismo histórico-dialético ao abordarem os fatores que influenciam o desenvolvimento humano, particularmente, em sua relação com a educação.

3.1 Lev Vygotsky

Para Vygotsky (1984), o desenvolvimento humano não decorre da maturação espontânea das capacidades inatas do organismo, mas sim das diferentes interações estabelecidas pelo indivíduo com seu meio social. Neste sentido, a educação desempenhará importante papel decisivo para o desenvolvimento humano. Pelo processo de ensino/aprendizagem os sujeitos internalizam elementos culturais e a experiência que, ao longo da história, foi acumulada pela humanidade. O processo educativo não está restrito à escola. Ele inicia-se informalmente, pelas diferentes interações do indivíduo com seus cuidadores, seu meio social próximo, até que, posteriormente, se institucionaliza como educação escolar.

Estes intercâmbios sociais possibilitarão o desenvolvimento de capacidades tipicamente humanas, tais como os processos psicológicos superiores. Tais processos incluem: a atenção voluntária, a memória lógica, as ações conscientes, o comportamento intencional e o pensamento abstrato. Distinguem-se de processos elementares como as ações reflexas e reações automatizadas.

Deve-se destacar que, conforme o autor, as interações sociais que levarão ao desenvolvimento dos processos mentais não ocorrem de forma imediata. A relação do sujeito com o mundo não é direta, e sim mediada. A “mediação” está presente em toda atividade humana, dando-se por meio dos chamados elementos de mediação, que consistem em: instrumentos técnicos e sistemas simbólicos, como a linguagem (VYGOTSKY, 1984). A linguagem receberá atenção especial de Vygotsky, como uma importante ferramenta de mediação, contendo em si valores e conceitos produzidos pela experiência humana.

Para o autor ela apresenta duas principais funções: a comunicação e generalização do pensamento, por meio da aprendizagem de categoriais conceituais abstratas.

Contudo, Vygotsky sustenta que a influência da cultura não implica que o desenvolvimento de processos mentais seja uma operação passiva. O indivíduo age sobre o meio e sobre as relações que o envolvem, de modo que ao transformar seu ambiente, ele também transforma a si mesmo (VYGOTSKY, 1984). Essa reciprocidade retoma o conceito de dialética. Deve-se ressaltar que a ênfase conferida por Vygotsky à influência das relações humanas não implica que este autor desconsidere o papel da biologia, de modo que, para ele, o desenvolvimento se dá pela interação entre planos, a saber, os planos: filogenético, ontogenético, sociogenético e microgenético.

3.2 Alexander Luria

Os trabalhos de Vygotsky influenciarão Luria, autor este importante para a Psicologia Histórico-Cultural, o qual dedicará grande parte de seu trabalho ao estudo do desenvolvimento do sistema nervoso humano. Para Luria (1981), o sistema nervoso corresponde a um sistema biológico aberto, permanentemente em interação com o ambiente, tanto físico, quanto social. Esta abertura é possível em razão do princípio chamado plasticidade cerebral. A neuroplasticidade explica a grande capacidade de adaptação humana e o amplo espectro de atividade que podemos realizar, conforme requerido por contextos variados.

Luria concorda com Vygotsky sobre os processos psicológicos humanos se constituírem tanto em função da história evolutiva humana, quanto em função da história social dos grupos humanos e da história particular de cada sujeito. Por um lado, isto implica a organização de uma estrutura básica do sistema nervoso, que cada membro da espécie apresenta já ao nascer. Estrutura que, para Luria, envolve três grandes unidades de funcionamento: unidade de regulação do tônus cortical e do estado de vigília; unidade de processamento e armazenamento de informações; unidade regulação e avaliação da atividade mental (LURIA, 1981).

Por outro lado, Luria destaca que tanto as estruturas físicas quanto as funções mentais modificam-se em razão da prática social e das exigências da cultura. Destaca-se aqui o papel decisivo da educação. Por meio da educação e de ferramentas culturais, como a linguagem, os indivíduos podem receber a estimulação adequada ao desenvolvimento de suas capacidades intelectuais, assim como de suas estruturas fisiológicas. Estudos empíricos realizados pelo autor, como por exemplo estudos com gêmeos e com comunidades da Ásia Central, atestam esta influência do meio social sobre o desenvolvimento das capacidades humanas.

3.3 Alexei Leontiev

Por fim, uma terceira e importante referência para a Psicologia Histórico-Cultural, no tocante ao desenvolvimento humano, refere-se a Alexei Leontiev. Influenciado por Marx e Vygotsky, o autor abordará temas como a memória, o movimento, motivações e emoções. Para o autor o desenvolvimento mental da criança corre segundo três princípios fundamentais: primeiramente, ele ocorre à medida que a criança assimila a experiência do gênero humano. A experiência assimilada é histórico-social, ou seja, ultrapassa as dimensões biológica e individual, e está registrada em objetos materiais e sistemas simbólicos (LEONTIEV, 2005).

Desde já, fica evidente o papel da educação para Leontiev. Será mediante as interações sociais de ensino e aprendizagem que esta assimilação irá se efetivar. Em segundo lugar, para Leontiev, o desenvolvimento das aptidões humanas, como por exemplo a memória, requer a formação de sistemas cerebrais funcionais. Porém, estas estruturas cerebrais não nascem prontas, mas derivam da apropriação que é feita da experiência histórica.

Em terceiro lugar, o desenvolvimento mental da criança é um processo de formação de ações mentais. Ou seja, a aquisição de conceitos abstratos e capacidades mentais complexas se dá gradualmente, mediante simples associação, que avançam em complexidade (LEONTIEV, 2005).

4 | TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO E AS CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA ESCOLAR E EDUCACIONAL

Gostaríamos de destacar três principais contribuições da Psicologia Histórico-Cultural para a compreensão e manejo dos transtornos do neurodesenvolvimento. Primeiramente, a Psicologia Histórico-Cultural evidencia-nos como os chamados problemas de aprendizagem e conduta são submetidos a processos de patologização e medicalização (MOYSÉS; COLLARES, 2013).

Entende-se por patologização o deslocamento para o campo médico de fenômenos do cotidiano, cuja natureza é de ordem social e política, sendo eles convertidos em questões biológicas, internas aos indivíduos. Como consequência, condutas que escapam a normas passam a ser abordadas como ‘doenças’, ‘transtornos’ ou ‘distúrbios’ (MOYSÉS; COLLARES, 2013).

Em decorrência, a patologização leva à medicalização. No contexto da educação, isto significa que problemas de aprendizagem e comportamento serão manejados, por exemplo, por substâncias estimulantes (tais como metilfenidato, anfetamina, modafinil), drogas ansiolíticas, reguladores do humor, entre outras (MOYSÉS; COLLARES, 2013).

Ao lidar com o tema do desenvolvimento, cumpre à psicologia, portanto, estabelecer uma reflexão crítica sobre a transformação de problemas cotidianos em sintomas de

doenças ou desordens psíquicas, bem como sobre a redução da subjetividade humana a aspectos orgânicos. A questão da patologização e medicalização nos conduz, assim, a uma segunda contribuição da Psicologia Histórico-Cultural. Trata-se de questionar a lógica de mercado e neoliberal presente na educação e como esta lógica influencia a compreensão e manejo de questões como os transtornos do desenvolvimento.

Michel Foucault (2008) destaca que, com a emergência do neoliberalismo, observamos a extrapolação da lógica econômica para diferentes esferas da atividade humana, como, por exemplo as relações interpessoais, a indústria cultural e, também, a educação. A colonização da sociedade pela lógica de mercado terá duas principais consequências.

A primeira consequência implica que os indivíduos passam a ser considerados como capital, isto é, como elementos produtores de riqueza. O sujeito torna-se capital humano. Os indivíduos devem ter, portanto, suas capacidades físicas e psicológicas continuamente aperfeiçoadas, potencializadas. Trata-se de um processo de melhoramento que visa agregar valor aos sujeitos, sendo a educação um dispositivo usualmente empregado para esta estratégia de melhoramento (FOUCAULT, 2008).

A segunda consequência desta extrapolação da lógica de mercado implica que a relação do sujeito consigo mesmo e com seus pares passa a ser regida por imperativos de eficiência e princípios da administração empresarial. Isto significa colocar os indivíduos em permanente concorrência entre si, de modo a extrair deles seu máximo desempenho. Princípios da administração empresarial perfazem as práticas educacionais contemporâneas. Esta lógica se faz presente, por exemplo, em diretrizes curriculares, na criação de instrumentos de avaliação, em projetos políticos-pedagógicos, que entendem o ensino como sinônimo de preparação para o mercado de trabalho (FOUCAULT, 2008).

Transtornos do desenvolvimento, neste contexto, são compreendidos como obstáculos para que alunos atinjam a performance desejada, e para isso são recrutados especialistas, como psicólogos, com vistas ao ajustamento destes indivíduos. Diante deste cenário, como destaca Bock, cabe à Psicologia romper com a relação de cumplicidade que, por muitas vezes, ela estabelece com o sistema vigente. Ao atuar de forma não crítica, em nome do ajustamento destes sujeitos, a psicologia reproduz exclusões e reforça injustiças de nossa sociedade.

Para finalizar, uma terceira contribuição da Psicologia Histórico-Cultural está em, ao invés de reforçar exclusões e injustiças, promover práticas inclusivas e afirmativas da diversidade, tendo em vista problemáticas relacionadas ao desenvolvimento. Primeiramente, como indicado pela Declaração de Salamanca, cumpre primeiramente reconhecer que indivíduos possuem características e necessidades de aprendizagem únicas, devendo a educação levar em conta esta diversidade de características.

Em seguida, deve-se buscar superar a primazia conferida a habilidades de escrita e verbais como indicadoras do desenvolvimento e da aprendizagem. A inclusão

passa pela consideração de que outras formas de expressão podem ser consideradas como componentes do desenvolvimento saudável. Ademais, ações de inclusão implicam possibilitar o acesso à escola regular, para indivíduos com necessidades especiais de aprendizagem. A Psicologia Histórico-Cultural deve instruir sobre o fato de que salas especiais acabam por segregar estes indivíduos e estimular atitudes de discriminação, quando o que se deseja é criar comunidades mais acolhedoras.

Por fim, a Psicologia Histórico-Cultural contribui para a inclusão ao evidenciar que o desenvolvimento humano não pode ser pensado de forma dissociada de questões como: gênero, raça, etnia, orientação sexual, classe social. Questões que perfazem o cotidiano escolar e estão na base das contradições da realidade brasileira, afetando diretamente o desenvolvimento de indivíduos e coletividades.

REFERÊNCIAS

BOCK, A. M. Psicologia da educação: cumplicidade ideológica. In: ANTUNES, M. A.; MEIRA, M. E. (Org.). **Psicologia escolar**: teorias críticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

FOUCAULT, M. **O nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

LEONTIEV, A. N. Os princípios do desenvolvimento mental e o problema do atraso mental. In: LURIA, A. R.; LEONTIEV, A. N.; VYGOTSKY, L. S. et al. **Psicologia e pedagogia**: bases psicológicas da aprendizagem e do desenvolvimento. São Paulo: Moraes Ltda., 1991.

LURIA, A. R. **Fundamentos de neuropsicologia**. São Paulo: EDUSP, 1981.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. 2. ed. São Paulo: Editora Ciências Humanas, 1979.

MOYSÉS, M. A.; COLLARES, C. A. Controle e medicalização da infância. **Desidades**, v. 1, p. 11-21, 2013.

UNESCO. **Declaração de Salamanca**: sobre princípios, políticas e práticas na área das necessidades educativas especiais. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/salamanca.pdf>. Acesso em: 30 set 2020.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

CRIANÇAS E SUAS INFÂNCIAS: TECENDO EXPERIÊNCIAS NO ESPAÇO DO BAIRRO

Data de aceite: 01/02/2021

Data de submissão: 06/11/2020

Zuleica Pretto

Docente na Universidade do Sul de Santa
Catarina
Florianópolis, Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/7284004284209233>

Letícia Teles de Sousa

Universidade do Sul de Santa Catarina
Rio do Sul, Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/2510054208376463>

Renata Polidoro Aguiar

Universidade do Sul de Santa Catarina
Florianópolis, Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/2462436774799213>

Tatiane Garceis dos Santos

Universidade do Sul de Santa Catarina
Florianópolis, Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/6815589057279912>

RESUMO: A partir do projeto intitulado “Pescadores de Cultura Os Sentidos da Infância no Território da Costa do Sol Poente”, efetivado em Florianópolis, realizamos uma pesquisa com crianças residentes nesta região. Fomos mobilizadas pelo interesse em identificar as principais mediações encontradas pelas crianças no espaço de seu bairro. Participaram deste estudo 12 crianças, estudantes do ensino fundamental de uma escola pública municipal, com idade entre oito e nove anos, pertencentes a camadas populares e, em sua maioria, a famílias

nativas. Inspiradas nos princípios da etnografia efetuamos encontros com as crianças no contexto escolar e em outros espaços públicos, próximos às suas moradias. Destacamos que as crianças reconheceram a escola como um lugar importante, que possibilita o acesso à cultura e garante um futuro mais promissor; demonstraram conhecimento do espaço de seu bairro, destacando a relação com a natureza como central em suas vivências; revelaram que o cotidiano vivido no bairro, escola, vizinhança e eventos locais permitiam um sentimento de pertença, também revelado a partir de histórias acerca de moradores locais. Por outro lado, manifestaram em suas conversas o quanto são capturadas pelas mídias eletrônicas e pela ânsia pelo consumo e pelos lazeres prontos.

PALAVRAS-CHAVE: Infâncias, Bairro, Mediações, Existencialismo sartriano.

CHILDREN AND THEIR CHILDHOOD: FORGING EXPERIENCES IN THE NEIGHBORHOOD TERRITORY

ABSTRACT: Based on the project entitled “Fishermen of Culture The Senses of Childhood in the Territory of Costa do Sol Poente”, carried out in Florianópolis in partnership with the Associação Cultural Baiacu de Quem, we conducted a study with children living in this region. We were interested in identifying the main mediations found by children in their neighborhood space. Twelve children from an elementary municipal public school were enrolled, ages between eight and nine years old, belonging to working classes families mostly native from the region. Inspired by the principles of ethnography we meet the

children in the school space and also in public spaces in the neighborhood. We emphasize that the subjects recognize the school as an important place, which allows access to culture and to be someone in life; they demonstrated spatial knowledge of their neighborhood, highlighting the relationship with nature as central to their experiences; revealed that the daily life lived in the neighborhood, school and local events allowed the feeling of belonging, as also through stories about local residents. On the other hand, in their conversations, they expressed how much they are captured by electronic media and the eagerness for consumption and instant gratification.

KEYWORDS: Childhood, Neighborhood, Mediations, Sartrean Existentialism.

1 | INTRODUÇÃO

A partir do projeto intitulado “*Pescadores de Cultura Os Sentidos da Infância no Território da Costa do Sol Poente*”, efetivado em um bairro de Florianópolis realizamos uma pesquisa com crianças com o objetivo de reconhecer os sentidos que as crianças residentes no distrito de Santo Antônio de Lisboa atribuíam às suas vivências a partir de suas narrativas e de itinerários por elas realizados naquele território. Importante ressaltar que pensar a infância na cidade envolve perceber as relações estabelecidas com os diversos espaços físicos, sociais, culturais que incidem na construção de histórias singulares e coletivas das crianças. Sobretudo, é elemento fundamental o entendimento de que as crianças são agentes de suas trajetórias tecidas com o território, bem como de mudança nas comunidades em que vivem, conforme reflete Castro (2001).

Nesse sentido, seguindo os pressupostos do existencialismo sartriano, destacamos que para compreender a infância é importante acessar os mundos sociais nos quais as crianças circulam. De acordo com Schneider (2011, p.113-114), uma pessoa “só se humaniza por estar inserida em um mundo que lhe possibilita contornos sociais e sociológicos” e, nessa via, “não existe nenhum indivíduo que não esteja situado em um certo local, em um dado tempo, em uma certa sociedade”. Isso significa dizer que a relação que cada sujeito estabelece com o contexto em que vive se refere a uma dimensão maior, que pode ser entendida como antropológica.

É por compartilharmos de uma mesma concreticidade histórica, portanto, antropológica, que evidenciamos a capacidade de cada sujeito fazer-se como história singular, atravessado por condicionantes universais que também o tecem (SARTRE, 2002). Daquilo que é coletivo, isto é, que pode ser partilhado através dos espaços, paisagens concretas e das matizes culturais, se desenrolam biografias marcadas por formas particulares de experienciar e se apropriar do mundo.

Portanto, faz parte da constituição subjetiva de cada sujeito no mundo, um processo constante de *interiorização da exterioridade social* - das produções que são estabelecidas *a priori* à existência e, da *exteriorização da apropriação individual* - daquilo que abarca a ação de co-responsabilidade de cada sujeito no tecimento da história social. Desse

movimento, visualizamos o desenvolvimento do processo de socialização humana, em que se constituem práxis comuns de produção e apropriação dos produtos sociais, culturais e sociológicos compartilhados (SCHNEIDER, 2011).

Diante dessas relações, um tecido social é constituído por “seres que se lançam para as suas possibilidades de serem mediados pelos outros” e costuram na trama dos vínculos, condições de humanizar-se (SCHNEIDER, 2011, p. 153). Por sermos com os outros nos realizamos também através de nossas escolhas que nos lançam em direção a um horizonte de futuro e, portanto, a um projeto (SARTRE, 1987).

Sartre expressa que esse projeto é, efetivamente, um projeto-de-ser, construído a partir da história de cada sujeito e das suas interações com o mundo, ou seja, “o projeto diz respeito ao meu ser em totalidade, expressando-se em cada um dos meus atos, gestos, palavras (SCHNEIDER, 2011, p. 95). A mediação, nesse sentido, é condição fundamental para que a materialidade do mundo seja possível de ser significada no projeto-de-ser de cada um e, na especificidade do acontecimento da infância, ela é essencial para que a criança possa desbravar os espaços de seu território, apropriar-se dos hábitos locais, linguagens e signos e, sobretudo, agir de forma autônoma e participativa na realidade que faz parte.

1.1 A infância na cidade

A infância tem lugar nesta sociedade que é viva e mutante. Conforme já citava Manuel Pinto (1997) no século XX, somente a interdisciplinaridade entre as diversas áreas do conhecimento será capaz de construir uma dimensão social da infância. Cabe ressaltar, que as mudanças nas concepções de criança e infância, oriundas do século XIX, acarretaram numa conjuntura de exclusão das crianças da participação na vida pública. Elas, rotuladas como dependentes, imaturas e incapazes, foram apartadas da possibilidade de ação dentro do âmbito público e limitadas à vida privada, sob a proteção familiar (SARMENTO, FERNANDES E TOMÁS; 2007).

Isso revela que a lógica protecionista, aliada à noção desenvolvimentista do ser humano, constituiu e, ainda constitui, uma base que hierarquiza as relações estabelecidas entre adultos e crianças. Neste sentido, instituições como a família e a escola, historicamente, são colocadas como os lugares de disciplina para a infância e que são estabelecidos com o intuito de “civilizar” as crianças para se tornarem sujeitos aptos à convivência em sociedade. A escola, por exemplo, é pensada para a formação de um sujeito que consiga adquirir, progressivamente, condutas de racionalidade, autonomia para tornar-se maduro, isto é, o adulto do futuro (CASTRO, 2001).

Não se ignora a importância da escola como um local de socialização e constituição humana, uma vez que ela também promove a mediação para a alteridade e com diversos tipos de dispositivos culturais existentes no tecido social. No entanto, acreditamos que a restrição da criança ao grupo familiar e à instituição escola, assim como a desconsideração

de suas vozes e opiniões pela lógica da “incapacidade” de expressar conhecimento, ocasionam um impacto significativo na constituição subjetiva da criança. Como aponta Ceppi e Zini (2013), transitar pelos espaços públicos, para além da escola, é necessário para a construção ética e social de todo sujeito. Além de que, o reconhecimento do conhecimento articulado pela criança, no momento em que ela vive a sua infância, é garantia de cidadania.

Compreendendo que o processo de desenvolvimento da infância se dá diante de todas as relações que a criança estabelece com os outros e os objetos que a cerca e, reafirmando a sua condição de cidadã e de agente social que contribui na construção da história socialmente compartilhada, que se faz relevante refletir sobre como uma criança percebe a realidade em que vive, isto é, do seu lugar de compreensão, as narrativas singulares que se desdobram e tanto podem comunicar sobre a infância que se constitui num dado tempo-espaço. Conforme Pinto (1997), são aspectos importantes de se observar na vivência da infância, aqueles que envolvem as redes de amigos, as expressões culturais infantis, os papéis na vida doméstica, as relações estabelecidas na vida familiar, a linguagem, as influências sobre os adultos, as condições de vida (direitos adquiridos), os modos como se apropriam e dão sentido às instituições criadas para educação das crianças e diversas outras possibilidades que as próprias crianças podem anunciar, diante do contexto em que vivem.

2 | OS ITINERÁRIOS METODOLÓGICOS CONSTRUÍDOS NA PESQUISA

Com o intuito de ouvir as crianças e as suas vivências no território em que residem, foi realizada uma oficina com encontros temáticos, inspirada nos princípios da etnografia, com cerca de 12 crianças estudantes de uma escola pública do bairro, majoritariamente do 4º ano do Ensino Fundamental. O grupo foi composto por aproximadamente sete meninas e cinco meninos, com idades entre 9 e 10 anos, sendo a maioria natural do município de Florianópolis, de famílias populares, nativas do bairro e residente nas proximidades da escola, apenas 3 crianças eram oriundas de outras cidades e estados de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul.

Essa oficina, denominada “O nosso lugar: espaços e convívios”, incorporada como ação do projeto nº. 064/15 “Pescadores De Cultura: Construindo o Fortalecimento Cultural de Crianças e Adolescentes do Distrito de Santo Antônio de Lisboa”, teve como objetivo caracterizar as infâncias da região, pois observava-se significativas transformações nos contornos de tecimento sociológico das crianças e jovens do bairro por conta do acelerado processo de urbanização vivido na cidade.

Esta região, tem uma área territorial de 385,135 km² e uma população de 6.441 mil habitantes (IBGE, 2010). É conhecida na Ilha de Santa Catarina, como tendo o mais belo pôr do sol da região e a partir de uma cultura típica açoriana, apresenta-se como um forte centro gastronômico da cidade e com diversas vendas de artesanato local, inclusive da

famosa renda de Bilro. Assim, por um lado inclina-se para a atividade econômica focada na pesca artesanal e maricultura e, por outra, no turismo. É forte o sentido de vida comunitária nesta localidade, aspecto presente nas diversas manifestações culturais, tais como, nas festas típicas, sendo algumas conhecidas como as mais antigas da Ilha. Além disso, recebeu um número significativo de migrantes que, juntamente com a população nativa, fez do distrito uma microrregião particularmente rica e importante para a cultura popular da cidade de Florianópolis. Diante das mudanças, o referido projeto buscou refletir e articular itinerários com as crianças e jovens da região e foi uma iniciativa da Associação Cultural Baiaçu de Alguém (associação civil, não governamental, que promove ações de cunho cultural e educativo na região), coordenado por Daniela Ribeiro Schneider, aprovado na Lei Municipal de incentivo à Cultura e financiado pela Fundação Cultural de Florianópolis Franklin Cascaes.

Esta ação foi executada por três estudantes de psicologia e uma professora supervisora e buscou, a partir de narrativas e itinerários das próprias crianças, reconhecer as relações que estas estabeleciam com os diversos espaços físicos, sociais, culturais da Costa do Sol Poente (como a região é conhecida), nos quais suas histórias estavam enraizadas. Os encontros ocorreram por meio do vínculo com uma escola pública do bairro e que permitiu o contato com as crianças. Esta parceria estabelecida foi fundamental para que as oficinas acontecessem. A Diretora e também docentes dessa instituição nos receberam de modo aberto, acolhedor, facilitando os contatos com as famílias das crianças, sugerindo atividades e prestando informações sobre a rotina das crianças na escola. Além da participação nas atividades curriculares da escola, as crianças também desenvolviam atividades extracurriculares na comunidade, como aula de dança, judô, escolinha de futebol e percussão.

Foram realizadas junto às crianças encontros temáticos com periodicidade semanal, totalizando 13 encontros. Os principais temas abordados foram: famílias e moradias, espaço da escola, lazer e cultura no bairro e o futuro no bairro. Tais encontros aconteceram em locais públicos do bairro, especialmente na escola, nas salas de aula e nas dependências dessa instituição, bem como em outros espaços do bairro e região, como ruas, praias, museus, parques, etc. A duração regular das oficinas foi de 1 hora e 30min, geralmente pela manhã, entre 10h30 e 12h, no contra turno escolar. Nas ocasiões dos passeios pelo bairro as oficinas tiveram início às 8:30min, seguindo até 12h.

As técnicas utilizadas para possibilitar a realização das oficinas e o alcance dos objetivos foram as seguintes: observação-participante; rodas de conversa disparadas pelas coordenadoras a partir das temáticas já especificadas, mediante indagações ou recursos áudio visuais; itinerários realizados com as crianças em seus principais espaços de circulação/ocupação no distrito do bairro; composição de materiais (cartazes, maquetes, anotações, desenhos, produções textuais junto às crianças) a partir dos temas propostos e das reflexões suscitadas; brincadeiras e registros fotográficos, em que as crianças

também foram solicitadas a registrar através de fotografias, aspectos significativos de seus cotidianos.

Todos estes recursos metodológicos, partiram das pistas de encontro que a etnografia provoca no contexto de construir conhecimento *com* as crianças, uma vez que, nessa vertente prioriza-se a proximidade, a dialogia criada com os sujeitos de pesquisa e, especificamente no caso de pesquisa com crianças, a legitimação das vozes e saberes das crianças através de outras linguagens e modos de compor o encontro. O desafio que apontam pesquisadores dessa modalidade é, de fato, a superação do pretenciosismo adultocêntrico. Comumente estabelecido em pesquisas com este público, a visão adultocêntrica pouco considera a riqueza que a infância produz e expressa sobre aquilo que vê, sente e vive (MARCHI, 2011).

Dessa forma, nossa postura, em consonância com o que Pretto (2015, p. 40) evidencia sobre a etnografia ser um caminho de encontro com as infâncias, buscou “o olhar nos olhos das crianças, escutá-las e, com o resultado dessa escuta, estabelecer uma relação com elas”, isto é, estar sensível ao modo como as crianças percebem o mundo e se percebem nele. Atentas a isso, priorizamos a utilização de **materiais** (tintas, massinha, revistas, isopor, cartolinas, lápis de cor, giz de cera, filmes, rádio-gravador e câmeras fotográficas) e de **técnicas** (inventadas ou retiradas de livros e sites), que proporcionassem a imersão no lúdico e na potência imaginativa e criadora que as crianças expressam quando são convidadas a participar.

Cada encontro teve sua particularidade, foi único pela presença das crianças e por aquilo que foi possível ser construído com elas. Não seguiram a linearidade de um roteiro estruturado *a priori* e, sim, foram produzidos em seus movimentos singulares e coletivos; na apropriação de se enxergarem como grupo que se relaciona entre suas diferenças (de gênero, interesses, vínculos afetivos), mas também na semelhança que compartilhavam: olhar para a realidade do bairro e comunicar aquilo que percebiam sobre ele. Das percepções, o grupo ia tecendo reflexões sobre as temáticas ao passo que se teciam como grupo também. Ora iam propondo um itinerário de apreensão e compreensão da materialidade do bairro e ora se envolviam com as nossas proposições de olhar para a realidade familiar deles. Em síntese, realizar as oficinas com este grupo de crianças nos mobilizou a “aprender a olhar com o olhar da criança: subversivo da ordem, que inverte a lógica”, tensiona os limites daquilo que estabelecemos e expande as possibilidades de estar junto e dialogar (KRAMER, 1997, p.81).

3 | O COTIDIANO NO BAIRRO: CASAS, FAMÍLIAS E A ESCOLA

Entender o cotidiano das crianças da pesquisa implicou levar em conta o entrelaçamento entre moradias, natureza e configurações familiares, tal como encontrado por Pretto (2015) numa etnografia realizada com crianças, também num bairro litorâneo

da ilha de Santa Catarina. O fato da maioria das famílias residir há algum tempo no bairro, ter seus parentes por perto (muitas delas vivem em terrenos compartilhados em que se distribuem várias casas de parentes), tecer laços com vizinhança, possuírem quintais e animais, tornava possível às crianças a socialização, as brincadeiras ao ar livre com irmãos, primos e vizinhos, e a própria relação de cuidados e de afeto com os animais. Ou seja, a rede de parentesco e vizinhança e o contato com a vegetação são referências significativas nas infâncias que encontramos neste território. Apenas as crianças imigrantes é que tinham uma outra configuração, pois a rede de parente era mais reduzida. Uma delas chegou a ilustrar, numa atividade de desenhar as moradias, a sua casa anterior, revelando saudade e o fato de ainda não se sentir pertencente ao novo lugar de moradia.

As famílias eram pequenas, constituídas por uma criança ou duas, acompanhando o cenário nacional em que a quantidade de filhos/as por mulher e família vem diminuindo nas últimas décadas. As crianças que tinham irmãos e irmãs costumavam citar com frequência episódios vivenciados nessa relação, tanto no que cabe ao lazer, festas, aniversários em que a família esteve envolvida, quanto no cotidiano em que percebiam a convivência com os irmãos como difícil “às vezes chata”, porque eles levavam a “culpa” quando algo acontece, gerando desacordos familiares.

Sobre a convivência com os pais, as crianças revelaram que não conversavam muito sobre a escola, os interesses e desejos, mas assistiam televisão juntos, às vezes passeavam e iam à praia em família. Pontuaram também que recebiam cobranças dos estudos e relativas ao cumprimento de atividades de casa (muitas crianças disseram que ajudavam nas tarefas domésticas, tanto meninos quanto meninas). Aparecia um certo distanciamento entre os membros familiares destas crianças.

Nesse sentido, percebe-se que, apesar de estar sempre presente na vida da criança, a família, nem sempre, parece desenvolver com ênfase o papel de mediação de seus projetos-de-ser. Este é um fenômeno comum na família a partir do momento em que ela “é corroída por uma serialidade interna, ou seja, seus membros não conseguem tecer seus projetos individuais em torno de um projeto coletivo, permanecendo uma pluralidade de solidões”, conforme aponta Schneider (2011, p. 156). Isso significa dizer, que o tecimento afetivo e de reciprocidade entre os familiares está desinvestido; desaquecido. E, por mais que compartilhassem do mesmo espaço, as crianças percebiam o quanto as relações acabavam sendo capturadas por outras necessidades: domésticas, de trabalho, consumo de tecnologias.

Sobre o cotidiano na família, em alguns momentos as crianças fizeram referências a histórias familiares e de vizinhos, que envolviam viagens (mudanças, passeios) e também do que viam sobre a violência e a polícia, em falas como “tem armas”, “está preso”, e relatos sobre a relação do bairro com as drogas, em especial, a maconha. Isso demonstra que, por mais que em alguns contextos as crianças tentem ser protegidas do que acontece

na realidade social, não é possível um isolamento, ou seja, as crianças fazem parte da mesma realidade antropológica dos adultos que com elas convivem (PRETTO, 2015).

Outro aspecto a se considerar é a localização das casas nas proximidades da escola. Isto possibilitava às crianças fazer o trajeto escola-casa/casa-escola ou andando, em geral acompanhados pelos adultos, ou de carro ou com um ônibus que executava o trajeto rapidamente, já que as distâncias não eram tão significativas. No que diz respeito à relação família e escola, ficou evidente a existência de um bom relacionamento, em que o contato entre pais e professores era de muito afinho.

Para estas crianças, a escola se caracterizava como um dos espaços mais significativos para elas no bairro. Ali se comungava o aprendizado, as redes de socialização com os pares, um lugar para brincar e também uma mediação com as diferentes culturas e com o espaço público, como igualmente revelado no estudo de Pretto (2015). A aprendizagem da leitura e da escrita eram vistas por estas crianças como atividades importantes de garantia de uma vida melhor e, ainda que tivessem uma boa relação com este espaço e com os professores, para elas, a escola também era “chata” em certas situações. Em especial, atividades como copiar muito do quadro, produzir textos extensos e ter que seguir algumas regras que discordavam, quando não compartilhavam de interesses em comum entre meninos e meninas e, sobretudo, quando aconteciam episódios de *bullying*. Ou seja, a escola aparece com toda a carga socializante, onde fazem parte também da vida infantil, os conflitos, as inimizades, o sofrimento na relação com o outro, as exigências.

Por outro lado, no cotidiano escolar demonstravam autonomia e liberdade frente ao uso do espaço e dos instrumentos coletivos ali dispostos. Implicavam-se no cuidado dirigido a este ambiente, aos objetos, à horta, ao espaço coletivo.

Cabe ressaltar, que a postura pedagógico-político da escola certamente favorecia esse processo, na medida em que, conforme pudemos presenciar, o corpo docente/direção promovia, acima de tudo, reflexões junto aos alunos sobre suas posturas, consequências de suas ações e a consciência de pertencer a um espaço coletivo e da importância de cuidá-lo. Isso não isentava que essa mesma equipe também se deparasse com essa infância “resistente”, que almejava muitos direitos e poucos deveres (em algumas circunstâncias em que eram mais exigidos com atividades não imediatamente prazerosas para elas).

Portanto, a escola, igualmente, é um local muito importante de socialização e constituição, uma vez que apresenta complexas e novas redes de relações e serve de mediação entre os sujeitos e diversos tipos de dispositivos culturais existentes no social. No caso da escola em questão, nota-se o quão importante é o seu papel para a disseminação de manifestações artísticas e culturais que acontecem no bairro. Projetos internos (teatro, dança), bem como externos (oficinas oferecidas pela Associação Baiacu de Alguém, por exemplo e passeios a pontos de cultura na região), chegam ao conhecimento das crianças de forma mais eficiente utilizando a escola como uma mediação possível.

3.1 A relação grupal: divergências e conflitos

Um ponto a se considerar na relação com as crianças é a forma como elas interagem entre si, ou seja, o modo como constroem vínculos de afeto, alianças de solidariedade e divergências também. Essas interações nos interpelam, enquanto adultos que dialogam com crianças e, sobretudo, que pode ser mediação significativa diante de situações que elas ainda apresentam dificuldades de compreender e resolver sozinhas. Essa turma, especificamente, apresentava importantes conflitos e divergências entre os pares, em especial no tocante às diferenças de gênero, o que os lançava à competições, provocações e embates. Estas diferenças tornavam-se determinadoras na divisão dos grupos para a realização das atividades propostas, no cuidado com a aparência, no modo de se comportar diante do grupo, nos vínculos para com os pares, seja nas relações de amizade ou na aparição de outras formas de perceber o outro, como afetivo-amoroso. Ali, a cultura de pares que se manifestava, evidenciava que as meninas estavam preocupadas com o namoro e aparência e os meninos com os jogos, brincadeiras e pertencimento a grupos (futebol e jogos *online*).

A divergência acirrada entre grupos de meninos e meninas, refletia na qualidade da própria oficina pois, em alguns momentos, as discussões das crianças levavam a resistências para fazer as atividades propostas, trabalhar em conjunto, finalizar ações, etc. Outro aspecto característico da turma era o desejo em priorizar sempre as brincadeiras em detrimento da realização das atividades propostas, já que entendiam que ser criança “é brincar” e, que portanto, teriam direito a fazer o que quisessem ou tivessem “vontade”. Possivelmente isso refletia nas habilidades com a escrita, caracterizadas para algumas crianças como deficitárias.

Para que pudéssemos intervir, mas também aprender com o que as crianças nos comunicavam, encontramos em Sartre (2002) uma abertura reflexiva sobre as relações. Para o autor, quando o “nós” se constitui, isto é, a possibilidade de ser-com-o-outro, um compromisso entre si e o outro é firmado; uma reciprocidade que tece identidade através da qual é possível compartilhar projetos e tomar decisões conjuntas. A partir disso, convidando as crianças a pensarem sobre os conflitos em curso, em grupo, pudemos abrir a conversa e falar sobre diferenças, respeito e a possibilidade de serem-com-os-outros, criando, assim, uma identidade enquanto grupo.

Destaca-se que mesmo com os embates, era possível perceber e denunciar às crianças os interesses comuns que compartilhavam. Uma vez que o universo das brincadeiras (pega-pega, futebol, dobradura, queimada) e as identificações de amigos e de grupos evidenciaram o quanto a infância é expressa no movimento, socialização entre pares e autonomia para circular por onde há desejo. As brincadeiras, o lúdico, a fantasia, os jogos além de apresentarem conteúdos culturais e serem importantes no processo de subjetivação, inserem as crianças em relações sociais, ao mesmo tempo que lhes coloca

em uma relação de diferenciação de si para com o outro, isto é, a evidenciação da diferença e presença no mundo (CASTRO, 2001).

3.2 A apropriação do bairro pelas crianças e a participação na produção da cultura local

Nos passeios e andanças pelo bairro, percebeu-se que as crianças tinham significativos conhecimentos dos espaços do bairro, elencando como lugares de referência: escolas, centro de saúde, terminal, associação, Sesc Cacupé, Igreja (catequese), locais onde efetivavam atividades como judô, ballet e futebol, parque, praia. Também demonstravam autonomia no trânsito pelo bairro, desde a saída e volta da escola, domínio e segurança na utilização do transporte público, reconhecimento de espaços de comércio e pontos da natureza local.

Essa inserção certamente era promovida pela família, mas também pela escola, levando a uma construção social das crianças ligadas a identidade social do bairro, embora isso fosse vivido de modo espontâneo pelas crianças, como é próprio da infância, e pouco apropriado reflexivamente, de modo crítico, por elas (PRETTO, 2013). Nesse sentido, conforme aponta Santos (2008, p. 30-31), é preciso considerar a indissociabilidade do espaço, uma vez “que participam de um lado, certo arranjo de objetos geográficos, objetos naturais e objetos sociais, e, de outro, a vida que os preenche e os anima, ou seja, a sociedade em movimento”. Assim, as crianças vão atribuindo sentido à realidade e constituindo-se em arranjos singulares no território.

Interessante notar, com isso, que as crianças não se enxergavam enquanto sujeitos participantes na produção de cultura, pois, durante a realização de algumas atividades propostas, apresentavam dificuldade em associar os espaços de cultura no bairro e também de identificar práticas culturais que elas próprias realizam. Algumas crianças que faziam a oficina, também participavam de outras oficinas de esporte ou artes, como vimos, mas quando discutimos acerca da participação deles na produção de cultura local e de atividades presentes no bairro, eles não mencionaram essas atividades. Esse elemento também esteve presente nos trânsitos pelo bairro, mesmo as crianças já conhecerem os espaços da Associação de Rendeiras, A sede da Associação Baiacu, o ateliê de um artista plástico local, não faziam referências a produção de cultura que estavam imersos.

No entanto, a forma como as crianças demonstravam apropriação do território, era na relação que estabeleciam com o espaço público do bairro. Evidenciaram, nos momentos de trânsito pela região, o quanto percebem as transformações no bairro, em especial, no que se refere a violência, o tráfico de drogas e a falta de segurança. Algumas tinham histórias para contar em relação a esses elementos por conta de experiências de familiares e de conhecidos ou por eles próprios terem vivido alguma situação, o que gerava uma relação com o espaço marcada por certa tensão.

De modo mais direto, esse aspecto foi denunciado por várias crianças na relação de medo e de receio que demonstraram estabelecer com a escola maior do bairro, recusando-se a, inclusive, entrar na escola (nossa proposta era de entrar para beber água e conhecer o espaço rapidamente; já tínhamos a autorização da diretora da escola, que os recebeu alegremente, uma vez que futuramente é provável que a maioria das crianças – dirigindo-se ao ensino fundamental II - passe a frequentar essa Instituição). Para as crianças, naquele espaço as situações de violência seriam evidentes, sendo que associavam o mesmo com jovens ligados a violência e ao tráfico no bairro. Outra situação apareceu nas andanças por alguns trechos do bairro em que duas crianças disseram não poder circular por certas ruas, por conta de desavenças com certos grupos.

Além disso, a relação com a praia também aparece como uma referência importante para estas crianças, mas frequentemente relacionadas a momentos de lazer, aos finais de semana e ao verão. As ruas do bairro eram outro ponto de destaque na vivência dessas crianças. Seja andando ou acessando os equipamentos de transporte público, elas demonstravam compartilhar dos signos e linguagens próprias desse espaço social.

Em suma, destaca-se o quanto a cultura nasce através das ações humanas diante do mundo e das respectivas significações atribuídas a estas ações. Neste sentido, o ser social se desenvolve no processo de contato e significações dos elementos culturais existentes. Este contato acontece dentro das relações intersubjetivas estabelecidas nos grupos humanos, ou seja, os outros são mediações necessárias para a constituição humana na medida em que promovem apropriação destes elementos culturais (PINO, 2005). A criança e suas ações, portanto, não podem ser vistas como isoladas, uma vez que toda ação humana, carregada de significados, produz ou reproduz cultura dentro de uma sociedade. Desta forma, enquanto sujeito no mundo, a criança impulsiona modificações, tanto na sua constituição subjetiva e singular, quanto na organização sociocultural da qual ela faz parte (CASTRO, 2001).

3.3 O que anunciam sobre necessidades do bairro

Quando foi realizada a atividade relacionada às necessidades da cidade e do bairro, num primeiro momento as crianças tiveram dificuldade de falar. Com a ajuda de um vídeo que ilustrava características dos espaços públicos das cidades, num segundo momento, apareceram falas caracterizando aspectos necessários para uma boa cidade, mostrando que também nesse âmbito as crianças têm percepções convergentes com necessidades da realidade social e cultural da qual participam. Apontaram a questão das placas de identificação das ruas (umas das situações apresentadas no vídeo) e como ficavam altas e de difícil leitura; problemas relacionados às condições das ruas e calçadas, pois é perigoso; poluição do mar, pois é um local bastante utilizado como lazer pelas crianças e suas famílias. Quando solicitadas a escrever de modo fictício uma carta ao prefeito com solicitações, reiteraram esses aspectos e acrescentaram: a necessidade de parques e brinquedos; o

cuidado e a manutenção da escola como responsabilidade da prefeitura, “mandar dinheiro para a escola”, para a comida, material escolar, produtos ligados à higiene. Esta infância, também ciente das lacunas do espaço que vive, quando reivindica necessidades a serem atendidas no bairro, anunciam apropriação reflexivo-crítica da realidade e salientam o quanto se constituem enredadas nessa materialidade que convoca responsabilidade e cuidado sobre ela (CASTRO, 2001; SCHNEIDER, 2011).

3.4 O que as crianças apontam sobre suas infâncias: o consumo e as mídias

A natureza era um aspecto presente em todos os espaços de circulação das crianças. Entretanto, apesar das possibilidades de contato com ela, as crianças também anunciavam que ficar em casa implicava em prazeres de interesse, como: dormir, assistir televisão e usar a internet com o computador/*tablet*/celular para jogar e usar o *WhatsApp* para conversar com amigos. Algumas dessas crianças tinham por hábito jogar *online*, consumir conteúdos de vídeos da plataforma *Youtube* e, especialmente, havia crianças que possuíam canais nesse espaço e divulgavam aquilo que sabiam sobre certos jogos virtuais.

Essa relação com o espaço da casa e o uso das redes de tecnologia da informação, demonstra uma das características da contemporaneidade, a qual submete as pessoas há inúmeros estímulos e, que, muitas vezes, marcam contradições entre as relações mediadas pelas tecnologias e as práticas de sociabilidades mais tradicionais. Com base em La Pena e Orellana (2007), compreendemos a importância em observar não apenas o acesso que se tem à tecnologia, mas o diferente uso que é feito dela e, sobretudo, o seu significado na vida do sujeito. Na experiência da infância, o uso de aparelhos eletrônicos e da internet, representam mais do que uma simples brincadeira; a tecnologia passou a representar também a expressão cultural da infância.

Apesar da presença das brincadeiras tradicionais, o uso da tecnologia difundia-se no cotidiano das crianças, também, para além do espaço familiar. Essa configuração revela como a internet e as tecnologias têm marcado novas formas de subjetivação, pois a velocidade das informações e a capacidade de transmissão de várias notícias são maiores. Estas crianças, para além do espaço físico, estão inseridas também em um espaço e isto impacta no processo de constituição, uma vez que a noção de tempo, espaço e distância se transformam (PEREIRA JUNIOR, 2011).

Outro aspecto que permeia a vida dessas crianças é associado ao discutido acima, o próprio consumo - de mídia, de alimentos, de brinquedos e de lazeres. As crianças faziam muitas referências ao comprar, tanto nas conversas na escola em que algumas crianças levavam balas, chicletes, balões, ostentando o fato de ter comprado e de poder ou não distribuir aos colegas; nas andanças pelo bairro em que queriam levar dinheiro para comprar algo (em geral guloseimas) nas vendas, e na própria indicação que fizeram sobre formas de diversão, os lazeres programados como visitar o parque de diversões famoso na região, o Beto Carrero, outros parques aquáticos, *shoppings*. Isso evidencia, o quanto essa

infância no bairro, que está submetida ao ritmo acelerado da urbanização, se constitui na ânsia da sociedade do consumo também.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As andanças pelo bairro, assim como as atividades na escola, proporcionaram a estas crianças compartilhar os sentidos construídos em suas vivências e cultura de pares sobre a realidade em volta: a natureza, escola, cultura, brincadeiras, espaços do bairro. Em cada encontro e trânsito que fizemos junto com este grupo de crianças pelo bairro, pudemos perceber que estas crianças reconhecem a escola como um lugar importante, que possibilita o acesso à cultura e garante ser alguém na vida; demonstraram conhecimento do espaço de seu bairro, destacando a relação com a natureza como central em suas vivências; revelavam que o cotidiano vivido no bairro, escola, vizinhança e eventos locais permitiam um sentimento de pertença, também revelado a partir de histórias acerca de moradores locais. Por outro lado, manifestaram em suas conversas o quanto são capturadas pelas mídias eletrônicas e pela ânsia pelo consumo e pelos lazeres prontos. Esses achados assinalam o quanto aquelas crianças estavam inseriam-se em uma cultura universal, associada ao alcance das tecnologias e, sobretudo, nos espaços de seu bairro e cultura local, que era permitido pelo fato das famílias viverem há muito tempo no bairro e pelo incentivo da escola. Isso nos dá margem para ampliar discussões e pesquisas sobre as noções de participação infantil e de comunidade.

Em suas falas, estas crianças muito comunicavam sobre características de suas experiências de infância na contemporaneidade, em especial neste território localizado no município de Florianópolis. Sobremaneira, pela efervescência de seus movimentos e das brincadeiras que, constantemente, nos solicitaram presença e nos convidam a brincar também, estas crianças demonstravam que a identificação do ser criança que faziam, tinha associação direta entre a criança e o brincar. No acontecimento que é a infância, ignorar o tanto de significações que são expressas na brincadeira, tornaria a oficina etnográfica que construímos mais desinvestida daquilo que pulsava para estas crianças e reduziria as possibilidades de compreender o que as crianças comunicam em ato.

Diante dessa trama, percebemos o quanto a constituição desse grupo coaduna com uma identidade social do bairro – de famílias nativas e populares, do contato com paisagens históricas e culturais, dos espaços de arte e incentivo à arte, como a Associação Baiacu de Alguém; de aspectos urbanos como a circulação de transportes; de articulações sobre o que viam do tráfico, violência e segurança e, especialmente, nos comunicaram a presença significativa de relações de consumo. Todos estes aspectos evidenciam o quanto as linhas de mediação entre crianças e seus pares e crianças e adultos de seu convívio, sedimenta um pertencimento à cultura local. Visto que, dessa forma se pode ampliar as possibilidades de laço social com a cidade e as percepções mais incorporadas pelas crianças sobre o que

significa a criança participar da cultura, produzir cultura e estar consciente da realidade local.

REFERÊNCIAS

CASTRO, Lucia Rabello de (Org.). Da invisibilidade a ação: crianças e jovens na construção da cultura. IN: **Crianças e jovens na construção da cultura**. Rio de Janeiro: Editora Nau, 2001, p. 19-46.

CEPPI, G. ZINI, M. **Crianças, espaços, relações**: como projetar ambientes para a educação infantil. Porto Alegre: Penso: 2013.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**: Santo Antônio de Lisboa. 2010. Disponível em <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pi/santo-antonio-de-lisboa.html>>. Acesso em 10 Nov. 2020.

LA PENA, Yvonne; ORELLANA, Marjorie Faulstich. An examination of latino immigrant youths' out-of-school technology practices. **Psicol. Esc. Educ. (Impr.)**, Campinas, v. 11, n. spe, p. 71-82, Dec. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572007000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 Abr. 2018.

KRAMER, Sônia. Crianças e adultos – O jardim secreto de Agnieszka Holland. In: GARCIA, Claudia Amorim; CASTRO, Lucia Rabello de; JOBIM E SOUZA, e Solange. **Infância, cinema e sociedade**. Rio de Janeiro: Raviil, 1997. (p. 76 – 81).

MARCHI, Rita de Cássia. Gênero, infância e relações de poder: interrogações epistemológicas. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 37, Dec. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332011000200016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 Nov. 2020.

PEREIRA JÚNIOR, Marcelo Gomes. **Subjetividade e personalidade na contemporaneidade**. Biblioteca Virtual Fantásticas Veredas – FGR, Belo Horizonte, jan. 2011, 1-18. Disponível em: . Acesso em: 27 out. 2020.

PINO, A. **As marcas do humano**. Às origens da constituição cultural da criança na perspectiva de Lev S. Vigotski. São Paulo: Cortez, 2005.

PINTO, Manuel. A Infância como construção social. In: **As crianças – contextos e identidades**. Portugal. Universidade Do Minho – centro de estudos da criança: 1997. p. 30-73.

PRETTO, Zuleica. A infância como acontecimento singular na complexidade dialética da história. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 25, n. 3, p. 623-630, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822013000300016&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 nov. 2020.

PRETTO, Zuleica. **Crianças no contexto de um bairro em processo de urbanização na Ilha de Santa Catarina (2010-2014)**. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, 2015.

SANTOS, M. (2008). **Metamorfoses do espaço habitado**. 6ª ed. São Paulo: Edusp.

SARMENTO, Manuel Jacinto, FERNANDES, Natália, TOMÁS, Catarina. **Políticas Públicas e Participação Infantil**. Educação, Sociedade e Cultura. n. 25. 2007.

SARTRE, Jean-Paul. O existencialismo é um humanismo. 3ª edição. São Paulo: Abril Cultural. 1987

SARTRE, Jean-Paul. **Crítica da Razão Dialética**. Trad. Guilherme João de Freitas Teixeira. Rio de Janeiro RJ: Ed. DP&A editora, 2002.

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. **Sartre e a psicologia clínica**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2011.

TOMAZ, Renata Oliveira. Youtube, infância e subjetividades: o caso Julia Silva. **ECCOM**, v. 8, n. 16, jul./dez. 2017. Disponível em <<http://fatea.br/seer/index.php/eccom/article/viewFile/1898/1366>>. Acesso em 23 Mai. 2018.

ZANELLA, Andrea Vieira; ANDRADA, Edla Grisard Caldeira de. Processos de significação no brincar: problematizando a constituição do sujeito. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 127-133, jul./dez. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pe/v7n2/v7n2a15>. Acesso em: 05 de nov. 2020.

“DE QUEM É A CULPA?” FATORES DE RISCOS DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISSOCIAL

Data de aceite: 01/02/2021

Data de submissão: 06/12/2020

Yloma Fernanda de Oliveira Rocha

Faculdade de Ensino Superior do Piauí-FAESPI
Teresina-Piauí
<http://lattes.cnpq.br/4060270504740614>

Élida da Costa Monção

Faculdade de Ensino Superior do Piauí-FAESPI
Teresina-Piauí
<http://lattes.cnpq.br/8896274642667074>

Ruth Raquel Soares de Farias

Faculdade de Ensino Superior do Piauí-FAESPI
Teresina-Piauí
<http://lattes.cnpq.br/7546441925505076>

RESUMO: A literatura aponta como fatores de riscos para o desenvolvimento de Transtorno de Personalidade Antissocial-TPA, variáveis nos aspectos sociais, culturais, familiares, educacionais, biológicos e comunitários, que ameaçam o desenvolvimento saudável na infância e adolescência. Tem-se como objetivo geral: investigar os fatores de riscos da infância e adolescência para o desenvolvimento do Transtorno de Personalidade Antissocial. Elencou-se como objetivos específicos: compreender os comportamentos da infância e adolescência de pessoas com Transtorno de Personalidade Antissocial; verificar se fez uso de tratamentos terapêuticos; descrever o impacto dos fatores de riscos na esfera subjacentes para o desenvolvimento do transtorno de personalidade

antissocial; descrever os fatores de proteção da infância e da adolescência. O método utilizado foi: revisão sistemática, natureza qualitativa, com busca de dados nas bases BVS Psi, Medline (National Library of Medicine), via PubMed, Lilacs (Literatura Latino Americana), artigos, teses, dissertações e livros, publicados entre 2014 a 2020. Assim, os resultados que fizeram parte do escopo dessa revisão foram doze artigos, três livros e uma dissertação, preencheram os critérios de seleção. Os resultados evidenciaram que não é apenas um fator que pré-determina o desenvolvimento do transtorno, mas, a intensidade, tempo, formas, predisposições biológicas e fase em que surgem, são subsídios para o desenvolvimento do Transtorno. As principais conclusões do estudo denotaram que cada sujeito vivencia distintamente situações estressoras, sendo determinado o impacto. Os fatores de proteção buscam ir ao encontro do impacto dos riscos para proporcionar formas de resoluções das vivências diárias, minimizando as possibilidades de desenvolvimento de transtornos.

PALAVRAS-CHAVE: Predisposição, Tratamentos, Terapia, Diagnóstico.

ABSTRACT: The literature points out as risk factors for the development of Antisocial Personality Disorder-TPA, which vary in social, cultural, family, educational, biological and community aspects, which threaten healthy development in childhood and adolescence. The general objective is to investigate the risk factors of childhood and adolescence for the development of Antisocial Personality Disorder. Specific objectives were listed: to understand the

childhood and adolescence behaviors of people with Antisocial Personality Disorder; check if you used therapeutic treatments; describe the impact of risk factors on the underlying sphere for the development of antisocial personality disorder; describe the protective factors of childhood and adolescence. The method used was: systematic review, qualitative in nature, with search for data in the VHL Psi, Medline (National Library of Medicine) databases, via PubMed, Lilacs (Latin American Literature), articles, theses, dissertations and books, published between 2014 to 2020. Thus, the results that were part of the scope of this review were twelve articles, two books and a dissertation, fulfilled the selection criteria. The results showed that it is not just a factor that pre-determines the development of the disorder, but the intensity, time, forms, biological predispositions and stage in which they arise, are subsidies for the development of the disorder. The main conclusions of the study showed that each subject experiences stressful situations distinctly, the impact being determined. The protective factors seek to meet the impact of risks in order to provide ways of resolving daily experiences, minimizing the possibilities of developing disorders.

KEYWORDS: Predisposition, Treatments, Therapy, Diagnosis.

1 | INTRODUÇÃO

Fatores de riscos podem ser conceituados como a existência de variáveis populacionais e individuais, envolvendo o comportamento humano ou seus desvios (negligência, abuso ou violência), que poderiam ser intervindas ou observadas anteriormente ao desenvolvimento dos transtornos, em especial o Transtorno de Personalidade Antissocial-TPAS (SZCZERBACKIL, 2012).

Assim, fatores de risco são fatores de natureza biológica (individuais) ou psicossociais, que se relacionam com eventos negativos de vida, incluindo a infância e a adolescência e, quando presentes, aumentam a probabilidade da pessoa apresentar problemas físicos, sociais ou emocionais ameaçando o desenvolvimento saudável do sujeito, em uma fase peculiar (infância e adolescência) para inserção na fase adulta. Dentro do modelo bioecológico, estes fatores são analisados não de forma isolada e independente, mas sim a partir de uma perspectiva, na qual estas questões estão interrelacionadas dentro de cada contexto da vida. Deve ser considerado a forma que o sujeito enfrentará uma situação estressora, do contexto em que aconteceu o fenômeno, a sua rede de apoio, suas características individuais e o momento em que está passando no seu desenvolvimento (POLETTI; KOLLER, 2008).

Ademais, deve-se considerar o tempo, lugar, espaço e intensidade dos fatores de riscos. A não existência de fatores de proteção, intensifica a probabilidade dos sujeitos desenvolverem padrões de conduta deturpados. As condições socioculturais podem ser fatores de riscos desencadeantes para o cometimento de ações transgressoras, como morar e viver em ambientes de conflito familiar, sem perspectiva futura de trabalho (DELLECAVE; BARBOZA, 2018).

Dessa forma, Transtorno de Personalidade Antissocial é caracterizado por anormalidades emocionais e comportamentais. As características mais comuns são: encanto superficial; ausência de delírios e outros sinais de alterações do pensamento, mas com impacto no comportamento; ausência de manifestações “neuróticas”; irresponsabilidade; mentira e falta de sinceridade; falta de remorso ou vergonha; comportamento antissocial sem constrangimento aparente; senso crítico falho e deficiência na capacidade de aprender pela experiência. Egocentrismo patológico e incapacidade de amar; pobreza geral de reações afetivas; indiferença em relações interpessoais gerais; dificuldade em seguir qualquer plano de vida. Esses indivíduos geralmente não temem a punição e caracterizam um grupo de jovens com um potencial grave para o padrão de comportamento violento (VASCONCELLOS, 2014).

Portanto, com base no exposto, para se fechar o diagnóstico, inúmeros são os critérios, entre eles o uso de escalas para mensurar os riscos de psicopatia, que podem variar de acordo com o local de aplicação e do nível sociocultural dos indivíduos. Ademais, observam-se fatores ambientais nos estudos, que podem, se configurar como fatores de riscos e de proteção e que poderiam sofrer influência de ações preventivas quando devidamente identificadas e abordadas, como seria o exemplo de terapias. Dentre fatores ambientais de riscos, pode-se destacar um ambiente familiar violento, negligência parental, abuso emocional e físico, abuso de substâncias por parte dos pais, influência de grupos escolares e da comunidade (CHALUB, 2015).

Nesse íterim, a possibilidade de prevenir doenças mentais ainda é limitada devido às próprias dificuldades conceituais e etiológicas, envolvendo os diagnósticos psiquiátricos e sua estabilidade ao longo dos anos. Para os transtornos de personalidade, os estudos observam principalmente uma maior estabilidade dos traços do que do diagnóstico em si ao longo do tempo, haja vista que é um diagnóstico que necessita de análise clínica embasada em distintos tipos de testes (MECLER, 2015). Na prática, acerca de estudos de casos e leituras, sabe-se que muitos delitos e/ou crimes são cometidos por pessoas que possuem tal diagnóstico, não querendo minimizar as causas e nem tampouco justificá-las por meio de diagnósticos ou laudos. Estudar os fatores de risco para o estabelecimento do diagnóstico é conhecer o contexto sob uma égide mais real, despertando senso crítico, abandonando senso comum acerca do tratamento para com o sujeito com transtorno. Assim, vislumbra-se a complexidade sobre fatores de riscos, podendo subsidiar reflexões acerca de intervenções para maximização dos fatores de proteção.

Sob essa perspectiva, o estudo subsidia para a sociedade, em especial no âmbito clínico, a preocupação acerca dos cuidados para com os fatores de proteção durante a infância e a adolescência, em que esses devem superar os fatores de riscos, bem como sua intensidade e formas de permanência que proporcionam impacto no desenvolvimento de transtornos de comportamento e de personalidade. Vale ressaltar que o estudo não

evidencia fatores de risco apenas subjacentes a questões sociais, mas todas as esferas que corroboram o sujeito como biopsicossocial.

Espera-se, assim, que a presente pesquisa contribua à literatura que trata acerca dos transtornos de personalidade, em especial o Antissocial, bem como esclarecendo indagações que permeiam esse contexto dotado de distorções sociais. Vale ressaltar ainda a contribuição acerca da produção de informações sobre a problemática no sistema prisional e o tratamento para com a referida demanda, e a elaboração, implementação de Políticas Públicas necessárias ao atendimento desse segmento social.

Com base no exposto, o estudo teve como objetivo geral: Investigar os fatores de risco da infância e adolescência para o desenvolvimento do Transtorno de Personalidade Antissocial. Elencou-se como objetivos específicos: compreender os comportamentos da infância e adolescência de pessoas com Transtorno de Personalidade Antissocial; verificar se fez uso de tratamentos terapêuticos durante a vida; descrever o impacto dos fatores de riscos na esfera subjacentes para o desenvolvimento do transtorno de personalidade antissocial; descrever os fatores de proteção da infância e da adolescência.

Ademais, o estudo visou discutir os comportamentos e as variáveis envolvidas, com base na literatura prévia, com enfoque na infância e adolescência, atentando para pontos sociais que influenciam no processo de fechamento de diagnóstico do Transtorno de Personalidade Antissocial.

2 | MÉTODO

O referido estudo é do tipo revisão sistemática, descritiva, que, justifica-se pela natureza qualitativa, que se embasa em uma análise reflexiva, crítica e compreensiva acerca dos materiais coletados, que fazem uso de dados qualitativos. Sob esse prisma, a metodologia acerca da revisão sistemática foi escolhida pelo fato de se minimizar os distintos vieses presentes em uma pesquisa, haja vista que a revisão sistemática minimiza “o viés acerca da tendência de supervalorizar estudos que estejam de acordo com nossas hipóteses iniciais e ignorar estudos que apontem para outras perspectivas” (KOLER *et al.*, 2014, p. 56).

Nesse sentido, para uma melhor organização da pesquisa, dividiu-se em oito etapas fundamentadas conforme Akobeng (2014): a primeira etapa constituiu-se por delimitação do tema, por ordem de afinidade de estudos e não incipiência de literatura. Já a segunda etapa foi formada pela escolha das fontes de dados que foram: BVS Psi, Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) via PubMed, Lilacs (Literatura LatinoAmericana e do Caribe em Ciências da Saúde), dissertações, teses e livros. A terceira etapa foi a eleição das palavras-chave como descritores para a busca, que foram fatores de risco, fatores de proteção, transtornos, personalidade, antissocial, tratamentos. No que tange a quarta etapa foi realizado a busca e armazenamento dos resultados da terceira etapa, utilizando-se o

Mendeley para armazenar os resultados encontrados. A quinta etapa foi substanciada pela seleção de livros, artigos pelo resumo, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Assim, os critérios de inclusão estabelecidos foram artigos, teses, livros, dissertações acerca do tema, publicados entre 2014 a 2020. O período delimitado para esse estudo foi com o objetivo de abranger dados e produções mais atualizadas, considerando novas pesquisas acerca do tema e utilizando-se palavras chaves ou descritores aqui elencados. Vale ressaltar que foram considerados estudos de anos anteriores no que tange teorias promulgadas. Com relação aos critérios de exclusão, foram de pesquisas duplicadas e que não correspondem aos critérios de inclusão.

Na sexta etapa realizou-se a extração dos dados dos artigos selecionados, com base nos objetivos da pesquisa. Já a sétima etapa avaliou-se todos os artigos que foram selecionados para se realizar a síntese e interpretação dos dados, por ordem de semelhança de assuntos congruentes com a pesquisa, configurando a última etapa do presente estudo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados 34 artigos, com base nos descritores da pesquisa, e publicados nos últimos cinco anos, dos quais doze fizeram parte do escopo dessa revisão. Ademais, 01 dissertação e 03 livros, se adequaram aos critérios de inclusão denotados no referido método, e conforme ilustrado no fluxograma (Figura 01).

Ainda com relação à seleção, ressalta-se a exclusão de contagem acerca da duplicação de publicações. A maioria dos estudos apresentaram resultados em que denotaram que os comportamentos antissociais têm sua origem na infância devido a múltiplas variáveis que podem contribuir para a produção desses comportamentos (violência familiar, problemas escolares, neurológicos, entre outros), bem como que está mais presentes em sujeitos do sexo masculino. Essas variáveis são denominadas de fatores de riscos, como já foi apresentado no referido estudo (SILVEIRA, *et al.*2015).



Figura 01: Fluxograma do processo de seleção dos dados para análise conforme critérios de inclusão e exclusão.

Fonte: Próprio Autor, 2020

Após a realização do referido fluxograma, segue uma tabela (Tabela 01) que descreve as relevantes características e os resultados dos estudos revisados. Após seleção, descrição e análises, os conteúdos foram agrupados na formulação de quatro categorias amplas, embasadas nos objetivos do estudo, sendo estas denominadas: 1) Comportamentos na infância e adolescência de sujeitos com Transtorno de Personalidade Antissocial; 2) Tipos de tratamentos realizados na infância e adolescência; 3) Impacto dos fatores de riscos nas esferas subjacentes; 4) Fatores de proteção na infância e adolescência que podem minimizar o desenvolvimento do Transtorno de Personalidade Antissocial. Assim, as referidas categorias denotam o desfecho acerca dos fatores de riscos que subsidiam o desenvolvimento do Transtorno em debate, haja vista que inúmeras são variáveis relacionadas a fatores de riscos.

As categorias foram criadas considerando e dividindo os assuntos tratados durante a pesquisa. Cada categoria foi analisada e dividida em consonância com os objetivos específicos do estudo. Evitou-se categorias amplas, -embora sejam lineares-, haja vista que as referidas perdem a homogeneidade do seu conteúdo, e podem subsidiar análises muito diferentes, perdendo o significado substancial do estudo.

AUTOR	ANO	OBJETIVO	METODOLOGIA	VARIÁVEIS RELACIONADAS
COELHO, I. C., <i>et al.</i>	2020	Caracterizar os fatores de riscos para ocorrência do comportamento antissocial, com diferença entre rapazes e garotas.	Estudo comparativo, com análise de documentos para avaliação de risco precoce de comportamentos antissociais.	Fatores de riscos tendem a se acumular com a idade.
ESTEVES, G.G.L. <i>et al.</i>	2018	Caracterizar fatores de risco, para psicopatia, em detentos brasileiros.	Pesquisa de campo com 48 detentos do sexo masculino, em regime fechado de uma unidade prisional.	Perfil divergente indicando baixa hostilidade, psicopatia primária.
HUBNER, C.V.K. <i>et al.</i>	2018	Analisar um caso de TPA que chegou sem diagnóstico prévio ao Hospital Psiquiátrico	Estudo de caso em uma enfermaria do Hospital Psiquiátrico	O paciente preenche critérios diagnósticos de TPA por conta da sua incapacidade de se adaptar às normas sociais.
HERRERA-GÓMEZ, A.L.	2017	Refletir sobre o papel da sociedade na prevenção, inclusão e tratamento de pacientes com TPA.	Pesquisa bibliográfica	O conhecimento do TPA na sociedade subsidiaria melhorias para prevenção, o diagnóstico e o atendimento integral.
CONSOLI, C.G.	2017	Identificar elementos que predisõem um indivíduo ao comportamento antissocial.	Pesquisa Bibliográfica	Fatores biológicos e ambientais podem influenciar, de maneira negativa, o desenvolvimento do sujeito.
SOARES, V.M.S. <i>et al.</i>	2017	Descrever o TPA, com evidência em seu diagnóstico e alguns tipos de tratamento.	Pesquisa bibliográfica	O TPA se manifesta em graus distintos, que pode surgir na infância ou na adolescência e permanecer durante a vida adulta.
STEFANO, L.B.	2016	Analisar o contexto jurídico brasileiro e da saúde sobre pessoas com TPA	Pesquisa bibliográfica	O ordenamento jurídico deveria utilizar da escala PCL-R como forma de proteção social.
MORGADO, A.M. <i>et al.</i>	2016	Estudar as relações entre comportamento antissocial e características numa amostra ocasional de 489 adolescentes	Aplicação de escalas e inventários	Diferenças significativas entre os sexos.
SCARPARO, M.O.	2016	Investigar o comportamento social de adolescentes através de comparações de suas habilidades com grupo de controle.	Avaliação de adolescentes, com aplicação de inventários, escalas e questionários. (Dissertação de mestrado)	Os adolescentes vítimas de maus-tratos apresentaram maior intensidade de traços psicopáticos e mais déficits de habilidades sociais.
SILVA, C.Y.G.S.; MILANI, R.G.	2015	Refletir sobre a tendência antissocial no adolescente/jovem, por meio da análise do conteúdo de letras de músicas, como o Rap.	Análise de Conteúdo de letras de músicas brasileiras de Rap	Encontraram-se três categorias: a falha ambiental como princípio para a tendência antissocial, e essa enquanto esperança de reparação, e o rap para além da música.

SILVEIRA, K.S.S. et al.	2015	Estudar elementos que possibilitem diferenciar os comportamentos antissociais transitórios dos persistentes.	Pesquisa bibliográfica	Acredita-se que quanto mais cedo os comportamentos antissociais persistentes são identificados, maiores são as chances de sucesso nos tratamentos.
DIAS, C. et al.	2014	Avaliar autorreferências de condutas antissociais e delitivas em adolescentes	Aplicação de Escala de Condutas Antissociais e delitivas, análise descritiva e inferencial dos dados.	Foram encontradas diferenças significativas, para maior, nos meninos
VASCONCELOS, S.J.L. et al.	2014	Realizar uma revisão sistemática entre 1975 e 2013, sobre essa temática.	Pesquisa bibliográfica	Uso de métodos não convergentes sugerem que o TPA está relacionado a déficits no reconhecimento de emoções negativas.

Tabela 01: Síntese das relevantes características dos estudos retidos

Fonte: Próprio Autor, 2020.

Com base nos estudos selecionados, sugere-se que, quando os fatores de riscos surgirem apenas na adolescência, subsidia menores chances de desenvolver Transtorno de Personalidade Antissocial, haja vista que o tempo e duração dos fatores de riscos podem ser menores. Porém, isso não é regra, haja vista que deve-se considerar as variáveis envolvidas no processo (SILVEIRA, *et al.* 2015). Nesse contexto, e considerando os objetivos, as distintas variáveis e os achados, as categorias colocam que:

3.1 Comportamentos na infância e adolescência de sujeitos com transtorno de personalidade antissocial

Nessa categoria foram expostos estudos que descreve os tipos de padrões de comportamentos que estiveram presentes na infância e adolescência de pessoas com TPAS. O estudo de Silveira, *et al.* (2015) primeiro contextualiza que padrões de violação de normas sociais são comuns a diversos transtornos descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5 (APA, 2013), como exemplo tem-se Transtorno de Conduta (TC), do Transtorno Desafiador-Opositivo (TDO) e do Transtorno da Personalidade Antissocial (TPAS), que são denotados pelos comportamentos transgressores. Assim, esses comportamentos descritos e diagnosticados, quando não tratados subsidiam o desenvolvimento de outros Transtornos.

Assim, Dias (2014) complementa que de forma geral, comportamentos desviantes e antissociais são aquelas condutas de desvio às normas e expectativas sociais, como ações que rompem regras e acordos sociais sem que o comportamento, necessariamente, constitua-se como uma infração prevista por lei.

Com base nos estudos coletados, bem como nas prévias leituras, conota-se que existem evidências que comprovam que os traços e comportamentos antissociais nas

etapas iniciais do desenvolvimento, como infância e adolescência podem ser preditores de personalidade antissocial na vida adulta.

Hubner (2018) destaca que comportamentos que versam sobre agressão física, oposição, transgressão de regras, roubo e vandalismo podem ser observados no desenvolvimento comum e tendem a diminuir a frequência com o amadurecimento cerebral e a transição para a vida adulta, com base em intervenções mediadoras sobre essas ações. Porém, quando esses comportamentos se apresentam de forma persistente e intensa podem caracterizar diversos tipos de transtornos de conduta ou opositivo desafiador, que caso se estenderem, podem descrever critérios diagnósticos para um TPAS. Assim, as características marcantes de pessoas com o transtorno, como a falta de remorso após um delito, podem também estarem presentes na fase da adolescência.

Em estudos longitudinais, ou de coorte, constatou-se na infância e da adolescência comportamentos, que evoluíram para o fechamento do TPAS, como: maltratos a animais, brigas entre os pares, mentiras, gosto constante por trapacear durante as brincadeiras e jogos, agressões físicas e verbais, afinidades em realizar transgressões com os considerados mais frágeis, uso e abuso de drogas, que podem aparecer apenas na adolescência. Não obstante, todos esses comportamentos somados a um contexto socioemocional conflituoso, negligente são preditores de TPAS. Hubner (2018, p. 08) ainda expõe que “embora não haja citação na literatura de que Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) seja um diagnóstico diferencial para Transtorno de Personalidade antissocial, eles podem aparecer concomitantemente, como mencionado em alguns estudos longitudinais”.

Ressalta-se que o diagnóstico de TPAS é fechado quando não há deficiência mental, esquizofrenias e manias. Assim, como a construção da personalidade ocorre nos primeiros anos de vida, as emoções que envolvem sentimentos de culpa também são delineadas nesse momento. Dessa forma, a estrutura identitária está vinculada à criança e o adulto cuidador que é sua referência (CONSOLI, 2017). Foi revelado no que tange aos comportamentos nas referidas fases que, na adolescência, podem ser observados alguns comportamentos antissociais transitórios, como rebeldia, contos de mentiras, alterações comportamentais, impulsividade, que podem ser considerados como parte do desenvolvimento e da própria fase do adolescente ao serem comparados com comportamentos patológicos, como TC, TDO e TPAS observados em adultos. Sob esse contexto, esses comportamentos antissociais transitórios muitas vezes podem desaparecer quando os indivíduos chegam à fase adulta e podem estar relacionados com aspectos do processo de desenvolvimento durante a adolescência, como a necessidade de aceitação entre pares, necessidade de autoafirmação, novas responsabilidades, experimentar o novo e dificuldade de controlar impulsos devido a imaturidade de zonas cerebrais (SILVEIRA, *et al.* 2015).

Vale enfatizar que alguns estudos citam que problemas de externalização e antissociais podem estar presentes desde a infância, e que muitos padrões e estabilidade de comportamentos são adquiridos nessa fase, desde os primeiros anos de vida, podem ser

indicadores de comportamentos persistentes, necessitando de continuas observações nas causas e consequências dos comportamentos infantis (DIAS, 2014). Entretanto, padrões de comportamentos transgressores ou pró-sociais desde a infância podem ser alterados, considerando todas as outras variáveis da vida da criança ou do adolescente, como maus-tratos, negligência, abusos, bullying entre outros, considerando predisposições genéticas. Porém, quanto mais tempo o sujeito estar exposto a fatores de riscos mais probabilidade de sedimentar comportamentos antissociais terá.

Já Silva e Milani (2015, p. 10) coloca que comportamentos transgressores movimentam distintas figuras de autoridades existentes no meio da criança ou do adolescente para assim, “agirem no sentido de contê-lo externamente, auxiliando consequentemente no controle interno”. Assim, a criança e o adolescente com comportamento antissocial denota a busca por um reparo do contexto o qual está inserido acerca de sua privação em alguma instância da vida, em especial privações emocionais. Ademais, com base nos estudos selecionados os comportamentos desadaptativos são reflexos da intensidade e da forma das frustrações vivenciadas nas referidas fases. Estudar, analisar e intervir na primeira infância dos indivíduos e suas figuras parentais, configuram como subsídios para o não desenvolvimento de traços antissociais.

3.2 Tipos de tratamentos realizados na infância e adolescência

Na referida categoria foram incluídos estudos que confirmam que os tratamentos realizados durante a infância e ou adolescência frente a efetivação de padrões de comportamentos disruptivos, subsidiam a minimização de permanência destes, fazendo reparações, bem como denota a significância desses no não desenvolvimento de futuros transtornos na fase adulta. Nesse contexto, Scarpato (2016), em suas pesquisas coloca que um dos tratamentos mais sugestivos seria a psicoterapia nos casos de Transtornos de Comportamentos na infância ou adolescência-lembrando que existem distintos tipos de transtornos-. Nesse contexto, a psicoterapia também pode ser um facilitador para proporcionar a continuidade saudável do desenvolvimento socioemocional da criança e do adolescente, por meio de experiências e técnicas que possibilitem certa compreensão da realidade, integração da personalidade, mediar a baixa tolerância a frustrações, trabalhar as funções de autorregulação e as adaptações a ambientes. Vale ressaltar que pesquisas mostram que dependendo do comportamento e/ou transtorno da infância, como Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade-TDAH, Transtorno Opositivo Desafiador-TOD, e ou Transtornos de Conduta, o uso de fármacos aliada a terapia, subsidia melhoras nos comportamentos, relacionados a esses transtornos, que se não tratados podem evoluir para outros configurados como transtornos de personalidade (HERRERA-GOMEZ; 2017).

Dessa forma, vale ressaltar que a Intervenção medicamentosa também pode oferecer resultados positivos, embora não haja drogas específicas para o tratamento, de TPA, mas sim para as questões comportamentais que se apresentam anteriormente

(SOARES, 2017). Entretanto, com base nos estudos revisados coletou-se que a maioria das pessoas que desenvolveram o referido Transtorno, não tiveram oportunidades de realizar tratamentos durante a infância e adolescência, haja vista que os fatores de riscos, sobrepuseram os de proteção, em especial a negligência familiar. Relatos nos estudos colocam ainda que os sujeitos que tiveram contato com algum tipo de tratamento, foram os sujeitos que cumpriram algum tipo de medida socioeducativa, ou que ficaram por algum tempo resguardados da justiça, ou que passaram por abrigos, após quebra de vínculo familiar. Nesse caso, o tratamento como fator de proteção não foi suficiente para o não desenvolvimento do transtorno, que envolve outras variáveis, como pais alcoolistas, mães deprimidas. Todas essas variáveis devem ser trabalhadas nos tratamentos terapêuticos, para capacitar o sujeito a lidar com as intercorrências que poderão ocorrer na vida (SCARPARO, 2016).

Outro estudo, realizado na Europa coloca que as terapias para crianças e adolescentes que já apresentam comportamentos inadequados, devem ser embasadas no ensino e manejo acerca de valores e códigos de convivência social, com reforços positivos, manejo da raiva, terapias familiares. Assim, pode-se evitar a consolidação de um Transtorno de Personalidade Antissocial na vida adulta, porém, não é considerado regra (HERRERA-GOMEZ, 2017).

Reafirma-se com base na pesquisa que foram descritas intervenção comportamentais acerca do favorecimento no treinamento de habilidades socioemocionais e desenvolvimento de uma personalidade mais adaptável ao meio. Entretanto, os estudos e vislumbamentos na área ainda são incipientes (SCARPARO, 2016).

Sob esse contexto, Soares (2017), coloca ainda que como as pessoas com Transtorno de Personalidade Antissocial, não apresentam de forma prévia e nem situacional, sintomas como depressão e alucinações, terminam não sendo levantadas hipóteses, e, por conseguinte não são encaminhados para tratamento. Os tratamentos são diversos, quanto mais precoce começados e quanto mais novo o paciente, mais satisfatórios serão os resultados, sendo relevante intervenções simultâneas e complementárias a longo prazo (SOARES, 2017).

3.3 Impacto dos fatores de riscos nas esferas subjacentes

Nessa categoria foram inclusos estudos que tratam do impacto dos fatores de riscos nos distintos âmbitos da vida do sujeito. Entretanto, Beck, et al. (2017) afirma que faz necessário dividir os fatores de riscos e seus conceitos. Dessa forma, estabelece-se uma distinção acerca dos fatores de riscos. Os mesmos podem ser divididos em estáticos e dinâmicos. Os fatores estáticos se configuram como aqueles imutáveis, tais como comportamentos disruptivos ou até criminais prévios. Os fatores de riscos dinâmicos são relacionados a aqueles que podem ser alterados, como exemplo uso de substâncias psicoativas, e amizades.

Assim, Silveira *et al.* (2015) colocou que para o desenvolvimento de comportamentos antissociais persistentes, existem aspectos relacionados a origem em déficits neuropsicológicos (funções cognitivas e executivas), predisposições genéticas, problemas neurológicos, que podem ter origem desde o período pré-natal, como má nutrição e/ou uso e abuso de substâncias psicoativas pela mãe durante a gestação. Dessa forma, os problemas neurológicos resultam em irritabilidade, déficits de atenção, presença de hiperatividade, impulsividade, dificuldades de aprendizagem ou alguma outra psicopatologia. Essas características, somadas a ambientes desfavoráveis, dotados de conflitos e maus-tratos, bem como problemas socioeconômicos, falta de apoio parental, pais negligentes, ausentes, permissivos, usuários de drogas, são os fatores de riscos que facilitam a origem de comportamentos antissociais na infância e sua persistência na fase adulta. Ademais, vale ressaltar que existem comportamentos antissociais limitados à adolescência, por sua vez, podem estar associados apenas ao desejo de obter bens materiais, status, necessidade de se autoafirmar, sentimento de pertença e a forte influência dos pares.

Ainda no aspecto neurobiológico, foram encontrados estudos que mostram que os lobos frontais possuem influência nos comportamentos dos sujeitos sociais e morais. Sob essa perspectiva neurobiológica cabe colocar com base nos achados clínicos que transtorno da personalidade antissocial é mais comumente encontrado em pessoas cujos parentes biológicos em primeiro grau também possuem o transtorno, em relação à população em geral, denotando o arcabouço acerca da predisposição genética. Além disso, parentes de pessoas com esse transtorno possuem mais chances de desenvolver comorbidades, como os relacionados à dependência de substâncias psicoativas, mais frequentemente identificado em homens, e à somatização, mais comum em mulheres (CONSOLI, 2017). O resultado do referido estudo revelou ainda que, "os indivíduos adotados, cujos pais biológicos possuíam vastos históricos criminais, acabaram por apresentar também um maior número de transgressões e condenações, é uma demonstração muito clara de que a herança genética do indivíduo o predispõe ao crime"(RAINE, 2015, p.07). Dessa forma, com base nas questões genéticas e neurobiológicas, os cuidados acerca dos fatores ambientais devem ser redobrados, os mesmos devem sobrepor os riscos, protegendo o sujeito de desenvolvimento de distintos tipos de transtornos comportamentais ou de personalidade (COELHO, *et al.*, 2020).

Ademais, a pesquisa proporcionou achados acerca de estudos longitudinais, com grupo controle em que investigou forte potencial de risco para entre a relação do diagnóstico de TPAS e a vivência de maus-tratos na infância, bem como scores baixos com relação ao desenvolvimento cognitivo, em que o Quociente de Inteligência-QI com escores mais baixos podem ser indicadores de comportamentos antissociais persistentes, que se prolongam para a vida adulta. O referido estudo denota ainda que não é regra acordar que pessoas com TPAS, são consideradas inteligentes, haja vista que existem variáveis acerca do conceito de inteligência (SCARPARO, 2016).

Outro fator de risco encontrado na pesquisa ainda acerca da relação desenvolvimento neurocognitivo e o TPAS na fase adulta, foi avaliação de déficits na expressão facial, falta de sensibilidade, empatia e reconhecimento de emoções primárias desde a infância (MORGADO; DIAS, 2016).

O TDAH, também foi delineado em alguns estudos como: quando presente desde a infância, também foi considerado como fator de risco para comportamentos antissociais na fase adulta, somada a outros riscos (VASCONCELLOS, *et al.* 2014). Assim, Silveira, *et al.* (2015), adicionou outro fator de risco como comportamentos sexuais prejudiciais, com generalidade de adoção de outros padrões de comportamentos arriscados. Nesse contexto, ele sintetizou a existência de evidências da relação de persistência dos comportamentos antissociais com variáveis pessoais na infância, considerando intrínseca nesse contexto os problemas de aprendizagem, psicopatologia, TDAH e baixo QI.

No que tange os aspectos contextuais acerca dos fatores de risco para o Transtorno, inclui-se violência familiar, negligência familiar, permissividade familiar e escolar, problemas escolares, falta de acompanhamento parental, abusos sexuais, uso e abuso de substâncias psicoativas por parte dos pais e/ou comunidade (SILVEIRA, *et al.*, 2015)

Questões emocionais conflituosas vivenciadas na infância e não reparadas, subsidia o encontro de efetivação de transgressões sociais, como formas de enfrentamento, precursor de comportamento antissocial. Esse contexto é proposto pelos estudos como processo que concebe quatro fases. A primeira fase é aprender um padrão de comportamento como produto de práticas parentais negativas durante a infância. A segunda fase é concernente ao período escolar, em que os padrões de comportamentos transgressores, disruptivos são generalizados a outros ambientes, como escola e a dificuldade de estabelecer relações satisfatórias para a aprendizagem de distintas habilidades sociais e conceituais. A terceira fase é a busca por pares os quais se identifica, para estabelecer sentimentos de aceitação e pertença social, ultrapassando o ambiente escolar. A quarta fase é estabelecida na fase adulta, com estabelecimento de comportamentos antissociais persistentes, já aqui elencados, tornando-se também comportamentos criminosos. Vale ressaltar que manifestação de comportamento antissocial na adolescência se movimenta de forma esporádica e persistente, necessitando de intervenções urgentes, com o fito de surgir novos interesses sociais produtivos (ESTEVES, 2018).

No que tange à família, a referida foi apontada nos estudos como fatores de riscos, na infância, em especial na adolescência, com adolescentes considerados à margem social. Figuras parentais fragilizadas, ambiente desfavorável, ausência da figura do pai, como subsídio estabelecedor e organizador do sujeito são elencados como fatores de riscos, somados a um outro dado mostrado em pesquisas “ser do sexo masculino, receber cuidados maternos e paternos inadequados, viver em meio à discórdia conjugal, ser criado por pais agressivos e violentos, ter mãe com problemas de saúde” (SILVA; MILANI, 2015, p.13).

Nas demais pesquisas ainda relacionadas à família, vislumbrou-se que a escola poderia ser um fator de proteção, pois evitaria esse jovem evadir-se, cometer delito e entrar em contato com drogas. Porém, as escolas desses perfis de família, muitas vezes não efetivam a educação além dos aspectos conceituais.

Contudo, Dias (2014) coloca que crianças e adolescentes, que possuem um nível socioeconômico baixo e serem do sexo masculino, possuem riscos para o desenvolvimento de comportamentos antissociais e futuro fechamento do diagnóstico do referido transtorno. No entanto, apesar de o baixo nível socioeconômico ser apontado como facilitador para a incidência dos comportamentos desviantes. Outros achados propuseram que, não é apenas esse construto social e educacional os responsáveis por tais condutas, haja vista que estas são apresentadas também por sujeitos que, teoricamente, são atendidos por estrutura e organização educacional, familiar econômica de grande apoio. Entretanto, esses podem sim desenvolver o transtorno com base em outras variáveis aqui já descritas, o que se percebe em tais perfis é ações que não são consideradas legalmente criminosas, em contrapartida os que possuem baixo nível socioeconômico terminam se envolvendo em ações delituosas, previstas por leis, com base em suas necessidades econômicas e a comunidade vigente.

3.4 Fatores de proteção na infância e adolescência

Os comportamentos antissociais podem estar presentes apenas em uma das fases, ou nas duas fases: infância e da adolescência. Nesse contexto, em especial, a fase da adolescência, é dotada de inúmeras transformações biopsicossociais que ocorrem devido, à falta de amadurecimento do córtex pré-frontal: área responsável por avaliar situações, tomar decisões, controlar emoções e comportamentos, e pelas características do contexto sociohistórico, familiar e cultural. Uma fase transitória e significativa ao desenvolvimento do sujeito, na qual ele testa seus próprios limites, através dos comportamentos, em busca de novas experiências, emoções que levam a sentimentos de prazer e desprazer (recompensas e dores), que pode favorecer o desenvolvimento da autonomia ou práticas delituosas. Dessa forma, e por serem fases distintas, com suas próprias peculiaridades, necessita-se de significativos fatores de proteção para minimizar ocorrência de comportamentos disruptivos (REMY, 2018).

Os fatores de proteção versam de forma geral em um desenvolvimento socioemocional e sociocultural saudável. Os estudos coletados colocam a escola como um representante fator de proteção. Uma escola em que garanta o bem-estar do sujeito em seu ambiente, que consiga perceber o aluno como ser biopsicossocial. Uma escola que efetive uma proteção perante condutas inadaptáveis, com práticas educacionais de qualidade através de vivências, preparar para um aprendizado que não exclui erros e momentos frustrantes (SÓ, 2018). Ademais, embora já aqui elencado sobre os tratamentos para o não desenvolvimento de TPA, elencou-se que os que não perpassam por tratamentos, podem desenvolver os referidos. Dessa forma, vale ressaltar que tratamento terapêutico,

se configuram como fator de proteção, pois podem favorecer a emergência e elaboração de novos espaços de pensamentos e reflexões, com base na relação de confiança que de forma gradativa se estabelece entre paciente e profissional (CHAZAN, 2018).

Contudo, Morgado (2016), coloca que trabalhar na fase da infância e da adolescência o altruísmo, simpatia e respeito pelos outros é fator de proteção na prevenção de trajetórias antissociais. Efetivamente, um autoconceito positivo tem sido associado a fatores que protegem o sujeito de se envolver em transgressões enquanto o autoconceito negativo tem vindo a revelar associações com agressão e delinquência. Pensar em fatores de proteção, é pensar em distintas variáveis, que envolvem tempo, forma e fase em que estão sendo efetivados. Ademais, esses devem sobrepor aos fatores de riscos para o não desenvolvimento de Transtorno de Personalidade Antissocial, em especial, se existirem predisposições genéticas.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As principais conclusões do estudo denotaram que cada sujeito vivencia distintamente situações estressoras, sendo determinado o impacto. Os fatores de proteção buscam ir ao encontro do impacto dos riscos para proporcionar formas de resoluções das vivências diárias, minimizando as possibilidades de desenvolvimento de transtornos. Ademais, não é apenas um fator de risco que irá determinar a ocorrência futura do Transtorno. Faz-se necessário uma gama de considerações para que se proponha tal diagnóstico. De fato, os riscos são evidenciados pela literatura científica, que são critérios para um olhar apurado para intervenções sobre aspectos negativos durante a infância e adolescência, minimizando assim a ocorrência ou a probabilidade da ocorrência. Em linhas gerais, qualquer forma de comportamento considerado transgressor na infância e na adolescência devem ser investigadas as causas e ocorrer intervenções para assim, evitar a permanência desses comportamentos na fase adulta, se instalando ou não um diagnóstico na fase adulta, o cuidado e a prevenção devem ser constante nas crianças e adolescentes. Percebeu-se que não existe uma regra e nem absolutismo quando se trata de desenvolvimento humano e a relação com os comportamentos. O que existe são padrões de comportamentos, riscos e variáveis para se propor tratamentos precoces, evitando assim o fechamento do diagnóstico de Transtorno de Personalidade Antissocial, e ou outros dentro do referido grupo.

REFERÊNCIAS

AKOBENG, A. K. In: KOLLER, S. H. *et al.* **Manual de Produção Científica**. Porto Alegre: Penso, 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-V. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BECK, A.T. et al. **Terapia Cognitiva dos transtornos da personalidade**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

CHALUB, M. et al. **Psiquiatria Forense de Taborda**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

CHAZAN, C. Da crise adolescente ao adolescente em crise aguda. In: CHAZAN, C; SÓ, L. **Vida Adolescente: Perspectivas de Compreensão**. Porto Alegre: Editora Fi, 2018. cap.3. p. 37-53.

COELHO, I. C. et al. Fatores de risco de comportamento antissocial em crianças: comparação entre rapazes e garotas. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 37, p. 01-12, jan. 2020. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-166X2020000100701&lng=en&nrm=iso&tling=pt. Acesso em: 14 out. 2020.

CONSOLI, C.G. Predisposição ao comportamento antissocial: da negligência na gestação à desvinculação afetiva na primeira infância. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2017. Disponível em: www.pucrs.br. Acesso em 14 out. 2020.

DELLECAVE, M. R.; BARBOZA, C. S.; CALDERON, P. A. Fatores de Risco e Proteção para a Prática do Ato Infracional: Percepção do Adolescente e da Família. **Revista Brasileira Adolescência e Conflitualidade**. Santa Catarina, n.17, p. 23-29, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17921/2176-5626.n17p23-29>. Acesso em: 15 out. 2019

DIAS, C. et al.; Comportamentos antissociais e delitivos em adolescentes. **Revista Interdisciplinar de Psicologia e Promoção da Saúde**. Canoas, n. 45, p. 101-113, set-dez, 2014. Disponível em: www.periodicos.ulbra.br/index.php/aletheia/article/view/3253. Acesso em: 14 out. 2020.

ESTEVES, G. G. L. et al. Caracterização de Fatores de Risco para o Comportamento Criminal em Detentos. **Psico-USF**, Campinas, v. 23, n. 4, p. 719-730, dez. 2018. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712018000400012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 out. 2020.

HERRERA-GÓMEZ, A. L. Uma reflexão sobre o trabalho social com pacientes vítimas do transtorno de personalidade antissocial. Universidade Industrial de Santander. Colômbia, v. 20, n.3, p. 368-373, mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.29375/01237047.3249>. Acesso em: 11 out. 2020.

HUBNER, C.V.K. et al. Transtorno de personalidade em paciente jovem. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**. Sorocaba, v. 21, n. 2, p. 92-94. Disponível em: <http://doi.org/10.23925/1984-4840.2019v21i2a10>. Acesso em: 10 out. 2020.

KOLLER, S.H. et al. **Manual de Produção Científica**. Porto Alegre: Penso, 2014.

MECLER, K. **Psicopatas do Cotidiano: como reconhecer, como conviver, como se proteger**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2015.

MORGADO, A. M.; DIAS, M. da L. V. Comportamento antissocial na adolescência: o papel de características individuais num fenómeno social. **Psic., Saúde & Doenças**. Lisboa, v. 17, n. 1, p. 15-22, abr. 2016. Disponível em: www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862016000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 out. 2020.

POLETTTO, M.; KOLLER, S. H. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.25, n.3, p.405-416, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n3/a09v25n3.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2019.

RAINE, A. **A Anatomia da Violência**: as raízes biológicas da criminalidade. Tradução de: Maiza Ritomy Ite. Porto Alegre: Artmed, 2015.

REMY, L.S. et al. A adolescência e o uso de drogas: compreensão e intervenções para uma abordagem integrativa. In: CHAZAN, C; SÓ, L. **Vida Adolescente**: Perspectivas de Compreensão. Porto Alegre: Editora Fi, 2018. cap. 11. p. 165-184.

SCARPARO, M. O. Comportamento social e volume de substância branca cerebral em adolescentes vítimas de maus tratos. 2016. Dissertação (Mestrado em Fisiopatologia Experimental) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2016. Disponível em: doi:10.11606/D.5.2016.tde-04082016-160853. Acesso em: 14 out.2020.

SILVA, C. Y. G. da; MILANI, R. G. Adolescência e Tendência Antissocial: o Rap como Expressão de uma Privação Emocional. **Psicol. cienc. prof.** Brasília, v. 35, n. 2, p. 374-388, jun. 2015. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000200374&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 out. 2020.

SILVEIRA, K.S.S. *et al.*; Correlatos dos comportamentos antissociais limitados à adolescência e dos comportamentos antissociais persistentes. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 20, n. 3 p. 425-436, 2015. Disponível em: www.psicolestud.v20i3.28100. Acesso em 14 out. 2020.

SOARES, V. M. S., et al. Transtorno de Personalidade Antissocial. **Psicologia E Saúde Em Debate**. Minas Gerais, v. 3, n. 1, p. 26-27, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.22289/V3S1A12>. Acesso em: 14 out. 2020.

SÓ, L. As escolhas adolescentes. In: CHAZAN, C; SÓ, L. **Vida Adolescente**: Perspectivas de Compreensão. Porto Alegre: Editora Fi, 2018. cap.2. p. 25-36

SZCZERBACKIL, N. *et al.* Fatores de risco envolvidos no desenvolvimento da psicopatia: uma atualização. **Revista Diagnóstico e Tratamento**, São Paulo, v. 17, n. 01, p. 09-13, 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2012/v17n1/a2840.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2019.

VASCONCELLOS, S. J. L. *et al.* Psicopatia e Reconhecimento de Expressões Faciais de Emoções: Uma Revisão Sistemática. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 30, n. 2, p. 125-134, jun. 2014.

CAPÍTULO 21

PERSPECTIVA TEMPORAL E REGULAÇÃO EMOCIONAL DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Data de aceite: 01/02/2021

Data de submissão: 16/11/2020

Carlos Eduardo Nórté

Centro Universitário Celso Lisboa e
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/7070604646823672>

Richard dos Santos Ferreira

Centro Universitário Celso Lisboa e
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/7612850149608999>

Luan Felipe de Sousa Dantas

Centro Universitário Celso Lisboa
<http://lattes.cnpq.br/8012323201011615>

RESUMO: A orientação e a direção preferencial dos pensamentos e ações de uma pessoa em relação ao passado, ao presente, ou ao futuro tem uma influência dinâmica nos seus julgamentos, decisões e ações. A percepção que as pessoas têm da extensão do tempo futuro ou da importância do passado exerce um papel importante no comportamento atual e também gera implicações para emoção, cognição e motivação. Este aspecto do tempo é denominado perspectiva temporal. Apesar da crescente literatura em torno da perspectiva temporal, poucos estudos buscaram investigar a sua relação com a regulação emocional. No presente estudo participaram 90 estudantes do Centro Universitário Celso Lisboa que após preencherem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido responderam a Escala de Perspectiva Temporal

(ZTPI) e a Escala De Desregulação Emocional (DERS-36). Os resultados sugerem que os participantes que apresentaram perspectiva temporal balanceada entre presente, passado e futuro tinham uma tendência de regular melhor suas emoções. Dessa forma, conclui-se que compreender o potencial prático da investigação da perspectiva temporal na prática clínica pode propiciar futuramente a criação ferramentas e estratégias de intervenção que auxiliem quadros clínicos associados as dificuldades de regulação das emoções.

PALAVRAS-CHAVE: Perspectiva temporal, regulação emocional, saúde, Psicologia.

TIME PERSPECTIVE AND EMOTION REGULATION IN COLLEGE STUDENTS

ABSTRACT: The orientation and preferential direction of a person's thoughts and actions toward the past, the present, or the future has a dynamic influence on their judgments, decisions, and actions. People's perception of the extent of future time or the importance of the past plays an important role in current behavior and also generates implications for emotion, cognition, and motivation. This aspect of time is called temporal perspective. Despite the growing literature surrounding the temporal perspective, few studies have sought to investigate their relationship to emotional regulation. In the present study, 90 students from the Celso Lisboa University Center participated and, after completing the Informed Consent Term, answered the Temporal Perspective Scale (ZTPI) and the Emotional Deregulation Scale (DERS-36). The results suggest that participants who presented

a balanced temporal perspective between present, past and future had a tendency to better regulate their emotions. Thus, it is concluded that understanding the practical potential of temporal perspective research in clinical practice may in the future facilitate the creation of intervention tools and strategies that aid clinical pictures associated with the difficulties of regulating emotions.

KEYWORDS: Time perspective, emotional regulation, Health and Psychology.

1 | INTRODUÇÃO

As ações e emoções de uma pessoa, em um dado momento, dependem de sua perspectiva de tempo total. Os quadros temporais passado, presente e futuro são utilizados para codificar, armazenar e recordar eventos, como também para formar expectativas, metas e possíveis enredos. O impacto do futuro e dos eventos passados no comportamento presente é compreendido na medida em que eles estão presentes no modo como vemos e sentimos o mundo, e utilizamos estratégias de enfrentamento frente as adversidades cotidianas (ZIMBARDO e BOYD, 2008).

A Perspectiva Temporal (PT) como primeiramente evidenciada por Kurt Lewin (1951/1967) apud Leite e Pasquali (2008), é definida como “a visão total do indivíduo sobre seu passado e futuro psicológicos em um dado momento”. O conceito de Zimbardo e Boyd (2008) complementa o anterior, na medida em que consideram a perspectiva temporal como “um processo inconsciente por meio do qual o fluxo ininterrupto de experiências pessoais e sociais é nomeado em categorias temporais, ou quadros temporais que ajudam dar ordem, coerência e significado a esses eventos”. A despeito das propostas de conceituação Van der Linde (2007) argumenta que não há um entendimento respeito da natureza e da dimensão da PT, sendo esta uma questão necessária de ser esclarecida para um melhor entendimento do conceito. A Percepção Temporal, às vezes, é identificada como uma motivação, uma característica da personalidade ou um esquema cognitivo.

Uma perspectiva do tempo ideal é considerada como equilibrada, quando as orientações temporais permitem o sujeito transitar de forma flexível entre elas de modo a se adequar às diferentes situações e demandas cotidianas. Quando uma orientação temporal específica é mais usada, causando perda de uso em outras, a pessoa pode se tornar tendenciosa em sua perspectiva temporal. (Ortuno, Paixão e cols, 2013).

A orientação e a direção preferencial dos pensamentos e ações de uma pessoa em relação ao passado, ao presente, ou ao futuro tem uma influência dinâmica nos seus julgamentos, decisões e ações. A percepção que as pessoas têm da extensão do tempo futuro ou da importância do passado exerce um papel importante no comportamento atual e também gera implicações para emoção, cognição e motivação. Este aspecto do tempo é denominado perspectiva temporal.

William James (1890/1950) apud Leite e Pasquali (2008) propôs que o presente é a relação temporal criada entre os eventos sensoriais como acontecendo agora; o passado

como elaborado graças à memória; e o futuro, um grupo de expectativas sobre eventos a vir. Mas, James também afirma que o presente é uma abstração ideal, nunca realizada. O passado surge não por uma qualidade intrínseca do evento ocorrido, mas pela associação feita a outros eventos, os quais foram codificados na memória como parte do passado. O senso de futuro é a base conceitual para ações que procuram adiamento de gratificação, baseada na regularidade de eventos passados.

Estudos de Damásio (2002) realizados com pacientes portadores de lesão cerebral apontam a habilidade de formar memória como uma parte indispensável para a construção do tempo e da cronologia. As conexões recíprocas do córtex pré-frontal lateral com o hipocampo e com o córtex parietal posterior são especialmente importantes para os aspectos cognitivos de todas as formas de comportamento. Por intermédio dessas conexões, torna-se possível a mais importante função do córtex pré-frontal, que é a integração temporal de ações para o cumprimento de metas. Aqui o verbo integrar tem o significado de incluir, excluir e organizar elementos em um conjunto, formando um todo coerente. O processo neural de integrar as informações ao longo da linha do tempo, por intermédio da ordenação dos cognitivos, é a base para a programação temporal das ações. A organização temporal de novas e complexas sequências de comportamento se dá por meio da integração de estímulos externos (sensoriais) e estímulos internos (memórias armazenadas). Em outras palavras, a integração temporal nada mais é do que o processamento (análise e síntese) dos estímulos que chegam ao cérebro (tempo presente) e das memórias armazenadas (tempo passado). Em virtude de sua especialização na estruturação temporal de novas e complexas séries de ações direcionadas a objetivos (sob a forma de comportamento, fala ou raciocínio), além da participação na escolha entre as alternativas e nas tomadas de decisão, o córtex pré-frontal pode ser considerado o centro executivo do cérebro (JUNIOR et al, 2011).

Seijts (1998) afirma que a perspectiva temporal é uma estrutura cognitiva e não uma disposição, tal como uma característica de personalidade. Van der Linde (2007) conceitua a perspectiva temporal como uma estrutura cognitiva multidimensional que influencia a motivação e a personalidade do indivíduo, e determina como este vê o tempo. Essa ideia é corroborada por Leite e Pasquali (2008), que afirmam que a PT é um importante construto subjacente, que não se manifesta claramente, mas está presente na personalidade, na tomada de decisão e no planejamento.

Zimbardo e Boyd (2008), advogam que a perspectiva temporal como parte da personalidade, entendendo esta como sendo uma união de todas as respostas naturais e aprendidas do indivíduo. Como as pessoas diferem em relação à personalidade, também diferem em termos de suas perspectivas de tempo, sendo esta diferença um dos principais fatores em comportamentos de resolução de problemas e na construção de crenças em geral. No entanto, a perspectiva temporal não é considerada um aspecto estático da personalidade.

Os autores que apontam a perspectiva temporal como uma motivação, afirmam que a pessoa, quando se depara com uma necessidade, irá projetar no futuro e categorizá-la dentro da categoria de antecipação. Ou seja, ao projetar essa necessidade no futuro e categorizar essa necessidade em uma previsão, antecipação desta solução. Essa antecipação, que satisfará a necessidade, é um importante aspecto que influencia a motivação do indivíduo em prosseguir com certos objetivos e atividades (Zimbardo e Boyd, 2008).

As pesquisas sobre como as emoções podem influenciar nos nossos processos cognitivos tem ganhado cada vez mais espaço, tornando-se uma das áreas de maior interesse na psicologia (Koole, 2009). Os processos que possibilitam que o indivíduo tenha emoções em determinados momentos, modular a forma como sentem e as expressam são denominados de regulação emocional. (Gross, 2002). Um pouco além disso, recentemente, estudos tem ampliado a visão sobre o constructo da Regulação emocional, trazendo evidências não apenas para a forma como o indivíduo regula as próprias emoções (regulação intrínseca) mas também sobre a forma como regula as emoções de outras pessoas (regulação extrínseca) (Nozaki, Y., & Mikolajczak, M., 2020). assim como, na forma se autorregula em contextos grupais. (Goldenberg, A., Halperin, E., van Zomeren, M., & Gross, J. J. 2016). Portanto, uma definição mais recente e abrangente seria “Regulação emocional se refere as tentativas de influenciar as emoções em nós mesmos ou outros.” (McRae & Gross, 2020)

A forma como aprendemos a regular as nossas emoções começa na infância, e os cuidados parentais têm grande responsabilidade nesse processo. As primeiras experiências de cuidado têm um papel importante na formação do desenvolvimento das emoções, do estresse e dos circuitos límbicos. Nessa período, o circuito da fronto-amígdala torna-se sensível aos cuidados e as informações do cuidador, logo, a capacidade de regular comportamentos emocionais e o estresse, sendo amadurecido conforme esse cuidado é percebido. Por outro lado, cuidados desorganizados ou de baixa qualidade tem grandes consequências a curto e longo prazos na maturação dos circuitos da fronto-amígdala, que são fundamentais para a autorregulação ao longo da vida do sujeito. (Gee, 2016) Nesse sentido, o estudo de Kranzler et al (2015), enfatiza a importância da consciência emocional (a capacidade de identificar, nomear e rotular uma experiência emocional) em crianças e adolescentes, onde foi sugerido que a baixa consciência emocional pode estar associada a sintomas de depressão e ansiedade nessa população.

De acordo com o Modelo de Processamento da Regulação Emocional, a geração emocional é sequencialmente descrita encontrando situações relevantes, atendendo aos aspectos-chave nessas situações, avaliando as situações em relação as metas ativas, e tendo respostas experienciais, fisiológicas e comportamentais. (McRae & Gross, 2020) Sendo assim, compreendemos que a efetividade da tentativa de autorregulação dependerá

também dos objetivos que o sujeito pretende, assim como do contexto (ambiente) onde ocorrerá e da estratégia a ser utilizada, podendo esta ser adaptativa ou não.

Uma considerável quantidade de pesquisas tem apontado as dificuldades em regulação emocional como fundamentais para o desenvolvimento e manutenção das psicopatologias. (Sloan et al., 2017) Visto que elas são parcialmente caracterizadas pela persistência de emoções negativas, em cuja manutenção e desenvolvimento a incapacidade de regulá-las parece desempenhar um papel importante (Campbell-Sills et al, 2006 apud Mocaiber, et al, 2008) Nesse cenário, sabemos que as respostas inflexíveis que o sujeito costuma adotar são geralmente mal-adaptativas porque o ambiente em que as pessoas vivem está em constante mudança. Por outro lado, maior flexibilidade (emocional, inclusive) está associado a uma adaptação mais apurada ao ambiente e também a maiores níveis de saúde mental. Por consequência, a compreensão da flexibilidade emocional é crucial para identificar, prevenir e abordar questões afetivas que caracterizam diversas psicopatologias. (Aldao et al, 2015) Assim sendo, torna-se importante compreender como a regulação emocional se associa a esses fatores para selecionarmos as intervenções mais eficazes e abrangentes.

2 | OBJETIVOS

O objetivo do presente trabalho é conhecer a relação da perspectiva temporal com a regulação emocional em estudantes universitários. As hipóteses pautam que não existe diferença entre gêneros nas estratégias de regulação emocional e perspectiva temporal. Além disso, acredita-se que a perspectiva temporal equilibrada está associada com uma maior regulação emocional.

3 | METODOLOGIA

Participantes: A amostra é composta de 90 estudantes do centro universitário Celso Lisboa, de ambos os sexos, com idade entre 18 e 30 anos, que não podem ser alunos dos pesquisadores, conhecer ou ter algum contato prévio com algum estagiário que faça parte da equipe.

Instrumentos:

Questionário Sociodemográfico= esse questionário visa coletar dados referentes a idade, sexo, estado civil, renda familiar, histórico de doença familiar, uso de tabaco e outras drogas.

A Escala de Perspectiva Temporal (ZTPI)= É um instrumento composto por questões que representam proposições sobre crenças, preferências e valores de indivíduos em relação às experiências baseadas no tempo. O ZTPI solicita aos voluntários que indiquem o quão uma afirmação é característica para eles em uma escala de 5 (cinco) pontos que podem variar de 1 (um) como sendo muito incaracterístico ou 5 (cinco) como sendo muito

característico e, mediante a estes resultados, é possível obter os detalhes da perspectiva temporal do voluntário. As perspectivas temporais são: Passado negativo, passado positivo, presente hedonista, presente fatalista e futuro. Perspectiva temporal balanceada foi calculada segundo Stolarski et al (2011) e representa a capacidade do sujeito em adaptar flexibilizar as perspectivas temporais. Esse instrumento possui validação para a população brasileira (Leite e Pasquali, 2008).

Escala de desregulação emocional (DERS-36)= Esse instrumento de 36 itens onde o sujeito avalia suas emoções atribuindo uma pontuação de 1 a 5, onde 1 representa “quase nunca se aplica a mim” e 5 representa “aplica-se a mim quase sempre”. Possui validação para a população brasileira. (Miguel et al, 2016). Os itens são divididos para avaliar 6 fatores da Regulação Emocional, são eles: Acesso Limitado as Estratégias de Regulação Emocional: quando se está sob influência de alguma emoção negativa e tem dificuldades em se autorregular, como por exemplo “quando estou triste, penso que vou me sentir assim por muito tempo.” Não Aceitação das Respostas Emocionais: onde o sujeito não reconhece e legitima seus sentimentos, podendo até mesmo eliciar outras emoções negativas decorrentes, por vezes sentindo raiva de si mesmo por estar triste, por exemplo. Falta de Consciência Emocional, onde há dificuldade para se atentar ao sentimento, reconhecer e legitimá-lo no momento em que ocorrem, por exemplo “me interesse pelo que estou sentindo”. Dificuldade no Controle dos Impulsos: quando sob forte influencia emocional, o sujeito tem dificuldade no manejo e regulação dos impulsos, podendo adotar comportamentos que causem arrependimento posteriormente. Dificuldades em Agir de Acordo com mas Metas: refletem as dificuldades em concentração, execução de tarefas e adoção de outros comportamentos para outros fins enquanto se está ativado emocionalmente. Falta de Clareza Emocional se refere a dificuldade de entendimento, nomeação e percepção apurada das emoções durante seu curso, podendo gerar confusão e sofrimento no sujeito.

Procedimento de análise de dados: A análise dos dados foram realizadas através do programa SPSS 17.0. Inicialmente foi realizada a estatística descritiva, através das medidas de tendência central e de dispersão das variáveis selecionadas. Além disso, foram realizadas análises comparativas entre homens e mulheres através do Teste-T de Student para investigar a diferença na regulação emocional e perspectiva temporal. Posteriormente, medidas de associação entre as perspectivas temporais e os sintomas de desregulação emocional foram realizadas utilizando a correlação de Spearman, sendo considerado estatisticamente significativo o $p < 0,05$.

4 | RESULTADOS

Participaram 90 estudantes universitários, sendo 40 homens e 50 mulheres. Não houveram diferenças significativas no Teste-T de Student ($t\text{-value} = -0,16$ e $p = 0,57$) em

relação a idade entre o grupo de homens (média=26,23; DP=8,43) e de mulheres (média=26,70; DP=7,04).

Ao testarmos a hipótese a respeito da diferença entre homens e mulheres nas perspectivas temporais, observou-se que as mulheres apresentaram maiores escores apenas no índice de passado positivo. Nesse sentido, os homens universitários participantes da pesquisa, relataram viver com maior intensidade as outras perspectivas temporais, tais como, passado negativo, presente hedonista, presente fatalista e futuro. Entretanto, apesar dessas tendências, as diferenças entre os grupos não foram significativas no indicando que homens e mulheres experienciam as perspectivas temporais de modo similar (ver Tabela 1).

Perspectiva Temporal	Mulheres	Homens	t-value	p
Passado Positivo	27,40	26,00	1,06	0,29
Passado Negativo	43,54	43,80	-0,12	0,90
Presente Hedonista	36,83	38,10	-1,03	0,31
Presente Fatalista	24,25	25,10	-0,54	0,59
Futuro	52,55	53,00	-0,28	0,78
Perspectiva Temporal Equilibrada	3,12	3,26	-0,93	0,36

Tabela 1: Diferença entre homens e mulheres nas perspectivas temporais.

A desregulação emocional, assim como as perspectiva temporal, esta associada com a capacidade do sujeito em modular seus recursos cognitivos e se adaptar de forma equilibrada as demandas do cotidiano. Os resultados do presente estudo indicam que apesar da tendência sutil dos homens apresentarem maiores índices de desregulação emocional, a diferença entre os grupos não foi significativa (ver tabela 2).

Desregulação emocional	Mulheres	Homens	t-value	p
DERS (Estratégias)	19,51	21,00	-0,67	0,50
DERS (Não aceitação)	13,90	16,50	-1,09	0,28
DERS (Consciência)	22,37	23,70	-1,14	0,26
DERS (Impulsos)	14,21	15,40	-0,77	0,44
DERS (Objetivos)	16,39	17,50	-0,81	0,42
DERS (Clareza)	14,62	14,20	0,50	0,62
DERS (Total)	101,01	108,30	-1,04	0,30

Tabela 2: Diferença entre homens e mulheres na escala de Desregulação Emocional.

Ao investigarmos a força da associação entre o uso equilibrado da percepção do tempo com a desregulação emocional, a análise de correlação de Spearman aponta uma associação significativa entre esses fatores emoções ($r=0,29$ e $p=0,004$). Tais resultados indicam que a os participantes que apresentaram perspectiva temporal mais balanceada entre presente, passado e futuro tinham uma tendência de regular melhor suas emoções (ver Figura 1).

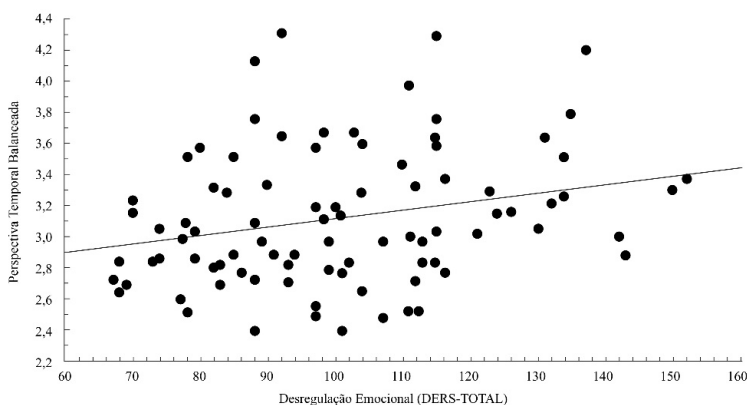


Figura 1: Associação entre Perspectiva temporal Balanceada e Desregulação Emocional em estudantes universitários.

5 | DISCUSSÃO

Existem poucos estudos sobre a influência da distorção da percepção temporal e seus malefícios, e tão poucos são os estudos que relacionam esse componente cognitivo com outros parâmetros externos e internos aos indivíduos. Desta forma, é extremamente importante a avaliação dos efeitos da distorção da percepção do tempo em qualquer segmento da população brasileira. Estudos sobre os aspectos cognitivos e a identificação da prevalência e dos fatores de risco para o desenvolvimento de psicopatologias devem ser produzidos para que seja possível a elaboração de medidas profiláticas (e.g. treinamento aprimorado, suporte psicológico, emprego de psicofármacos), as quais poderão proporcionar maior qualidade de vida aos indivíduos e aprimoramento dos serviços médicos e psicológicos oferecidos aos mesmos.

Os resultados do presente estudo confirmam a hipótese da associação da percepção do tempo com a saúde mental, em especial com a capacidade de gerenciar a forma como sentimos e expressamos as emoções. Além disso, a hipótese de que haveria uma distinção entre a regulação emocional e perspectiva temporal quanto ao sexo dos participantes foi rejeitada. Os resultados demonstram que não há distinção quanto a facilidade de regular emoções ou de ter uma perspectiva temporal equilibrada quanto ao sexo.

Nossos resultados suscitam a uma série de perguntas sobre o impacto da Percepção do Tempo na saúde mental, e seus relacionamentos mútuos. Terapeutas interessados no desenvolvimento eficaz de um equilíbrio na percepção temporal de seus clientes podem aplicar os resultados presentes em seus programas de treinamento, adicionando exercícios “emocionais” para desenvolver um equilíbrio na forma como os sujeitos se orientam e utilizam suas experiências passadas, vivenciam o presente ou almejam no futuro. Nossos resultados também dão origem a novas hipóteses e futuras pesquisas, especialmente na compreensão das diferenças individuais, seus efeitos na saúde mental e sobre as relações entre habilidades emocionais e aspectos temporais da personalidade.

REFERÊNCIAS

1. ALDAO, Amelia; SHEPPES, Gal; GROSS, James J. **Emotion Regulation Flexibility**. Cognitive Therapy and Research 2015, Vol. 39, 263–278.
2. DAMÁSIO, Antonio. (2002). **Remember when**. Scientific American, 287(3), 48-56.
3. GEE, Dylan G. **Sensitive Periods of Emotion Regulation: Influences of Parental Care on Frontoamygdala Circuitry and Plasticity**. New Directions for Child and Adolescent Development 2016, Vol. 153, 87–110.
4. GOLDENBERG, Amit, HALPERIN, Eran, VAN-ZOMEREN, Martijn., & GROSS, James. J. (2016). **The process model of group-based emotion: Integrating intergroup emotion and emotion regulation perspectives**. Personality and Social Psychology Review 2016, Vol. 20, 118 –141.
5. GROSS, James J. **Emotion Regulation: Taking Stock and Moving Forward**. American Psychological Association 2013, Vol. 39, 281-291.
6. JUNIOR, Carlos Alberto Mourão; MELO, Luciene Bandeira Rodrigues. **Integração de Três Conceitos: Função Executiva, Memória de Trabalho e Aprendizado**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Jul-Set 2011, Vol. 27 n. 3, pp. 309-314.
7. KRANZLER, Amy; YOUNG, Jami F; HANKIN, Benjamin L; ABELA, John R. Z.; ELIAS, Maurice J.; SELBY, Edward A. **Emotional Awareness: A Transdiagnostic Predictor of Depression and Anxiety for Children and Adolescents**. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology 2015 Vol 0, 1–8.
8. LEITE, Umbelina do Rego; PASQUALI, Luiz. **Estudo de validação do inventário de perspectiva de tempo do Zimbardo**. Avaliação Psicológica, 2008, 7(3), pp. 301-320 301.
9. MCRAE, Kateri; GROSS, James J. **Emotion Regulation**. Emotion 2020. Vol 20, No 1, 1-9.
10. MIGUEL FK, GIROMINI L, COLOMBAROLLI MS, ZUANAZZI AC, ZENARO A. **A brazilian investigation of the 36- and the 16- item difficulties in emotion regulation scales**. Journal of Clinical Psychology 2016, Vol. 0, 1-14.

11. MOCAIBER, Izabel; OLIVEIRA, Letícia; PEREIRA, Mirtes G; MACHADO-PINHEIRO, Walter; VENTURA, Paula R; FIGUEIRA, Ivan V; VOLCHAN, Eliane. **Neurobiologia da regulação emocional: implicações para a terapia cognitivo-comportamental**. Psicologia em Estudo, Maringá 2008, Vol. 13, No. 3, 531-538.
12. NOZAKI, Yuri; MIKOLAJCZAK, Moira. **Extrinsic emotion regulation**. Emotion 2020, Vol. 20, 10 –15.
13. ORTUNO, Victor E. C.; PAIXAO, Maria Paula; JANEIRO, Isabel Nunes. **O tempo subjectivo como instrumento (des)adaptativo no processo desenvolvimental**. Aná. Psicológica, Lisboa 2013, Vol. 31, No. 2, 159-169.
14. RUSSELL A., Barkley. **Executive functions : what they are, how they work, and why they evolved**. 1. ed. New York: The Guilford Press, 2012.
15. SEIJTS, Gerald H. **The importance of future time perspective in theories of work motivation**. The Journal of Psychology 1998, Vol. 132, No. 2, 154-168.
16. SLOAN, Elise; HALL, Kate; MOULDING, Richard; BRYCE, Shaden; MILDRED, Helen; STAIGER, Petra K. **Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety,depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review**. Clinical Psychology Review 2017, Vol. 57, 141-163.
17. STOLARSKI, Maciej; BITNER, Joanna; ZIMBARDO, Philip G. **Time perspective, emotional intelligence and discounting of delayed awards**. Time & Society, 2011, v. 20, n. 3, p. 346-363.
18. TONETTO, Lauren; WAGNER, Gabriela Peretti; TRENTINI, Clarissa Marcelli; SPERB, Tania Maria; PARENTE, Maria Alice de Matos Pimenta. **Interfaces entre funções executivas, linguagem e intencionalidade**. Paidéia, maio-ago. 2011, Vol. 21, No. 49, 247-255.
19. VAN DER LINDE, Gerhard Johan. **The role of environmental quality and time perspective on the academic performance of grade 12 learners**. 2007. Tese de Doutorado. University of the Free State. Retirado em 16/11/2020 do World Wide Web: <https://scholar.ufs.ac.za/bitstream/handle/11660/1692/VanDerLindeGJ.pdf?sequence=1&isAllowed=y> pdf
20. ZIMBARDO, Philip; BOYD, John. **O paradoxo do tempo**. Tradução de Saulo Adriano. 1. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2008.
21. ZIMBARDO, Philip; BOYD, John. **Putting Time in Perspective: A Valid, Reliable Individual-Differences Metric**. Journal of Personality and Social Psychology 1999, Vol. 77, No. 6, 1271-1288

CAPÍTULO 22

DO COLÓQUIO RELACIONAL E O GENOGRAMA: INSTRUMENTOS PARA UMA ENTREVISTA CLÍNICA

Data de aceite: 01/02/2021

Emilio-Ricci

Academia de Psicoterapia Familiar de Roma
Diretor do Projeto Plataforma de Inovação
Social, Professor Associado, Escola de
Psicologia, Universidad Católica del Norte
Antofagasta, Chile

RESUMO: São apresentados e explorados os elementos mais significativos do uso do genograma e do colóquio relacional durante a entrevista clínica e sua utilização na observação e no trabalho terapêutico por meio da abordagem relacional-sistêmico. É fornecida uma chave de leitura para poder decifrar os processos afetivos do ciclo vital “individual” e termina-se a discussão para compreender os processos de pertencimento e separação. Além de fornecer elementos de discussão sobre os processos de formação - também de especialização - que conferem maiores competências e, sem dúvida, sólidas ideias norteadoras para transformar a entrevista clínica em um processo terapêutico de mudança. Integrar recursos eficazes de intervenção, observação, escuta, personalidade, autenticidade; demonstrar atividades complementares que também permitam, na graduação, compreender as implicações pessoais que o trabalho terapêutico acarreta - e que não se trata de introduzir intervenções reparadoras em um tempo limitado - propondo processos efetivos de reflexão e crescimento, tanto profissional quanto pessoal.

PALAVRAS-CHAVE: Colóquio relacional, Genograma, Entrevista clínica, Observação, Modelo relacional-sistêmico

FROM THE GENOGRAM TO THE RELATIONAL COLLOQUIUM: TECHNIQUES FOR A CLINICAL INTERVIEW

ABSTRACT: The most significant elements of the use of the genogram and the relational conversation during the clinical interview and its use in observation and therapeutic work through the relational-systemic approach are presented and explored. A reading key is provided to be able to decipher the affective processes of the “individual” life cycle and the discussion ends to understand the processes of belonging and separation. In addition to providing elements of discussion about the processes of training - also of specialization - that confer greater competencies and, undoubtedly, solid guiding ideas to transform the clinical interview into a therapeutic process of change. Integrate effective resources for intervention, observation, listening, personality, authenticity; demonstrate complementary activities that also allow, at graduation, to understand the personal implications that therapeutic work entails - and that it is not a matter of introducing restorative interventions in a limited time - proposing effective processes of reflection and growth, both professional and personal.

KEYWORDS: Relational colloquium, Genogram, Clinical interview, Observation, Relational-systemic model.

11 OBSERVAÇÃO RELACIONAL: DO CICLO DE VIDA DA FAMÍLIA E DO INDIVÍDUO

Uma entrevista clínica segundo um modelo relacional-sistêmico sempre observará a família e cada indivíduo como um sistema dinâmico que muda e se desenvolve ao longo do tempo, adaptando-se a cada momento em que enfrenta suas próprias crises evolutivas: as etapas do ciclo de vida familiar.

Consequentemente, deve-se observar com atenção como tem sido a organização e união das famílias pelo casamento ou coexistência de qualquer de seus membros: a formação da união estável ou do casal recém-casado.

Para um casal, por exemplo, deve-se considerar que viver a dois significou: quais seriam os processos que levaram à formação da dimensão do casal. Tipos e métodos de funcionamento do jovem casal. Em seguida, a transformação da díade conjugal ou da parceria doméstica para a tríade familiar com a chegada dos filhos e os novos papéis e conotações que se geraram: mãe, pai, avós, tios, cunhados, etc.

Da mesma forma, observar atentamente as diferenças entre um momento de uma família com filhos pequenos para uma mesma família com filhos adolescentes e o enfrentamento de crises normativas junto com a busca por novas identidades. A família como “trampolim”, como metáfora para as crianças que enfrentam a adolescência e depois a idade adulta e finalmente saem de casa, talvez motivadas por um processo natural ou odiando o que deixaram para trás e o que receberam ou não encontraram e foram. procurar outro local gerando um corte emocional.

Observe os efeitos da saída dos filhos: a fase do “ninho vazio” como metáfora para a reconstrução da identidade do casal. A família na velhice: aceitação da mudança de papéis geracionais. Relações interpessoais entre pais idosos e filhos adultos. Mudanças estruturais, relacionais e éticas na família contemporânea.

Sem considerar outras variações do ciclo de vida familiar que poderíamos definir, talvez mais catastróficas para os envolvidos -diretos e indiretos-: separações, divórcios, reconstituições familiares, mortes súbitas por acidentes ou doenças. Ou também aspectos psicossociais da evolução da família nos vários contextos contemporâneos e culturais. Tipos de famílias emergentes: a “família alongada” do jovem adulto, famílias monoparentais, casais homossexuais, famílias reconstituídas, etc., etc. Essas são algumas das esferas que podem ser investigadas em uma entrevista clínica, mas para isso o profissional deve ter liberdade suficiente para investigar sem cair na curiosidade mórbida nascida das notas clínicas do treinamento asséptico, porque não só não é envolve ou não expressa emoção ou expressa sentimentos, mas também está totalmente distante do reconhecimento da dignidade, da dor, da angústia mais do que apenas da definição de doença psíquica.

Isso significa romper a posição de especialista em superpartes - que muitas vezes é também a esperança depositada por parte de um indivíduo ou família que se diz carente de habilidades para buscar ajuda - e introduzir, provocativamente, o papel de tradutor de

significados e estimular a observação relacional das próprias dificuldades com o auxílio dos interlocutores e, conseqüentemente, de todos os membros da família. Gerando uma operação honesta de reconhecimento, antes de tudo, das competências que a família e seus indivíduos, que sem dúvida possuem para enfrentar as dificuldades, mais do que uma ampliação do senso de deficiência apresentado. Desta forma, favorece-se o desenvolvimento da família e de seus indivíduos, de seu mundo de relações, valorizando a entrevista clínica e depois o setting terapêutico.

É importante lembrar que o tratamento de cada caso clínico é via de regra único, irrepetível e diferente de qualquer outro, por isso o modelo relacional-sistêmico propõe consistentemente um processo criativo de crescimento, de todos os envolvidos (sistema familiar - indivíduos como profissionais). Ou seja, um processo cuja finalidade é: “acompanhar o outro para encontrar recursos evolutivos, para redescobrir elementos vitais que se pensa não possuir, mas que, na realidade, simplesmente não podem ser usados” (Ricci, 2001, p. 266).

Mas o trabalho não é fácil se se quer deixar claro que esse processo requer uma formação ad hoc cujo objetivo não é se tornar um especialista em patologia, mas sim um “ativador de recursos familiares” (Ricci, 2006). Ou seja, treinando em mais níveis e capaz de transformar o que poderíamos definir como dificuldade ou impasse (que deve ser analisado e compreendido em primeiro lugar) em um recurso extraordinário.

Neste ponto, deve-se entender que é necessário um trabalho preliminar de formação e desenvolvimento de competências, dedicado exclusivamente ao aprofundamento de uma cultura de observação relacional de sistemas normais em evolução, que, em suma, é a chave para favorecer um melhor habilidades de observação e que melhor maneira de observar a própria vida familiar e, claro, estar no relacionamento. Toda esta ginástica relacional previamente exercida, com o único objetivo de desenvolver e promover uma visão ampliada e dinâmica dos processos relacionais e “(...) poder ver de forma benigna e também relativa as dificuldades, problemas ou patologias de famílias, porque se você olhar para as suas, perceberá que são muito semelhantes ou idênticas às que você vê na terapia; apenas que seu papel mudará e, nesse caso, ele não será o paciente, mas o terapeuta. (...) e onde muitas escolas de terapia familiar, principalmente aquelas que se definem como «sistêmicas», muitas vezes negligenciam. Por muitos anos, eles pensaram que o conceito de neutralidade ou ausência de influência por parte do terapeuta em relação aos seus pacientes era uma regra fundamental; quando, em vez disso, acredito que a influência do sistema de valores do terapeuta é a melhor coisa que ele pode trazer para o interior de seu projeto terapêutico. É claro que ele não deve impor isso à família, mas sim propor e, de qualquer forma, trocar seu próprio sistema de valores com o qual ele conduz a família na terapia” (Ricci. 2002. p. 7).

Já Berardi (1995) em relação ao papel profissional do especialista em saúde mental (psicólogos em geral, terapeutas em particular), enfatiza que eles não podem afirmar saber,

muito menos curar. O autor também expressa: “... nós, somos catalisadores de energia, buscamos regenerar canais de energia aparentemente fora de uso. A família sabe e o terapeuta, se souber ouvir, pode entender o que ajuda a família a retomar um processo de crescimento interrompido” (p.68). Também é bem verdade que, se no colóquio relacional os teóricos do comportamento não sabem escutar e também sucumbem ao silêncio por seus próprios medos, agindo -defensivamente- um arsenal interrompido de infinitas questões - muitas vezes dicotômicas e sem muitas contribuições para conhecer honestamente o questionador - ou por pensamentos de cura onipotentes, o processo falhará completamente.

2 | GENOGRAMA, NÃO APENAS UMA REPRESENTAÇÃO GRÁFICA

O genograma é reconhecido como um instrumento e representação gráfica de um sistema familiar (Andolfi, 2003; Petry, McGoldrick 2006), tanto para avaliação de padrões e contexto familiar quanto para intervenção terapêutica em si.

Torna-se uma ferramenta altamente eficaz que, embora utilizada, permite que o contexto relacional de um indivíduo e seu núcleo familiar mais longo sejam conceituados com grande agilidade. É um processo relacional e colaborativo, centrado no cliente, que pela sua natureza é capaz de exemplificar o mais significativo e inalterado das relações afetivas, o que pode indicar: continuidade geracional (lealdades transferidas); valores de família; dívidas de reconhecimento; pertences afetivos ou de gênero; cortes afetivos; complexos de culpa ou exclusão que acompanham as traições, etc.

O genograma é também uma representação afetiva do substrato emocional onde, não só é possível fazer um gráfico e observar, mas também reconsiderar:

- transmissões psicológicas de modelos relacionais,
- modelos comportamentais,
- estilos de operação,
- mitos familiares e como são transferidos de uma geração para outra.

Através desta representação trigeracional (Ver Fig. N ° 1, os planos geracionais são representados graficamente, que vistos horizontalmente com o número um, representam os avós, o número dois os pais e o número três os dos filhos ou netos; além disso Visto verticalmente, é possível integrar relações intergeracionais, além de representá-las graficamente) é possível introduzir particularidades e informações de cada geração e das relações recíprocas; ordenando descrições, por vezes complexas e articuladas, da configuração da estrutura familiar, também dos vários subsistemas.

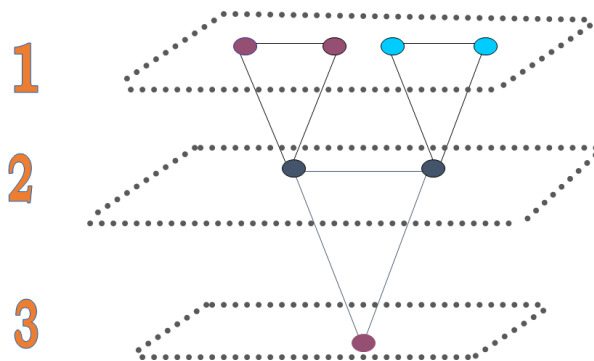


Figura 1

Fonte: Trigenerational Model Scheme, adaptado de Andolfi, 2003.

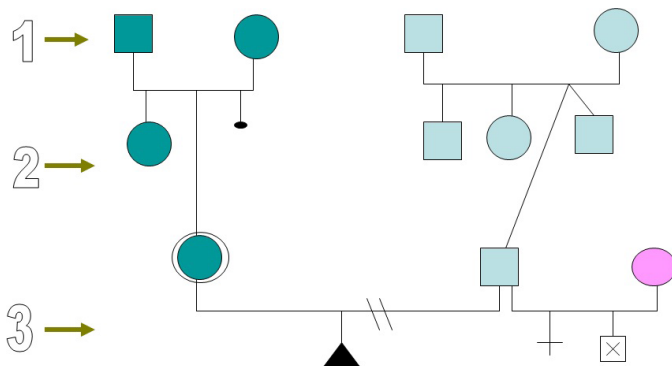


Figura 2. Genograma

Símbolos:

1 primeira geração (avós): homem quadrado, mulher circular, casamento em linha contínua horizontal

2 segunda geração (pais). Crianças indicadas da esquerda para a direita, aborto espontâneo em círculo pequeno, gêmeos com dupla linha vertical

3 filhos ou netos de terceira geração. Círculo duplo (representação do alter ego), triângulo de gravidez, linha de divórcio oblíqua dupla, cruz de aborto induzido, quadrado com cruz interna: morte

Portanto, traçar um genograma (ver fig. N ° 2) é aplicar regras de composição relacionais e afetivas que permitem organizar os vínculos entre todas as partes e membros do núcleo familiar; até delinear a estrutura global “intergeracional”; materializando um esquema sintetizado, mas absolutamente não reduzido, da estrutura familiar e de cada um de seus membros.

É um instrumento excepcionalmente útil para organizar informações significativas que, de outra forma, seriam consideradas «irrelevantes». A observação do genograma permite considerar as trocas e as atuais transações ideofetivas de uma família a partir do resultado das anteriores.

É um instrumento excepcionalmente útil para organizar informações significativas que, de outra forma, seriam consideradas «irrelevantes». A observação do genograma permite considerar as trocas e as atuais transações ideofetivas de uma família a partir do resultado das anteriores.

Em outras palavras, uma observação intergeracional nos permite encontrar fecundamente, em um processo temporal muito amplo, elementos histórico-evolutivos significativos e complexos, mas que através de uma observação cuidadosa nos permitem introduzir uma nova visão e um reposicionamento justo dos eventos que aderem a um processo de desenvolvimento de uma família inteira.

A apresentação do genograma, por exemplo, permite observar os momentos difíceis que são rapidamente traçados com este instrumento e também permite que sejam revisitados, analisados e conseqüentemente, permitindo um maior e melhor entendimento pelos envolvidos (indivíduo ou família em geral) até chegar ao ser redefinidos como elementos temporários e vitais na vida da família.

O genograma, de fato e embora possa parecer - a olho nu de um profissional insensato, por exemplo - um esquema rígido, ou talvez simples, pode estimular a geração de várias hipóteses de interpretação ou conhecimento e que chegam a considerar importantes aspectos evolutivos da família.

O tempo -histórico e evolutivo- também encontra um espaço no genograma e, como esquema estrategicamente dinâmico, permite conectar e relacionar um antes e um depois, conectando a geração anterior e a seguinte. Além disso, na representação gráfica do genograma, podem ser elaboradas as particularidades dos eventos mais significativos:

- nascimentos e mortes;
- separações e juntas,
- inclusões e exclusões de membros;
- etc.

Além de mostrar as mudanças estruturais na família

- A separação das famílias de origem e a formação de um novo casal,
- O nascimento de crianças,
- O crescimento progressivo dos filhos até atingir a separação;
- A separação do casal dos pais por falecimento de um dos cônjuges (velhice e falecimento).

É preciso estar atento, durante a observação do genograma, para não considerar o ciclo vital simplesmente como a descrição de um desenvolvimento natural e biológico da estrutura familiar, evitando, sobretudo, dar uma hipótese “única” de observação de um modelo de desenvolvimento igual para todas as famílias. Isso obviamente não pode ser exato, cada família tem uma história e, além disso, está aberta à resposta sociocultural. O ciclo vital, então na observação do genograma, deve ser considerado como o resultado do encontro entre mais fatores constantemente envolvidos: biopsicossociais; além de considerar outros eventos socioculturais que têm variado significativamente o andamento das fases de desenvolvimento, por exemplo:

- o divórcio,
- a emancipação das mulheres,
- o crescimento
- etc.

A utilidade da observação, por meio do genograma como modelo do ciclo evolutivo, consiste não tanto na possibilidade, por parte do observador, de simplesmente identificar a fase em que um indivíduo ou a própria família está “aqui e agora”; antes, em ser capaz de observar a mudança e a reorganização familiar no processo de transição de uma fase para outra. (individual, formação do casal; coabitação ou casamento; casal com filhos, casal com filhos adolescentes, família trampolim, família idosa)

Tudo isso também requer uma compreensão dos próprios esquemas de comunicação e de como as várias maneiras de entregar, obter ou receber informações foram aprendidas. Em um processo tão dinâmico que também é possível aprender a se comunicar com clareza, gerando novos padrões relacionais que permitem ao interlocutor compreender com clareza o que se pensa e sente sobre um tema, por exemplo:

- O que aprendemos ou o que pensamos saber.
- O que esperamos dos outros.
- Como interpretamos o que os outros fazem
- Qual é o comportamento que gostamos e qual é o que não gostamos.
- Quais são as nossas intenções
- Qual é a imagem que os outros nos dão de si próprios.

3 | OBSERVANDO TRÊS GERAÇÕES NO GENOGRAMA

Uma das contribuições subsequentes deste instrumento clínico permite-nos observar três gerações, graficamente e que emergem da aplicação do modelo trigeracional, bem

como propostas, em vários momentos, por diversos e conhecidos pioneiros da terapia familiar, entre os quais Podemos lembrar Bowen (1978), Whitaker (1989), Framo (1992) e, posteriormente, elaborado por Andolfi, Angelo (1987), Andolfi (2000), e posteriormente em inúmeras publicações científicas.

É evidente que neste modelo trigeracional, na sua aplicação e observação, de um determinado momento ou episódio familiar, é impossível utilizar parâmetros estáticos, uma vez que se verifica que, com isso, não é possível conhecer um determinado evento da realidade observada. A observação dos elementos históricos nos permitirá reconsiderar uma continuidade espaço-temporal com uma evolução constante do sistema familiar capaz de se adaptar às suas próprias dificuldades, o que não significará necessariamente uma conquista positiva ou negativa.

Consequentemente, a dimensão relacional da observação levará em conta a dimensão histórico-evolutiva de todo o sistema no qual o genograma está representado e no qual o profissional também interage. Além disso, não estuda apenas a história pessoal do cliente ou paciente que apresenta ou desenvolve o genograma, mas também dos pais, irmãos, avós, etc. A história relacional entre filhos e pais (os eventos mais significativos: casamento, mortes, doenças, etc.) é considerada. Análise do tipo de relações que se mantêm com as famílias de origem, os valores (conjunto de crenças, princípios, costumes, relações e demonstrações de afeto que se transmitem através das gerações) e como estes se fortalecem laços de união, respeito e confiança, expectativas transmitidas, etc. É aqui que a categorização do conceito de tempo adquire uma posição central na observação relacional, sendo considerada na sua totalidade e em cada dimensão temporal: passado, presente e futuro. O passado é representado simbolicamente pela primeira geração e, portanto, representa a família de origem; por outro lado, o presente, que é representado pela segunda geração, ou seja, o novo casal e por fim o futuro, representado pela terceira geração, que representa a espera do nascimento dos filhos e depois o seu desenvolvimento). Portanto, seria um erro considerar rigidamente o passado como o tempo que já aconteceu e que, em uma linha de tempo óbvia, foi deixado para trás. A importância de ter em conta a família de origem, na observação, reside sobretudo no processo evolutivo do indivíduo, do casal e da família e que este se baseia na variação dinâmica de um único tema de vital importância, é quer dizer, o desenvolvimento da própria identidade e consequentemente do próprio processo de amadurecimento que, devido aos próprios tempos, é totalmente sensível à oscilação entre duas tendências e que ambas são vitalmente necessárias: pertencimento e separação. O primeiro, capaz de conferir força e contenção; a segunda é aquela que nos permite enfrentar as crises evolutivas normais (da criança ao adolescente, adulto, etc.) e, consequentemente, aos processos de diferenciação para assumir honestamente as consequências das decisões.

4 | COLÓQUIO EM TEMPOS DE MODERNIDADE LÍQUIDA

O violento fenômeno da globalização que acabou dominando principalmente os mercados mundiais hoje dita suas leis de ferro da sobrevivência: se você quiser ser competitivo, tem que se adaptar às novas regras do mercado, embora a custos muito elevados, o desemprego, especialmente em esses continentes onde o mercado era regido pelos métodos tradicionais de troca tem determinado um fluxo crescente de pessoas (migrantes) em busca de melhores condições econômicas e em direção aos países mais ricos. Além disso, verificamos o sempre e mais indispensável meio de comunicação pela Internet que gerou comunicação imediata, e-mail, WhatsApp que tem permitido um relacionamento com todos, mas, afinal, sempre “virtual”. Paradoxalmente, esta era das comunicações tem gerado fenômenos de isolamento, diminuindo de certa forma a vida privada.

É desta forma que podemos verificar que todas estas ações influenciaram também a vida familiar e alteraram drasticamente a sua estrutura, bem como a coesão social substituída por uma crescente “necessidade” de privacidade cada vez mais desligada do resto do mundo (ou ao menos aparentemente), impede, de certa forma, ter o tempo necessário para poder analisar - e eventualmente nos perguntar - de certa forma, os efeitos do turbilhão da sociedade contemporânea de hoje, baseado no individualismo e em uma mudança de estilo de vida e efêmero (Bauman, 2003). Talvez, nos tempos atuais, seja interessante perguntar se existe realmente o medo do compromisso? E, portanto, uma encruzilhada diante das decisões pelas coisas que devem ser renunciadas, como a autonomia, a liberdade, que são as bandeiras da luta atualmente constantemente proclamado.

Para Bauman, 2003, a vida líquida, nesta “nova modernidade”, se dá, por exemplo, na vida amorosa, que é uma sucessão de inúmeros e infinitos novos começos com enésimas finais breves e indolores, pode também ser o motivo principal razão pela qual existe o medo de se comprometer e, eventualmente, forjar uma aliança de ferro e dar tudo por um casal. Então, o que dizer de um processo clínico-psicológico que também precisa da aliança (entre cliente e especialista) para poder acompanhar com diligência um processo que não é a compra insignificante de um produto de serviço.

Na era do consumismo, ao que parece, o importante não é conservar os objetos, mas renová-los constantemente, porque isso - indica o slogan tácito - nos deixará completamente felizes. Por isso é fundamental aprender a arte de viver em um mundo sobrecarregado de informações e, ainda mais necessário, é se perguntar quem e como está preparando as novas gerações para viver em tal mundo? Se esta nova sociedade que se baseia no individualismo e se tornou temporária e instável é de alguma forma mais frágil e, portanto, mais carente de contenção? Será que esse novo indivíduo está realmente procurando ajuda, pagando pelos serviços de alguém (profissional) que é capaz de resolver (os seus próprios problemas) com eficiência, sem dor, em pouco tempo e por um preço pequeno?

Aparentemente tudo o que temos hoje está mudando e com uma obscena obsolescência programada, em comparação com as estruturas fixas do passado, então como deveriam ser as ações dos profissionais comportamentais: com um conhecimento claro e despótico de saber tudo que precisa do cliente sem necessariamente contrastá-lo ou com profunda desconfiança e decepção de um modelo em que nem mesmo acredita.

5 I PARA UMA FORMAÇÃO DE COMPETÊNCIAS E NÃO DE RECEITAS

Há muitos anos, propus uma pergunta que, creio, ainda é válida: “Como aprender com humildade e respeito dessas famílias que buscam em nós, profissionais dos sentimentos, uma ajuda que lhes permita reativar o tempo evolutivo bloqueado?” (Ricci, 2001, p. 268). Sem dúvida, a transformação da sociedade, seus interesses e os processos de formação das futuras gerações de psicólogos em geral, também foram impactados, dotando-se de instrumentos pertinentes para enfrentar as patologias ou dificuldades dos pacientes, mas em quantos centros eles aprendem. Em primeiro lugar, sentir e estar com os pacientes ou familiares que solicitam ajuda e depois desta simples operação, estar dispostos a crescer junto com eles.

Falar de crescimento profissional implica uma ação deliberada que requer o abandono da lógica limitante de adquirir muitas teorias que dariam ao profissional especialista instrumentos exclusivamente técnicos capazes de transformá-lo em especialista em patologias e também em disfunções familiares e nada mais. Os medos que a desaprovação induz por não possuir as competências necessárias para realizar uma intervenção psicológica também alimentam profundos sentidos de incapacidade que, sobretudo ao intervir num determinado momento, ativam medos sombrios e angustiantes, paralisantes e aterrorizantes. É assim que muitos psicólogos e terapeutas que se deparam com essas experiências, muitas vezes, são impedidos de serem honestos consigo mesmos e de serem bastante autênticos no desempenho da profissão, entendendo o que está acontecendo: “é como [se] alguém Ele quer ser arqueólogo, entrar em um túnel fica furioso porque algumas pedras caem em sua cabeça. Então é melhor que ele seja fazendeiro do campo! Desta forma, é certo que nada cairá na cabeça dele, mas se você quiser ser arqueólogo o mínimo que pode esperar é que algo caia na sua cabeça, é um risco que faz parte da profissão. Mas se o medo é maior do que a curiosidade, é melhor deixar a arqueologia; se, por outro lado, a curiosidade é maior do que o medo, é melhor você colocar um capacete na cabeça e ter cuidado para que nenhuma pedra caia na sua cabeça. Mas não vá lá com medo de que algo caia na sua cabeça. O terapeuta se comporta da mesma forma: não tem curiosidade, tem medo e a curiosidade é mínima. No máximo, ele tem curiosidade em como fazer terapia, não curiosidade em como, por meio da terapia, pode conhecer a família e assim mesmo, por meio da família” (Andolfi, M., 1999, comunicação pessoal no curso intensivo de psicoterapia familiar, “practicum”).

Neste momento pôde-se entender o quão importante um treinamento coerente é capaz de fornecer, aos futuros especialistas (terapeutas), os elementos necessários para alcançar um conhecimento ótimo dos mais variados aspectos da própria personalidade onde é evidente aquele simples aprofundamento de teorias e técnicas não são absolutamente suficientes para realizar uma exploração extensiva das partes mais ocultas do eu; longe disso, uma formação acadêmica que se limita a fornecer métodos de abordagem em tempo muito curto ou em alguns casos a abandonar empregos que possam envolver demais a pessoa do futuro profissional (terapeuta), limitando-se a sugerir um trabalho de terapia pessoal - ação que muitos instituições de formação de terapeutas usam-.

Em um debate acalorado que ocorreu há muitos anos, a grave situação foi enfrentada com o ímpeto de que, em muitos centros de treinamento para terapeutas familiares, muitos futuros terapeutas em treinamento consideraram seu próprio treinamento como um tipo de terapia ou mesmo alguns treinadores se tornaram seus próprios terapeutas. próprios alunos. Indicou na época “sem dúvida o trabalho que se oferece no processo de formação pode ser considerado terapêutico, mas nunca será uma terapia!” (Andolfi, M., 2000, comunicação pessoal em Congresso de Estudos). Whitaker (1990) explicou que a diferença essencial entre terapêutica e terapia reside no fato de que o “termo terapêutico indica um processo que leva ao crescimento e integridade. (...) Qualquer experiência pode se tornar terapêutica. (...). É preciso explicar que o aspecto terapêutico não depende necessariamente do evento em si, mas do significado que o indivíduo lhe atribui” (pp. 168-169). Em vez disso, a terapia, continua este pioneiro da terapia familiar, “em si é um processo intencional que ocorre entre uma pessoa, chamada de cliente ou paciente, que por sua escolha se coloca em uma posição subordinada a outra pessoa, um estranho, esperando ser ajudada a aprofundar seu autoconhecimento ”(p. 170).

6 | CONCLUSÕES

O desafio que se coloca é revitalizar uma discussão que, creio, nem sempre acontece e, com ela, a prática coerente de uma abordagem que, infelizmente, tem “negligenciado” o seu objetivo principal há algum tempo: a família. Ou seja, no início do modelo relacional-sistêmico, as duas palavras que determinaram a abordagem da intervenção foram “terapia e família”, onde a primeira estava a serviço da segunda e sobretudo a “acompanhava” na busca de novos recursos. evolucionário. Hoje a palavra terapia passou a ser o principal interesse, deixando de lado o fundamento desse modelo. Além do mais, encontramos insinuações que indicam uma prática que foi superada, falamos de ex-terapeutas de família; aqueles que não desenvolvem mais a terapia familiar, ou não a fazem como sua atividade predominante: definem-se terapeutas sistêmicos, terapeutas transgeracionais, etc. Parece que uma prática terapêutica foi retomada de um modo tradicional, finalmente retornando a um contexto individual. Embora os instrumentos clínicos desenvolvidos e aperfeiçoados por

tantos pioneiros da terapia familiar sejam um legado de valor extraordinário ao apoiar um processo de desenvolvimento pessoal e familiar.

Concluo esta breve exposição com a convicção de que não foi deliberadamente exaustiva e em muitos dos argumentos apresentados para dar ao leitor a possibilidade de acompanhar com novos processos e reflexões. Confirmando que inconscientemente, ou melhor ainda com total premeditação, deixei a discussão aberta para trazer sutilmente aquele cupim relacional-sistêmico que há muitos anos também entrou na minha cabeça com seu estrondo magnífico e seu movimento curioso e incessante, propondo-me repetidamente, novas e dinâmicas reflexões não esperam por uma resposta inequívoca, mas sim por novos insights. Permitindo a redescoberta de novos movimentos e, sobretudo, a introdução de novos aspectos significativos de vitalidade e máxima curiosidade, capazes de possibilitar encontros regulados pela autenticidade de um terapeuta familiar como um panda moribundo.

Por fim, e para encerrar, gostaria de propor algumas reflexões compartilhadas por alguns colegas em formação, que, em diferentes momentos, por prescrição e após atividades de oficina de desenvolvimento pessoal, me deram meses depois. Refletindo sobre alguns momentos significativos de suas vidas, mas também compartilhando honestamente uma série de implicações pessoais, que esse tipo de processo lhes permitiu viver, também confirmo que os nomes foram deliberadamente modificados para manter a reserva e proteção de suas verdadeiras identidades.

“Caro Emilio,

Essa experiência esclareceu fundamentalmente para mim que as palavras e os sentimentos que depositamos nos outros não se originam tanto de um impacto bidirecional, mas de um risco pessoal.

E, portanto, que meu eixo central apreende nuances vitais para continuar na lacuna. Tais como: Se você está ofendido ou chateado com algo ... terá que ser revisto.

Obrigado pelo que descobriste em mim, mas prefiro que eu descubra. Pela esperança que você transmite por acreditar tanto no seu trabalho, e pelo humor em situações críticas.

Felicidades

Javiera “

“Emilio,

Estive com você na oficina de deficiência do terapeuta e trabalhei diretamente com você. Digo-vos que estou a escrever este e-mail há três semanas, pois dia a dia tenho vindo a fazer descobertas em relação ao que aconteceu e também nas mudanças que fiz a partir desta experiência, pois pude tornar muito mais evidentes as minhas dificuldades.

Fiquei em repouso por cerca de duas semanas, assim como a prescrição do terapeuta¹, entrei no liquidificador sem quebrar meus órgãos sensoriais, pelo contrário, eles estão muito mais despertos porque sinto minhas emoções na superfície.

Passei aquela semana que precisava de um tempo para pensar e sentir tudo o que surgiu e agora estou escrevendo para contar sobre minha experiência

Em relação à tarefa que você me deu, não tem sido fácil, porque obviamente os outros não gostam que eu os faça sentir minha raiva, obviamente porque eu não tinha feito antes, mas sinto que tenho formado relacionamentos mais sinceros. Você sabe, estou animado com isso! Foi uma descoberta muito boa, mas também muito dolorosa.

Cordialmente

Rosa”

REFERÊNCIAS

Andolfi (2000), “Tre generazioni in terapia: Un modello evolutivo di terapia familiare”. En Gruppi, vol.2, Franco Angeli, Milano

Andolfi, Angelo (1987), Tempo e mito nella psicoterapia familiare. Bollati Boringhieri, Torino.

Andolfi, M., (2003), El coloquio relacional. Ediciones Paidós Ibérica.

Andolfi, M., (2015), La terapia familiare multigenerazionale. Raffaello Cortina Editore.

Bauman, Z., (2003), Modernidad líquida. México: Fondo de Cultura Económica.

Berardi, M.A. (1995), Lo specchio nello specchio: la ricerca del peccato originale. Terapia Familiare, Rivista Interdisciplinare di Ricerca ed Intervento Relazionale, (49), (páginas 67-73).

Bowen, M., (1978), Family Therapy in Clinical Practice. Aronson, New York. Tr. It. parcial Dalla famiglia all'individuo. Astrolabio, Roma 1979.

D'Andrea, A., (2001), I tempi dell'attesa. Franco Angeli, Milano.

1. “*Pegue um profissional de psicologia ou psiquiatria muito maduro, descasque-o com cuidado, sem destruir os órgãos sensoriais que são muito importantes.*

Preparar separadamente os vários membros da família de origem, limpar, polir das incrustações emocionais e colocá-los em um preparo transparente e bem limpo.

Em seguida, leve o graduado junto com sua família de origem e liquefaça-o por oito horas; em seguida, deixe-o descansar por no mínimo um ano, observando-se a decantação e separação quinzenalmente.

Depois de um ano, o futuro terapeuta familiar geralmente está pronto para ser passado na farinha da técnica, quando bem enfarinhada, passa a espremer-lá, escorrer bem, sob a luz de uma câmera de televisão e na presença de uma família experimental.

Pode acontecer que o processo de relacionamento do candidato com sua família não seja completo e isso se torne evidente quando ele é submetido à lente da câmera; Nesse caso, é aconselhável repetir a primeira operação com a esperteza de trabalhar melhor as incrustações emocionais não extraídas anteriormente.

No terceiro ano de cozimento, use o mesmo procedimento para separar o futuro terapeuta familiar de seus colegas do grupo; este procedimento permitirá que o infeliz experimente uma solidão insuportável; essencial para o cozimento final. Se a terapeuta não tiver misturado, adicione alguns tomates, para dar cor, alguns aromas e cozinhe como antes por mais dois anos. Ao final de quatro anos, eles terão um bom terapeuta familiar”. (Berardi, M. A., (1995).

Framo, J.L., (1992), *Terapia Intergenerazionale*. Trad. Italiana. Raffaello Cortina, Milano 1996.

Petry, S., McGoldrick, M., (2006), *Genogramas en terapia familiar*. En Roizblatt, A. (2006). *Terapia familiar y de pareja*. Editorial Mediterraneo.

Ricci, E. (2001), *Il padre e il taglio emotivo: La valigia di viaggio di mio padre*, en M. Andolfi. *Il Padre Ritrovato*. Milán: Franco Angeli, (páginas 265-272).

Ricci, E., (2002), "La terapia con la familia. Un encuentro con Mauricio Andolfi". *Perspectivas Sistémicas*, 14 (70), (páginas 6-9)

Ricci, E., (2003), "La traducción de significados en la Terapia Familiar". *Sistemas familiares*. Año 19, N°1-2

Ricci, E., (2006). "Atentado Homicida a Mister G. Desde el training de formación a la Terapia Familiar". *Psychologica*, Revista de la Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, N 43, oct.

Roizblatt, A. (2006). *Terapia familiar y de pareja*. Editorial Mediterraneo.

Whitaker, K., (1989), *Considerazioni notturne di un terapeuta della famiglia*. Trad. Italiana. Astrolabio. Roma 1990.

RESILIENCIA Y AUTOCUIDADO: MIRADA Y ESTRATEGIA PARA UNA VIDA PLENA

Data de aceite: 01/02/2021

Nestor Reyes Rubio

Corporativo Luxor y Universidad Jesuita de
Guadalajara (ITESO)

RESUMÉN: Este trabajo tiene como objeto, definir el concepto de Resiliencia desde una perspectiva global y promover la operatividad del mismo, dando prioridad a aquellas experiencias aplicadas en el Autocuidado para tener una vida plena, fomentando a través del desarrollo de habilidades y estrategias el bienestar integral de las personas en un marco de reflexión y autoconocimiento que les lleve a generar herramientas de autocuidado y resiliencia vicaria.

PALABRAS CLAVES: Resiliencia, Psicología, Autocuidado, Bienestar Emocional.

1 | INTRODUCCIÓN

Este trabajo tiene como objeto, definir el concepto de Resiliencia desde una perspectiva global y promover la operatividad del mismo, dando prioridad a aquellas experiencias aplicadas en el Autocuidado para tener una vida plena, fomentando a través del desarrollo de habilidades y estrategias el bienestar integral de las personas en un marco de reflexión y autoconocimiento que les lleve a generar herramientas de autocuidado y resiliencia vicaria.

Visto desde un enfoque psicosocial, se pretende orientar al individuo en relación con el entorno en que vive, un componente central para ello, es orientar un proceso de empoderamiento que no se limitó al desarrollo de sentimientos positivos hacia uno mismo y a la capacidad de entender mejor las situaciones en las que se vive, sino que principalmente se trata de hacer algo activamente para cambiar toda aquella situación que causa sufrimiento, así como las adversidades y las crisis emocionales inherentes a la condición humana, puedan ser transformadas de manera objetivas y así vencerlas de manera creativa poniendo atención en el ARTE DE CUIDARNOS PARA CUIDAR. Al respecto Becker y Weyermann (2006) refieren que Psico es la psique o al alma y guarda relación con nuestro mundo interior, nuestros sentimientos, reflexiones, deseos, creencias y valores, así como con la percepción que tenemos de nosotros mismos y de los demás. En cuanto a la palabra social, ésta alude a las relaciones del individuo con los otros y a su entorno. Ello no sólo incluye sólo la realidad material, sino también el contexto sociocultural que abarca desde el complejo tejido de las relaciones humanas y las múltiples facetas de la vida cultural hasta la comunidad y el Estado.

2 | METODOLOGÍA

Desde el año 2011, en mi calidad de Director de Corporativo Luxor, comenzamos a trabajar el tema de la Resiliencia en Guadalajara, Jalisco, México; realizando psicoeducación con diferentes seminarios y talleres en los sectores académico, salud, empresarial y gubernamental, con el objetivo de sensibilizar y concientizar sobre la necesidad de introducir el término de Resiliencia como **proceso**, incorporando el dinamismo propio de una interacción compleja en la que intervienen factores intrapsíquicos, ambientales y adversidades.

Fue a partir del año 2014, que empezamos a realizar un Congreso Internacional de Resiliencia en el Estado de Jalisco con la intención trascendental de poner en contacto al mundo académico, con los profesionales que trabajan en primera línea el tema de la Resiliencia, para que pueda fluir lo imprescindible para la democratización del conocimiento, de tal manera que saberes y experiencias fueran compartidos en el marco del Congreso. Hasta el momento hemos realizado 4 congresos de talla internacional. Los países que han participado en las distintas ediciones son: EUA, Colombia, Venezuela, España, Bulgaria, México y Cuba. En la actualidad me encuentro trabajando en un programa federal mexicano que lleva por nombre “Contención Emocional dirigido al funcionariado público de la Administración Pública Estatal de Jalisco” que tiene como objetivo generar herramientas de autocuidado y de resiliencia vicaria, para afrontar de manera asertiva el desgaste emocional generado en sus trincheras laborales. Y dada la experiencia laboral, personal y académica que me tocó vivir, es de aquí que surge la filosofía del Congreso Internacional de Resiliencia 2018, el cual es “Mirada y Estrategia para el Cuidado” para abrir el campo del conocimiento y experimentar vinculando la resiliencia y el autocuidado como claves para una vida plena. Y este es mi proyecto para presentar en la Convención más importante de su hermosa tierra en temas de Psicología, que el próximo año tendría asentamiento en mi segunda obra literaria llamada “El Rostro de la Resiliencia”.

Llamamos Resiliencia a los **procesos** dinámicos y propios del ser humano a través de los cuales nos enfrentamos a las **adversidades** vitales, los superamos de manera adaptativa e incluso terminamos siendo **transformados** positivamente por ellos.

Desde la primera aparición del término hasta nuestros días, el concepto de Resiliencia se ha ido transformando y por tanto enriqueciéndose, gracias a las aportaciones de un nutrido grupo de expertos, interesados en describir y posteriormente promocionar una realidad incuestionable. Así, lo que en un primer momento se consideró como una característica innata, que dotaba al individuo de un alto grado de invulnerabilidad, pasó a considerarse en la década de los 80 como una capacidad, lo cual atribuye una aptitud sobresaliente únicamente a aquellos que poseen o desarrollan dicha capacidad.

3 | LA RESILIENCIA COMO UN PROCESO

Es a mediados de los 90 cuando algunos investigadores comienzan a introducir el término de **proceso**, incorporado el dinamismo propio de una interacción compleja en la que intervienen factores intrapsíquicos, ambientales y adversidades.

Al hablar de dinamismo, entendemos la realidad que nos circunda como algo cambiante y complejo, por lo que una respuesta exitosa no tiene porqué ser siempre eficaz para la resolución de nuevos problemas. Así pues, el hecho de haber tenido un enfrentamiento resiliente ante una dificultad no nos garantiza la resolución de un próximo conflicto con la misma solvencia. No existe pues el “Ya soy resiliente”. Si bien es cierto, que no existe esa garantía de la que hablábamos, bien cierto es también que todo lo aprendido puede tener tarde o temprano su utilidad. Estos procesos pueden tener una duración variable en el tiempo, inmersos en ese tránsito nos encontramos con personas que, pese a estar sometidas a grandes adversidades tienen un gran sentido del compromiso, una fuerte sensación de control sobre los acontecimientos y están más abiertos a los cambios de la vida, a la vez tienden a interpretar las experiencias estresantes y dolorosas como una parte más de la existencia. (Kobasa y Maddi).

Para poder hablar de resiliencia es necesario mantener una línea base durante todo el proceso de afrontamiento, sin grandes repercusiones en lo cognitivo, conductual y lo emocional. Hablar de recuperación es simplemente el retorno a esa línea base, hablar de Resiliencia es un peldaño más en el crecimiento vital.

4 | RESULTADOS

Quedando asentado que no es una investigación como tal, sino un trabajo de psicoeducación a lo largo de diferentes eventos no solo académicos en nombre de la Resiliencia y Autocuidado no existen resultados cualitativos, pero a nivel cuantitativo se puede documentar en próximos trabajos.

REFERENCIAS

Becker, D. y Weyermann, B. (2006) Manual de Género, Transformación de Conflictos y Enfoque Psicosocial. COSUDE.

Brooks, R. (2004). El poder de la resiliencia: cómo lograr el equilibrio, la seguridad y la fuerza interior necesarios para vivir en paz. Paidós: México

Cyrułnik, B. (2010). Los patitos feos: la resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Gedisa: Barcelona, España.

Echenburúa, E. y Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué?. Psicología Conductual, Vol. 15, No. 3

Filgueira, M. (2014). Síndromes profesionales del psicoterapeuta: Propuestas de Autocuidado con Psicodrama. *Psicoterapia y Psicodrama*. Vol. 3. no. 1. 37-78.

Kobasa, S. C. y Maddi S.R. (1977). Existencial personality theory. En R. Corsini (Ed), *Current personality theory*. Itasca, IL: Peacock.

Melillo, A. y Suárez Ojeda, E. N. (2001). *Resiliencia: descubriendo mis fortalezas*. Paidós: Buenos Aires, Argentina

Schwalb, V. (2012). *Todos somos resilientes*. Paidós: Buenos Aires, Argentina

CAPÍTULO 24

CONHECE-TE A TI MESMO E SÊ FELIZ!

Data de aceite: 01/02/2021

Carlos Fernando Barboza da Silva

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia de São Paulo - Câmpus Capivari
(IFSP-CPV)

RESUMO: O tema central do trabalho se refere ao autoconhecimento fazendo um levantamento sobre como a procura pelo conhecimento pode levar à felicidade. Caracterizar autores e conceitos sobre a felicidade ao longo da história e investigar por que a busca pela felicidade tem sido ponto central no sentido da vida para a maioria das pessoas. Pretende-se também investigar se é possível identificar e quantizar a felicidade. A pesquisa será realizada pelo método bibliográfico. Pretende-se fundamentar a hipótese que a busca pela felicidade pode ser trilhada por diferentes caminhos e que a felicidade pode ser diferente para as pessoas dependendo de contextos históricos e socio-culturais ou questões da subjetividade de cada indivíduo.

PALAVRAS-CHAVE: Felicidade, Autoconhecimento, História, Filosofia.

ABSTRACT: The central theme of the work refers to self-knowledge by surveying how the search for knowledge can lead to happiness. Characterize authors and concepts about happiness throughout history and investigate why the search for happiness has been a central point in the meaning of life for most people. It is

also intended to investigate whether it is possible to identify and quantify happiness. The research will be carried out by the bibliographic method. It is intended to support the hypothesis that the search for happiness can be traced in different ways and that happiness can be different for people depending on historical and socio-cultural contexts or issues of the subjectivity of each individual.

KEYWORDS: Happiness, Self knowledge, History, Philosophy.

1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Em sua origem histórica, a filosofia mostra-se como um conhecimento superior que leva à vida boa. Os filósofos se reconhecem como aqueles que buscam, praticam e ensinam um caminho para a finalidade última da filosofia que é a felicidade. Nesta linha de raciocínio, todos os atos humanos devem ser direcionados para esta intenção positiva e que devem ser evitadas todas as ações que causam o sofrimento. A etimologia da palavra felicidade vem do latim *felicitas*, que, por sua vez, deriva do latim antigo *felix*, que significa “fértil, frutuoso, fecundo”. Felicidade é então um estado fértil que gera vida e dá sentido à vida (COTRIM, 2013).

Diante disso, o problema a que esta pesquisa visa responder é: se a busca pela felicidade permeia toda a história da humanidade após todos esses séculos de reflexões, é possível conhecer o que é a felicidade? É possível que este conhecimento mostre caminhos para encontrar a própria felicidade?

O objetivo deste trabalho é investigar como o autoconhecimento e a felicidade se relacionam e para isso pretende-se: pesquisar como os filósofos ao longo da história definem a felicidade e como traçam caminhos para alcançá-la; identificar por que é tão importante para os seres humanos alcançarem felicidade; saber se é possível identificar quando ela foi alcançada e se é possível quantizá-la.

A pesquisa é realizada pelo levantamento bibliográfico dos principais conceitos sobre felicidade ao longo da história. Pretende-se fundamentar a hipótese que a busca pela felicidade pode ser trilhada por diferentes caminhos e que a felicidade pode ser diferente para as pessoas dependendo de contextos históricos e socio-culturais ou questões da subjetividade de cada indivíduo.

O artigo está estruturado na primeira parte em identificar algumas definições de felicidade e como alcançá-la ao longo da história, na segunda parte demonstra-se a importância da felicidade para humanidade e como quantificá-la levando em conta os aspectos da psicologia positiva e conclui-se com a tentativa de responder às perguntas iniciais por meio da análise do levantamento histórico feito e sugestões para o aprofundamento do tema.

2 | AS DEFINIÇÕES POR AUTORES DE FELICIDADE E COMO ALCANÇÁ-LA AO LONGO DA HISTÓRIA

De acordo com os textos antigos, as fontes de felicidade derivam em geral de: bens materiais, status social, prazeres, saúde e o amor (COTRIM, 2013). Na atualidade, essas fontes não diferem muito, apesar de serem influenciados por todas as concepções filosóficas tanto as antigas quanto as medievais, as modernas e as contemporâneas. Para fundamentar a discussão, pode-se fazer um apanhado histórico, que não pretende ser exaustivo e completo, pois precisaria de volumes e volumes de livros para conseguir tal feito, sobre como a felicidade é pensada ao longo do tempo e tentar reconhecer se o conhecimento, e consequentemente o autoconhecimento, já que trata-se da história e formação cultural da sociedade, tem uma relação direta com a felicidade.

Começando a viagem, pode-se analisar qual o pensamento dos filósofos da Grécia antiga sobre a felicidade. Segundo o pensamento da maioria dos filósofos gregos, do conhecimento nasce a virtude, e da virtude nasce a felicidade (COTRIM, 2013). Para Heráclito (aproximadamente 540-470 a.C.), por exemplo, a felicidade não pode estar nos deleites do corpo, porque o mesmo não é permanente, assim como tudo no mundo. Se tudo muda, então a felicidade também não pode ser permanente. Na realidade tudo se transforma num ciclo eterno e harmônico. Esse ciclo vida e morte que mantém o todo. O entendimento dessa harmonia pode fazer com que o homem aceite a transformação como modo de vida e ser mais feliz? Em tempos difíceis, saber que nada dura para sempre pode ser um alívio? Esse reconhecimento pode ser uma forma de alento em tempos difíceis e em tempos alegres aproveitar o momento sabendo que nada dura para sempre? Para

Demócrito (460-370 a.C.) agir corretamente e com sabedoria levam o homem à felicidade. Sem o conhecimento o ser humano tende a errar devido à ignorância do melhor, o que causa a injustiça e consequentemente a infelicidade. Os bens da alma aproximam do divino e esses bens são as ideias verdadeiras, os conhecimentos, a contemplação do belo, amor à justiça, à amizade, às leis da cidade. A moderação dos bens deve ser ponderada, já que o excesso e a falta podem gerar desarmonia e levar à infelicidade (PAULA, 2014).

Se para os pré-socráticos as discussões são feitas para entender o cosmos, os socráticos se preocupam principalmente com a ética e a política. Em Sócrates (469-399 a.C.) pode-se perceber a ênfase na aporia dos discursos, ou seja, o mais importante são as perguntas e não as respostas. Frases como “sei que nada sei” e “conhece-te a ti mesmo” são frequentes nos textos relacionados à Sócrates (ARANHA, 2016; CHAUÍ, 2014). A procura do conhecimento por meio de diálogos é reportada nos textos de Platão, seu discípulo, e em um deles (Cármides) Sócrates discorre sobre a relação entre a sabedoria e a felicidade quando afirma que aquele que a possui é favorecido pelos deuses. Aquele que é sábio é feliz fazendo bem a si (relacionado à melhor conduta ou ética) e aos outros (relacionado com política) (PAULA, 2014).

A relação entre a sabedoria, virtude e felicidade é abordada também por Platão (427-347 a.C.). Em sua teoria das ideias, o filósofo ateniense discorre sobre a teoria das ideias que antagoniza o mundo ideal e o sensível. Tal teoria preconiza que somente por meio da razão chega-se à verdade e que no mundo sensível os prisioneiros dos sentidos como no “mito da caverna” (PLATÃO, 2000). Se o pensamento do mundo das ideias de Platão for extrapolado para se alcançar a felicidade plena, e consequentemente a verdade absoluta, seria necessário deixar a vida, já que no mundo sensível isso não seria possível.

O discípulo mais conhecido de Platão é Aristóteles (384-322 a.C.) e como um bom discípulo, se opôs à algumas ideias de seu mestre. Apesar de também valorizar a razão para alcançar a verdade, pondera sobre a importância dos valores terrenos para alcançar a felicidade. Segundo Aristóteles, cada ser tem uma função e deve trabalhar para que essa função se cumpra por meio da virtude, e isso lhe traz prazer. Muitos animais, assim como o ser humano, têm funções semelhantes, mas apenas o último possui a faculdade do pensar de forma racional. Logo, o ser humano alcança sua felicidade se atuar de forma racional que é a sua virtude. Porém, para Aristóteles, apesar do exercício teórico ser importante, para alcançar a vida feliz é necessária também a prática de outras virtudes relacionadas ao bem-estar material e social (PAULA, 2014; SILVA, 2019; COTRIM, 2013).

Os epicuristas e estoicos, assim como os cétricos e os cínicos, no período helenista continuam a busca pela sabedoria e felicidade ponderando os valores do prazer, da dor e do autocontrole (PAULA, 2014; SILVA, 2019; COTRIM, 2013).

Na idade média a ênfase para se alcançar a felicidade está baseada na eternidade divina. Houve um esforço para unir a filosofia e o cristianismo. A consequência desta união é a subordinação da filosofia à teologia, já que a busca da filosofia é a verdade e a verdade

está na aceitação de Deus, revelada na bíblia, é necessária apenas a interpretação dos textos sagrados para compreender o Bem e a Verdade (PAULA, 2014). O dualismo platônico entre mundo sensível e inteligível influencia na filosofia da idade média e tem destaque em Agostinho (354-430) a supremacia da alma sobre o corpo. Segundo o teólogo, a felicidade só é alcançada por meio da fé cristã para a contemplação do bem e do eterno após a morte. A ausência de Deus e a efemeridade mundana leva o ser humano ao mau e à infelicidade.

Apesar das noções de felicidade dos pensadores da idade média estarem diretamente relacionadas com Deus, as influências nos pensamentos têm diferentes origens. Se por um lado Agostinho é fortemente influenciado pelo pensamento de Platão, em Tomás de Aquino (1225-1274) a influência é de Aristóteles. Tomás de Aquino faz uma releitura da causa final de Aristóteles que culmina no Divino. O pensamento racional de Tomás de Aquino tenta mostrar a finalidade do ser humano só pode estar em Deus. Porém, a natureza humana seria incapaz de apreender a definição verdadeira da essência de Deus, o que aproxima seu pensamento aos de Platão que diz que não é possível ser plenamente feliz nesta vida terrena.

Com a chegada da idade moderna, a forma de pensar a felicidade se transforma. A passagem de uma visão teocentrista para antropocentrista no Renascimento, a forma de pensar a felicidade, apesar dos resquícios da idade média, passa de uma questão divina para científica. Com o início da idade moderna e o desenvolvimento do método científico, há uma disputa entre empiristas e racionalistas para provar como chegar à verdade (PAULA, 2014).

Francis Bacon (1561-1626) baseia seus pensamentos em comprovações empíricas. O conhecimento dos fenômenos naturais pode levar ao conhecimento e consequentemente melhorar a vida individual e da sociedade. Entre os racionalistas, René Descartes (1596-1650) é o filósofo, além de matemático e físico, mais proeminente nesta linha filosófica. A sua maneira de pensar de modo extremamente racional alinha suas explicações com provas matemáticas. O pensamento de Descartes sobre a felicidade pode ser traduzido como a busca pelo equilíbrio para dominar as paixões e fazer uso da razão para as decisões. Algo semelhante aos gregos antigos que consideravam o equilíbrio e autocontrole. Porém, para a busca de conclusões verdadeiras, é necessário o exercício da dúvida hiperbólica para caminhar em direção à uma certeza fundamental. Pessoalmente, para Descartes, a felicidade está em contemplar a verdade e é imperturbável pelo sofrimento.

A felicidade no pensamento de Espinosa (1632-1677) aparece com maior destaque comparando com os pensadores modernos. A busca de Espinosa não é pelas alegrias comuns, e sim, pela a suprema felicidade, que requerem um conhecimento intuitivo. Apesar de ser um caminho difícil, pois se deve abandonar a busca pelas alegrias comuns e uma nova concepção de Deus. Para Espinosa, Deus não tem características humanas, sua concepção do ser divino está mais relacionada como uma substância que emana tudo o que existe e não tem poder de criar ou destruir algo, apenas é e ponto. Se todas as coisas

são emanadas do Deus espinosiano, isso significa que todos estão ligados à Deus e são um pouco dessa fagulha divina, assim como as alegrias e tristezas da vida.

Se no Renascimento, os filósofos sofrem ainda forte influência da crença judaico-cristã, no Iluminismo o pensamento tenta se tornar mais laico e a questão da felicidade esta mais relacionada com a questão da prosperidade dos homens, e isto por si só já proporciona a felicidade para a sociedade. Para alcançar a prosperidade, muitos acreditam que o desenvolvimento da ciência e da educação pode proporcionar o esclarecimento e a liberdade política e consequentemente a prosperidade e a felicidade aos homens.

Os ideais iluministas do século XVIII ainda estão fortemente presentes no século XIX. Adicionalmente, este século é marcado por grandes descobertas científicas e em especial pelo evolucionismo e positivismo. Estas ideias acabam culminando em uma concepção de desenvolvimento de uma sociedade perfeita, que se organizada por um plano racional, a humanidade pode ser perfeita e feliz. A ideia inicial de uma sociologia para o progresso humano é totalmente positivista.

Para Augusto Comte (1798-1857), a sociedade deve deixar os estágios teológicos e metafísicos de eras passadas e adentrar no estágio positivo, estágio mais avançado da evolução humana conduzindo pela ciência para alcançar a perfeição e a felicidade. A preocupação do coletivo deve se sobrepor ao individualismo, se todos contribuem para uma sociedade justa, todos só tem a ganhar com tais atitudes. O inglês Jeremy Bentham (1818-1883), com seu cálculo da felicidade, propõe critérios para alcançar a felicidade. Quanto mais intenso esses critérios, mais produz felicidade. Esses critérios são: Duração, Intensidade, Certeza, Proximidade, Extensão, Fecundidade e Pureza (SILVA, 2019). Legislando com esses critérios, o Estado pode tomar decisões para uma sociedade mais feliz.

No final da idade moderna, três pensadores quebram os paradigmas do positivismo e alguns pensamentos metafísicos dos séculos anteriores. Karl Marx (1818-1883), Friedrich Nietzsche (1844-1900) e Sigmund Freud (1856-1939) propoem pensamentos que vão de encontro ao pensamento vigente, colocando a humanidade de frente com “mentiras” vendidas que podem ao contrário da felicidade, levar o homem à tristeza absoluta.

No materialismo dialético de Karl Marx, o pensador expõe que as principais causas da infelicidade humana estão no modo de produção, nas relações de trabalho e nas lutas de classes (PAULA, 2014). É preciso repensar a sociedade sem esses entraves para que sejam criadas condições sociais e materiais para a felicidade individual e coletiva.

Para Nietzsche, é preciso dizer sim à vida em sua plenitude (PAULA, 2014). Em seu conceito de eterno retorno, o filósofo propõe que é preciso viver como se os eventos e decisões da existência fossem se repetir eternamente em ciclos idênticos. Por isso deve-se viver a vida como ela é e atuar de forma a não se arrepender, pois há apenas esta vida para viver, negando todas as metafísicas e religiões dos séculos anteriores, por que não há um além para receber todos os esforços que são realizados nesta vida. Porém, alerta para o

perigo das paixões mundanas, sendo necessária uma ponderação, enquanto espírito livre, entre atitudes dionísicas e apolíneas, evitando crenças teleológicas (PAULA, 2014).

O pai da psicanálise, Sigmund Freud, mostra que as crenças racionalistas que fazem da consciência humana o centro das decisões e controle dos desejos não estão totalmente corretas (ARANHA, 2016). O ser humano muitas vezes é comandado pelo inconsciente e age conforme as forças conflitantes das pulsões. Para a recuperação de uma vida mais suportável, é necessário um processo psicoanalítico e compreensão da conduta, que para Freud, de natureza sexual como a libido, sublimação e repressão.

As perspectivas positivas dos positivistas no começo do século XX não duram muito tempo. Com a primeira guerra mundial, todos os sonhos de uma sociedade melhor com os avanços da ciência e a ordem para o progresso da humanidade são aos poucos substituídos: de um realismo desromantizado para um existencialismo angustiante e absurdo.

Jean-Paul Sartre (1905-1980), criador de um existencialismo radicalmente humanista, afirma que o homem está só no mundo, abandonado e lançado a um mundo sem regras. Os indivíduos devem buscar sua essência em si mesmo. Em sua liberdade o ser humano deve usar esse dom para se descobrir, mas deve tomar cuidado com a armadilha que esta mesma liberdade pode levar (PAULA, 2014).

Em Albert Camus (1913-1960) vislumbra-se uma possibilidade de felicidade em meio ao absurdo de uma liberdade tão traiçoeira. Segundo o pensador, uma possibilidade de ser feliz em meio ao absurdo da vida é a conscientização do absurdo no mundo, na vida e na existência. O homem não deve procurar racionalidade e sentido no mundo, mas o pensador afirma que não é possível atender a tais súplicas da humanidade, é preciso viver com e no absurdo e admitir aquilo que a existência não pode dar (PAULA, 2014), a frase típica do atual que pode reduzir tal pensamento é “aceita que dói menos!”.

Com Viktor E. Frankl (1905-1997) pode-se ser um pouco mais otimistas. Em sua logoterapia o psicanalista, que tem uma experiência na segunda guerra mundial em um campo de concentração nazista, mostra que é preciso, em tempos difíceis, encontrar um sentido na vida por meio da autotranscendência. É uma forma de passar de uma visão individualista para encontrar sentido numa causa coletiva, assumindo uma postura mais humanística e significativa (PEREIRA, 2007).

Percebe-se que o homem racional demais pode, ao contrário do que prescre o positivismo da idade moderna, canalizar o conhecimento para o sofrimento da humanidade. É importante reconhecer que o *homo sapiens* também é um *homo demens* (SILVA, 2019). O termo cunhado por Edgard Morin reconhece que o ser humano necessita para ser feliz não só seu lado racional, mas também o irracional. Como também prevê Nietzsche, há uma dialética entre o apolíneo e o dionísico. E para temperar essa dança dialética, pode-se acrescentar o termo *homo ludens* cunhado por Huizinga (SILVA, 2019) e o *homo faber* amenizado por Csikszentmihalyi em seu conceito de *Flow* (CSIKSZENTMIHALYI, 2017).

Para Huizinga, é da natureza humana o jogar e brincar, a natureza moderna do *homo faber* acaba por apagar a luz do *homo ludens* que necessita de momentos de lazer. Mas a necessidade do lúdico do ser humano não pode ser extinto: “quem deixa de brincar e de jogar, cai na depressão” (SILVA, 2019). Como mencionado no filme *Mary Poppins*: “em cada trabalho que faz há um elemento divertido. Encontre essa diversão e... o trabalho torna-se um jogo. E cada tarefa que precisa fazer, se torna fácil. Uma diversão, uma brincadeira.” Pode-se então unir a seriedade do *homo faber* e o *homo ludens* com a ajuda dos autores Csikszentmihalyi e Seligman, da psicologia positiva, e tornar as atividades rotineiras em um mundo tão atribulado e fugaz em ações prazerosas e gratificantes. Os trabalhos desses dois psicólogos são um pouco mais detalhados na próxima sessão.

3 | SOBRE A IMPORTÂNCIA DA FELICIDADE PARA A HUMANIDADE E COMO IDENTIFICÁ-LA

Como se pode perceber no pequeno levantamento histórico, uma das finalidades das ações humanas é a busca da felicidade. Dentre as várias definições, esse princípio metafísico nunca é abandonado, às vezes adiado, como na idade média, mas com perspectiva de alcançá-lo após a morte. Porém, como denunciado por Seligman em seu livro *Felicidade Autêntica* (2019), a psicologia tradicional não se preocupa em desenvolver a felicidade, mas sim, curar os males da alma e os transtornos psicológicos. Por isso sua psicologia positiva propõe investigar as causas da felicidade e como é possível promover uma vida mais feliz. Mas antes de iniciar a “fórmula mágica” de Seligman, uma análise de algumas dicas de felicidade de Csikszentmihalyi é descrita, o autor que desenvolve sua teoria de fluidez que também faz parte da psicologia positiva.

Em seu livro *Flow*, Csikszentmihalyi (2017) explora como é possível experimentar o prazer da vida, controlando a atenção e fortalecendo a determinação. Isso acontece quando se imerge em uma atividade ou assunto incapaz de deixar ansioso (por ser muito difícil), nem entediado (por ser muito fácil). Neste “estado de fluxo”, perde-se a autoconsciência, egoísmo e senso do tempo. Ele melhora o relacionamento com o trabalho, aumenta a autoestima e dá significado à vida. Há sete ensinamentos principais no trabalho de Csikszentmihalyi, são eles: procurar oportunidades e maneiras de obter auto crescimento, e não o prazer espontâneo e passageiro; concentrar-se nas tarefas e obter controle sobre a atividade; desenvolver habilidades novas e interessantes exige enfrentar desafios; com a disciplina, podem-se usar os sentidos e movimentos para ajudar a sintonizar um estado de conscientização; ao tratar o trabalho como uma criação com recompensas pessoais, ele deixa de ser “trabalho alienante”; envolver-se com a família, amigos e comunidade é essencial para a auto expressão e crescimento do eu (*self*); descobrir propósitos na vida por meio de objetivos e determinação de colocá-los em ação.

Na pesquisa de Seligman (2019), o autor demonstra por meio de pesquisas psicológicas o que promove e o que não promove o aumento da felicidade e propõe uma fórmula da felicidade. A fórmula da felicidade seria constituída pela seguinte equação: $H = S + C + V$, na qual, “H” (*happiness*) corresponde ao nível constante de felicidade, “S” (*set range*) corresponde aos limites preestabelecidos, “C” (*circumstances*) corresponde às circunstâncias da vida e, “V” (*voluntary*) corresponde aos fatores que obedecem ao seu controle voluntário (SELIGMAN, 2019).

As variáveis “S” tendem a impedir que o nível de felicidade aumente. Elas são constituídas por fatores genéticos, rotina hedonista e limites preestabelecidos. O estudo das circunstâncias abrange o dinheiro (que não teria grande influência para o aumento do nível constante de felicidade), casamento (esse sim, com forte influência para tornar as pessoas felizes), vida social, emoções negativas, saúde, educação, religião, dentre outras circunstâncias.

O controle voluntário da emoção positiva se apresenta em três diferentes níveis: passado, presente e futuro, sendo possível cultivar cada um de modo separado.

As emoções positivas em relação ao passado abrangem a elevação dos níveis de satisfação, contentamento, orgulho e serenidade. Nesse ponto, Seligman critica a teoria que sustenta que eventos negativos na infância levem sempre a problemas na idade adulta. Segundo o autor, a importância que se dá aos fatos passados é exagerada. Geralmente, é a pouca valorização dos acontecimentos positivos do passado, assim como a ênfase excessiva aos negativos, que são as responsáveis pelo enfraquecimento da satisfação, contentamento e serenidade.

As emoções positivas em relação ao futuro compreendem a esperança, o otimismo, a fé e a confiança. Exercícios de como fazer com que as pessoas aumentem o grau de emoções positivas em relação ao futuro podem ser realizados.

As emoções positivas em relação ao presente abrangem os prazeres e as gratificações. Os prazeres se definem por serem momentâneos, fugazes, e pela emoção que provocam. Eles podem ser intensificados pela anulação do efeito negativo da habituação (isto é, aumentando o intervalo temporal entre eles), pela apreciação (apreciar o momento), e pela atenção (concentrar-se na experiência).

As gratificações, que talvez constituam um dos pontos principais da Psicologia Positiva, estão ancoradas não nas emoções, mas sim, nas forças e virtudes pessoais. Isto é, no “flow”, de Csikszentmihalyi. Caracterizam-se, portanto, pela plenitude, pelo engajamento, pela absorção. Não existe, na gratificação, emoção positiva ou consciência, mas sim, o exercício de forças e virtudes pessoais. Participar de um projeto social voluntário não requer emoção nem consciência, mas produz extrema gratificação para quem assume esse desafio.

É neste íterim que encontra-se a resposta para uma indagação que na verdade é uma contradição: se os indicadores atuais de bem-estar objetivo, tais como grau de

instrução, poder de compra, alimentação, vêm subindo e estão maiores do que há 50 anos, por que os indicadores de bem-estar subjetivo vêm caindo, representado, por exemplo, pelo aumento dos casos de depressão? Se as condições materiais de vida vêm melhorando, por que as pessoas não estão mais felizes? O autor responde que isso ocorre porque a sociedade prioriza os prazeres em detrimento das gratificações. Buscam-se atalhos para a felicidade: televisão, compras, drogas, junk food... e esses atalhos não geram mudanças nem desenvolvem as virtudes nem as forças pessoais.

Seligman também desenvolve o estudo das forças e virtudes. Em seu livro é feita uma catalogação de seis virtudes que estão presentes em praticamente todas as culturas e tradições existentes ou que existiram, encontrando seis virtudes comuns a todas elas: saber e conhecimento, coragem, amor e humanidade, justiça, moderação e espiritualidade e transcendência. Além das seis virtudes, o autor cataloga vinte e quatro forças que podem ser desenvolvidas por praticamente qualquer ser humano, cada qual relacionada a uma virtude específica. Por exemplo, dentro da virtude do “saber e conhecimento”, são localizadas seis forças pessoais: curiosidade, gosto pela aprendizagem, critério, habilidade, inteligência social e perspectiva. Dentro da virtude da moderação, estão autocontrole, prudência e humildade, e assim por diante. Toda pessoa possui inclinação a desenvolver certo tipo de força ou virtude específica, e o autor apresenta exercícios que podem ser feitos para encontrar as que lhe são mais poderosas e as que mais poderiam ser desenvolvidas e aprimoradas.

É possível ampliar as emoções positivas, desenvolvendo as forças e as virtudes, a fim de produzirem gratificação, e, portanto, felicidade autêntica, em diferentes segmentos da vida, tais como trabalho, como desenvolver as suas forças pessoais nas rotinas profissionais, e, assim, recriá-las, tornando-se uma vocação. No amor, mais especificamente no casamento, afirmando-se que esse é tanto melhor quanto mais se torna um veículo para uso diário de nossas forças pessoais e na criação de filhos, com orientações práticas de como desenvolver emoções positivas, principalmente em crianças pequenas.

O autor também se propõe a investigar o significado e propósito da vida. De acordo com Seligman, tendo em vista que a humanidade parece caminhar em um processo de maior complexidade e em mais situações em que todos saem ganhando, o objetivo, como indivíduos, é escolher ser uma parte do avanço nesse sentido, unindo a todos em algo maior.

Seligman distingue quatro tipos de vida: a agradável, a boa, a significativa e a plena. A vida agradável é a que busca os sentimentos positivos, bem como o desenvolvimento de habilidades para aumentar essas emoções. A vida boa vai além, e visa utilizar as forças pessoais para produção de gratificação abundante. A vida significativa constitui igualmente um passo a mais, e define-se pela busca de alguma coisa maior que nós mesmos. E a vida plena, por sua vez, é viver todas essas três vidas, de forma integrada e harmoniosa.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se perceber que ao longo da história, não só os filósofos, mas toda a humanidade está em busca da felicidade, tanto individual, quanto coletiva. Por meio desse pequeno levantamento histórico, é possível perceber que as ideias dos antepassados permanecem no imaginário coletivo e tem forte influência nas decisões da sociedade atual. Partindo do pressuposto que ao conhecer a cultura, história e sociedade, pode-se conhecer a si próprio, pode-se por meio dos filósofos, psicólogos, sociólogos e tantos outros pensadores abordados aqui e na vasta literatura acadêmica, obter as ferramentas para começar a construir a própria felicidade.

É possível que muitas delas sejam contraditórias, algumas vezes beirando a autoajuda ou um absurdo e desespero humano, mas se houver a consciência dos prós e contras e conhecimento da própria subjetividade, é possível, com a ajuda de teorias, conselhos, e conhecimentos dos formadores da cultura histórica da sociedade, viver uma vida muito mais plena integrando a sabedoria dos ancestrais e contemporâneos.

Muitos pensadores não são abordados neste artigo ou um aprofundamento em alguns deles seria necessário. Mas o objetivo de fazer um panorama geral de pensadores para responder as perguntas iniciais foi alcançado. Em primeiro lugar é possível definir a felicidade por meio de diferentes lentes dependendo do tempo e espaço e observar as influências através dos tempos que essas ideias permearam até os tempos atuais. Em segundo lugar, vai depender de cada indivíduo para absorver ou rechaçar tais ideias e encontrar a própria felicidade por meio do conhecimento acumulado e do autoconhecimento para elaborar sua própria fórmula de felicidade.

Questões atuais como o hiperconsumismo, a modernidade líquida e o pensamento do mundo em constante mudança com suas volatilidades, incertezas, complexidades e ambiguidades (SILVA, 2019) podem ser alvo de futuras pesquisas para aprofundar o assunto. Mas o que é possível concluir é que não há uma fórmula única para todos e sim a reflexão sobre o que pode ser felicidade para cada indivíduo e o conselho final é: conheça-te a ti mesmo e seja feliz.

REFERÊNCIAS

ARANHA, Maria Lúcia de Arruda; MARTINS, Maria Helena Pires. **Filosofando**: introdução à filosofia. 6ª Ed. São Paulo: Moderna, 2016.

CHAUÍ, Marilena. **Iniciação à Filosofia**. 2. Ed. São Paulo: Ática, 2014.

COTRIM, Gilberto; FERNANDES, Mirna. **Fundamentos de Filosofia**. 2. Ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

MARY Poppins. Direção Robert Stevenson. Estados Unidos: Walt Disney, 1964. DVD (139 min).

CSIKSZENTMIHALYI, Mihaly. **Flow**: The Psychology of Optimal Experience. New York: Harper Collins, 1990.

PAULA, Marcos Ferreira de. **Sobre a Felicidade**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2014.

PEREIRA, Ivo Studart. **A Vontade de Sentido na Obra de Viktor Frankl**, Revista Psicologia USP, 2007, 18(1), 125-136.

PLATÃO, **A República**. Tradução: Pietro Nasseti. 3ª Ed. São Paulo: Editora Martin Claret, 2000.

SELIGMAN, Martin E. P. **Felicidade autêntica**: usando a psicologia positiva para a realização permanente. 2ª Edição. São Paulo: Editora Objetiva, 2019.

SILVA, Juremir Machado da Silva. **Ser feliz é tudo que se quer (ideias sobre o bem viver)**: filosofia para ler no parque, no ônibus, na cama, na rede. Porto Alegre: Sulina, 2019.

A IMPORTÂNCIA DAS ATIVIDADES LÚDICAS NA FORMAÇÃO HUMANA

Data de aceite: 01/02/2021

Ezequiel Martins Ferreira

ID Lattes: 4682398500800654

RESUMO: Este artigo busca estabelecer a importância das atividades lúdicas para o desenvolvimento social, cognitivo e afetivo da criança, apresentando a relevância das brincadeiras no espaço escolar. Através das ações lúdicas, as crianças aprimoram habilidades motoras e cognitivas, bem como a imaginação, linguagem e atenção. Nesse sentido, essas atividades dinâmicas têm a finalidade de compreender a inserção da criança no contexto educativo, tal qual entender também, os reflexos da prática docente em seu desenvolvimento global, em que o professor será considerado mediador do lúdico e da aprendizagem. Portanto, a ludicidade é muito importante para o desenvolvimento integral da criança, pois por meio da interação divertida, poderá aprender a conviver com as diferenças; tanto do outro como com suas próprias limitações.

PALAVRAS-CHAVE: Brincadeiras, Lúdico, Criança.

THE IMPORTANCE OF PLAY ACTIVITIES IN HUMAN DEVELOPMENT

ABSTRACT: This article seeks to establish the importance of play activities for social, cognitive and emotional development of the child, showing

the relevance of jokes at school to the scope of early childhood education. Through fun activities, children improve motor and cognitive skills as well as imagination, language, and attention. Accordingly, these dynamic activities are designed to understand the inclusion of children in the educational context as it also understand the consequences of teaching practice in their overall development, in which the teacher will be considered a mediator of playfulness and learning.

KEYWORDS: Play, Playful, Child, Early.

1 | INTRODUÇÃO

Quando se refere às atividades lúdicas, observa-se que tais movimentos têm como propósitos, produzir prazer e satisfação no sentido de divertir a criança. Para elas, o brincar constitui-se em necessidade básica de fomento à imaginação, através dela as crianças satisfazem seus interesses e desejos. Toda criança necessita do brincar para seu desenvolvimento enquanto cidadão.

Logo, brincar é tão importante para a criança como o trabalho é para o adulto. Brincando a criança exterioriza seus sentimentos e emoções, constrói novos comportamentos. As brincadeiras são atividades lúdicas envolventes, porque coloca a criança em interação com atividades físicas e com fantasias. Assim, os pequenos aprendem a trocar experiências fundamentais para o convívio social, pois exercícios lúdicos favorecem a comunicação de

forma espontânea de socializar com as outras crianças. Na prática dessas atividades, elas recriam e repensam sobre gestos, sinais, objetos e espaços, contribuindo para a influência mútua com o outro.

O lúdico é tudo aquilo que envolve a brincadeira, imitação, criatividade da criança. Encontra-se presente em situações cotidianas e fantasiosas como: o relato de um colega, cenas assistidas da televisão, no cinema, histórias infantis ou narradas por livros. O lúdico é a imaginação no exercício da ação. Este propicia desenvolvimento sócioemocional dos pequenos, quando interagem com o meio ambiente em que vivem.

Nesse sentido, a aprendizagem tem um papel importante no desenvolvimento do conhecimento. Sendo fundamental para a formação integral dos infantes, assim como a construção de sua identidade e de sua estrutura física e afetiva. Toda criança que participa de atividades lúdicas desenvolve habilidades motoras, intelectuais e cognitivas. E, através dessas atividades, o professor pode se deparar com duas formas verificáveis: A primeira é aquela que a criança faz, e a segunda, como ela organiza este fazer, pois para Maluf:

A atividade lúdica pode ser uma brincadeira, um jogo ou qualquer outra atividade que vise proporcionar interação. Porém mais importante do que o tipo de atividade lúdica é forma como ela é dirigida e vivenciada, e o porquê de sua realização. Toda criança que participa de atividades lúdicas adquire novos conhecimentos e desenvolve habilidades de forma natural e agradável, gerando um forte interesse em aprender e garantindo o prazer. (MALUF, 2009, p.21)

Desta forma, a autora apresenta vários benefícios relativos às atividades lúdicas, tais como: assimilação de valores, aquisição de comportamento, desenvolvimento de diversas áreas do conhecimento e socialização.

Na faixa etária de crianças de 2 a 5 anos, essas atividades são trabalhadas mais enfatizadas, considerando interação entre si e em seu meio social como elementos decorrentes do lúdico. As brincadeiras são consideradas mais que um simples passatempo. Elas promovem o desenvolvimento dos processos de socialização levando às descobertas de um novo mundo mais criativo.

Porquanto, através das atividades lúdicas os professores podem perceber traços da personalidade da criança, do comportamento individual e coletivo, podendo possibilitar a autoestima, desenvolver a autoconfiança, respeito por si mesmo e com os outros. O papel do professor será de mediador frente às atividades lúdicas como instrumentos facilitadores da educação infantil.

1.1 A evolução histórica das brincadeiras e do lúdico no Brasil

Cada cultura tem uma visão diferente sobre as brincadeiras. Desde a antiguidade tem-se o costume de brincar. As brincadeiras que temos hoje são resultados da miscigenação de povos. Levando em consideração três raças: negros, índios e portugueses, ao longo do processo da colonização brasileira.

Os índios usavam de seus costumes para ensinar seus filhos a caçar, pescar, brincar e dançar. Uma maneira lúdica de aprendizado representando sua cultura, bem como a educação e suas tradições. Seus filhos construíam seus próprios brinquedos com materiais extraídos da natureza. Caçavam, pescavam e desenvolviam para estas atividades um olhar diferente. Seus objetivos eram sempre o de brincar e divertir.

Os negros também trouxeram seus costumes. Semelhantemente aos índios, sendo necessário desde criança, a construção de seus próprios brinquedos, saber pescar, nadar, caçar.

Já os filhos dos portugueses, quando estes vieram para o Brasil, não tinham contato com a ludicidade, como modelos de atos necessários à sobrevivência. Compreendia o lúdico apenas para seu enriquecimento intelectual. Os costumes, trazidos de Portugal, eram totalmente diferentes dos existentes no Brasil, dos índios e dos negros.

Assim, historicamente, a criança dessa época não tinha existência social. Era considerada como um adulto em miniatura. Nas classes sociais altas, eram educadas para o futuro. E nas classes sociais baixas, para o trabalho. Com a evolução histórica, a infância se transformou em decorrência dos diferentes elementos sociais, culturais, políticos e econômicos. Sendo assim, o olhar para criança dependia do momento histórico social, como ratifica Rego:

A cultura é, portanto, parte construtiva da natureza humana, já que sua característica psicológica se dá através da internalização dos modos historicamente determinados e culturalmente organizados de operar com informações. (REGO, 2011, p 42)

Ora, ao brincar com outras crianças, estas socializam trocando informações de suas culturas umas com as outras. Tal qual aborda Ariés (2011), onde a ideia de infância simplesmente não existia: as crianças eram adultas à espera de adquirirem a estatura “normal”. Enfatizava que a infância teve sua origem a partir do momento histórico e social da modernidade. O ato de brincar oferecia a inserção dos papéis sociais, o aprendizado das regras na vida diária, já que a criança era considerada “um adulto menor” no período medieval.

Porquanto, hoje, a evolução do ato de brincar passa ganhar espaço na educação de crianças pequenas, como fuga ou recreação. Considerando que até então, a infância social não permitia a aceitação de um comportamento infantil espontâneo e lúdico. A partir daí a educação passa de fato, ser influenciada pela sociedade capitalista, mudando o seu conceito.

Assim, percebe-se que a criança nem sempre foi considerada como é hoje. As brincadeiras nas ruas, no recreio da escola deram origem às atividades lúdicas, recreativas e curriculares à criança em sua essência, qual seja a infância, segundo o pensamento de Brougère:

Na realidade, como qualquer cultura, ela não existe pairando acima de nossas cabeças, mas é produzida pelos indivíduos que dela participam. Existe na medida em que é ativada por operações concretas que são as próprias atividades lúdicas. Pode-se dizer que é produzida por um duplo movimento interno e externo. A criança adquire, constrói sua cultura lúdica brincando. É o conjunto de sua experiência lúdica acumulada, começando pelas primeiras brincadeiras de bebê evocadas anteriormente, que constitui sua cultura lúdica. (BROUGÈR , 2011, p.26)

Logo, Froebel ao criar o primeiro Jardim de Infância, marca a história da Educação Infantil. A Escola Froebeliana caracterizou-se pelas atividades como: canto, jogos, pinturas, palestras, jardinagem, modelagem, ouvir histórias, gravuras coloridas, trabalhos manuais que consistiam em exercícios sensório-motores (pintura, desenho, recorte, colagem, tecelagem, bordados, etc.). As brincadeiras deveriam ser ao ar livre para que a turma interagisse com o ambiente. O teórico aponta que as crianças trazem consigo uma metodologia natural que as leva a aprender de acordo com seus interesses e por meio de atividade prática.

Em conformidade, Arce (2002) ressalta que Froebel considera a educação infantil indispensável para a formação do homem, e essa ideia foi aceita por grande parte dos teóricos da educação que vieram depois dele. O objetivo das atividades nos jardins de infância era possibilitar brincadeiras criativas. O ponto de partida da educação seria o sentido e o contato que eles criam com o mundo. Portanto, a educação infantil teria como fundamento a percepção, da maneira como ela ocorre naturalmente nos pequenos.

Toda essa contribuição fez de Froebel o primeiro pedagogo da educação infantil, o primeiro a romper com a educação verbal e tradicionalista de sua época. Ele propôs uma educação voltada à sensibilidade, baseada na utilização de atividades prazerosas e materiais didáticos para a contribuição do desenvolvimento dos discentes. Toda criança em sua infância brinca. O brincar é uma característica própria da infância. A brincadeira é uma forma de divertimento típico dessa fase do crescimento. O brinquedo é identificado como objeto de brincadeira.

Agora, a Educação Infantil passou a ser considerada um espaço lúdico, onde as crianças aprendem de forma mais interessante e prazerosa. Levando em conta que dos 2 aos 5 anos de idade, a criança ainda não tem possibilidade de concentração, sendo esta mais dispersa, mudando constantemente de atividade em suas habilidades ao ato de brincar.

Essa modalidade de educação fomenta a importância do brincar, e é justamente através desse brincar, diferenciado, que a criança conseguirá aprender e se desenvolver. Pois de acordo com Maluf (2009, p.21-22). “Na Educação Infantil, por meio das atividades lúdicas a criança brinca, joga e se diverte. Ela também age, sente, pensa, aprende e se desenvolve. As atividades lúdicas podem ser consideradas tarefas do dia-a-dia na Educação Infantil.”

Sendo assim, no contexto educacional, iniciou-se uma nova etapa com a construção de novas concepções sobre os pequenos. As ações lúdicas passaram a apresentar um enorme benefício à escola, passando esta a ocupar um importante papel no estímulo à ludicidade, face às propostas pedagógicas implementadas.

1.2 A importância das atividades lúdicas para o desenvolvimento sócioafetivo da criança na educação infantil

A cultura contemporânea compreende que o brincar é fundamental para que a criança possa expressar, aprender, crescer e resgatar valores. O desenvolvimento sócioafetivo está relacionado aos sentimentos e as emoções em cooperação, motivação e respeito, estimulando a formação das crianças.

As maiores aquisições de uma criança geralmente são conseguidas ao brincar. Aquisições estas, que no futuro promovem o ser humano, social, crítico e reflexivo, capaz de construir e analisar o contexto em que se encontra inserido.

Para Piaget (1978) as atividades lúdicas indicam o início das atividades intelectuais da criança, sendo, por isso, indispensável à prática educativa prazerosa. Para ele o afeto é o principal impulso motivador dos processos de desenvolvimento mental da criança:

Toda conduta supõe a existência de instrumentos, ou seja, de uma técnica os aspectos motores intelectuais; mas também toda conduta implica em certas ativações e metas valiosas; trata-se dos sentimentos, e assim afetividade e inteligência são indissolúveis e constituem os dois aspectos complementares de toda conduta humana. (PIAGET, 1978, p. 38).

Nesse sentido, a criança reconstrói suas ideias e ações. O cognitivo está em relação ao social e afetivo. Na infância a criança vive um processo de adaptação progressiva ao meio concreto. O conhecimento mental se dá a partir da ação do sujeito com seu meio.

Bem como, para Vygostky (1984), onde o meio social da criança é o alicerce de sua vida futura. É através desse caminho que ela poderá construir seu próprio pensamento e compreenderá seu redor, através das pessoas que a rodeiam no convívio social, mostrando ações, movimentos e formas de expressão. No contexto social da criança ressalta Maluf apud Schaefer:

No contexto de desenvolvimento social da criança, tais atividades são parte do repertório infantil e integram dimensões da interação humana necessária na análise psicológica (regras, cadeias comportamentais, simulações ou faz de conta, aprendizagem observacional e modelagem. (MALUF apud Schaefer, 2009, p. 22)

Assim, no âmbito familiar, no primeiro locus formador, a brincadeira é transmitida à criança através de seus próprios parentes, de forma expressiva. De uma geração à outra, ou pode ser aprendida pela criança de forma espontânea. E, seria importante, que o ambiente das crianças fosse enriquecido de diversas formas, com: brinquedos, jogos, roupas, livros, entre outros, fazendo com que elas adquiram experiências brincando em seu meio social.

Já na escola, na educação infantil, a criança depara com diferentes formas de brincar, principalmente através das atividades lúdicas. Desta forma, estará socialmente brincando com outras crianças de sua faixa etária e em seu ambiente, podendo compartilhar com outras crianças experiências e trocas de brincadeiras. É importante que ela brinque para se desenvolver nas diversas relações cotidianas, e poder construir sua identidade; a imagem de si no meio em que vive. Sendo que, por meio do brincar, a criança se prepara para aprender novos conceitos, adquire novas informações, podendo ter um crescimento saudável. A relação dos exercícios lúdicos no desenvolvimento da criança permite que ela tenha clareza nas funções mentais, como o desenvolvimento do raciocínio e da linguagem.

Consoante, os Referenciais Curriculares Nacionais para Educação Infantil têm contribuído para resgatar a consciência da importância do brincar nas escolas de Educação Infantil:

No processo de construção de conhecimento, as crianças se utilizam das mais diferentes linguagens e exercem a capacidade que possuem de terem idéias e hipóteses originais sobre aquilo que buscam desvendar. Nessa perspectiva as crianças constroem o conhecimento a partir das interações que estabelecem com as outras pessoas e com o meio em que elas vivem. (BRASIL, 1998, p.21)

Assim, compreende-se que é de extrema importância que todas as instituições de ensino possam promover o desenvolvimento das atividades lúdicas de forma que estimule o interesse pela dinâmica social. A criança necessita ser acolhida de forma amável pelas outras crianças, para que haja interação no momento das brincadeiras entre elas.

1.3 As brincadeiras no espaço escolar: O lócus de aprendizagem significativa

As crianças correm, caem, rodopiam, batem, sorriem, abraçam, choram e brincam, e ao brincarem, se sentem felizes e se desligam do mundo ao seu redor. Sendo assim, o espaço escolar precisa ser atrativo, livre e interessante, lugar em que possa acolher a criança para o mundo educacional em que ela passa a pertencer. Personalizar o ambiente é muito importante para a construção da identidade pessoal das mesmas, fazer com que elas possam tornar-se competentes e desenvolver a autonomia e a independência. Este espaço criado para as crianças deverá estar organizado de acordo com a faixa etária, devendo estar preenchidos de objetos que retratem a cultura e o meio social em que elas estarão inseridas, devendo propor desafios de forma que desenvolva suas habilidades motoras, físicas e cognitivas.

Neste ambiente escolar, como no pátio da escola, as crianças podem expandir suas experiências e determinar as próprias brincadeiras, além daquelas que podem criar. E segundo Brown (2006, p.65), “a atividade de brincar é uma necessidade funcional para as crianças, para entendimento da complexidade do desenvolvimento social infantil”.

Logo, as brincadeiras espontâneas são consideradas relevantes para o aprendizado, e podem ser realizadas em qualquer espaço. Brincando, elas conhecem a si mesma e o

mundo, e assim compete ao professor conhecê-las, respeitando o ambiente no qual ela se insere, planejar e reconhecer as atividades propostas. Precisa-se considerar o conhecimento que ela já possui; valorizá-lo, assegurando-lhe a aquisição de novos conceitos e ajudá-la a desenvolver atitudes de curiosidade e crítica, tendo em vista a conquista de sua autonomia, sendo parte essencial para o desenvolvimento físico, motor e cognitivo.

A brincadeira mostra como os infantes refletem, organizam, desorganizam, constroem e reconstróem o próprio mundo. Desta forma, vão se socializando com as vivências e as experiências trazidas para o contexto escolar.

Por isso, para Vygotsky (1984) a brincadeira é uma atividade específica da infância, na qual a criança recria a realidade usando sistemas simbólicos. É uma atividade social, com contexto cultural e social. Acredita-se ainda que seja formidável a influência do brinquedo no desenvolvimento da criança. Sendo que, através do brinquedo a mesma aprende a atuar numa esfera cognitiva de motivações internas no ambiente escolar. De acordo com Kishimoto:

O brincar também contribui para a aprendizagem da linguagem. A utilização combinatória da linguagem funciona como instrumento de pensamento e ação. Para ser capaz da criança falar sobre o mundo, a criança precisa saber brincar com o mundo com a mesma desenvoltura que caracteriza a ação lúdica. (KISHIMOTO 2011, p.146)

Portanto, através do brincar os pequenos aprendem os eventos do mundo e da cultura no ambiente em que vivem. A escola atribui às brincadeiras de forma lúdica, sendo este espaço escolar, lugar em que as crianças conseguem estabelecer reações entre o mundo e a diversidade com outras crianças.

1.4 O papel do lúdico na imaginação infantil

Quando a criança brinca, joga e desenha está criando. Sua imaginação permite-lhe sonhar. Para isso, recorre às fantasias presentes em sua mente, que começaram a se formar desde o início da vida. Através das brincadeiras expressa o mundo imaginário, elaborando assim, sentimentos e experiências.

O exercício da imaginação e da criatividade faz parte da vida infantil e é um elemento essencial para o desenvolvimento intelectual e emocional. Vivendo em um ambiente em que os adultos favorecem a livre expressão imaginativa, esta poderá apropriar-se de si mesma e de suas experiências com o mundo. Podendo ser autora de suas próprias criações, experimentando o prazer de sua imaginação em suas brincadeiras.

Conforme Kishimoto (2011) para enriquecer o brincar na educação infantil, seria necessário que uma escola de educação infantil não tivesse apenas mesas e cadeiras, papéis sulfites sobre a mesa. Seria fundamental, para a criança construir sua imaginação, ter espaço com materiais e brinquedos; para dar fruto a sua imaginação, em que para um aluno entrar no faz-de-conta, de fazer comida, precisa de matérias, objetos como: talheres,

fogão, panelinhas, e copos para realizar sua imaginação, ou seja, o brinquedo que ela manuseia.

Assim, precisa-se criar possibilidades para que a brincadeira de faz-de-conta aconteça. A autora ainda ressalta que:

O brinquedo aparece como um pedaço de cultura colocado ao alcance da criança. É seu parceiro na brincadeira. A manipulação do brinquedo leva a criança à ação e à representação, a agir e a imaginar. (KISHIMOTO, 2011, p. 75)

Desta forma, um brincar de qualidade só vai acontecer quando houver mediações, a brincadeira de faz-de-conta deve gradativamente ser ampliada e modificada conforme acontece. Deve-se proporcionar às crianças outras diversidades, para que as mesmas possam evoluir a imaginação nas brincadeiras fantasiosas, bem como a socialização de outras crianças ao seu meio.

Brincando com a imaginação, a criança constrói seu mundo do faz-de-conta despertando novas conquistas no mundo em que vive:

No faz-de-conta, as crianças aprendem a agir em função da imagem de uma pessoa, de uma personagem, de um objeto e de situações que não estão imediatamente presentes e perceptíveis para elas no momento e que evocam emoções, sentimentos e significados vivenciados em outras circunstâncias. Brincar funciona como um cenário no qual as crianças tornam-se capazes não só de imitar a vida como também de transformá-la. Os heróis, por exemplo, lutam contra seus inimigos, mas também podem ter filhos, cozinhar e ir ao circo. (BRASIL, 1998, p.22)

Assim, ao usar a imaginação, as crianças enriquecem suas brincadeiras. No faz-de-conta vive e revive situações, que lhe causam alegria, medo, tristeza e ansiedades, dando-lhe a oportunidade de expressar seus sentimentos e emoções.

1.5 O papel do professor da educação infantil enquanto mediador do conhecimento

Um dos papéis do professor da educação infantil é de promover interações, que planejam e organizam atividades com objetivos pelos quais envolvam as relações dentro do espaço educacional, tal como, buscar o desenvolvimento integral de todas as suas potencialidades. O professor precisa ter sua proposta voltada para o bem estar dos discentes, buscando sempre na prática pedagógica, elaborar novas alternativas de construir o conhecimento de um grupo como um todo, facilitando as interações, promovendo e construindo espaços adequados para as crianças.

A prática pedagógica de brincadeiras na educação infantil, bem como o envolvimento nas tarefas, tem o papel de proporcionar aos pequenos, diferentes formas de atividades lúdicas com estratégias facilitadoras da construção de conhecimentos, sendo que por trás dessa prática, deve-se conter objetivos claros para os envolvidos no processo ensino-aprendizagem. Ao desenvolver os conteúdos mediante a ideia de atividades lúdicas, o

professor pode trabalhar com o processo de construção de conhecimento, e desenvolver suas habilidades. Assim, o docente enquanto mediador da brincadeira pode propiciar momentos lúdicos excelentes para o conhecimento sobre o brincar. O ensino absorvido de forma lúdica possibilita um aspecto significativo e afetivo no desenvolvimento da criança.

Hoje, as escolas de Educação Infantil, transformaram-se em um lugar onde os alunos passam boa parte do seu tempo, destinado às atividades propostas pelos adultos, o que faz com que a criança comece a enxergar a escola como lugar de trabalho e tão pouco de ludicidade.

Desta forma, para Rego (2011) o adulto desempenha um papel chamado de auxiliar da aprendizagem infantil. Sendo a zona de desenvolvimento real e a zona de desenvolvimento potencial de Vygostky, em que há diferenças entre essas duas áreas, sendo que, a real, tem a ideia de que a criança pode ter em seu desenvolvimento, um certo nível de competência em uma habilidade, realizada de forma independente e sem ajuda, pois ela já domina e consegue utilizar sozinha, sem assistência de alguém mais experiente da cultura (mãe, pai, avô etc). Já a zona de desenvolvimento potencial refere àquilo que a criança é capaz de manejar e compreender com a ajuda do adulto. Rego afirma que:

O aprendizado é o responsável por criar a zona de desenvolvimento proximal, na medida em que, em interação com outras pessoas, a criança é capaz de colocar em movimento vários processos de desenvolvimento que, sem a ajuda externa, seriam impossíveis de ocorrer. (REGO, 2011, p.74).

Desta forma, cabe ao professor o papel de acompanhar as atividades, bem como promover oportunidades em que elas possam se desenvolver. Através da organização do espaço, da disponibilização de objetos e materiais, que possam enriquecer o espaço da sala de aula e torná-lo um ambiente lúdico e de aprendizagem por meio também de brincadeiras.

Portanto, as atividades lúdicas utilizadas como instrumentos didáticos fixam a prática educativa em ambientes de formação na Educação Infantil.

1.6 Atividades lúdicas como fator indicador da autoconfiança e autoestima do indivíduo

A autoestima e a autoconfiança são as ferramentas mínimas para que o indivíduo possa ser capaz de conduzir a vida de forma saudável e feliz, enfrentando todas as dificuldades, resistências e frustrações. Autoestima é aceitar-se, é gostar de si mesmo, poder ser capaz de compreender e admitir o jeito que é, da maneira em que vive.

Autoconfiança é segurança em si mesmo, ter força de vontade, é crer na capacidade, poder dizer que “eu posso, que eu consigo”! Ter força para enfrentar os obstáculos que surgirem, para superar bloqueios e para vencer as limitações da vida.

Para a Educação Infantil, a autoestima e autoconfiança são fundamentais na construção da infância, principalmente para os desafios a serem enfrentados no futuro.

Por meio das atividades lúdicas, a criança aprende com muito mais prazer, pois brincando experimentam, descobrem, inventam, exercitam e assim vivem uma experiência de socialização com seu meio. Dessa forma, resulta a necessidade do adulto confiar e acreditar na capacidade de todas, atribuindo-lhes a autoconfiança, para que a autoestima seja sempre o sentimento de importância e valor que o indivíduo tem em relação a ele próprio.

Sendo a atividade lúdica conhecida como brincadeira, esta pode estimular a curiosidade, a autoconfiança e a autonomia, bem como contribuir para o processo de socialização quando se oferece oportunidades de realizar várias atividades coletivas. Pois segundo o Referencial “A brincadeira favorece a autoestima das crianças, auxiliando-as a superar progressivamente suas aquisições de forma criativa” (BRASIL, 1998, p.27).

Logo, para que a autoestima sempre esteja em evidência, é essencial que o professor e pais trabalhem juntos, de forma a valorizar suas realizações no cotidiano. Para que as mesmas não se sintam desacolhidas e nem rejeitas por eles, visto que o elogio funcione como uma força poderosa na mudança do comportamento e na apropriação da segurança, proporcionando assim, que a autoestima e a autoconfiança estejam sempre unidas para o futuro promissor das crianças na sociedade.

2 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com essa pesquisa, pode-se observar que através da atividade lúdica constou-se que a criança fica apta em formar seus próprios conceitos, valorizando a autoconfiança e a autoestima, algo que é fundamental para a construção da infância, bem como para os desafios a serem enfrentados no futuro.

Compreende-se que o professor é o principal mediador dessas atividades lúdicas no aprendizado infantil, e que a escola é o lugar ideal para essa mediação de conhecimentos e culturas, promovendo socialização entre elas. Com as ações lúdicas as crianças tendem a construir mais conhecimento e se sentem mais estimuladas a realizarem as atividades pedagógicas.

Assim, os exercícios lúdicos na educação infantil têm contribuído muito para a socialização das crianças, assim como no desenvolvimento cognitivo e de aprendizagem. Essas atividades são bastante significativas, porque desenvolvem a capacidade de atenção, imaginação, linguagem tal qual todos os aspectos básicos referentes à apropriação do conhecimento.

Logo, a escola e o professor atuam em parceria a fim de direcionar as atividades como métodos pedagógicos, de modo que estimulem a interação social entre as crianças, e assim desenvolver habilidades intelectivas no meio social.

Portanto, desenvolver as brincadeiras no contexto escolar exige que o professor tenha fundamentação teórica bem estruturada, manejo e atenção para compreender a

subjetividade de cada criança, respeitando o desenvolvimento e a aprendizagem de cada uma delas. Pois, através do lúdico, pode-se alcançar o despertar integral da criança, preparando-a para a vivência e cidadania futura.

REFERÊNCIAS

ARCE, Alessandra. **Friedrich Froebel: o pedagogo dos jardins-de-infância**. Petrópolis: Vozes, 2002.

ARIÉS, Phillipe. **História social da criança e da família**. 2.ed, RJ: LTC,2011.

BRASIL: Ministério da Educação e do Departamento. Secretária da Educação Fundamental. **Referencial Curricular Nacional para Educação Infantil**. Brasília: MEC/SEF,1998. vol.01_02.

BROWN, David. **O brincar, o pátio de recreio e a cultura da infância**.In: Moyles, Janet R. et AL. A Excelência do brincar. Porto Alegre: Artemed, 2006, p.63_79.

GILLES, Brougère. **A criança e a cultura lúdica**. In: Tizuko Morchida (org) et al. O brincar e suas teorias. São Paulo: Cengage Learning. 2011, p. 19 _32.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

KISHIMOTO, Tizuko Morchida. Bruner e a Brincadeira.In: Tizuko Morchida (org) et al. **O brincar e suas teorias**. São Paulo: Cengage Learning. 2011, p.139_153.

MALUF, Ângela Cristina Munhoz. **Brincar: prazer e aprendizado**. 7ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

_____. **Atividades Lúdicas para Educação Infantil**. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

PIAGET, J. INHELDER, B. **A psicologia da criança**. Rio de Janeiro:;Difel, 1978.

SANT'ANNA ,Alexandre; NASCIMENTO, Paulo Roberto do. **A história do lúdico na educação**. Florianópolis, SC. Editora: Revemat. 2011, n.2. 36 páginas. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5007/1981-1322.2011v6n2p19>>. Acesso em: 23/09/2014.

SANTOS, Selma Cristina dos; CARVALHO, Márcia Alves Faleiro de: **Mundo acadêmico e a construção do conhecimento**. Goiânia, Kelps, 2014.

REGO, Tereza Cristina. **Vygostky: uma perspectiva histórico-cultural da educação**. 22 ed Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

VYGOSTKY,L.S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fonte, 1984.

CAPÍTULO 26

MÉTODO RESTAURATIVO E SAÚDE MENTAL: TEMPO, TOQUE, AFETO E DIÁLOGO EM GRUPOS COM DE FADIGA DE EMPATIA

Data de aceite: 01/02/2021

Miila Derzett

CESUSC

Florianópolis - Santa Catarina

<http://lattes.cnpq.br/4425564955712362>

Felipe Brognoli

CESUSC

Florianópolis - Santa Catarina

<http://lattes.cnpq.br/4255691191250235>

RESUMO: Teorias e abordagens contemporâneas identificam a necessidade da prática de empatia e compaixão na clínica médica e psicológica, de forma individual ou em grupos. O discurso social também parece apontar para a necessidade de acolhimento, olhar integrativo ao ser. Mas, de forma objetiva poucos são os métodos que demonstram como colocar em prática tais teorias. O Método Restaurativo (MR), sistema de ensino co práticas do yoga e do budismo, bricolado no Brasil em 2009 por Miila Derzett (2015, 2016, 2017) sugere práticas de dispositivos que recebem suporte da medicina mente corpo (BENSON, 1969) e que intentam autoconhecimento, acionamento da resposta do relaxamento e bem estar físico, psíquico e social aumentando a qualidade de vida de seus praticantes. Dentro da escola do MR, Derzett elaborou o Sistema de manejo de Estresse e aumento de Resiliência chamado de S.E.R., e que foi aplicado por 6 meses aos usuários do Caps, participantes do projeto Arte, Cultura e Cidadania.

PALAVRAS-CHAVE:

Autoconhecimento, Meditação, Yoga restaurativa, Qualidade de vida, Bem estar.

RESTORATIVE METHOD AND MENTAL HEALTH - TIME, TOUCH, WARMTH AND LISTENING APPLIED IN GRUOPS WITH EMPATHY FADIGUE

ABSTRACT: Contemporary theories and approaches identify the need for empathy and compassion in medical and psychological practice, individually or in groups. The social discourse also seems to point to the need for nurturing, an integrative look at being. But, objectively, few are the methods that demonstrate how to put such theories into practice. The Restorative Method, bricolored in Brazil in 2009 by Miila Derzett (2015, 2016, 2017) suggests practices of devices that receive support from mind-body medicine (BENSON, 1969) and that attempt self-knowledge, triggering the response of relaxation and physical, psychic and social well-being increasing the quality of life of its practitioners. Within the restorative method, Derzett elaborated the stress management and resilience increase protocol called S.E.R., which was applied for 6 months to mental health public centers users, participants of the Art, Culture and Citizenship project.

KEYWORDS: Self-knowledge, Meditation, Restorative Yoga, Quality of life, Wellbeing.

1 | INTRODUÇÃO

Este artigo intenta registrar os resultados de um processo de intervenção da medicina mente corpo e o método restaurativo, vinculado ao projeto de extensão “Arte, Cultura e Cidadania” (ACC) e participação dos usuários do CAPS durante 6 meses. Dentro das propostas de intervenção em grupos, foi aplicado semanalmente as âncoras do protocolo S.E.R. - Sistema de Redução de Estresse e Aumento de Resiliência através do Método Restaurativo (DERZETT, 2017), dispositivo de intervenção em grupos baseado no SMART Program (Instituto Mente-Corpo Dr Herbert Benson, Harvard Medical School) e no Método Restaurativo (DERZETT, 2015; 2016). Durante os primeiros encontros, aplicamos a Escala de Qualidade de Vida - WHOQOL (FLECK, 1999) - preenchida pelos participantes de forma individual, onde foi permitido o exercício do acolhimento e da escuta também neste momento.

2 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Centros de Atenção Psicossocial

São serviços públicos de saúde mental, destinados a atender indivíduos com transtornos mentais relativamente graves. Tem como principal objetivo tratar a saúde mental de forma adequada, oferecendo atendimento à população, realizando o acompanhamento clínico e promovendo a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, acreditando assim, fortalecer os laços familiares e comunitários. Oferece atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (Ministério da Saúde, 2004).

No Brasil o movimento da luta antimanicomial iniciou-se no final da década de 70 graças às denúncias de trabalhadores da saúde mental, pacientes e familiares sobre práticas que incluíam tortura, fraudes e corrupções. Visava não só a uma nova conceituação teórica mas, principalmente a transformações da concepção e das práticas sobre a loucura (AMARANTE, 1995). A lei 10.216 definiu como diretriz básica de suas ações a reestruturação da atenção psiquiátrica no Brasil. Com isso, criaram-se lugares e espaços onde o sofrimento, a angústia, a dor e a doença puderam ter “escuta e, se necessário, tratamento” (PITTA, 2001). Buscou-se abrir espaço para o sujeito através da palavra, preservando a sua singularidade no universo da instituição de saúde mental e da sociedade.

Desde a criação dos CAPS em 2002, surgiram também diversos grupos, cooperativas, associações, com intuito de lutar por direitos dos usuários da saúde mental e trabalhar junto com o usuário sua autonomia, autoestima e a inserção social. Conforme dados do

Ministério da Saúde, conta-se atualmente com 1.690 Centros de Atenção Psicossocial que realizam o acompanhamento de pacientes com transtorno mental grave e severo.

2.2 O Yoga

A palavra YOGA vem do sânscrito e significa ‘*to Yoke*’ em inglês e reunir em português. Nos tempos primórdios, na civilização do Vale Hindu (entre 2000 e 4000 anos a.C.) a prática de Yoga era usada para que o indivíduo encontrasse seu “*Todo*”, sua essência. Os textos antigos de Yoga nos mostram lições que auxiliariam os praticantes a alcançar maiores dimensões físicas, mentais e espirituais (LASATER, 1995).

Os aspectos físicos do yoga, como os *ásanas* (posturas) e os *pranayamas* (as técnicas respiratórias) são os dois dos oito passos dentro do estudo do *Darshanam Yoga*, os que temos de mais conhecido do Ocidente. Tradicionalmente, uma aula de yoga ou uma prática pessoal, começa com posturas mais ativas seguidas de outras mais passivas ou restaurativas. A Restaurativa é um método dentro da filosofia do Yoga, praticado desde os ensinamentos do Mestre Iyengar (PUNE/ INDIA) e que atravessou oceanos e desenvolveu-se no ocidente desde os anos 1950-60. Nos Estados Unidos, a norte-americana Judith Hanson Lasater, uma das fundadoras do *Yoga Journal*, importante mídia que divulga o yoga clássico e sua relação com a ciência desde os anos 1980, realizou algumas mudanças com as aulas recuperativas das longas permanências em posturas de yoga exigidas pelo seu mestre. Compilou o que hoje conhecemos como *Relax n Renew (Relaxe e renova-se)*. O objetivo da Yoga do método de Lasater é o de focar nas posturas restaurativas que requer do aluno o mínimo de esforço e o máximo de conforto. Lasater descreve que é “*dando o apoio ao corpo com devidos acessórios, o corpo ao mesmo tempo que é estimulado ao movimento é também estimulado a relaxar, estabelecendo um equilíbrio*” (LASATER, 1995). Algumas posturas são possuidoras de um benefício bem amplo enquanto que outras tem como o alvo um órgão como pulmão, por exemplo. Porém, todas possibilitam repostas fisiológicas específicas que são benéficas para a saúde e podem reduzir os efeitos das doenças psicossomáticas e relacionadas ao estresse crônico.

2.3 Método Restaurativo

O Método Restaurativo é um sistema de ensino, novo modo de viver a vida, com acesso ao conhecimento da medicina mente corpo e do yoga para a possibilidade do auto gerenciamento. Essa atitude ensina resiliência, discursa sobre acolhimento, pausas, descanso, empatia, tempo com qualidade a calma, da importância da natureza em nosso equilíbrio e da constante contemplação de nossos estados mentais e comportamentais (DERZETT, 2016). É conhecido no Brasil como uma bricolagem dos estudos realizados por Derzett com Lasater nos Estados Unidos, releituras de autores como Jacobson, Herbert Benson, John Bowlby, autores da sociologia e da antropologia e uma ampla experiência na área das humanas: psicologia, terapias em grupos, neurociências e comportamento. Na

sua porção técnica, utiliza discursos da esquizoanálise e adaptação na prática de materiais e acessórios como bolsters, mantas e toalhas para olhos para que o indivíduo receba conforto e sustentação, acreditando estar no suporte físico o encontro com o suporte emocional até a chegada até o sentir-se seguro.

2.4 Etimologia de “restaurar”

O Método Restaurativo quando “restaura” esse ser humano a partir das repercussões psicofísicas do relaxamento, leva-o a um estado alternativo de consciência de nada a fazer e nenhum lugar a ir. Assim, pretende-se com que esse “novo espaço” seja, além de algo a ser sentido, um local de mudança de postura em relação a tudo aquilo que faz com que sintomas sejam somatizados. Devemos ter tempo, espaço e sentimento de empatia pela nossa rotina, nossa vida cotidiana, com maturidade para reequilibrar aspectos como tempo para o trabalho, o lazer e a intelectualidade. *“Significa a necessária substituição de uma cultura moderna do sacrificado e da especialização, cuja finalidade era o consumismo, por uma outra (pós-moderna) do bem estar e da interdisciplinaridade, cuja finalidade é o crescimento da subjetividade, da afetividade e da qualidade de trabalho e da VIDA.”*(DEMASI, 2002)

O italiano Domenico de Masi ficou famoso quando cunhou a expressão *ócio criativo*. Para ele, o ócio é a junção entre trabalho (trabalhar), lazer (se divertir) e intelectualidade (aprender) e se configura como tempo que se ganha e não se perde, de forma qualitativa. *“Não é o tempo violento, de tédio, de roubo, de vagabundagem, e sim o tempo (...) com vantagens para mim e para os outros, fazendo com que eu e os outros sejamos felizes, sem prejudicar ninguém. Neste caso, e só neste caso, atinjo a plenitude do conhecimento e de qualidade de vida.”* (DEMASI, 2002)

Restaurar vem do Latim *restaurare*, “arrumar, reparar, consertar”, de RE-, “de novo”, mais STAUARE, “estabelecer, colocar no lugar”, do Grego STAUROS, “estaca, bastão”. No método restaurativo significa também (re)estabelecer, (re)equilibrar, “colocar no lugar”, limpar, revelar. Após uma prática completa com o método o praticante, invariavelmente, relata se sentir “renovado”, como se tivesse sido restaurado, como uma “obra de arte”.

“Para Ulisses estenderam uma manta e um lençol de linho no convés da côncava nau, para que dormisse descansado junto a popa; ele embarcou e deitou-se em silêncio. Eles sentaram-se nos bancos, cada um no seu lugar, ordenadamente; e soltaram a amarra da pedra perfurada. Assim que se inclinaram para trás e o mar percutiram com os remos, caiu um sono suave sobre as pálpebras de Ulisses; um sono do qual se nua acorda, dulcíssimo, semelhante à morte (HOMERO, *Odisséia*, XIII, 73-80).

Restaurar significa polir, recuperar, como um móvel raro e importante que com o tempo foi se desgastando, ficando sem cor e envelhecido. Restaurar para o Método Restaurativo aqui proposto e utilizado como ferramenta, traz o significado de *renovação*, mas de dentro pra fora, como numa grande faxina, onde levantamos “todos os tapetes da

casa”, varrendo com cuidado para que a sujeira guardada com o tempo não volte a ser causadora de dores e sofrimentos (DERZETT, 2015).

2.5 Contribuições sobre a prática de Yoga Restaurativa para a clínica

A prática de yoga demonstra contribuir para a melhora dos resultados psicossociais auto- relatados (DANHAUER et al., 2009; BUSSING, et al., 2012; D’SILVAD’ et al., 2012; LI & GOLDSMITH, 2012; ROCHA et al., 2012), enquanto que o método de Yoga Restaurativa tem como objetivo acionar, através de dispositivos da Medicina Mente-Corpo e soluções de criação de laços, respostas de relaxamento com repercussões físicas e mentais através de posturas específicas, com uso de materiais que propiciam conforto e suporte (DERZETT 2015; BENSON 1975; COREY et al, 2014; DANHAUER et al, 2008; FISHER-WHITE et al 2014).

A yoga restaurativa, um método que induz o aluno a níveis de relaxamento profundos (DERZETT, 2015), é conhecido como um importante dispositivo para diminuição da ansiedade e o do estresse crônico (LASATER, 2011; DERZETT, 2015; Id., 2016). Estudos utilizando como metodologia as tarefas qualitativas de estresse, humor e qualidade de vida demonstraram que praticantes, após 5 dias de intervenções do método, obtiveram aumento da qualidade de vida com escores significativos nos domínios físicos, mentais e sociais (DERZETT et al, 2017). Sabe-se que as práticas atentas e de reestruturação cognitiva - sendo elas advindas da medicina humanista - acionam a resposta do relaxamento e oferecem ao aluno, repercussões psicofísicas como diminuição da pressão sanguínea, da atividade músculo esquelética, da atividade mental e do consumo de oxigênio, com melhora da imunidade demonstrados desde 1975, por pesquisadores sob a orientação do médico cardiologista e diretor do Departamento de Medicina Mente Corpo Dr Herbert Benson (BENSON, 1975).

2.6 Cognição Social

A cognição social é definida como a habilidade de reconhecer, manipular e se comportar de acordo com as informações socialmente relevantes, por meio da percepção de sinais sociais (reconhecimento de faces, capacidade de se colocar no lugar do outro, reconhecimento de emoções, compartilhar experiências) nos diferentes contextos (RIBEIRO *et al*, 2016). Sua operação depende da participação conjunta de diversas habilidades cognitivas, tais como memória, tomada de decisão, atenção, motivação e emoção (Adolphs *apud* RIBEIRO, 2016). Teóricos acreditam que quando bem desenvolvida (a cognição social) constitui um fator de proteção ou, quando alterada, um fato de risco para a saúde mental.

Cognição Social e saúde mental, assim, são conceitos que estão interligados, pois para falar em saúde mental, deve-se ter consciência de que se trata de um termo abrangente, amplo e complexo. A saúde mental seria constituída como um estado de bem-

estar social no qual cada indivíduo percebe seu potencial, consegue lidar com o estresse da vida diária e é capaz de trabalhar de forma criativa e produtiva, contribuindo para sua comunidade (CRUZ, 2012). Assim, um estado de saúde mental depende de vários fatores, e a cognição social é um deles, uma vez que suas alterações estão presentes em inúmeros transtornos já definidos pelos sistemas de classificação de doenças mentais. Mas, por que seria a adaptabilidade social algo tão essencial para o desenvolvimento humano? Em primeiro lugar porque somos, essencialmente, uma espécie social, e nenhum componente da nossa civilização seria possível sem um comportamento coletivo em larga escala. Um ser humano pouco adaptado dificilmente transitaria pela sociedade de modo funcional, o que lhe traria complicações e desvantagens de diversas naturezas.

Para Adolph (1999) o desenvolvimento adequado da cognição social capacita os indivíduos a construir representações das relações com os outros, bem como utilizar essas representações de forma flexível. Durante a aplicação de entrada da escala de qualidade de vida, o domínio que obteve os mais altos escores foi o de satisfação das relações sociais, o que poderia demonstrar que o grupo preserva de forma satisfatória sua cognição social o que aumentaria seu sentimento de bem estar.

Lewin (GARRIDO et al 2011) centra-se nas interpretações subjetivas que os indivíduos fazem do seu mundo social. Segundo o autor, seria necessário considerar o equilíbrio dinâmico da pessoa (com as suas necessidades, crenças, capacidades perceptivas) e da situação, para perceber como este conjunto de fatores atua na construção da realidade social. Para além disso, havia que considerar a cognição, ou seja, a interpretação que o *perceptor* faz do mundo, e a motivação, que constituiria o motor do seu comportamento. Como vimos anteriormente, estas ideias convergem com concepções mais situadas da cognição, isto é, com a ideia de que a cognição emerge da interação entre o indivíduo e o seu mundo físico e social.

As dificuldades que os sujeitos portadores de transtorno mental encontram no lidar do cotidiano podem ser cumulativas e ele se enclausurar, prejudicando cada vez mais o seu relacionamento na família e comunidade. Este conjunto de competências como escovar os dentes, ir à padaria, comprar uma roupa, visitar um amigo, enfim, se aprendido e exercitado melhora a autoestima de qualquer sujeito que antes se sentia incapaz.

A cognição social envolve a compreensão das relações entre os próprios sentimentos, pensamentos e ações tanto quanto as relações entre esses fatores subjetivos e os fatores correspondentes nas outras pessoas. Esta característica implica que a compreensão da interação social depende da nossa organização dos conceitos sociais e da aptidão de integrar e coordenar perspectivas (CRUZ *et al.*, 2013).

Atualmente na perspectiva do desenvolvimento humano, as definições acerca deste tema apontam que a cognição social é a capacidade de refletir e entender as emoções, as interações e os relacionamentos entre as pessoas. Tais processos são possíveis porque a cognição social é um conjunto de atividades neurobiológicas que possibilitam aos seres

humanos e aos animais interpretarem de forma adequada os signos sociais e, por via de consequência, responderem a eles de maneira adequada.

Pode-se então inferir que a cognição social está diretamente relacionada ao processo cognitivo que elabora a conduta adequada em resposta a outros indivíduos da mesma espécie. A cognição social faz referência à habilidade de identificação, manipulação e adequação do comportamento de acordo com informações socialmente relevantes detectadas e processadas em determinado contexto do ambiente. É um processo mental em que a dinâmica da convivência em sociedade está baseada. Envolve-se aí ainda a aptidão do ser humano para perceber a intenção e a disposição do outro em um determinado contexto. Isso inclui as habilidades nas áreas da percepção social, atribuição e empatia e reflete a influência do contexto social. É possível, portanto, compreender a cognição social como o funcionamento dos processos cognitivos aplicados aos relacionamentos, modulando a resposta comportamental dos seres humanos dentro de um grupo social.

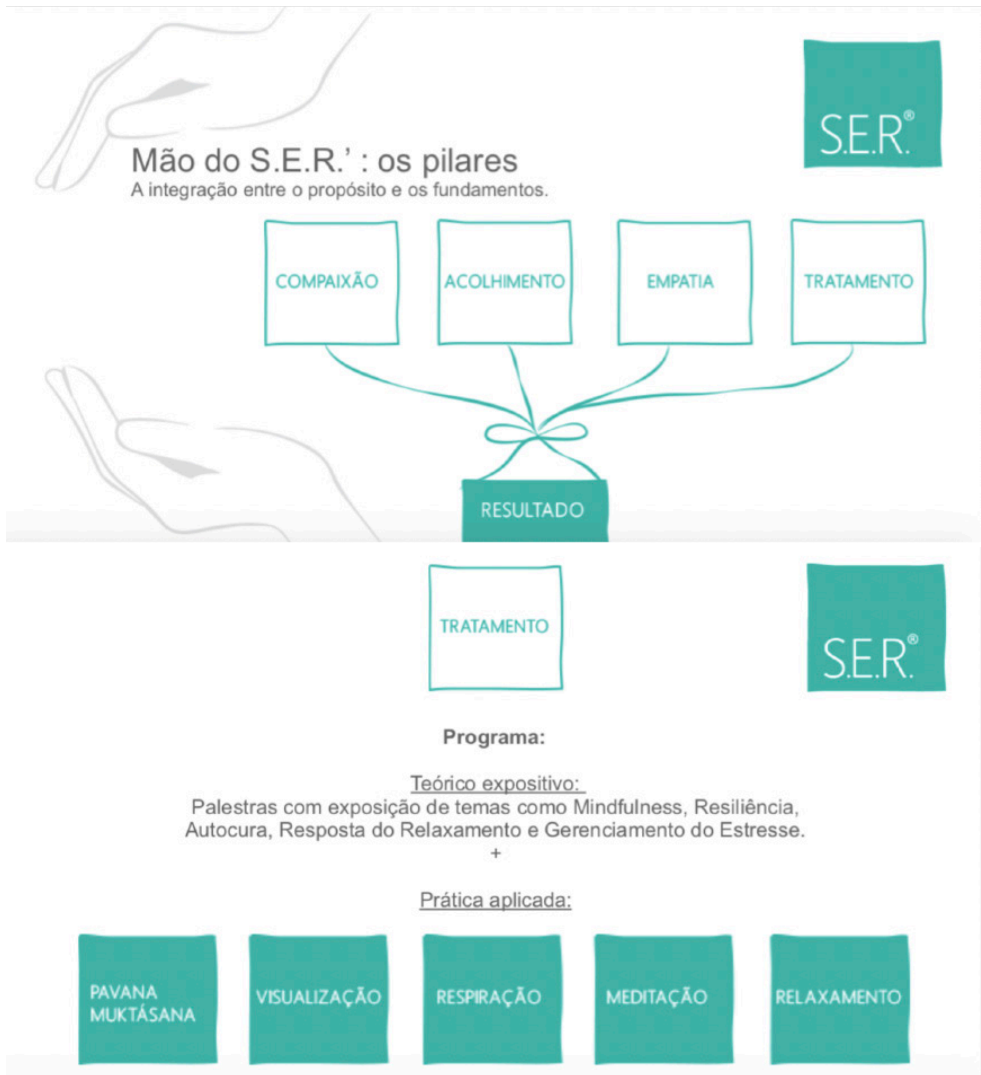
3 | METODOLOGIA

O S.E.R - Sistema de Redução de Estresse e aumento de resiliência pelo Método Restaurativo é um protocolo que intenta contribuir com a ampliação da compreensão de si mesmo (autoconhecimento) fazendo do praticante um agente ativo no processo de cura, gerando sentimento de pertencimento e sensação de bem estar. Tem o objetivo de melhorar a qualidade de vida inclusive em territórios com situação de vulnerabilidade, reduzindo efeitos causadores do estresse deletério, diminuindo o medo e aumentando sentimento de segurança e suporte.

O protocolo intenta desenvolver uma mente capaz de agir de forma consciente e ativa em prol da auto cura. O programa, que envolve uma seqüência de práticas físicas e mentais, tem como objetivo específico acionar a resposta do relaxamento e suas repercussões psicofísicas. Como objetivo geral pretende compartilhar técnicas de filosofias milenares como o Yoga e o Budismo de forma laica e com embasamento científico. O S.E.R. acolhe o praticante com práticas de yoga (posturas, respiração, meditação), atenção plena (mindfulness/concentração), restaurativa (técnicas de relaxamento) e diálogo. Promove um estado de regulação e equilíbrio biológico, capaz de auxiliar nos casos de dor crônica, ansiedade, insônia, perturbações do sono, distúrbios emocionais, *burnout* (esgotamento físico e mental intenso), fadiga, pressão alta, recuperação de cirurgias. É importante destacar que trabalhar o relaxamento é também uma maneira de liberar as emoções nefastas psicossomatizadas, quando o paciente entra em contato com essas emoções, é possível tirar o foco dos pensamentos negativos que causam sensações ruins e tomar a maior parte dos nossos pensamentos, pois a mente entende que não é mais preciso estar no 'modo sobrevivência' em tempo integral.

Sendo assim, é possível criar uma nova realidade, dando mais espaço para os pensamentos positivos e, como consequência, perceber uma mente mais clara e passível de fazer as melhores escolhas.

Durante a aplicação do protocolo nos usuários, o grupo teve acesso a 5 âncoras, uma a cada três semanas: foram elas: foco atento na respiração, yoga restaurativa, exercícios do yoga para articulações, visualização / imaginário e meditação. A cada âncora o aluno recebeu um pequeno cartão para guardar na bolsa com o resumo da técnica. No final do ano haviam 5 cartões, totalizando as 5 técnicas empregadas no protocolo SER.



3.1 Aplicação do Protocolo S.E.R. do Método Restaurativo aos participantes do curso

Nutrimos uma curiosidade e afeição sobre a teoria dos vínculos que consegue dar o salto qualitativo de uma teoria psicanalítica predominantemente intra psíquica para uma psiquiatria social, que considera o indivíduo como uma resultante dinâmico - mecanicista não na ação dos instintos e dos objetos interiorizados, mas sim do inter jogo estabelecido entre o sujeito e os objetos internos e externos, em uma predominante relação de interação dialética, a qual se expressa através de certas condutas (PICHÓN- RIVIERE, 2000, p. XI).

Diante de conceitos como o citado acima, reflete-se sobre os vetores de ação bilaterais que nascem a partir de um primeiro contato entre o instrutor (1) do Método restaurativo (MR) e o aluno (2) que, a partir de estados de relaxamento músculo esquelético com repercussões no seu sistema nervoso autônomo, encontra-se “vulnerável” e “aberto” a essa proposta, a esse laço que tende a surtir um conforto.

O grupo de Prática do Método Restaurativo pode ser considerado como uma forma de organização em sociedade que reflete e participa dos embates que acontecem no seu seio (filosofia do yoga), por isso em constante serviço da transformação pessoal através do autoconhecimento e, a partir disso, influenciar outros grupos possibilitando sua transformação social (SIMÕES, 2015).

Para Pichón-Riviere, grupo operativo é também um grupo centrado numa tarefa, na cura, na aquisição de conhecimentos e tem como objetivo mobilizar um processo de mudança. A partir desse conceito, observamos que o grupo em prática exposto ao Método Restaurativo (MR) está centrado na tarefa específica de atingir cada uma das etapas, sendo elas num primeiro momento o de relaxamento, numa segunda etapa de abstenção de sentidos e, na terceira etapa, do alcance de um estado alternativo de consciência. O MR tem como objetivo geral reestabelecer um possível desequilíbrio físico ou mental que o impeça de alcançar sua “homeostase” - talvez até o desequilíbrio dito “espiritualizado”. Mas para alcançar esse objetivo de cunho “espiritual” deve mobilizar todo um processo de mudança: em sua rotina, no ambiente que está inserido (trabalho, família, vícios), no seu comportamento, portanto, um legítimo desenvolvimento cognitivo social. Para que cada processo seja viável, dentro do MR, expomos o aluno a teorias afins, o que Pichón- Riviere chamaria de “aquisição de conhecimento” ou processos psicoeducativos na psicologia.

Diz-se nos textos clássicos da filosofia do yoga que é a falta do conhecimento (*avidya*) que seria a causa de todo sofrimento humano. É como se o sofrimento fosse vinculado ao desconhecimento da verdade. Seria como manter-se defendendo somente um único ponto de vista, insistindo nos mesmos erros, repetindo padrões. É ver no outro somente a “anormalidade” que ela possui e esquecer do ser humano ali presente; quando deveria na verdade, perceber a pessoa que aquele estado traz.

O objetivo do grupo operativo é a mudança que vai acontecer de forma gradativa, aonde os integrantes de um grupo vão assumindo determinados papéis e posições frente a tarefa do grupo. No MR, no momento que o aluno se propõe a participar daquele grupo com aquela tarefa implícita do autoconhecimento e reequilíbrio emocional, todos os integrantes, pouco a pouco assumem um perfil mais “calmo”, mais pacífico, mais presente e contente. Ou seria um desdobramento emocional como repercussão da resposta fisiológica do relaxamento?

No início pode acontecer de haver resistência ao contato com os outros - o mesmo ocorre no MR: “eu não preciso disso, você sim; eu não preciso relaxar, você que está nervosinho; eu sou do bem, vocês que não; eu não vou “me abrir”, etc - mas depois o indivíduo vai abrir-se para o novo e inserir o grupo na tarefa. No grupo do MR observamos que, como resultado das etapas atingidas durante a pausa, acontece essa “abertura” e o lugar da ansiedade, excesso de movimentos, medo, angústia, os indivíduos passam a interagir e criar um vínculo dialético entre si e com o líder (instrutor).

4 | DISCUSSÃO

A experiência e oportunidade de compartilhar os saberes do yoga e budismo de forma laica e com os cuidados e adaptações necessárias com esse grupo é de um ganho imenso. Olhos atentos ao novo discurso tão distante de suas realidades e aos poucos percebe-se a abertura dos participantes, o carinho, respeito pelo trabalho e sua seriedade e o mais importante: a entrega. Durante o programa foi organizada um encontro com os coordenadores do projeto, onde foi apresentando os objetivos da intervenção, seus fundamentos e abordagem da psicologia que seguia (cognitivo-comportamental). Foi apresentado aos coordenadores do projeto a visão da Medicina Humanista, que não olha o outro a partir do seu desequilíbrio, mas busca compreender de forma singular o outro no seu contexto de vida, valorizando muito mais a saúde do que a doença. Então, de certa forma, já encontramos o grupo de usuários percebendo-os não como “normal ou anormal”, de “loucos ou sadios”, de medicados ou não, mas como grupo de pessoas. Ponto. Como um grupo de pessoas que intencionam melhoria de qualidade de vida e bem estar, como tantos outros que trabalhamos todos os dias. Essa seria a postura : de mostrar ao grupo que é assim que seriam vistos, como qualquer outro grupo, sem nenhuma particularidade a não ser de seres humanos que trazem o desejo de diminuir sofrimento psíquico e o de aumentar seu bem estar psicossocial a partir de pequenas novas posturas ou mudanças em suas rotinas, como tempo para autocuidado, descanso, atividades físicas e consciência alimentar.



No primeiro encontro com o grupo de usuários, logo após a acolhida, falamos sobre o método restaurativo, as diferenças do “relaxar” e “restaurar”, o objetivo em mostrar algumas formas simples e bem eficazes de proporcionar autoconhecimento e autocuidado e o intento em aplicar uma tarefa qualitativa com o grupo (WHOQOL). Como parte do programa, cada um dos participantes recebeu um cartão impresso colorido contendo um “resumo” da técnica aprendida e vivenciada, a cada apresentação e prática daquela nova âncora do protocolo S.E.R (figuras abaixo).

CARTÃO #3

JÁ RESTAUROU HOJE?

TODOS OS DIAS NOSSO CORPO E NOSSA MENTE PRECISAM DE REPAROS. POR ISSO, O MOMENTO DE DESCANSO É MUITO IMPORTANTE.

COLOQUE UMA MANTA DEBAIXO DA SUA CABEÇA E UM TRAVESSEIRO DEBAIXO DOS JOELHOS. USE UMA TOALHINHA PARA COBRIR OS OLHOS. TEMPO: 20 MIN POR DIA.



PROJETO: MÉTODO RESTAURATIVO E ARTE, CULTURA E CIDADANIA

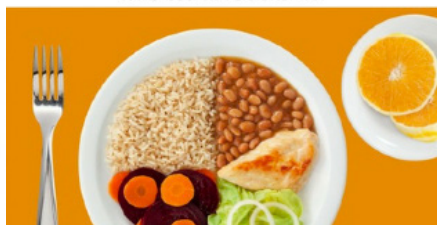
CARTÃO #2

ATENÇÃO NA AÇÃO

QUE TAL UTILIZARMOS ESSE EXERCÍCIO SEMPRE QUE FORMOS NOS ALIMENTAR? OLHAR BEM PARA A COMIDA, SUAS CORES, FORMAS... SEU CHEIRO E SUA TEXTURA?

LEVE ATENÇÃO PARA O ATO DE SE ALIMENTAR QUANDO FOR HORA DA REFEIÇÃO.

PROJETO: MÉTODO RESTAURATIVO E ARTE, CULTURA E CIDADANIA



Os cartões acima foram distribuídos para que todos tenham um lembrete das técnicas experimentadas em grupos, e que foram discutidas em aula como um elemento na “caixa de ferramentas”, que poderiam ser utilizado em qualquer lugar fora da sala do projeto. Na

primeira semana, com reforços das práticas sempre nas três semanas seguintes, fez-se uma breve apresentação para estabelecimento de um *rapport*, com apresentação pessoal e do projeto, e sobre o cronograma do projeto.

Os encontros com o método restaurativo sempre aconteceram numa sala de vivência com EVA no piso e muitas almofadas, de vários tamanhos. A prática teve como suporte as colunas do método que são: tempo, afeto, diálogo e toque afetivo, tempo esse suficiente para iniciar a prática, elaborar a experiência a nível sensorial e logo dialogar sobre os significados individuais. Para o tempo e a duração, o protocolo na restaurativa utilizamos um período de 60 minutos que consistiu nos seguintes estágios: Acolhimento (15 min), prática de posturas e respiração e imaginário (30 min), diálogos (15 min após a aula). O espaço para conversa grupal sempre foi muito gratificante e interessante, observando e registrando as impressões pessoais dos participantes como, por exemplo, falar “*que se sentiu amparado, pastorado, visitando um espaço sem que ele estivesse preocupado com sintomas ou o seu estado*”. Outro participante agradecia pelo cuidado e carinho pois havia tempos que não era tratado daquela forma. Um terceiro participante comentava nas aulas seguintes que “*havia embarcado... finalmente*” - no processo de restauração profunda, provavelmente.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1 Experiência quanto à aplicação do Protocolo SER através do método restaurativo na saúde mental

Dar uma aula de yoga restaurativa ou das práticas que intentam a pausa e o silêncio para o grupo, ofereceu instantes ricos para o exercício da observação de como se desenvolve essa terapia nos grupos em estados de intensa vulnerabilidade. Perceber o quanto o fator da fé é potencializado. “Estamos aqui para relaxar”, e “estamos aqui com alguém que nos quer bem, nos trata bem” é o suporte emocional vinculado ao suporte físico oferecido pelo método restaurativo (quietude na sala de vivências, música, aromas que acalmam e mantas e almofadas que oferecem conforto). Nem sempre em suas rotinas, o usuário encontra alguém que se preocupe com ele, que pergunte se precisa de algo, sem que haja um interesse. Até mesmo em nosso dia a dia, em alguns locais sociais, não é comum presenciarmos alguém que quer nos ver bem apenas nos olhando com respeito, oferecendo escuta com tempo, uma xícara de chá, um passeio silencioso, um abraço. Pode ser mais usual, que estas práticas sejam pouco experimentadas no nosso cotidiano, onde muitas vezes é com agressividade e arrogância que somos tratados, retornando aos nossos lares exaustos no final do dia.

Foi através de trocas significativas que nos alimentamos nesses encontros. Como se reencontrando na verdade, olhos por vezes desconfiados ou com medo que aos poucos

foram experimentando ser acolhido num espaço de restauração integral após o almoço, numa postura de yoga para assentar e chegar no presente, antes de iniciar um trabalho artístico e dali já surgiam comentários importantes e de uma profundidade imensa como “*entramos num fluxo silencioso e de paz né professora?*” ou “*tenho depressão há 10 anos e simplesmente não sei nem onde ela foi nem os efeitos dos remédios.*”

5.2 O grupo que passa a ser a experiência de vínculo

O trabalho de grupos operativos para Pichón-Riviere é baseado no processo de inter- relações, onde todos fazem parte, cada um como seu papel e sua contribuição para a aprendizagem do outro. Quanto maior o tempo de prática, de trocas, aceitando o tempo de processos e introspecção caso venham a ocorrer, maior a probabilidade de uma forte união do grupo ao final, significando assim que, não somente o objetivo foi alcançado, mas que o seu resultado passa a simbolizar um vínculo incapaz de ser rompido.

Analisando o grupo em observação inclusive podemos apontar para a *tarefa explícita* como o conjunto de informações contidas nas aulas expositivas, debates e trocas em grupo, tendo como diagnóstico a necessidade da pausa e do descanso e tratamento a prática do Método Restaurativo, iniciando pelas posturas físicas restaurativas. Para a *tarefa implícita* poderemos perceber no comportamento posterior talvez algum reflexo das construções internas, ou caso o aluno opte pelo diálogo após a prática com o instrutor, através da exposição de sintomas e sensações.

Percebe-se, então, que entre o instrutor e o aluno já podemos possuir a imagem de um grupo e, em uma aula com maior número de participantes, o objetivo segue sendo o mesmo: o de relaxar, sendo ele apenas um relaxamento físico (senso comum para livrar-se do “estresse”) ou no seu sentido mais literal, que é o estado de bem estar físico, mental e emocional (ou espiritual).

É além da psicologia individual, ver e conseguir observar o todo, a psicologia grupal que ali se desenha, entre sujeito, objeto e suas relações dialéticas entre grupo interno e externo, *relações que têm sido submetidas a investigações psicanalíticas e que podem ser consideradas como fenômenos sociais.* (PICHÓN-RIVIERE, 2005)

Percebeu-se ao fim de 12 encontros que o grupo passa a confiar no processo restaurativo quando este já foi legitimado a partir da experiência vivida e que está disposto a usar os materiais de forma correta em suas práticas individuais em casa. Já passam a se expressar quando gostam de alguma atividade, como o uso de *sprays* de aromaterapia pelo instrutor e quando guia a primeira parte do relaxamento físico com exercícios respiratórios. Fica demonstrado de forma qualitativa que o protocolo SER pode prover qualidade de vida aos praticantes desse território também, conforme estudos já evidenciaram em outros grupos em pesquisas realizadas anteriormente pela autora (DERZETT et al 2017).

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em torno da Reforma Psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: volume11, n. 3, p. 491-494. jul/set 1995.

_____. P. (coordenador), - *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995. BRASIL. p.136.

BENSON, H., Greenwood M. M., KLEMCHUCK H. The relaxation response: psychophysiologic aspects and clinical applications. *Int J Psychiatry Med*. 6(1-2): 87-98. 1975.

BUSSING, A., Michalsen, A., Khalsa, S. B. S., Telles, S., & Sherman, K. J. *Effects of yoga on mental and physical health: A short summary of reviews. Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 2012, [165410]. DOI: 10.1155/2012/165410

COREY, S. Epel, E., Schembri, M., Pawlowsky, S. B., Cole, R. J. Araneta, M. R., Barrett- Connor, E., and Kanaya, A. M. .Effect of restorative yoga vs. stretching on diurnal cortisol dynamics and psychosocial outcomes in individuals with the metabolic syndrome: the PRYSMS randomized controlled trial. *Psychoneuroendocrinology*. 49: 260–271. 2014.

CARLOS, S.A.. *O processo grupal*. In: Guareschi, P.A. & Jovchelovitch, S. *Psicologia Social Contemporânea*. Petrópolis: Ed. Vozes. 1998.

CRUZ, D. Schewinsky, S. R., Alves, V .L. Implicações das alterações de cognição social no processo de reabilitação global do paciente vítima de traumatismo crânioencefálico *Acta Fisiatr*. 2012;19(4):207-15

DANHAUER, S., Mihalko, S.L., Russel, G. B., Campbell, C. R., Felder, L. , Daley, K., and Levine, E. A. Restorative Yoga for Women with Ovarian or Breast Cancer: Findings from a Pilot Study. *Journal of the Society for Integrative Oncology*. 6(2): 2008.

D'SILVA, S., Poscablo, C. Habousha, R. Kogan, M., Kligler, B. Mind-body medicine therapies for a range of depression severity: a systematic review. *Psychosomatics*. 53:407– 423. 2012.

DERZETT, M. *Relaxe! Guia de relaxamento psicofísico com o método restaurativo* São Paulo: Matrix. 2015.

_____. *Super Descanso*. São Paulo: Matrix. 2016.

DE MASI, D. *O ócio criativo*. Rio de Janeiro: Editora Sextante. 2000.

FERRAZA, D.A. *Psicologia e políticas públicas: desafios para superação de práticas normativas* Revista Polis e Psique. 6(3): 36-58. 2016.

FLECK, M. P. A. et al. *Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100)*. *Rev. Bras. Psiquiatr*. [online]. 1999, vol.21, n.1, pp.19-28. ISSN 1516-4446. <http://dx.doi.org/10.1590/ S1516-44461999000100006>.

FREUD, S. *Psicologia das Massas e análise do eu*, 1921.

GARRIDO, M, Azevedo, C., Palma, T. *PSICOLOGIA*. Vol. XXV (1). LISBOA: Edições Colibri. 2011.

HOMERO. *Odisseia*. Livro XIII. Lisboa: Edições Cotovia. 2009.

HONORÉ, C. *Devagar: como um movimento internacional está desafiando o culto da velocidade*. Rio de Janeiro: Record. 2005.

LASATER, J. *Relax n Renew*. New York: Rodwell. 1995.

MACEDO, J.P. & DIMENSTEIN, M. *Modos de Inserção dos Psicólogos na Saúde Mental e suas Implicações no Comprometimento com a Reforma Psiquiátrica?* 1Revista Mal-estar e subjetividade. XII (1-2): 419-456. 2012.

MACHADO, Roberto. *Por uma Genealogia do Poder*. In: FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: 1979.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde. Série F. *Comunicação e Educação em Saúde*. 11/29. 2004.
_____. Portaria No 3.088, De 23 de dezembro de 2011

_____. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos Depois de Caracas.

PICHÓN-RIVIÈRE, E. *Teoria do Vínculo*. São Paulo: Martins Fontes. 2000. _____, E. *O processo Grupal*. São Paulo: Martins Fontes. 2005.

PITTA, A.M.F. *O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje?* São Paulo, Hucitec. 1998.
SARACENO, B.A. Reabilitação como cidadania. In: *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: TeCorá. p.111-142. 1999.

SIMÕES, R.S. O papel dos klesas no contexto moderno do ioga no Brasil: Uma investigação sobre os possíveis deslocamentos da causa do mal e da produção de novos bens de salvação por 17 meio da fisiologia biomédica ocidental. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2015.

SOUTO, C. NORMA, NORMAL E ANORMAL EM CANGUILHEM E FOUCAULT (p.p 42) *Anais do Seminário dos Estudantes da Pós-Graduação em Filosofia da UFSCar*. p.42. 2013. 17

SOBRE O ORGANIZADOR

EZEQUIEL MARTINS FERREIRA - Possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2011), graduação em Pedagogia pela Faculdade de Ciências de Wenceslau Braz (2016) e graduação em Artes Cênicas pela Universidade Federal de Goiás (2019). Especializou-se em Docência do Ensino Superior pela Faculdade Brasileira de Educação e Cultura (2012), História e narrativas Audiovisuais pela Universidade Federal de Goiás (2016), Psicopedagogia e Educação Especial, Arteterapia, Psicanálise pela Faculdade de Tecnologia e Ciências de Alto Paranaíba (2020). Possui mestrado em Educação pela Universidade Federal de Goiás (2015). É doutorando em Performances Culturais pela Universidade Federal de Goiás. Atualmente é professor da Prefeitura Municipal de Goiânia, pesquisador da Universidade Federal de Goiás e psicólogo clínico - ênfase na Clínica Psicanalítica. Pesquisa nas áreas de psicologia, educação e teatro e nas interfaces fronteiriças entre essas áreas. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicanálise, atuando principalmente nos seguintes temas: inconsciente, arte, teatro, arteterapia e desenvolvimento humano.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Aborto 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 188, 189, 279

Aconselhamento Psicológico 222, 223, 225

Adolescência 22, 32, 120, 124, 125, 127, 128, 129, 134, 136, 137, 148, 149, 220, 221, 248, 249, 250, 251, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 276

Apagamento Lésbico 12, 13, 23, 24

Aspectos Psicológicos 65, 79, 142

Atendimento Psicológico 56, 58, 61, 64

Autoconhecimento 285, 293, 294, 302, 315, 321, 323, 324, 325

Autocuidado 67, 105, 177, 178, 190, 191, 194, 203, 204, 289, 290, 291, 292, 324, 325

Autolesão 26, 27, 28, 31, 34, 35, 36, 37, 127

Avaliação Psicológica 139, 141, 142, 143, 144, 145, 148, 149, 150, 151, 152, 154, 155, 157, 158, 163, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 273

C

Comportamento Sexual 127, 128, 129, 130, 137

Compreensão Diagnóstica 74, 75, 82, 89, 90

Comunicação 57, 58, 61, 63, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 72, 112, 128, 129, 196, 198, 202, 203, 204, 205, 209, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 224, 227, 229, 281, 283, 284, 285, 304, 329

Criminalidade 92, 93, 101, 119, 124, 264

D

Deficiência Intelectual 196, 199, 200, 201, 202, 205, 208

Depressão 2, 3, 17, 26, 27, 28, 31, 32, 36, 37, 59, 70, 104, 124, 143, 147, 192, 216, 258, 268, 299, 301, 327

Desamparo 21, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 51, 52, 53, 54, 55, 122

Diagnóstico 26, 27, 66, 69, 74, 75, 76, 77, 80, 81, 82, 83, 84, 89, 90, 155, 172, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 182, 183, 188, 190, 191, 192, 194, 197, 198, 199, 201, 202, 203, 204, 206, 207, 248, 250, 251, 254, 255, 256, 259, 261, 262, 264, 327

Direitos Humanos 68, 92, 121

E

Entrevista Clínica 275, 276, 277

Estruturas Clínicas 1

Existencialismo 92, 98, 233, 234, 247, 298

F

Família 8, 12, 18, 21, 22, 23, 41, 50, 65, 70, 71, 82, 97, 103, 104, 110, 111, 120, 130, 135, 136, 166, 178, 181, 182, 186, 187, 188, 189, 192, 195, 196, 204, 205, 207, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 224, 235, 239, 240, 242, 260, 261, 263, 276, 277, 278, 280, 281, 282, 284, 285, 287, 299, 314, 320, 323

G

Genograma 275, 278, 279, 280, 281, 282

Gestação 119, 122, 124, 172, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 182, 183, 184, 185, 186, 188, 189, 190, 191, 195, 259, 263

Gestalt-Terapia 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 89, 90, 91

Grupo de Apoio 103, 105, 106, 107, 109, 113

H

Heteronormatividade 12, 13, 15, 16, 17, 20, 22, 24, 95

Heterossexualidade Compulsória 12, 13, 15, 16, 25

Hierarquia Familiar 209

I

Infâncias 233, 236, 238, 239, 244

L

Lesbianidade 12, 14, 16, 20, 21, 23, 24

M

Materialismo Histórico-Dialético 226, 227, 228

Modelo Relacional-Sistêmico 275, 276, 277, 285

Mudança 9, 56, 58, 59, 61, 62, 82, 86, 95, 97, 109, 146, 152, 209, 210, 212, 224, 234, 269, 275, 276, 281, 283, 302, 313, 318, 323, 324

N

Neuropsicologia 196, 205, 206, 207, 232

Novas Tecnologias 56, 61, 62, 63

P

Pandemia 39, 41, 42, 43, 45, 46, 48, 50, 52, 53, 54

Patriarcado 12, 13, 16, 17, 19, 20, 23, 24, 25, 50

Percepção de Apoio Familiar 128, 130

Personalidades Fílmicas 1, 5, 9

Política 13, 15, 20, 21, 22, 24, 39, 42, 43, 50, 51, 52, 53, 54, 68, 69, 73, 79, 96, 104, 105,

109, 114, 192, 230, 295, 297, 329

População em Situação de Rua 103, 104, 105, 106, 111, 112, 113, 114, 115

Porte de Armas 97, 102, 150, 151, 152, 166

Princípios Éticos 63, 65, 66, 68, 131

Psicanálise 9, 10, 11, 12, 14, 16, 25, 26, 27, 33, 38, 39, 42, 46, 48, 51, 53, 59, 64, 75, 162, 298, 330

Psicofarmacologia 196

Psicologia Escolar e Educacional 226, 227, 230

Psicopatologia 18, 26, 27, 28, 31, 37, 72, 83, 90, 259, 260

Psicoterapia Online 56, 58, 59, 60, 61, 62

Pulsão de Morte 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 11, 44, 45

Q

Qualidade de Vida 68, 104, 141, 147, 178, 191, 196, 203, 204, 205, 207, 225, 272, 315, 316, 318, 319, 320, 321, 324, 327, 328

R

Reabilitação 94, 196, 199, 203, 204, 205, 207, 222, 223, 328, 329

Regulação Emocional 265, 268, 269, 270, 272, 274

Relação Médico-Paciente 65, 66, 67, 68, 69

Resiliência 289, 290, 291, 292

S

Saúde 13, 21, 24, 28, 32, 34, 41, 42, 43, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 58, 65, 66, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 84, 99, 103, 104, 105, 106, 112, 113, 114, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 128, 129, 130, 131, 135, 136, 137, 138, 140, 141, 144, 148, 149, 151, 154, 168, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 197, 201, 203, 204, 205, 208, 220, 222, 223, 224, 225, 242, 251, 254, 260, 263, 264, 265, 269, 272, 273, 277, 294, 300, 315, 316, 317, 319, 320, 324, 326, 328, 329

Supereu 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 17, 25

T

Telemedicina 65, 72

Transtornos do Neurodesenvolvimento 226, 230

Psicologia: A Ciência do Bem-Estar



www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

 **Atena**
Editora
Ano 2021

Psicologia: A Ciência do Bem-Estar



www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

 **Atena**
Editora
Ano 2021