



**MARCK DE SOUZA TORRES**  
**(ORGANIZADOR)**

**PSICOLOGIA E  
INTERVENÇÕES  
EM SITUAÇÕES  
DE VIOLÊNCIA**

**EDITORA INOVAR**

# **PSICOLOGIA E INTERVENÇÕES EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA**



**Marck de Souza Torres**  
(Organizador)

# **PSICOLOGIA E INTERVENÇÕES EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA**



## **Copyright © dos autores**

Todos os direitos garantidos. Qualquer parte desta obra pode ser reproduzida, transmitida ou arquivada desde que levados em conta os direitos das autoras e dos autores.

---

**Marck de Souza Torres (Organizador).**

**Psicologia e intervenções em situações de violência.** Campo Grande: Editora Inovar, 2019. 93p.

ISBN: 978-65-80476-18-3.

1. Psicologia 2. Violência. 3. Intervenções psicológicas 4. Pesquisa. 5. Autor. Título.

CDD – 150

---

**Os conteúdos dos capítulos são de responsabilidades de seus autores.**

### **Conselho Científico da Editora Inovar:**

Franchys Marizethe Nascimento Santana (UFMS/Brasil); Jucimara Silva Rojas (UFMS/Brasil); Katyuscia Oshiro (RHEMA Educação/Brasil); Maria Cristina Neves de Azevedo (UFOP/Brasil); Ordália Alves de Almeida (UFMS/Brasil); Otília Maria Alves da Nóbrega Alberto Dantas (UnB/Brasil).

**Editora Inovar**

[www.editorainovar.com.br](http://www.editorainovar.com.br)

79002-401 - Campo Grande – MS

2019

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>06</b>
<b>Capítulo 1</b> <b>A PERCEPÇÃO DO CUIDADOR FRENTE AO TRABALHO DESENVOLVIDO NO ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES</b>	<b>08</b>
Jessica Renata Vitor de Sales Diniz Vanessa Carneiro Bandeira de Carvalho Amanda Nara Soares Damasceno Cesário Rui Callou Filho	
<b>Capítulo 2</b> <b>AS VIVÊNCIAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL NA INFÂNCIA E SUA INFLUÊNCIA NO DESENVOLVIMENTO DE TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE – RELATO DE CASO</b>	<b>21</b>
Rebeca da Cunha Costa Marck de Souza Torres	
<b>Capítulo 3</b> <b>GESTAÇÃO PRECOCE E SEUS REFLEXOS NA SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES: UMA ANÁLISE NO INTERIOR DE PERNAMBUCO</b>	<b>36</b>
Vanessa de Carvalho Silva Maynara Vinícia Santos Wellington Tenório Cavalcanti Júnior Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves	
<b>Capítulo 4</b> <b>MORTALIDADE POR VIOLÊNCIA: RAÇA ENQUANTO DETERMINANTE DE DESIGUALDADES SOCIAIS E FATOR DE RISCO PARA MORTALIDADE NO BRASIL</b>	<b>51</b>
Kamila Lúcia dos Santos	
<b>Capítulo 5</b> <b>REPERCURSSÕES PSICOLÓGICAS NA VIOLÊNCIA DO TIPO ALIENAÇÃO PARENTAL NA CRIANÇA</b>	<b>66</b>
Cesário Rui Callou Filho Mayara Michelly de Souza Brasil Maria Isabel Rodrigues de Almeida Vanessa Carneiro Bandeira de Carvalho	
<b>Capítulo 6</b> <b>REVISÃO NARRATIVA SOBRE OS IMPACTOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA SAÚDE MENTAL DA MULHER</b>	<b>80</b>
Rosine Silva Ribeiro Ana Paula Rodrigues	
<b>SOBRE O ORGANIZADOR, AS AUTORAS E OS AUTORES</b>	<b>90</b>



## APRESENTAÇÃO

A violência e suas variações são problemas de saúde pública, que afetam pessoas em todas as classes sociais, especificamente pessoas em situação de vulnerabilidade social, e particularmente crianças e adolescentes em se tratando de violência sexual, mulheres na situação de violência doméstica e de gênero, e negros e pobres por meio de homicídio.

O Brasil é considerado um dos países mais violentos do mundo segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), demonstrando que a violência é estrutural, ou seja, organiza a sociedade, influencia subjetividades e abre linhas de mercantilização, por exemplo, venda de armas para população, grupos organizados que violentam grupos de minoria com manutenção da desigualdade social.

Desta forma, a psicologia, ciência que no bojo de sua constituição ética tem compromisso social com a promoção de saúde, e com a denúncia de situações de violência, é convocada para criação de estratégias de prevenção universal prevendo desfechos positivos para as comunidades em situação de vulnerabilidade, e intervenções que não estigmatizem as pessoas, e que deem voz de expressão viabilizando crítica social e reconhecimento da cidade e empoderamento.

Portanto o objetivo deste livro é apresentar as estratégias de intervenções que pesquisadores e profissionais da psicologia estão realizando em âmbito nacional e que possam servir de referência para que outros profissionais reflitam sobre a práxis psicológica em situação tão complexa como a(s) violências(s).

Nesta perspectiva o livro se organiza em sete capítulos por meio da análise dos impactos da violência de forma geral, capítulos que versam sobre o eixo psicologia, violência e processos psicossociais (unidades de acolhimento, alienação parental, gestação na adolescência), um texto crítico que versa sobre a desigualdade social e o impacto para mortalidade, e por fim uma análise da ditadura militar sob o enfoque da psicologia.

Espera-se que a leitura dos textos proporcione reflexão crítica a partir da perspectiva da psicologia para intervir em situações de violência. O incentivo ao avanço da produção de pesquisas na interface psicologia e violência com foco na análise na crítica histórica sobre violência estrutural e da desigualdade social como constituintes do estigma da violência.

**Marck de Souza Torres**  
**Professor Universidade Federal do Amazonas**  
**(Organizador)**





## Capítulo 1

### A PERCEPÇÃO DO CUIDADOR FRENTE AO TRABALHO DESENVOLVIDO NO ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Jessica Renata Vitor de Sales Diniz<sup>1</sup>

Vanessa Carneiro Bandeira de Carvalho<sup>2</sup>

Amanda Nara Soares Damasceno<sup>3</sup>

Cesário Rui Callou Filho<sup>4</sup>

O presente estudo objetivou descrever a percepção do cuidador frente ao trabalho desenvolvido no acolhimento institucional de crianças e adolescentes. Abordou-se ao longo do trabalho o percurso histórico das casas de acolhimento, a categorização da modalidade de acolhimento institucional, a percepção do cuidador acerca do acolhimento institucional de crianças. O estudo tem como base pesquisas na área da Assistência Social, Direito e Psicologia. A coleta de informações foi realizada numa Casa de Acolhimento localizada na Região Cariri do Ceará, tendo como instrumento um roteiro de entrevista semiestruturado realizado com os cuidadores da instituição. A análise das informações ocorreu por meio do método qualitativo com o foco na análise de conteúdo temática, buscando pelos eixos temáticos que possibilitaram a compreensão do sentido e expressão trazidos pelos participantes. Através das entrevistas foram extraídos três eixos temáticos, sendo eles: definição de acolhimento institucional pela ótica das cuidadoras, a percepção do cuidador sobre o acolhimento institucional e o trabalho desenvolvido pelo psicólogo no acolhimento institucional. Ao final do estudo, pôde-se perceber que esse é um trabalho o qual necessita que o cuidador esteja preparado emocionalmente para lidar com as demandas das crianças e adolescentes e que de alguma forma possam contribuir para o seu crescimento. Auxiliar as crianças a se desenvolverem, não somente em relação ao aspecto físico, mas também o desenvolvimento intelectual e subjetivo, para que assim possam ultrapassar os limites do abrigo e serem lançadas em meio à sociedade.

**Palavras- Chave:** Acolhimento; Cuidadores; Institucionalização; Percepção; Criança Acolhida

---

<sup>1</sup> Graduada em psicologia pela Faculdade Vale do Salgado.

<sup>2</sup> Psicóloga. Mestra em Psicologia Clínica pela UNICAP. Psicóloga da Política de Assistência Social da Prefeitura de Barbalha/CE. Docente da Faculdade Vale do Salgado.

<sup>3</sup> Graduada em Direito pela Faculdade Paraíso. Especialista em direito penal e criminologia. Advogada da Política de Assistência Social da Prefeitura de Barbalha/CE.

<sup>4</sup> Aluno Bolsista FUNCAP pelo Programa de Pós- Graduação em Doutorado Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza- UNIFOR.

## **Introdução**

Os serviços de acolhimento institucional têm como objetivo receber provisoriamente crianças e adolescente que não estão em poder dos pais, ou seja, que foram afastados de sua dinâmica familiar pela impossibilidade da função de proteção da família (BRASIL, 2013).

De acordo com o Conselho Nacional do Ministério Público (2013) existem no Brasil 2.754 instituições de acolhimento, sendo 2.598 na modalidade de acolhimento institucional e 156 em regime de acolhimento familiar. Em relação ao acolhimento institucional, grande parte desses locais se encontram na região Sudeste do Brasil (53%), seguido das regiões Sul (23%), Nordeste (11%), Centro-Oeste (10%) e Norte (5%). No ano de 2013 cerca de 76,4% dessas instituições ofertavam acolhimento para ambos os sexos, superando aquelas que ofertavam somente a um determinado sexo, sendo masculino (13,3%) e feminino (10,3%). No Ceará, são encontrados 32 serviços de acolhimento institucional, que abrange cerca de 669 crianças e adolescentes, possuindo capacidade para até 838 pessoas.

Referente aos estudos no campo da psicologia voltados para o cuidador de crianças e adolescentes em situação de abrigo, embora não seja um novo campo de pesquisa, as publicações sobre a temática são escassas em relação aos moldes de cuidado e aspectos psicológicos voltados para tais profissionais. A Psicologia passa a ganhar espaço no contexto dos cuidadores no acolhimento institucional, a qual se mostra uma área em expansão de pesquisas científicas (MAGALHAES; COSTA; CAVALCANTE, 2011).

No presente estudo, como coleta de informações, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com as cuidadoras de um abrigo localizado na região do Cariri cearense. Através das entrevistas foram extraídos dois eixos temáticos, sendo eles: definição de acolhimento institucional pela ótica das cuidadoras e a percepção do cuidador sobre o acolhimento institucional.

Mediante o exposto, o presente trabalho buscou descrever sobre o papel do cuidador frente ao trabalho que desenvolve nos serviços de acolhimento de crianças e adolescentes, bem como identificar a percepção do cuidador acerca desse acolhimento institucional sob a ótica do mesmo. Assim, pôde-se refletir com a pesquisa sobre a importância dos abrigos na vida de crianças e adolescentes, bem como a relevância do papel do cuidador neste cenário e no desenvolvimento físico e psíquico dessas crianças.

## **1 O abrigo institucional no âmbito brasileiro**

O percurso da institucionalização de crianças no Brasil perdura até os dias de hoje, tendo início juntamente com a descoberta do país na chegada dos portugueses para a exploração de terras até então desconhecidas. Ao se depararem com os índios e com a sua resistência a ceder o território, foram

pensadas estratégias que facilitassem a colonização e com o auxílio dos jesuítas foi percebido que o meio mais fácil seria o de catequizar as crianças da aldeia por serem consideradas “almas menos duras” (BAPTISTA, 2006).

No Brasil os fatores que levam ao maior número de crianças abrigadas dizem respeito a: responsáveis dependentes químicos/alcoolistas (81%), negligência (81%), abandono dos pais ou responsáveis (78%), e violência doméstica (57%) (CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO, 2013).

De acordo com o ECA, os serviços de acolhimento institucional são serviços provisórios, que tem como o foco a transição para a reintegração da família, e caso não seja possível, há o encaminhamento para uma família substituta, não havendo privação de liberdade da criança e do adolescente (BRASIL, 1990).

O Conselho Nacional do Ministério Público (2013) corroborando com o ECA, salienta que os serviços de acolhimento têm como objetivo acolher provisoriamente crianças e adolescente que não estão em poder dos pais, ou seja, que foram afastados de sua dinâmica familiar pela impossibilidade da mesma cumprir seu papel de proteção. Esse acolhimento ocorrerá até que a família de origem possa acolher novamente esse infante, caso contrário, a criança será encaminhada para uma família substituta.

De acordo com Guedes (2013) há uma discrepância entre o que é proposto pela lei e a prática realizada por esses serviços, tendo como exemplo a relação entre a pobreza e a retirada da criança do seio familiar, que embora não seja fator determinante para o abrigo no ECA, mas atualmente a maioria dos casos de crianças institucionalizadas ocorrem porque a família não oferece condições financeiras para o desenvolvimento do infante.

As autoras Rizzini e Rizzini (2004) salientam que com a promulgação do ECA os orfanatos caíram em desuso, todavia a cultura de exclusão dessa população permanece enraizada até os dias de hoje, possuindo dificuldades de serem alteradas, resistindo as mudanças. Um dos fatores que dificultam essa mudança é a pouca participação social, Aquino (2003 apud GLENS, 2010) aborda que a falta de participação da comunidade dificulta a efetivação as políticas de assistência social, visto que a população tem grande importância em seu crescimento.

Desse modo, é necessário que a sociedade reflita sobre as condições que permeiam o abrigo institucional na nossa atualidade, sendo uma das principais reflexões a possibilidade de ultrapassar a visão da instituição que corrige, pune e retém crianças problemáticas (GUEDES, 2013). Também sendo essencial a mudança de paradigmas acerca do cuidador e sua percepção em relação as crianças institucionalizadas.

## 2 A percepção das cuidadoras sobre a criança acolhida institucionalmente

A Psicologia dentro do acolhimento institucional no contexto dos cuidadores se mostra uma área nova para a realização de pesquisas, despertando o interesse na socialização primária e o desenvolvimento infantil dentro do abrigo (MAGALHAES; COSTA; CAVALCANTE, 2011).

Todo infante tem o direito de desenvolver-se em um local que lhe ofereça condições necessárias como segurança, proteção e cuidado. Quando essas condições não podem ser ofertadas dentro do ambiente familiar e o afastamento da criança for a única alternativa, os serviços de acolhimento devem prestar o cuidado com qualidade de acordo com a necessidade de cada sujeito (CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - CONANDA, 2009).

Na grande parte dos casos a criança é encaminhada para os serviços de acolhimento, uma delas é a modalidade de acolhimento institucional, que tem o cuidador como peça chave do abrigo. Quando os infantes são retirados do âmbito familiar, esse profissional assume tais cuidados, tendo um contato direto com os mesmos, se tornando a referência mais próxima de adulto no local (AVOGLIA; SILVA; MATTOS, 2012).

Os cuidadores têm como dever o zelo pelas necessidades básicas das crianças, ou seja, seus cuidados diários, como higiene, alimentação, brincadeiras, atividades escolares e acompanhamento em consultas (médicas ou em outras áreas) (GUEDES, 2013).

Quando são encontradas dificuldades para garantir o convívio familiar, os profissionais que cuidam dos infantes devem proporcionar a autonomia e o fortalecimento das redes de apoio das crianças. Não se deve em momento algum desistir da busca de alternativas que facilitem e garantam à criança o seu direito de convivência familiar, sendo prioritária a família de origem (CONANDA, 2009).

Sendo assim, o abrigo deve ser um espaço provisório e que não oferece condições necessárias para o desenvolvimento das crianças que lá residem. Todavia, por vezes essa percepção tende ao descomprometimento frente a educação dos acolhidos, pelo fato de ser um ambiente de passagem (AVOGLIA; SILVA; MATTOS, 2012).

Magalhães, Costa e Cavalcante (2011) realizaram uma pesquisa que tinha como objetivo analisar como os cuidadores de abrigos percebiam o trabalho desenvolvido por eles e as crianças institucionalizadas. Esses profissionais consideraram que as necessidades físicas como alimentação, sono, higiene são realizados com qualidade pelos funcionários, mas em relação aos aspectos intelectuais, o abrigo é incapaz de proporcionar estímulos nesse ponto de vista.

As condições que proporcionam a formação da identidade da criança acarretam o respeito à sua subjetividade e o percurso de sua vida. Os cuidadores devem oferecer espaços que preservem a

privacidade do sujeito. Ao possibilitar o auxílio da criança na organização do espaço proporciona um fortalecimento da autonomia, bem como a aquisição de novas habilidades em seu percurso de vida. Essa autonomia não deve ser confundida com falta de regras e limites, deve caminhar juntamente com a liberdade, onde uma não segue sem a outra (CONANDA, 2009).

Careta (2011) com base na teoria de Winnicott considera as cuidadoras como instrumento de favorecimento ao desenvolvimento das crianças do abrigo, mas se estas pessoas não estão bem consigo mesmas não podem oferecer os cuidados adequados, seja pela ausência de afeto ou impulsos de comportamentos agressivos com os infantes. Todavia, esse público também necessita de cuidado para conseguir desempenhar seu papel de auxílio as crianças em seu desenvolvimento e crescimento emocional.

Esses profissionais dessas instituições estão a todo tempo com circunstancia que não tiveram nenhuma responsabilidade pelo acontecimento delas e para conseguirem lidar com esse fato é necessário saber o que se está fazendo e ter a consciência que em determinadas situações os êxitos não serão alcançados (WINNICOTT, 1955, p. 223 apud CARETA, 2011).

O cuidador deve possibilitar um leque de opções para os cuidados de acordo a necessidade de cada criança acolhida pautada em sua singularidade, como o gostar e não gostar de cada um e suas reações, sejam elas emocionais ou não (CARETA, 2011).

### 3 Metodologia

O presente estudo foi realizado através de metodologia qualitativa, com o método de análise de conteúdo. Para tanto utilizou-se os acervos literários das áreas da Psicologia, Serviço social e Direito. Para o qual contou-se com a participação de quatro cuidadores de crianças e/ou adolescentes de uma cidade da Região Cariri do Ceará.

Como método de inclusão para a pesquisa entrevistou-se sujeitos que trabalhavam no local, com idade média entre 25 e 50 anos, residentes na cidade do abrigo; tendo sido excluídos da pesquisa aqueles profissionais que não estavam no local no dia da coleta ou que não desejaram participar da pesquisa ou que não se enquadravam na amostra desejada. Como instrumento contou-se com um roteiro de entrevista semiestruturado composto por 16 perguntas além dos dados sócio-demográficos dos participantes.

Para os procedimentos de coleta de informações foram realizados: prévio contato com a Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social da cidade, após a liberação a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), mediante a aprovação do CEP sob parecer de nº 2.526.395 foram

realizadas as entrevistas individuais, coletadas posteriormente a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e pós-esclarecido. Por fim a análise das informações ocorreu através da análise de conteúdo temática.

#### 4 Resultados e discussões

Mediante as entrevistas<sup>4</sup> realizadas, o perfil das cuidadoras do abrigo é caracterizado por mulheres (4), a maioria casadas (3), com idades entre 29 e 41 anos. A maior parte das entrevistadas (3) foi empregada por meio de processo seletivo e concurso público municipal e todas elas possuem formação superior ou estão cursando, sendo pedagogia (um concluído e outro em andamento), serviço social (concluído) e psicologia (em andamento).

NOME	IDADE	ESTADO CIVIL	POSSUI FILHOS	NIVEL DE INSTRUÇÃO
Jade	29 anos	Casada	Sim	Superior incompleto
Safira	29 anos	Solteira	Não	Superior incompleto
Esmeralda	34 anos	Casada	Não	Superior completo
Rubi	41 anos	Casada	Sim	Superior completo

Tabela 01: Caracterização das cuidadoras do abrigo

A jornada de trabalho das cuidadoras se dá por meio de plantões de doze horas consecutivas em dias alternados, um grupo de cuidadores trabalha no período diurno e a outra parcela no período noturno. Essa jornada é corroborada por Moreira (2014), onde esses serviços funcionam continuamente e os cuidadores revezam-se em períodos ou através de folgas na semana, e a instituição sempre pode contar com profissionais em serviço, sendo uma rotina ininterrupta.

Em relação ao tempo de trabalho no local, metade das cuidadoras trabalha há menos de um ano no serviço (dois e seis meses) e a outra metade trabalha há mais tempo (um ano e meio e dez anos). Apenas uma das cuidadoras possui curso de capacitação para trabalhar na área, que no caso é a cuidadora com mais tempo no local, embora todas enfatizem que a capacitação é de grande importância para uma melhor atuação.

É essencial que haja investimentos em capacitações e acompanhamento dos cuidadores, bem como toda a equipe atuante do serviço de acolhimento, para que possa oferecer um atendimento de qualidade, visto que é uma tarefa considerada complexa, principalmente aos que estão em contato direto com as crianças e adolescentes e seus familiares (CONANDA, 2009).

<sup>4</sup> Todos os nomes aqui apresentados são fictícios, preservando assim a identidade das participantes.

Cavalcante (2008) aborda acerca da atuação predominante feminina em áreas de educação e cuidado infantil, em que é questionada a influência de um pensamento heteronormativo, em que homens e mulheres possuem funções específicas de acordo com o sexo. O autor ainda cita uma pesquisa realizada nos abrigos localizados no Norte do Brasil, onde observou que mais da metade dos cuidadores possui formação de nível superior, outra grande parcela conseguiu concluir o ensino médio e apenas uma pequena parcela não conseguiu concluir a formação escolar.

#### 4.1 Definição de acolhimento institucional pela ótica das cuidadoras

Este ponto temático aborda a definição de acolhimento institucional segundo as cuidadoras. Quando perguntado sobre o entendimento das cuidadoras acerca do acolhimento institucional, obteve-se os seguintes relatos:

*“É... dá suporte a quem não tem né, e como a sociedade não foi capacitada para isso a gente recebe [...] um cuidado como se fosse uma família, cuidado familiar no qual eles não tinham acesso e agora tem” (Safira, 29 anos).*

*“É de muita importância, e assim antes de trabalhar aqui que eu tinha outra visão que eu nem imaginava que era como de fato é, eu imaginava que seria muito mais tranquilo eu acreditava que poderiam fazer visitas na hora que quisesse eu não via como de fato é o acolhimento, é bem diferente do que eu imaginava. Como infelizmente nem toda família faz seu papel, as crianças de fato precisam vir pra cá, se não fosse assim elas estariam nas ruas e estando cada dia mais vulneráveis” (Esmeralda, 34 anos).*

*“É acolher na forma de proteger a criança né, protegendo elas dos abusos é... violência é... tanto física como verbal é isso que eu entendo” (Rubi, 41 anos).*

De acordo com Rizzini e Rizzini (2004 apud Cavalcante, 2008), o abrigo atua como instrumento da política social ao possibilitar assistência social e proteção especial para o infante que foi retirado de seu lar, principalmente pelo fato de a família de origem não cumprir seu papel de fornecer meios de sobrevivência e bem estar para a criança, como: moradia, alimentação, saúde e educação. Segundo Cecatto e Gauer (2008) o acolhimento institucional tem como foco proteger dos possíveis prejuízos de um ambiente familiar caótico, além de possibilitar uma nova perspectiva de vida, mais tênue e acolhedora.

De acordo com Glens (2010) as casas de acolhimento devem se assemelhar a uma casa comum, em que devem ser localizadas em bairros residências e não possuir placas de identificação, para que possam ser evitados os estigmas relacionados às crianças.



## 4.2 A percepção do cuidador sobre o acolhimento institucional

O segundo eixo trata sobre a percepção das cuidadoras sobre o acolhimento institucional, os cuidados realizados com as crianças e adolescentes, bem como o relacionamento com os residentes do local e os possíveis conflitos existentes com os mesmos. Também será abordado sobre a atuação profissional das cuidadoras, que através de uma pergunta autorreflexiva: “como você considera a sua atuação no acolhimento institucional?”, obteve-se os seguintes relatos:

*“É um trabalho que de certa forma ele cansa mais a mente do que o próprio desenrolar durante o dia, a gente também tem que fazer as tarefas de casa, fazer comida para eles, cuidado da casa, esse aí não pesa, é o psicológico que mexe muito, aí tem dias que é bem melhor de se trabalhar, mas tem dias que é muito cansativo, você chega em casa com a cabeça doendo por conta dos fatos que acontecem” (Jade, 29 anos).*

*“É difícil, a minha tem sido. Porque na verdade quando eu entrei a realidade era outra, eu não sabia o que era cuidador social, e aqui o choque de realidade foi mais, porque a realidade dos meninos é diferente da minha e aí eu não sabia muito dominar” (Safira, 29 anos).*

*“Eu tenho procurado dar o melhor de mim, dentro dos meus limites e de algumas limitações como eu já falei do próprio trabalho que as vezes não depende de mim e eu acredito que eu tenho desempenhado realmente da melhor maneira” (Esmeralda, 34 anos).*

*“Bom... no meu ponto de vista eu sou uma excelente profissional, eu gosto do que faço, desempenho sempre como posso e eu gosto do que faço na verdade, é a minha área de atuação ali, eu já tô acostumada, eu já tô há mais de 10 anos e eu já trabalhei em escolas com crianças então eu gosto de lá” (Rubi, 41 anos).*

Em relação aos cuidados frente aos internos, todas as profissionais relataram realizar os cuidados básicos com as crianças (higiene, alimentação, deixar e pegar na escola), e também são responsáveis por leva-los ao médico a administrar as medicações. Em relação aos cuidados afetivos, as cuidadoras relatam que sempre buscam dar carinho para as crianças, por observar que também é necessário o envolvimento afetivo com as crianças.

*“Fazer a higiene pessoal, da alimentação, cuidado de dar as medicações no horário correto, de levar para escola de buscar [...] eles são muito carentes de carinhos, eles gostam muito de abraço de tá no colo, principalmente os menores né e não tem como a gente não dar a gente tem que dar amor a eles e só fica aqui quem consegue trabalhar com amor se você não olhar por essa visão você não continua” (Jade, 29 anos).*

*“Ajudar na higiene, levar para o médico, dentista, administrar medicação de alguns e o controle de tudo isso, Horário de colégio, limpeza da casa e cozinha [...] Atenção carinho, principalmente quando termina as atividades todo mundo se relaciona principalmente os mais novos que querem colo, beijo” (Safira, 29 anos).*

*“Quando elas chegam aqui a gente vai ver o histórico delas, normalmente quem traz é o Conselho Tutelar algumas vezes acompanhado da equipe do CREAS e aí a gente vai ver roupa, banho, ver se precisa de medicação, tudo o que vai necessitando a gente vai fazendo. E aí tudo que depois a gente se preocupa em colocar os projetos sociais para que elas não fiquem só dentro do abrigo e ajudar elas a superar os traumas, porque a maioria delas tem” (Esmeralda, 34 anos).*

*“A gente banha, leva ao médico é.. carinho também, sempre, disciplina quando precisa né, mas... é.. escola a gente leva e traz, tudo, tudo que uma mãe faz por um filho a gente tem por obrigação de fazer lá dentro” (Rubi, 41 anos).*

É de suma importância que a equipe técnica auxilie os cuidadores na oferta de um cuidado individualizado para cada criança, baseado em seu contexto de vida e condições emocionais. Nesses casos é priorizado o cuidador que o indivíduo mantenha uma relação afetiva significativa (CONANDA, 2009).

Cecatto e Gauer (2008) apontam que a privação emocional e física em crianças institucionalizadas pode acarretar diferentes consequências que podem variar de acordo com a idade que ocorreu essa privação. Ao estudar esse público Bowlby (1981 apud SALES; CRUZ, 2016) aborda que esses infantes foram separados de suas famílias se mostraram mais agressivos e com comportamentos hostis, além de possuírem dificuldades e estabelecer laços afetivos com outras pessoas. É importante que a criança aceite o novo lar, caso contrário ela não aproveitará a sua experiência em um lar substituto.

O cuidador é o mediador de muitos comportamentos que a criança desenvolverá, regulando sua atenção, curiosidade, cognição, linguagem, emoções, entre outros. Quando a criança é privada dessa relação, ela desenvolve angústia, exagerada necessidade de amor, fortes sentimentos de vingança e, em consequência, culpa e depressão (BARROS; FIAMENGHI JR., 2007 p. 1268).

É de suma importância estabelecer um vínculo afetivo com as crianças, para assim possibilitar um desenvolvimento psíquico, físico e social mais saudável. Esse vínculo se torna ainda mais importante quando o infante não possui pessoas significativas em sua vida (BARROS; FIAMENGHI JR., 2007).

Em relação a existência de conflitos com colegas de trabalho ou infantes residentes, todas as cuidadoras afirmaram não possuir problemas com os colegas de trabalho e apenas metade delas confirmou desafetos com as crianças e adolescentes.

*“Não, com o cuidador não, com as crianças de vez em quando você tem um certo conflito. [...]Tomar banho pra ir pra escola, não querer ir pra escola, aí a gente vai reclamar e eles diz palavrão com a gente, esse tipo de coisa” (Jade, 29 anos).*

*“Não, com funcionário nunca, com criança sim [...] aconteceu esse conflito hoje de manhã agora cedo sem querer ir pro colégio, eles usam muito palavrão e agressão física” (Safira, 29 anos).*

Alguns questionamentos podem ser levantados para compreender a agressividade de crianças abrigadas. Um desses está relacionado ao fato da criança estar anteriormente inserida em um ambiente hostil, logo a mesma expressará hostilidade, devido a aprendizagem obtida, quando retirada desse ambiente será comum o surgimento de emoções como: tristeza, raiva e a mágoa de forma violenta, pois este é o modo encontrado para externar e enfrentar as situações. Outro questionamento diz da agressão, em que essa seria utilizada como forma de obter atenção das cuidadoras e pessoas próximas. Essas questões não são consideradas isoladamente, mas relacionadas entre si (BARROS; FIAMENGHI JR., 2007).

O comportamento evitativo do infante direcionado a uma pessoa que lhe ofereça carinho pode ser considerado adaptativo, pois assim evitaria o sentimento de rejeição ou negligência vivenciados anteriormente. Isso pode ser preocupante pelo fato das crianças apresentarem comportamentos antissociais durante a adolescência e até mesmo na fase adulta (BARROS; FIAMENGHI JR., 2007).

## 5 Considerações Finais

Por meio deste estudo foi evidenciado que o acolhimento institucional é importante na vida dessas crianças por fornecer possibilidades de seu desenvolvimento, pois caso não houvessem esses equipamentos, muitas destas ainda estariam sofrendo violência dentro de seu âmbito familiar. O cuidador é peça chave dentro do abrigo, é ele que desempenha os cuidados necessários dos abrigados e os acompanha em sua rotina. É esse profissional quem está a maior parte do tempo em contato direto com essas crianças.

Através do relato das cuidadoras, articulado com as publicações existentes sobre a temática é notório que o papel do cuidador vai além dos cuidados básicos, visto que somente esses cuidados não são suficientes para o desenvolvimento desses jovens. Os cuidados emocionais, são de suma importância para essas crianças, mas muitas vezes o tempo é dividido entre cuidado com a casa e com as crianças dificultando a efetivação da profissão cuidador, que deve ter como prioridade a criança.

Dentro do abrigo, essa função requer preparo emocional para lidar com as demandas das crianças e adolescentes, de modo a contribuir de alguma forma para o seu crescimento. Auxiliar as crianças a se desenvolverem, não somente em relação ao desenvolvimento físico, mas também um

desenvolvimento intelectual e subjetivo, para que assim possam perpassar os limites do abrigo e se lançar em uma sociedade ainda tão segregadora.

Mediante o exposto, percebe-se a importância de capacitações, de qualidade nas seleções dos cuidadores frente ao abrigamento, bem como pensar o cuidado ao cuidador. Por ser ele muitas vezes mediador de tantos conflitos no acolhimento e outras vezes ser o agredido verbalmente ou mesmo fisicamente, faz-se necessário os cuidados aos mesmos.

Assim, pode-se refletir que tais cuidados possam ser pensados junto a equipe técnica do local, e quando nesta há a presença de psicólogos esses podem realizar atividades terapêuticas no sentido de trabalhar os anseios e angústias que surgem diante da atuação profissional do cuidador.

## REFERÊNCIAS

AVOGLIA, Hilda Rosa Capelão; SILVA, Andreia Maria da; MATTOS, Pammela Makarowits de. Educador social: Imagem e relações com crianças em situação de acolhimento institucional. **Revista Mal-estar E Subjetividade Rev. Mal-Estar Subj, Fortaleza**, v. 12, n. 1-2, p. 265-292, jun. 2012.

BAPTISTA, Myrian Veras. Um olhar para a história. In: BAPTISTA, Myrian Veras (coord.) **Abrigo: comunidade de acolhida e socioeducação**. São Paulo: Instituto Camargo Corrêa, 2006. p. 24-37. Acessado em 05 de novembro de 2015. Disponível em: <http://www.neca.org.br/wp-content/uploads/abrigo-miolo.pdf>.

BARROS, Raquel de Camargo; FIAMENGHI JR., Geraldo Antonio. Interações afetivas de crianças abrigadas: um estudo etnográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, 2007.

BRASIL, Lei 8.069/90. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente**. 1990. Brasília.

CARETA, Denise Sanchez. **Quando o ambiente é abrigo: cuidando das cuidadoras de crianças em acolhimento institucional**. 2011. 241f. Tese (Doutorado – Programa de Pós-graduação em Psicologia. Área de concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo.

CAVALCANTE, Lília Iêda Chaves. **Ecologia do cuidado: interações entre a criança, o ambiente, os adultos e seus pares em instituição de Abrigo**. Belém, Pará. 2008. 510 p. Tese (doutorado). Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Universidade Federal do Pará.

CECATTO, Grasiela Maria; GAUER, Gabriel José Chittó. **Comportamento agressivo e aspectos psicodinâmicos em crianças abrigadas**. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Psicologia, Programa de Pós Graduação em Psicologia. Mestrado em Psicologia, p. 91, 2008.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. Relatório da Infância e Juventude – Resolução nº 71/2011: **Um olhar mais atento aos serviços de acolhimento de crianças e adolescentes no País**. Brasília: Conselho Nacional do Ministério Público, 2013.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE [CONANDA]. **Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento institucional para Crianças e Adolescentes**. 2009. Brasília.

GLENS, Mathias. **Órfãos de pais vivos: uma análise da política pública de abrigamento no Brasil**. 2010. 216f. Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Universidade de São Paulo, São Paulo.

GUEDES, Carina Ferreira. **Acolhimento institucional na assistência a infância: reflexões a partir da experiência de um abrigo**. 2013. 118 f. Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de concentração: Psicologia Social) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Universidade de São Paulo, São Paulo.

MAGALHAES, Celina Maria Colino; COSTA, Lígia Negrão; CAVALCANTE, Lília Iêda Chaves. Percepção de educadores de abrigo: o seu trabalho e a criança institucionalizada. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano** Rev. bras. crescimento desenvolv. hum., São Paulo, v. 21, n. 3, p. 818-831, 2011.

MOREIRA, Tabita. **O psicólogo e os serviços de acolhimento institucional para crianças e adolescentes**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-Graduação em Psicologia., p. 230, 2014.

RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma. **A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente** / Irene Rizzini, Irma Rizzini.. – Rio de Janeiro : Ed. PUC-Rio; São Paulo : Loyola, 2004.

SALES, Jessica Renata Vitor de; CRUZ, Vanessa Carneiro Bandeira de Carvalho. Formação da subjetividade em crianças na situação de acolhimento institucional. In: **Anais – II Semana de Iniciação Científica Anais da II Semana de Iniciação Científica: o papel da universidade na transformação da sociedade**. Faculdade Vale do Salgado, Icó- Ce/Org. Kerma Márcia de Freitas.- 2º ed. Icó-Ce: FVS, 2016.



## Capítulo 2

### AS VIVÊNCIAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL NA INFÂNCIA E SUA INFLUÊNCIA NO DESENVOLVIMENTO DE TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE – RELATO DE CASO

Rebeca da Cunha Costa<sup>1</sup>

Marck de Souza Torres<sup>2</sup>

“O ventre é quase nada,  
Pura transparência  
Onde se escondem  
O dorso e seus andaimes.  
Não tem entranhas.  
A pele de tão fina  
Já não é: limita  
Semovente  
O nada de fora  
E o quase nada  
De dentro”.

Carlos Felipe Moisés (1998, p. 67)

## INTRODUÇÃO

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é conhecido como Transtorno de personalidade limítrofe na psicanálise, onde *Borderline* significa “limite” ou “fronteiras” em inglês, o que demonstra uma pessoa que vive nas bordas, no limite do ego. Há queixas na comunidade psiquiátrica e psicanalítica quanto ao TPB, por não se enquadrar nos limites genético-dinâmicos que de acordo com a teoria estrutural, diferenciam as categorias de neurose e psicoses (EIZIRIK; AGUIAR; SCHESTATSKY, 2015).

---

<sup>1</sup> Psicóloga pelo Centro Universitário Uninorte Acre. Email: rebeca-tr@hotmail.com

<sup>2</sup> Doutor em Psicologia Clínica pela PUC RS. Professor Adjunto do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Email: marcktorres@ufam.edu.br

O TPB é descrito no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição (DSM V) com a presença de padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, na autoimagem e nos afetos, com presença impulsividade. Tem início na vida adulta, presente em vários contextos evidenciados, apresentam nove critérios, e para o diagnóstico é necessário pelo menos cinco dos seguintes indicadores: 1. esforço para evitar o abandono real ou imaginário; 2. alternância entre extremos de idealização e desvalorização nos relacionamentos interpessoais; 3. alterações no senso de identidade; 4. comportamento suicida ou de automutilação devido a impulsividade; 6. instabilidade do humor que influencia os relacionamentos afetivos; 7. sentimentos crônicos de vazio; 8. dificuldade na regulação da raiva, 9. ideação paranoide reativa e transitória ou sintomas dissociativos severos. Em termos epidemiológicos é mais frequentemente diagnosticado em mulheres e que possui alta prevalência, entre 1,6% e 5,9%, na população geral. Entre pacientes de consultórios e ambulatorios de saúde mental, a prevalência é de aproximadamente 10%. Entre pacientes internados, a prevalência atinge 20% (DSM-5, APA, 2014).

Ao não conseguirem estabelecer as fronteiras do eu e dos objetos, pacientes com diagnóstico de TPB lutam para evitar a perda ou o abandono, não tolerando a solidão, e vivenciando angústia intensa, de aniquilamento e morte, podendo apresentar automutilação e ter comportamentos suicidas, na tentativa de serem notados, resgatados, amados pela pessoa a quem dedicam apego (Kernberg et al., 1991; Maranga, 2002; Pasini, & Dametto, 2010). Ao experienciar frustrações ocasionadas pelo ambiente, sentem raiva e desespero, não aceitando esses sentimentos como parte de si, e sim percebidos como vindos do outro (Yeomans, Levy, & Caligor, 2013). É possível ver a relação dos critérios quando as distorções cognitivas, tal qual o pensamento quase psicótico (definido como tensões sobre o teste da realidade, podendo ser transitório, circunscrita e o atípica) este também podem ocorrer no meio social do paciente TPB, pois é comum as percepções de abandono, sendo estas percepções quase delírios e regressões transferenciais psicóticas podendo surgir também em um atendimento psicoterapêutico (Gabbard, 2016).

Na tentativa de compreender a psicodinâmica e a etiologia do processo inicial do TPB, GABBARD (2016), indica que há estudos sobre o envolvimento excessivo de figuras maternas que estava em conflito em relação a permitir que a criança se separasse da mesma, gerando ansiedade de separação e abandono. Conclui-se que os pacientes com TPB, geralmente apresentam relações maternas distantes, altamente conflituosas ou sem envolvimento. Leva-se



em consideração que a relação perturbadora com ambos genitores pode ainda ser mais patogênicas neste transtorno de personalidade, como também é mais característico, do que somente um dos pais (GABBARD, 2016).

Estudos apontam que os traumas na infância relacionado a abusos sexuais são forte contribuintes na etiologia e na patogênese do TPB, cerca de 60% dos pacientes *borderline* trazem para o *setting* terapêutico questões relacionadas aos abusos sofridos. Outra característica é que 25% dos pacientes apontam vivência de violência sexual intrafamiliar. Porém, cabe ressaltar que o abuso sexual não é suficiente para o desenvolvimento de TPB, há necessidade de acarretamento de outros fatores de risco significantes na infância como fatores contribuintes no desenvolvimento (GABBARD, 2016). Estudos longitudinais revelam que a violência física e sexual na infância, sugerem um prognóstico favorável na maioria dos casos no desenvolvimento de TPB. (DSM-5, APA 2014).

Ao longo dos anos observa-se a eficácia da terapia psicanalítica na resolução dos conflitos do paciente com TPB, isso se dá por motivo de que esta abordagem terapêutica fornece uma estrutura conceitual sistemática da patogênese e do tratamento que possibilita ao paciente organizar seu caos interior, e encontrar as resposta que precisa, dando sentido a si mesmo. (GABBARD, 2016).

O terapeuta precisa manter postura flexível, usa da intervenção interpretativa, dando ao sujeito oportunidade de expressar sua raiva sem se sentir rejeitado ou julgado, como também dar a oportunidade de refletir sobre os seus sentimentos e o surgimento dos mesmos, por esse motivo a estabilidade da terapia deve ser estabelecida logo nos primeiros encontros, pela natureza caótica da vida do paciente *borderline*, que trazem de fora pra dentro do consultório todos os comportamentos e pensamentos mal adaptativos. Nessa jornada, é evidente a ajuda do terapeuta com o paciente para que ele possa mentalizar os fatores que desencadearam a resposta emocional e as consequências em termos de relações como um todo. Portanto, quando necessário, o terapeuta usa do corte analítico, para que o paciente reflita sobre os significados do que está sendo trabalhado (GABBARD, 2016).

Este estudo tem o objetivo de correlacionar as contribuições das vivências da violência física e sexual na infância para o desenvolvimento do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), por meio de um estudo de caso sistemático baseado no atendimento psicoterapêutico, de um paciente do sexo masculino, 29 anos de idade, realizadas ao longo de 4 meses.

## MÉTODO

### Delineamento

Trata-se de estudo de caso sistemático (ECS) que busca compreender o processo terapêutico, com uso de medidas e técnicas que auxiliaram na compreensão do caso.

### REFLEXÕES CLÍNICAS

O caso é baseado na psicoterapia de orientação psicanalítica, utilizando material de 9 sessões. Gustavo (nome fictício), 29 anos, funcionário público, apresentou as seguintes queixas: vazio existencial após o término de pós-graduação *strictu sensu*, dificuldade de se relacionar afetivamente com membros da família, e de manter relacionamentos amorosos. A busca por tratamento foi realizada por indicação de uma amiga, que apontou a presença de comportamentos disfuncionais: como se cortar em momentos de raiva, ter crises intensas de choro, e pensamentos de morte contra si e contra os outros.

O paciente submeteu-se a avaliação psicológica os resultados indicaram as seguintes características: traços de ansiedade paranoide, desregulação emocional, traços de depressão e ansiedade, tendia a ver os outros como pessoas más, presença de sentimentos de rejeição e raiva inapropriada e/ou autoagressão, em seus relacionamentos. Alguns outros sintomas se manifestavam na forma de insônia, humor depressivo, preocupação e ansiedade e pensamentos suicidas. Ademais, o paciente se descrevia como introspectivo, afirmando que prefere não compartilhar seus problemas pessoais com terceiros, porém deseja resolvê-los.

Quando questionado sobre a condução da intervenção, o paciente afirma que gostaria de elaborar a relação com a mãe e a violência sexual que sofreu quando criança pelo padrasto, sendo tais lembranças perturbadoras e que afetam seu comportamento até os dias atuais. Além disso, relatou que chegou a se envolver com mais de 100 homens apenas para sexo casual, sem envolvimento pessoal. O núcleo familiar do mesmo quando criança era composto pelo padrasto o qual ainda chama de pai, mãe, uma irmã, e o irmão caçula, sendo estas as pessoas com quem tem pouco contato.

Durante os primeiros atendimentos com o paciente, as narrativas foram sobre a relação com a mãe, o que pareceu ser a primeira problemática a ser trabalhada, principalmente, o ódio que sentia pela mãe, advindo do sentimento de rejeição. Para ele o sentimento era de que ela nunca foi mãe de verdade, desatenta, não demonstrava amor, indiferente, com ele e com os irmãos. Refere-se ao sentimento de resiliência, tendo a capacidade de crescer e sair de casa, se formar, ter um emprego, diferente dos irmãos,

que contrário dele, eram “encostados”, “sem perspectiva de futuro”, “que não queriam nada com a vida”, e ele não, ele quer muita coisa pra vida dele.

Afirma ter percebido que a sua mãe era interesseira, porque só gostava de quem tinha algo a oferecer (hedonista), geralmente a mãe agredia verbalmente e humilhava o paciente, até sua saída definitiva de casa. Atualmente como ele ajuda financeiramente, não existe mais reclamações. Evidencia-se uma dificuldade de ambas as partes, pois existe uma retroalimentação de afetos negativos (por exemplo, da mesma forma que ela humilha, ele também a humilha havendo uma troca de farpas todo o tempo).

Entretanto, o paciente a humilha de forma sutil, dando o dinheiro, acarretando em dependência financeira, desde que a mesma se separou do padrasto. Para Adrados (1966), às crianças, reagem perante a rejeição familiar, principalmente, materna, como em face de outras frustrações, com agressividade. Essa agressividade pode ser canalizada pela criança de diversas formas: contra si mesma, contra o ambiente, ou de maneira oscilante. No primeiro caso adotará um comportamento passivo, submisso, acompanhado, quase sempre de regressão emocional. Quando adulto busca satisfação de um ego reprimido diante de humilhações e rejeições perante os pais.

Quando solicitado a contar sua história durante a infância, o paciente se remeteu ao período em que sofreu a violência sexual cometida pelo padrasto. O evento foi descrito como a pior fase da sua vida, afirmou que não sentia medo por acreditava ser normal, mas sentia-se enojado e angustiado e perguntava a si mesmo por que somente com ele e não com os outros irmãos. Aos 11 anos o paciente afirma que “passou a gostar do ritual” em que o padrasto o colocava com os toques em seu corpo e masturbações. O padrasto ao perceber que o paciente não recusava nas práticas sexuais, afirmou que não voltaria a tocar mais nele, então o paciente afirma que após este dia não houve mais procura da parte dele.

Alguns estudos nacionais conceituam a violência sexual (VS) como todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual, cujo agressor encontra-se em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado do que a criança ou o adolescente. A VS ocorre por meio de práticas eróticas e sexuais impostas direta ou indiretamente à criança ou ao adolescente, seja pela violência física, ameaça ou indução de sua vontade, podendo variar desde atos em que não se produz o contato sexual, até diferentes tipos de ações que incluem contato sexual sem ou com penetração. Esse fenômeno apresenta uma dinâmica de funcionamento específica, iniciando-se sutilmente e, à medida que o abusador conquista a confiança da vítima, os contatos sexualizados tornam-se gradualmente mais íntimos (SANTOS e DELL’AGLIO, 2010).

Em sua maioria, a VS intrafamiliar não deixa marcas físicas nas vítimas e é perpetrado por pessoas diretamente ligadas à criança, que exercem algum poder sobre ela. O fato de a VS ser realizada

sem o uso de força ou violência física está relacionado à questão da lealdade e da confiança que a criança deposita no agressor, que utiliza essa relação para obter o seu silêncio (SANTOS e DELL'AGLIO, 2010). Dessa forma, muitas vezes essa situação é mantida em segredo por um longo período, podendo ultrapassar gerações, dificultar a revelação e a busca de ajuda, até mesmo em vida adulta quando reprimido o sentimento de rejeição e negligência familiar.

A revelação é o primeiro e decisivo passo, no qual a vítima conta para alguém que ela confia sobre a violência que sofria ou que vem sofrendo. A informação pode ficar restrita à família ou se tornar pública por meio da notificação que se refere ao momento no qual a vítima, ou a pessoa para quem a VS foi revelada, se dirige ao Conselho Tutelar ou delegacia para fazer a comunicação da violência, ou o boletim de ocorrência. Entretanto, por vezes estes casos são ignorados por parte da família ou da própria dificuldade da rede de proteção em articular encaminhamentos cujo objetivo deveria ser proteger a vítima e responsabilizar o abusador. (SANTOS e DELL'AGLIO, 2010)

A mãe tem sido apontada como figura importante nesse processo, pois na maioria das situações de VS é revelada para ela (Berliner & Conte, 1995). O estudo de Habigzang et al. (2005) identificou que a VS foi denunciada pela mãe da vítima em 37,6% dos casos. A iniciativa de realizar a notificação pela figura materna, na maioria dos casos investigados. Atualmente, o lugar da figura materna nas situações de VS tem sido explorado, principalmente, quando são discutidos aspectos relacionados às consequências da VS, à compreensão da situação de abuso e à capacidade das mães de lidar com a situação e de proteger suas crianças (SANTOS e DELL'AGLIO, 2010)

Na sessão de número 2, quando questionado se ele culpava a mãe pelo VS, o paciente respondeu que não diretamente, porém tinha sua parcela de culpa, por não ter percebido o que estava acontecendo dentro de casa, a falta de amor e de atenção. Ferenczi (1992) trabalhou basicamente com casos de violência sexual, em alguns de seus relatos, o abuso foi um acontecimento tão sórdido e vergonhoso, que ninguém consegue oferecer à criança violentada qualquer tipo de amparo, preferindo negar que tal evento tinha, de fato, ocorrido.

No modelo do desmentido ou descrédito, a potência traumatizante de um evento está na incapacidade (ou falha) em um objeto primário (o Adulto) funcionar como mediador de sentido para uma criança, que se vê “embaraçada” pela incompreensão em relação àquele evento traumático do abuso. Esta falha objetal atingiria seu ápice no movimento do descrédito: isto é, ao adulto desacreditar na criança de que tal situação ocorreu, negando esta experiência e silenciando-a categoricamente (Câmara, 2012). As consequências provocadas pelo descrédito são evidenciadas, quando o próprio indivíduo é negado enquanto sujeito da experiência: isto é, tanto a experiência é aniquilada de seu universo psíquico, quanto ele, enquanto sujeito.

O paciente afirma que sua magoa é saber que quando ele contou para a mãe, ela ouviu, e não fez nada, nunca questionou, nunca chamou pra conversar e querer saber o que houve, não teve o embate, disse que quando contou foi por motivo de que o padrasto estava sendo suspeito de molestar a sobrinha dele, então ele contou o que ele sofreu também para a mãe e ela não fez nada. Disse que a mãe decidiu se calar por não acreditar nele e pelo o padrasto ter o que oferecer financeiramente a ela, quando deixou de ter o que oferecer ela pediu separação.

A iniciativa de revelar o abuso pode estar associada à qualidade da relação que a criança estabelece com a pessoa para quem contou e, consequentemente, com a interpretação que a criança supõe que a pessoa faria. Nesse sentido, a percepção das vítimas sobre suas mães e sobre o contexto familiar em que estão inseridas influencia sua disponibilidade para revelar o que aconteceu. (Berliner & Conte, 1995)

Na terceira sessão, o paciente afirmou que aos 21 anos, já havia saído de casa, e tinha pouco contato com o padrasto. No dia da separação de sua mãe e o padrasto, resolveu ligar e perguntou se ele lembrava dos momentos de VS quando ainda era uma criança, o padrasto afirmou que sim, e por medo o paciente desligou o celular. O paciente afirma que desde então se pega ensaiando tudo o que diria a ele, como se fosse um confronto ou embate final. Percebe-se que o mesmo guarda pensamentos e sentimentos bastantes negativos, tristes e angustiantes, o peso da relação com a mãe e o abuso sofrido pelo padrasto, que até os 9 anos ele acreditava ser seu pai, sendo que os abusos ocorreram dos 4 aos 11 anos, o fizeram tornar-se uma pessoa bastante fechada para o mundo.

A VS intrafamiliar tem dinâmica complexa, e o enfrentamento da situação de violência se torna difícil pois envolve dois aspectos que se apresentam interligados: a "Síndrome de Segredo", que está diretamente relacionada com a psicopatologia do agressor (pedofilia) que, por gerar intenso repúdio social, tende a se proteger em uma teia de segredo, mantido às custas de ameaças e barganhas à criança abusada; e a "Síndrome de Adição" caracterizada pelo comportamento compulsivo do descontrole de impulso frente ao estímulo gerado pela criança, ou seja, o abusador, por não se controlar, usa a criança para obter excitação sexual e alívio de tensão, gerando dependência psicológica e negação da dependência (Habigzang et al., 2005, *appud* Furniss, 1993).

O paciente afirmou ao longo da quinta sessão que não consegue namorar, que ele canaliza sua atenção somente para ato sexual, o mesmo considera-se ser bom somente nesta área da sua vida, e que as pessoas ao se interessar por ele, o procuram somente para a satisfação sexual. Apesar da

complexidade e da quantidade de variáveis envolvidas do impacto da VS na vítima, esta experiência é considerada um importante fator de risco para o desenvolvimento de psicopatologias.

As crianças ou adolescentes podem desenvolver quadros de depressão, transtornos de ansiedade, alimentares, dissociativos, hiperatividade e déficit de atenção, transtorno pós-traumático e transtorno de personalidade *borderline* (HABIGZANG *et al.* 2005). Pela vertente psicanalítica, pacientes que desenvolvem TPB fica evidenciado o sentimento de ser apenas um objeto para outro, apresentando crenças disfuncionais envolvendo sentimento de culpa, diferença em relação aos pares e desconfiança da veracidade dos fatos, da fala e do sentimento do outro.

No caso deste paciente, o conflito se desenvolve com base nas relações estabelecidas desde o ventre de sua mãe, onde o mesmo foi rejeitado, cresceu e viveu sem o amor sublime de uma mãe, o paciente demonstra exatamente a composição de sua autoimagem e narcisismo fraco, ego destruído – essa projeção primária atua como referência para as demais decisões da vida dele. (EIZIRIK, AGUIAR & SCHESTATSKY, 2015).

A partir do valor atribuído a cada experiência, os eventos mais significativos são congregados e, juntos, formam o conceito que é compreendido pelo indivíduo como sendo a sua definição pessoal. Lacan trouxe em uma leitura psicanalítica que o sujeito é na verdade um lugar *a priori* vazio. O sujeito, portanto, não possui uma substância, um significado. Sua caracterização ou significado estaria na dependência da predicação, do outro, do significante. Essa, por sua vez, é constituída de significantes, os quais, do ponto de vista lacaniano, são os próprios artífices do significado a partir das relações que estabelecem com outros significantes na cadeia dos significados. (LACAN, J. 1964)

Para Lacan o sujeito é aquilo que um significante representa para outro significante, desse modo, nós não somos aquilo que acreditamos ser, tão pouco a capacidade de sermos diferentes da realidade que escondemos de nós mesmo, o que somos não depende de nós, mas do Outro. As pessoas em si, seus desejos, seus projetos, as concepções sobre a vida, a maneira como lida com o amor, com o sexo, enfim, tudo o que se diz ser do Eu, estaria na verdade, na dependência do discurso do Outro.

Vejamos com relação ao paciente, ao longo de todas as sessões e os diálogos dentro do *setting* terapêutico, percebe-se que a negligência sofrida no período de formação de caráter, de personalidade, pela mãe e o pai, ou seja quem deveriam protegê-lo, amá-lo, educá-lo, na verdade somente acarretou a um *sintoma de um adoecimento*, foi possível observar o desencadeamento de uma estrutura de personalidade adoecida que é TPB em sua forma mais crua, e com isso foi vedada a possibilidade de espontaneamente apropriar-se de uma personalidade neurótica.

Duas faltas aqui se recobrem. Uma é da alçada do defeito central em torno do qual gira a dialética do advento do sujeito a seu próprio ser em relação ao Outro

- pelo fato de que o sujeito depende do significante e de que o significante está primeiro no campo do Outro. Esta falta vem retomar a outra, que é a falta real, anterior, a situar no advento do vivo, quer dizer, na reprodução sexuada. A falta real é o que o vivo perde, de sua parte de vivo, ao se reproduzir pela via sexuada. Esta falta é real, porque ela se reporta a algo de real que é o que o vivo, por ser sujeito ao sexo, caiu sob o golpe da morte individual. (Lacan, J. 1964, p. 195)

Conforme mencionado durante as sessões, o paciente desejava falar todos os sentimentos que carregava por toda a vida relacionado a mãe. Dessa maneira foi trabalhado na quinta sessão a técnica de *role-playing* onde através da fala e da imaginação de uma situação-problema, que se caracterizou pela falta diálogo adequado com a mãe, e manejo dos sentimentos disfuncionais do paciente, o desempenho do paciente e o feedback do terapeuta, pode-se observar grande melhora, pois através da encenação ou a simulação de que a própria terapeuta fosse a mãe torna a situação-problema solúvel, por mostrar a dificuldade que o paciente tinha em falar a mãe os verdadeiros sentimentos, recalcando-os e oprimindo-se a amargura e sofrimento.

O *role-playing* é uma técnica com origem no psicodrama, entretanto tem sido empregado por terapeutas e pesquisadores à luz de outras abordagens teóricas, como neste caso a psicanálise. O *role-playing* é viável para que o paciente possa falar e se ouvir e com isso modelar comportamentos disfuncionais relevantes, enquanto o terapeuta analisa e pontua através de feedbacks a avaliação diagnóstica e onde pode efetuar mudanças necessárias e com isso auxiliando na produção de autoconhecimento do paciente. Como resultado principal, destaca-se o aumento de auto revelação e discriminação de relações funcionais pelos clientes. O *role-playing* é caracterizado como um ambiente para ensinar o paciente a descrever relações funcionais e produzir autoconhecimento diante de queixas interpessoais e dificuldade de discriminação das contingências em vigor. (SOUZA; ORTI; BOLSONI; 2012)

Quando pedido para que imaginasse que a terapeuta em formação fosse sua mãe, o paciente no primeiro momento, iniciou a fala usando a terceira pessoa para referir-se a mãe, usando palavras fortes. Como acreditar que a mãe é uma fracassada, dependente dele, péssima mãe para ele e seus irmãos, disse que há mágoas, por não ter acreditado quando o abuso foi revelado. Usou palavras grosseiras por diversas vezes, até conseguir vivenciar o *role-playing* e apontar o dedo imaginando que era sua própria mãe sentada ali. Ao terminar de falar demonstrou raiva, rancor, o que considerou ser bom, já que não conseguia falar os verdadeiros sentimentos relacionado a mãe.

As representações objetais do *self* interior podem ser projetadas tanto no terapeuta como em outrem. Ressalta-se que o papel do terapeuta é auxiliar o paciente a mentalizar que



aspectos seus estão sendo projetadas nos outros como uma maneira de tentar controlar as partes angustiadas dele mesmo. Os terapeutas destes pacientes devem ajudar a reconhecer que o ódio é uma emoção ubíqua, que deve ser integrada e suavizada com o amor, de modo que deixa a agressividade e a violência, presente em grande parte nestes pacientes, de lado (GABBARD, 2016).

No feedback interpretativo foi colocado para o paciente que enquanto o mesmo não superasse o ciclo de praticar a agressão mesmo que sutil pelo puro prazer de ver o sofrimento da dependência financeira que a mãe tem, não conseguiria seguir em frente com a sua própria vida, não teria o gozo de uma vida equilibrada, por ter sempre o sentimento de humilhação e rejeição presente. Como também da mesma forma que ele tenta matar a figura paterna por tê-lo abusado, ele mata as suas relações afetivas quando não consegue mantê-las além da relação sexual, matando também o desejo de construir um relacionamento afetivo.

Se o sujeito é feito e efeito de linguagem, não podemos na linguagem (seja na escrita ou na fala) subtrair o sujeito e ficar apenas com a linguagem; e nem tão pouco subtrair a linguagem e ficar com o sujeito. Desse modo, parece interessante pensar a dimensão subjetiva presente na linguagem. (MALISKA, 2013, p. 2)

Em Lacan, o tema da escrita pode ser abordado por três caminhos igualmente importantes: a instância da letra no inconsciente, a letra na fantasia e a redução do sintoma à letra. No primeiro, coloca-se a proposição lacaniana da letra ligada à construção freudiana das formações do inconsciente. Ou seja, no sentido em que a emergência da letra no inconsciente traz algo que pode ser situado como um isso mostra – alguma coisa do lado da pulsão que demanda inscrição. Freud deu-lhes o estatuto de formação de compromisso de moções pulsionais, o que a situa um pouco diferente da abordagem lacaniana. (COSTA, 2012, p. 65)

Na sexta sessão, foi utilizado a técnica da cadeira vazia que consiste em colocar uma cadeira vazia no *setting* terapêutico, no qual imaginativamente, estará sentado um personagem que seja bastante presente no discurso do paciente. Originalmente, a cadeira vazia servia bem como uma demonstração prática de como opera a inversão de papéis. Tanto se constituía como uma intervenção psicodramática criada por Moreno, como uma demonstração pedagógica das possibilidades do psicodrama, uma dupla função. (PERAZZO, 2018) É uma vivência útil e



satisfatória, principalmente se tratando do caso deste paciente, onde o mesmo fez um esforço significativo para romper com os seus mecanismos de defesa, para enfim conseguir realmente trabalhar os sentimentos negativos que sente em relação a mãe, o não conseguir estabelecer contato satisfatório na relação com a mesma, foi o ponto de partida, devido à existência de sentimentos como raiva, mágoa e ressentimento, conscientes ou não.

Ao longo da utilização da técnica da cadeira vazia o paciente falou dos seus sentimentos mais profundos, pode demonstrar mais uma vez sua indignação pela falta de apoio da mãe quando revelou a VS sofrida pelo padrasto, também trouxe toda a mágoa pela negligência sofrida quando a mãe negava apoio e, principalmente a falta de afeto com ele e seus irmãos. Entretanto, demonstrou sentir amor, pedindo perdão e desejando seguir em frente deixando o passado onde ele deve estar, desejando que a relação entre eles melhore e que tenha mais afeto e sinceridade. Quanto ao padrasto o paciente afirma não conseguir perdoá-lo e que precisaria de mais tempo para elaborar tudo o que foi feito. A técnica da cadeira vazia terminou com o paciente afirmando que apesar de se sentir cansado por ter feito um esforço grande para dizer tudo o que disse e se permitir sentir o que sentiu, conseguiu enfim se sentir mais leve, mais saldável e liberto.

O terapeuta deve ser firme, confiante, estabelecer limites, saber lidar com a sua própria agressividade, mantendo reservas narcísicas para amenizar as investidas agressivas do paciente, mostrando-se consistente nas combinações e decisões, ter mais participação ao longo da sessão, sabendo lidar com as incertezas de pacientes manipuladores, incluindo aqueles cronicamente suicidas, sabendo trabalhar em equipe e em supervisão, e sobretudo acreditar em seu potencial de que pode ajudar e de que o paciente vai melhorar passo a passo com a ajuda deste (EIZIRIK, AGUIAR & SCHESTATSKY, 2015).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O objetivo deste estudo foi discutir os fatores que influenciam o desenvolvimento do transtorno de personalidade Borderline (TPB), e sua correlação com a violência sexual vivenciada na infância. Os pacientes com TPB são tipicamente instáveis e intensos em seus afetos e comportamentos, facilmente despertando reações emocionais negativas nas pessoas que convivem com ele. A presença de violência no contexto familiar, tais como, negligência e abusos psicológicos e físicos e sexual contra as crianças. Além disso, a revelação do abuso

sexual demonstrou modificar a configuração familiar, uma vez que os dados apontam o rompimento das relações, como o afastamento do paciente do convívio com os familiares.

Diante dos resultados apresentados ao longo do processo terapêutico, conclui-se que a psicoterapia psicanalítica é assertiva no processo de ressignificação dos traumas vivenciados. Não existe como anular todas as vivências traumáticas, tudo o que foi construído ao longo de anos em sua vida, porém, o processo de análise mostrou-se favorável quanto à mudanças significativas em sua vida, proporcionando vivências mais maduras, por compreender mais de si por meio do autoconhecimento, de seus sentimentos e mudança de comportamento quanto a disfuncionalidade dos mesmos.

Percebe-se durante o período em que foi trabalhado as demandas referentes ao relacionamento com a mãe, o enxerga-se como um ser responsável somente por si, e o que fazer de si diante das situações da vida, seja como encorajado a viver ou como vítima, o paciente obteve bastante *insights* sobre si, sobre os seus comportamentos, e sobre como se tornar mais assertivo na vida, isso ficou perceptivo ao longo das sessões posteriores as técnicas trabalhadas no *setting* terapêutico. A cada semana, as contingências pareciam incitar readaptações, se por um lado imaginávamos uma situação e trabalhávamos a responsabilidade do novo passo, por outro a estrada mostrava-se curva, meteorologicamente instável, ora movimentada com diversos transeuntes e em outros dias tranquila – apenas os velhos rostos conhecidos.

Entende-se que o comportamento da vida cotidiana tende a repetir-se no *setting* terapêutico, o protagonismo suscitado no acompanhamento psicológico também alcança os demais ambientes em que o sujeito se insere. Por fim o paciente pode lançar-se no mundo, deixando suas marcas e permitindo-se marcar, sem medo, sem culpa, usufruindo de sua liberdade e protagonizando a sua história.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Wilson Castello de. **Além da catarse, além da integração, a catarse de integração.** Beyond catharsis, beyond integration, the catharsis of inte. Rev. bras. psicodrama, São Paulo , v. 18, n. 2, p. 97-106, 2010 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-53932010000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-53932010000200005&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 12 abr. 2019.

- ADRADOS, Isabel. A criança rejeitada. **Arquivos Brasileiros de Psicotécnica**, [S.l.], v. 18, n. 4, p. 93-100, jan. 1966. ISSN 0102-9282. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abpt/article/view/15464/14348>>. Acesso em: 12 Mar. 2019.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2014. Xliv, 948 p., 25 cm.
- BERLINER, L. & Conte, J. R. (1995). **The effects of disclosure and intervention on sexually abused children**. *Child Abuse & Neglect*, 19(3), 371-384.
- COSTA, A. **RELAÇÕES ENTRE PSICANÁLISE E ESCRITA**. Terceira Margem. Rio de Janeiro. Número 26. P. 61-79. 2012.
- CÂMARA, Leonardo Cardoso Portela. **Do descrédito (desmentido) à catástrofe: a teoria ferencziana do trauma**. / Leonardo Cardoso Portela Câmara. Rio de Janeiro: UFRJ/IP, 2012. Recuperado de [http://teopsic.psicologia.ufrj.br/nepecc/files/monografia\\_leonardocamara.pdf](http://teopsic.psicologia.ufrj.br/nepecc/files/monografia_leonardocamara.pdf)
- DIAS, C. A. (2004). **Costurando as linhas da psicopatologia borderland (estados-limite)**. Lisboa: Climepsi.
- Del Prette, A. & Del Prette Z.A.P. (1999/2001). **Psicologia das Habilidades Sociais - Terapia e Educação**. Petrópolis. Vozes Editora.
- FERENCZI, S. **Notas e fragmentos**. In: **Psicanálise IV**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- GABBARD, Glen O. **Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica** / Glen O. Gabbard; tradução: Fernando de Siqueira Rodrigues; revisão técnica: Gustavo Schestatsky, Gabriela Favalli. – 5. Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2016. Xiv, 638 p., 23 cm.
- HABIGZANG, L. F., Koller, S. H., Azevedo, G. A., & Machado, P. X. (2005). **Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(3), 341-348.
- HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- Kernberg, O., Selzer, M., Koenigsberg, H., Carr, A., & Appelbaum, A. (1991). **Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- LACAN, J. (1964) **O Seminário, Livro 11, os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, Editor, 1988.
- MALISKA, Maurício Eugênio. **DO TRAÇO AO LAÇO: A ESCRITA NA PSICANÁLISE COMO TENTATIVA DE FAZER DO TRAÇO REAL UM LAÇO SIMBÓLICO**. V

SIMPOF - Simpósio sobre Formação de professores. Educação Básica: Desafios frente às Desigualdades Educacionais. 2013. Campus Universitário de Tubarão.

MARANGA, A. R. (2002). **Organizações borderline: Aspectos psicodinâmicos**. Análise Psicológica, 20(2), Lisboa. doi: 10.14417/ap.307

MOLLER, Rochele Luciane et al . **Manifestações Contratransferenciais no Processo Terapêutico de uma Paciente com Personalidade Borderline**. Psico-USF, Campinas , v. 23, n. 4, p. 705-717, dez. 2018 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712018000400011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712018000400011&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 17 dez. 2018.

**Psicoterapia de Orientação Analítica: fundamentos teóricos e clínicos** / Organizadores, Cláudio Laks Eizirik, Rogério Wolf de Aguiar, Sidnei S. Schestatsky. – 3. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2015.

SANTOS, S. S. e Dell’Aglio, D. D. **“Quando o silêncio é rompido: o processo de revelação e notificação de abuso sexual infantil”**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. Psicologia & Sociedade; 22 (2): 328-335, 2010.

SOUZA, Vivian Bonani de; ORTI, Natália Pinheiro; BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini. **Role-playing como estratégia facilitadora da análise funcional em contexto clínico**. Rev. bras. ter. comport. cogn., São Paulo , v. 14, n. 3, p. 102-122, dez. 2012 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-55452012000300006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452012000300006&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 10 abr. 2019.

STOFFERS, J. M., Völlm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). **Terapias psicológicas para pessoas com transtorno de personalidade borderline**. Base de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas, 8, CD005652.

PERAZZO, Sergio. O mito da cadeira vazia. **Rev. bras. psicodrama**, São Paulo , v. 26, n. 1, p. 101-107, jun. 2018 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-53932018000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-53932018000100010&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 12 abr. 2019.

PASINI, T. F., & Dametto, J. (2010). **Abordagem psicodinâmica do paciente borderline**. Perspectiva, Erechim, 34(128), Recuperado de [http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/128\\_143.pdf](http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/128_143.pdf)

YEOMANS, F., Levy, K., & Caligor, E. (2013). **Transference-focused psychotherapy**. *Psychotherapy*, 50(3), 449-453. doi: 10.1037/a0033417



### Capítulo 3

## GESTÇÃO PRECOCE E SEUS REFLEXOS NA SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES: UMA ANÁLISE NO INTERIOR DE PERNAMBUCO

Vanessa de Carvalho Silva <sup>1</sup>

Maynara Vinícia Santos <sup>2</sup>

Wellington Tenório Cavalcanti Júnior <sup>3</sup>

Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves <sup>4</sup>

### RESUMO

A concepção da saúde integral, quando voltada a gestação, deve compreender a influência de fatores determinantes ao processo saúde-doença, levando-se em consideração a vulnerabilidade em que esta mulher é submetida. Este fator se intensifica, quando junto a isso, a gestação ocorre na adolescência, fase de grandes modificações psicológicas. Neste contexto, a saúde mental torna-se suscetível ao processo de adoecimento, sendo necessário o acompanhamento minucioso desta gestante. Com isso, o presente estudo teve como objetivo analisar o risco de depressão no período gestacional associado aos fatores determinantes de saúde de gestantes adolescentes do interior de Pernambuco. Trata-se de um estudo de caráter exploratório e descritivo, e abordagem quantitativa, realizado com gestantes de 12 a 18 anos acompanhadas pela Estratégia de Saúde da Família da zona urbana do município de Pesqueira, PE. Utilizou-se o Inventário de Depressão de Beck – BDI II e um questionário sociodemográfico, elaborado pelos pesquisadores. O estudo contou com a participação de 23 gestantes adolescentes e resultou em três principais categorias: caracterização sociodemográfica e sua relação com a gestação precoce; rede de apoio à gestação; e fatores impactantes à saúde mental de gestantes adolescentes.

**Palavras-chave:** Gravidez na Adolescência, Saúde Mental, Depressão, Saúde da Mulher.

---

<sup>1</sup> Graduanda do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto Federal de Pernambuco - IFPE, carvalho.csv@gmail.com;

<sup>2</sup> Graduanda do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto Federal de Pernambuco - IFPE, maynaravsantos@hotmail.com;

<sup>3</sup> Graduando do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto Federal de Pernambuco - IFPE, wellingtontenoriob@gmail.com;

<sup>4</sup> Mestre em Hebiatria, docente do Instituto Federal de Pernambuco – IFPE, claudia@pesqueira.ifpe.edu.br.

## INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase marcada por transformações profundas de caráter físico e psíquico, manifestando-se por um período de grandes descobertas e construções pessoais que possibilitam situações de vulnerabilidade (FONSECA et al., 2013). Esta transição da puberdade à fase adulta é classificada legitimamente no Brasil pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) como indivíduos de 12 a 18 anos (BRASIL, 1990).

Devido ao processo de amadurecimento, complicações que interrompem o processo natural de desenvolvimento da fase vivenciada podem ser capazes de refletir consequências imediatas, como medo, insegurança, solidão, entre outras repercussões na saúde mental que favorecem o desenvolvimento de transtornos psicológicos, sendo a depressão o problema mais frequente. Um dos fatores estressores mais comum é a gravidez na adolescência (TABORDA, 2014).

Neste sentido, o período gravídico-puerperal acrescenta alterações emocionais e físicas que aumentam a vulnerabilidade de gestantes adolescentes, em comparação às gestantes adultas, devido às questões comportamentais e sociais, assim como maior probabilidade de ocorrer complicações durante a gestação, parto e puerpério (CARDILLO et al., 2016; ALVES et al., 2015; HARTMANN; SASSI; CESAR, 2017).

Devido às vulnerabilidades enfrentada por esta população, o presente estudo, de abordagem quantitativa, e caráter exploratório e descritivo, busca levantar os impactos relacionados às condições de saúde de gestantes adolescentes de 12 a 18 anos que são acompanhadas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Pesqueira - PE, através de dois questionários: Inventário de Depressão de Beck (BDI II) e um questionário sociodemográfico elaborado pelos pesquisadores, com o objetivo de analisar o risco de depressão no período gestacional associado aos fatores determinantes de saúde de gestantes adolescentes do interior de Pernambuco. A análise de dados foi realizada através do programa estatístico *Statistical Package for the Social* (SPSS), na versão 11.0.

Com isto, o estudo possibilitou a elaboração de três categorias, sendo elas: 1) Caracterização sociodemográfica e sua relação com a gestação precoce; 2) Rede de apoio à gestação; e 3) Fatores impactantes à saúde mental de gestantes adolescentes.

Portanto, o estudo evidenciou a compreensão dos principais fatores determinantes de impacto à saúde mental de gestantes adolescentes, confirmando resultados levantados pela

literatura, e apresentando peculiaridades obtidos pela população participante. Através disso, é possível observar a importância do acompanhamento pela ESF quanto aos condicionantes de saúde mental, com destaque ao fortalecimento da rede apoio, principalmente, em âmbito familiar.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de caráter exploratório e descritivo, e abordagem quantitativa, realizado na zona urbana do município de Pesqueira, no interior de Pernambuco. De acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, o município compreendia 62.931 pessoas; entre elas, 5.962 eram do sexo feminino, na faixa etária de 10 a 19 anos. No âmbito da Atenção Básica, a área urbana do município possui oito Unidades Básicas de Saúde da ESF.

O marco temporal da coleta de dados foi de janeiro a maio de 2019. A população do estudo foi formada por todas as gestantes de 12 a 18 anos acompanhadas, durante o período de coleta de dados, pelas ESF da zona urbana de Pesqueira, totalizando-se 23 participantes. O procedimento de amostragem foi composto por uma amostra intencional endossada por Minayo (2000) e Gil (2009), que citam que, na escolha de um extrato da população (grupo estabelecido de elementos que detém determinados atributos), com base nos dados e informações disponíveis, pode ser avaliado enquanto universo representativo a ser estudado, assegurando o aprofundamento da compreensão desse subgrupo.

A coleta foi realizada em formato de entrevista, a partir de dois instrumentos, são estes: o BDI II, que é um instrumento de autoaplicação e autorrelato que propõe analisar o nível e progressão de sintomatologias depressivas, como também unificar o diálogo entre os profissionais e um questionário sociodemográfico elaborado pelos pesquisadores (POOLE; BRAMWELL; MURPHY, 2009). Em sua versão atualizada, o BDI-II é composto por 21 questões, com escores de 0 a 3, que pressupõem graus crescentes de depressão, sendo que a soma desses refletem a análise do instrumento: 0-10 indicam risco mínimo; 14-19 indicam risco leve; 20-28 indicam moderado; e acima de 29, indicam risco grave. Estes pontos de corte para determinar a gravidade dos sintomas são baseados na sugestão do estudo de Beck, Steer e Brown (1996).

O segundo instrumento é um questionário sociodemográfico, elaborado pelos próprios autores do estudo, contemplando o levantamento do perfil sociodemográfico e fatores



determinantes à saúde mental, através de 22 itens em formato de *checklist*, e aplicado pelos pesquisadores.

Os dados coletados foram analisados e estruturados, baseados no banco de dados do programa estatístico SPSS, na versão 11.0, e posteriormente, analisados por técnicas de estatísticas descritivas. O SPSS foi adotado devido a sua capacidade em análise estatística de abordagem quantitativa, no intuito de elaborar padrões e tendências de comportamento amostral referente a uma população específica (MEIRELLES, 2012).

As entrevistas só foram realizadas após da confirmação do desejo espontâneo em participar, e orientações dos objetivos e finalidades da pesquisa. As entrevistas foram agendadas conforme o dia de consulta de pré-natal das gestantes adolescentes nos serviços de saúde, para que assim não houvesse interferência na rotina da unidade. Foram realizadas também, visitas domiciliares junto com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Dessa forma, foi apresentado e assinado o Termo de Assentimento Livre Esclarecido pelas gestantes menores de 18 anos, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos respectivos responsáveis e gestantes com mais de 18 anos, realizada diante da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sob parecer no. 2.618.789 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Autarquia Educacional de Belo Jardim (AEB).

## DESENVOLVIMENTO

A adolescência faz parte de um ciclo de transição da infância a vida adulta, período em que se espera o desligamento da dependência para independência, ou seja, esse processo partiria de um modelo processual, sequencial e unidirecional (CAMARANO, 2006). A gestação na adolescência é considerada como um evento exclusivo, singular e às vezes atemporal, compreendido como um episódio precoce concomitante às classes mais pobres e com escolaridade baixa (HEILBORN e CABRAL, 2011).

Alguns estudiosos ressaltam que as variações emocionais nesta fase podem ser positivas, como: manifestação de satisfação e a autoafirmação da autoestima; ou negativas, como: predisposição para depressão, maternidade considerada como uma vivência difícil e isolada (CAPUTO e BORDIN, 2007; SILVA e CAMARGO, 2008). Em relação ao apoio familiar, se este for negativo haverá consequências para a adolescente, pois reflete sentimentos de baixa valorização, acarretando um grave sofrimento psíquico, o que pode afetar a criação do vínculo

mãe-bebê, fator relevante para progressão saudável do crescimento da criança e da mãe (BRUM e SHERMANN, 2006; BRUM e SHERMANN, 2007).

As diversas situações enfrentadas frente a gestação na adolescência corroboram para um certo nível de sofrimento psíquico, como também afetam nas mudanças corporais, cognitivas e sociais (ROSSETTO, SCHERMANN E BÉRIA, 2014). Segundo Freitas e Botega (2002), a ocorrência de aspectos emocionais pode intensificar na gestação e ocasionar um episódio de depressão. Existem diversos fatores de risco relacionados ao surgimento de uma depressão durante a gestação, tais como: baixa escolaridade, ausência de apoio social e conjugal, dependência financeira, eventos estressantes como conflitos no relacionamento e eventuais históricos de violência (COUTO, 2015).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da presente pesquisa deram-se em conformidade com o objetivo determinado, analisados mediante a elaboração sistemática de três categorias: caracterização sociodemográfica e sua relação com a gestação precoce; rede de apoio à gestação; e fatores impactantes à saúde mental das gestantes.

### 1) Caracterização sociodemográfica e sua relação com a gestação precoce:

A população da pesquisa deu-se por 23 gestantes participantes, abrangendo a faixa etária de 14 a 18 anos, com prevalência de gestantes de 17 anos (30,4%). Diante da relação com a região analisada, uma pesquisa nacional evidenciou que as regiões Norte e Nordeste apresentaram taxas superiores à média nacional de mulheres que engravidaram antes dos 19 anos de idade, com 55,5% em relação as outras regiões (CRUZ; CARVALHO; IRFFI, 2016).

No que se refere ao estado civil das adolescentes grávidas participantes desta investigação, quatorze (60,9%) afirmaram estar em união estável com o pai biológico da criança, cinco (21,7%) consideram-se casadas, e quatro (17,4%) disseram estar solteiras. A evidência é fundamentada a partir da análise de Faisal-Cury (2017), que aborda o desejo da gravidez na adolescência diante do fato de possuírem um parceiro.

Estudos demonstram a prevalência da gestação na adolescência relacionada a fatores socioeconômicos, educacionais e culturais (ALVES et al., 2015). Em relação as questões de cor/étnico-raciais, treze (56,5%) gestantes se autodeclararam pardas, quatro (17,4%) brancas, três (13%) amarelas, duas indígenas (8,7%) e uma preta (4,3%). Estes dados corroboram com a

literatura, de acordo com estudos que apresentam uma predominância de gestantes de cor parda seguidas de brancas (DIAS et al., 2015; VIEIRA et al., 2017).

Diante de um relevante fator cultural, a maioria das participantes revelaram não possuírem religião, sendo a opção de onze (47,8%) gestantes, seguidas de nove (39,1%) gestantes católicas e três (13%) gestantes protestantes/evangélicas. A religião é um componente que possui forte influência na vida das pessoas, uma vez que dita o modo de agir e as condutas morais a serem adotadas (COSTA et al., 2018). Entretanto, Assis et al. (2013) afirma que a religião não é suficiente para manter a virgindade até o casamento, pois são adotadas práticas sexuais livremente, mesmo que não seja de conhecimento dos responsáveis.

Já no fator educacional, a pesquisa evidenciou resultados aproximados quanto a permanência e a desistência dos estudos no momento da entrevista. Treze (56,5%) gestantes afirmaram ainda estudar, enquanto que dez (43,5) não estudam mais. Alves et al. (2015) destaca em seu estudo a ausência de expectativas educacionais por gestantes adolescentes; isto não condiz com os dados obtidos pela presente pesquisa, pois apesar de apresentar dados equilibrados, ainda há a prevalência de gestantes que permanecem estudando após engravidarem.

Além disso, o nível de escolaridade de maior prevalência foi do ensino fundamental II incompleto, sendo apresentado por dez (43,5%) gestantes. Seguido de nove (39,1%) que possuem ensino médio incompleto; duas (8,7%) com ensino fundamental II completo; e duas (8,7%) que concluíram o ensino médio. Os resultados confirmam a adequação dos níveis de escolaridade para cada faixa etária das entrevistadas, uma vez que a predominância das gestantes adolescentes está entre 17 e 18 anos, sendo treze (56,5%) gestantes, assim como a predominância de gestantes com ensino médio incompleto ou completo (47,2%), levando-se em consideração as gestantes que não estudam mais.

Entretanto, em análise das gestantes que afirmaram não estudar mais, oito (80%) revelaram que a causa é relacionada a gravidez, enquanto que uma (10%) justificou o fato pela falta de tempo, e uma (10%) pela falta de apoio. O predomínio da causa da evasão escolar ser a gravidez corrobora com o estudo de Faisal-Cury (2017).

Os fatores socioeconômicos apresentam-se como o fator de risco de maior predominância para depressão na gestação, de acordo com a literatura (KLIEMANN; BÖING; CREPALDI, 2017). As gestantes participantes referiram, em sua maioria, não saber a renda média mensal da casa que residem; afirmaram oito (34,8%) não ter este conhecimento.

Quanto as demais gestantes, sete (30,4%) afirmaram possuir menos do que um salário mínimo; sete (30,4%) um a dois salários mínimos; e uma (4,3%) dois a três salários mínimos. Os resultados estão de acordo com a análise de Alves et al. (2015), que afirmam a ocorrência da gravidez associada aos baixos níveis socioeconômicos. Estudo apresenta dados com a mesma realidade, sendo a prevalência de gestantes com renda média mensal de um salário mínimo (DIAS et al., 2015).

## 2) Rede de apoio à gestação:

A relação encontrada diante do planejamento da gestação pode indicar maior ou menor sofrimento da adolescente, uma vez que acarreta mudanças inesperadas para a mesma (SCHWARTZ; VIEIRA; GEIB, 2011). Os resultados evidenciam que a maioria das gestantes não planejaram a gravidez, sendo um total de quinze (65,2%) gestantes.

Diante do possível sofrimento consequente a gravidez, o apoio social é sinônimo de proteção e segurança, diminuindo-lhe a angústia. A realidade das gestantes participantes revelam uma primeira reação pela família, ao descobrirem a gravidez, como reação boa, para dez (43,5%) gestantes, seguidas de uma reação regular para sete (30,4%) gestantes, ótima para três (13%) gestantes, ruim para duas (8,7%); e péssima para uma (4,3%). Estes resultados não estão de acordo com os dados revelados na literatura. O estudo de Silva et al. (2014), evidencia maiores reações negativas no início da gestação, e aceitação da família ao passar do tempo.

A discussão acerca do apoio familiar é essencial para a proteção à saúde da gestante adolescente, pois no contexto da gravidez precoce, os mecanismos de proteção mais buscados estão no núcleo familiar. Entretanto, para algumas famílias, a aceitação pode tornar-se um problema a mais para a adolescente enfrentar. Estudos revelam que a prevalência de sofrimento psíquico intenso é de 1,6 vezes maior em adolescentes que não tiveram apoio da sua família na gestação (SCHWARTZ; VIEIRA; GEIB, 2011; ROSSETTO; SCHERMANN; BÉRIA, 2014).

O apoio recebido do parceiro também é um fator alarmante, pois a prevalência de sofrimento psíquico intenso nas adolescentes que não possuíram o apoio do parceiro durante a gestação é 1,4 vezes maior do que nas gestantes que possuíram (ROSSETTO; SCHERMANN; BÉRIA, 2014). As gestantes participantes consideraram, em sua maioria, a reação do pai biológico como uma reação ótima e boa, totalizando vinte e uma (91,3%), sendo que onze (47,8) gestantes consideraram boa, e dez (43,5) consideraram ótima. Apenas duas (8,7%) consideraram regular. Neste sentido, fica evidente que o pai da criança foi o componente que mais forneceu apoio para as gestantes participantes, sendo apontados por doze (52,2%) gestantes como o

primeiro apoio ao descobrir a gravidez. Em seguida, destacou-se a mãe, para 5 (21,7%) gestantes; outros, para 5 (21,7%) gestantes; e uma (4,3%) apontou um/a amigo/a como primeira pessoa a apoiá-la.

Quanto a primeira reação das gestantes, ao descobrir a gravidez, foi identificado o sentimento de maior predominância sendo o de preocupação, indicado por nove (39,1%) das gestantes. Seguidos desse, tem-se oito (34,8%) gestantes que afirmaram terem ficado felizes, cinco (21,7%) extremamente felizes, e uma (4,3%) decepcionada. Segundo Costa et al. (2018), os sentimentos tidos no período de gestação apresentam ambivalência, tendo-se inicialmente medo, angústia e rejeição, e posteriormente se transformam em prazerosas emoções.

### 3) Fatores impactantes à saúde mental das gestantes:

Diante dos fatores já apresentados, que interferem diretamente à saúde mental das gestantes, tem-se a limitação à fase vivenciada, que reflete sentimentos ambíguos, como já discutido anteriormente. Neste sentido, as gestantes revelaram sentir falta de atividades que realizavam antes da gravidez, que não realizam mais, como: sair para festas, evidenciada prevalentemente por dez (43,5%) das gestantes; seguidas de nenhuma atividade, por sete (30,4%) das gestantes; estudar, afirmada por cinco (21,7%) das gestantes; e outras atividades, por uma (4,3%).

A adolescência é um período de desenvolvimento para a fase adulta, sendo um preparo para que o indivíduo possa lidar com eventos estressores (COSTA; JUNIOR; FARJADO, 2014). Esta perspectiva é compreendida pelas gestantes participantes, uma vez que dezessete (73,9%) afirmaram que a gravidez não é um evento indicado para a sua faixa etária; as outras seis (26,1%) justificaram, em sua maioria, ser indicada para a faixa etária, pois, segundo elas, não havia interferido na sua atual fase de vida. Os dados corroboram com o estudo de Silva et al. (2014), na qual todas as participantes afirmaram se considerarem muito jovens para a gravidez.

Apesar da gestação ser relacionada a momentos de felicidade, fatores externos ainda são grandes influentes deste processo. A sociedade alterou a concepção de maternidade ao longo dos anos, passando de um processo de estabilidade matrimonial e normal para uma concepção negativa de interrupção dificultosa do ciclo natural de desenvolvimento do jovem. Esta situação causa reações diferentes de aceitação e julgamento da sociedade perante a gravidez precoce (RIOS; WILLIAMS; AIELLO, 2007).

Neste sentido, quando indagadas sobre a ocorrência de situações em que outras pessoas as trataram mal por estarem grávidas jovens, dez (43,5%) afirmaram terem passado por alguma

situação deste contexto, confirmando a concepção negativa dada atualmente à gravidez em adolescentes. Destas, oito (80%) consideraram como uma forma de ofensa violenta, sendo evidenciada, prioritariamente, pelos próprios familiares, em 60% dos casos, seguidos do próprio companheiro com 20% dos casos, e amiga e vizinhos, por 10% dos casos, cada.

Em complemento a análise destes fatores impactantes à saúde mental das gestantes, o BDI II evidenciou treze (56,5%) gestantes com risco mínimo à depressão; seis (26%) gestantes com risco leve; duas (8,7%) com risco moderado; e duas (8,7%) com risco grave à depressão.

Levando em consideração a vulnerabilidade psicológica em que a mulher se encontra, e os fatores abordados nas outras categorias, a necessidade do olhar atento para cada situação de saúde das gestantes apresenta-se fundamental, uma vez que a depressão na gestação decorre de múltiplos fatores e apresenta-se de forma complexa (KLIEMANN; BÖING; CREPALDI, 2017).

Um importante fator a ser abordado é referente as consequências advindas deste processo, uma vez que pode gerar risco para depressão pós-parto. Segundo Molina e Kiely (2011) a preocupação está relacionada aos efeitos adversos decorrentes da depressão pós-parto, afetando o funcionamento psicossocial da mãe, a relação da mãe e do bebê e assim, o desenvolvimento psicossocial da criança. Os presentes resultados referem 17,4% das gestantes com risco moderado e grave, reforçando a necessidade de um olhar cuidadoso e acompanhamento integral para estas gestantes (KLIEMANN; BÖING; CREPALDI, 2017).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão dos diversos fatores determinantes no processo saúde-doença é fundamental em uma atenção integral no âmbito da saúde da mulher gestante. Neste período, os fatores impactantes tornam-se mais sensíveis e determinantes, devido a vulnerabilidade em que esta população se encontra. Este contexto apresenta a saúde mental como destaque, assim, o acompanhamento minucioso é necessário para a proteção e o cuidado mediante os processos de adoecimento, como é o caso da depressão no período da gestação. A presente pesquisa aponta a gestação, quando precoce, como evento estressante no desenvolvimento de fatores de risco à depressão. Esta situação exige maior acompanhamento não apenas à gestante, mas aos diversos fatores envolvidos, como destaca-se na presente pesquisa, o contexto familiar. Assim, a atenção dos profissionais de saúde no acompanhamento pré-natal é

fundamental na mudança deste contexto complexo e delicado à saúde da adolescente e da criança. Com isso, nota-se a importância da pesquisa voltada às vulnerabilidades de adolescentes grávidas e das consequências da depressão para a gestação.

## REFERÊNCIAS

ASSIS M.R., et al. Gravidez na adolescência e sua relação com a prática do sexo seguro. *Rev Enferm UFPE*, Recife, v.7, n.4, p. 1073-1080, 2013. Acesso em: 10 jun 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11582/13602>>.

ALVES, L. G. et al. Perfil socioeconômico de adolescentes grávidas atendidas no centro de referência da saúde da mulher na cidade de São Francisco do Conde–BA. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, v. 14, n. 2, p. 143-146, 2015. Acesso em: 08 jun 2019. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/11791>>.

BECK, A. T.; STEER, R. A.; BROWN, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

BGE. *Censo Demográfico 2000 – Características Gerais da População*. Resultados da Amostra. IBGE, 2003.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. *Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências*. Brasília: Diário Oficial da União; 1990.

BRUM, E.H.M.; SHERMANN, L.B. Intervenção para promover a qualidade do vínculo mãe-bebê em situação de nascimento pré-termo. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*, v. 17, n.2, p. 12-23, 2007. Acesso em: 12 jun 2019. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/viewFile/19828/21900>>.

BRUM, E.H.M.; SHERMANN, L.B. O impacto da depressão materna nas interações iniciais. Porto Alegre: *Rev Psico*, v. 37, n.2, p.151-158, 2006. Acesso em: 01 jun 2019. Disponível em: <



<http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1429/1122>>

.

CAMARANO, A.A. *Transição para a vida adulta ou vida adulta em transição?* Rio de Janeiro: IPEA; 2006.

CAPUTO, V.G.; BORDIN, I.A. Problemas de saúde mental entre jovens grávidas e não-grávidas. *Rev Saude Publica*, v. 4, n. 41, p. 573-581, 2007. Acesso em: 15 jun 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000400011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400011&lng=en&nrm=iso)>.

CARDILLO, V.A. et al. Identificação de sintomas depressivos no período pós-parto em mães adolescentes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 18, 2016. Acesso em: 11 jun 2019. Disponível em: < <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/32728> >.

COSTA, G.F. et al. Fatores psicossociais enfrentados por grávidas na fase final da adolescência. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 31, n. 2, 2018. Acesso em: 10 jun 2019. Disponível em: < <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6661/pdf>>.

COSTA, F. C., JÚNIOR, E. G. J. FAJARDO, R. S. Depressão e suicídio na adolescência: Representações sociais e indicadores de risco. *Rev Visão Universitária*, v. 1, n. 1, p. 9-19. 2014. Acessado em: 13 jun 2019. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/133593>>.

COUTO, T.C et al. Antenatal depression: Prevalence and risk factor patterns across the gestational period. *Journal of Affective Disorders*, v. 192, p.70-75, 2016. Acesso em: 01 mai 2019. Disponível em: < <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016503271530971X?via%3Dihub>>.

CRUZ, M.S.; CARVALHO, F.J.V.; IRFFI, G. Perfil socioeconômico, demográfico, cultural, regional e comportamental da gravidez na adolescência no Brasil. *Revista Planejamento e Políticas Públicas*, n. 46, 2016. Acesso em: 16 jun 2019. Disponível em: < <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/567/391>>.



DIAS, E.G. et al. Percepções sobre a gravidez em um grupo de adolescentes grávidas do município de Janaúba-MG. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*, n. 2, p. 1239-1253, 2015. Acesso em: 14 jun 2019. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/download/2908/2611/>>.

FAISAL-CURY, A. et al. Unplanned pregnancy and risk of maternal depression: secondary data analysis from a prospective pregnancy cohort. *Psychology, health & medicine*, v. 22, n. 1, p. 65-74, 2017. Acesso em: 15 jun 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26920489>>.

FONSECA F. F. et al. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. *Rev Paul Pediatr*, v. 31, n. 2, p. 258-64. 2013. Acesso em: 11 jun 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v31n2/19.pdf>>.

FREITAS G.V.S., BOTECA N.J. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Rev Assoc Med Bras*, v. 48, n.3, p.245-249, 2002. Acesso em: 12 jun 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302002000300039&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302002000300039&lng=en&nrm=iso)>.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas; ed. 6, 2009.

HARTMANN, J.M.; SASSI, R.A.M.; CESAR, J.A. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*, v. 33, n. 9, 2017. Acesso em: 19 jun 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n9/1678-4464-csp-33-09-e00094016.pdf>>.

HEILBORN ML, CABRAL CS. A new look at teenage pregnancy in Brazil. *ISRN Obstet Gynecol*, v. 2011, 2011. Acesso em: 11 jun 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21912748>>.

KLIEMANN, A.; BÖING, E.; CREPALDI, M.A. Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. *Revista Psicologia da Saúde*, v.25, n.2,

jul/dez, 2017. Acesso em: 10 jun 2019. Disponível em: < <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/7512/6006> >.

MEIRELLES, M. O Uso do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na Ciência Política: uma breve introdução. *Pensamento Plural*, n. 14, p. 65-92, 2014. Acesso em: 10 jun 2019. Disponível em: < <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/pensamentoplural/article/view/3801/3414> >.

MINAYO, M. C. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; ed. 8, 2000.

MOLINA, K. M. & KIELY, M. Understanding depressive symptoms among high-risk, pregnant, African-American women. *Womens Health Issues*, v.21, n.4, p. 293-303, 2011. Acesso em: 01 mai 2019. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21565525> >.

POOLE, H.; BRAMWELL, R.; MURPHY, P. The utility of the Beck Depression Inventory Fast Screen (BDI-FS) in a pain clinic population. *European Journal of Pain*, v. 13, n. 8, p. 865-869, 2009. Acesso em: 18 jun 2019. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19010075> >.

ROSSETTO, M.S.; SCHERMANN, L.B.; BÉRIA, J.U. Maternidade na adolescência: indicadores emocionais negativos e fatores associados em mães de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, p. 4235-4246, 2014. Acesso em: 10 jun 2019. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n10/1413-8123-csc-19-10-4235.pdf> >.

SCHWARTZ, T.; VIEIRA, R.; GEIB, L.T.C. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 2575-2585, 2011. Acesso em: 10 jun 2019. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a28v16n5.pdf> >.

SILVA A.A.; CAMARGO N.C. Repercussões negativas de gravidez na adolescência: Revisão de literatura. *Rev Cient Eletr Psicol*, Ano VI, n. 11, 2008. Acesso em: 15 jun 2019. Disponível em: < [http://faef.revista.inf.br/imagens\\_arquivos/arquivos\\_destaque/3hUOWZG5b1orVoS\\_2013-5-13-12-34-1.pdf](http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/3hUOWZG5b1orVoS_2013-5-13-12-34-1.pdf) >.

SILVA et al. Gravidez e dinâmica familiar na perspectiva de adolescentes. *Bol. Acad. Paulista de Psicologia*, São Paulo, v. 34, n. 86, p. 118-138, 2014. Acesso em: 11 jun 2019. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v34n86/a09.pdf>>.

TABORDA, J.A et al. *Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas*. Cad. Saúde Colet. Rio de Janeiro, 2014.

VIEIRA, E.M. et al. Gravidez na adolescência e transição para a vida adulta em jovens usuárias do SUS. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, p. 1-11, 2017. Acesso em: 11 jan 2019. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67249591020>>.

RIOS K.S.A.; WILLIAMS L.C.A.; AIELLO A.L.R. Gravidez na adolescência e impactos no desenvolvimento infantil. *Rev Adolesc Saude*, v. 4, n.1, p. 6-11, 2007. Acesso em: 12 jun 2019. Disponível em: <[http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=114](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=114)>.



## Capítulo 4

### MORTALIDADE POR VIOLÊNCIA: RAÇA ENQUANTO DETERMINANTE DE DESIGUALDADES SOCIAIS E FATOR DE RISCO PARA MORTALIDADE NO BRASIL

Kamila Lúcia dos Santos <sup>1</sup>

#### RESUMO

No Brasil, desde a década de 1980, a mortalidade por causas externas é a segunda causa de óbito, entretanto, quando avaliadas a partir dos anos potenciais de vida perdidos, passam a ocupar a primeira posição. No país, a desigualdade das mortes violentas por raça/cor se tornou mais evidenciada no período de 2006 a 2016, quando o percentual de homicídio de indivíduos não negros diminuiu 6,8%, à medida que a vitimização da população negra (pardos e pretos) aumentou 23,1% (CERQUEIRA, 2019). A cor da pele ser negra está fortemente ligada a diversos indicadores de iniquidades sociais na população brasileira, incluindo as estatísticas de mortalidade. O objetivo do presente estudo é por meio de uma revisão de literatura refletir as diferenças raciais/cor na mortalidade por violência no Brasil, contribuindo para revelar iniquidades sociais que a desigualdade racial promove, resultantes da exclusão histórica que os negros e negras viveram e vivem até hoje no Brasil.

**Palavras-chave:** Mortalidade. Violência. Raça e saúde. Identidade de Gênero.

#### INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde reconhece que a mortalidade por causas externas constitui um problema de saúde pública, desde 1996. Estima-se que, anualmente, morrem cerca de 5,8 milhões de pessoas no mundo vítimas de violência ou lesões não intencionais, representando a quarta causa de morte mundial, cerca de 9% da mortalidade global (WHO, 2008; WHO, 2014).

Tais estatísticas preocupam, principalmente por afetarem primordialmente a população jovem, resultando em diversos impactos na sociedade. Segundo as mais recentes estimativas mundiais de saúde da OMS, dentre os países da América, o Brasil subiu duas posições entre os anos de 2015 e 2016, passando a ocupar a sétima maior taxa de homicídio da região das Américas, com 31,3 mortes para cada 100.000 habitantes. Ainda, o Brasil é o país com o maior número absoluto de assassinatos, com registros de 64,9 mil homicídios segundo dados da OMS referente ao ano de 2016 (WHO, 2018).

---

<sup>1</sup>Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, e-mail: kami.snts@gmail.com;

Ainda assim dados do **Atlas da Violência de 2019**, produzido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), demonstrou que houve crescimento no número de homicídios de mulheres no Brasil. Ao analisar dados dos anos de 2007 a 2017, o Instituto observou que ocorreu aumento de 30,7% neste número, bem como, em relação ao ano de 2017 houve aumento de 6,3% no número de homicídios quando comparado ao ano anterior (IPEA, 2019).

Tais dados preocupam, visto que, a violência constitui uma das principais causas de morte na América Latina e no mundo. A redução da mortalidade por causas externas, em especial aquela resultante da violência, representa um desafio para todos os países, tanto os em desenvolvimento como também os países desenvolvidos. Na Colômbia, por exemplo, o homicídio representou a principal causa das mortes por causas externas, tendo acidentes de trânsito o segundo lugar, seguido por suicídios ocupando a terceira posição (SEGURA-CARDONA; CARDONA-ARANGO, 2018).

Ao estudar os dados sobre violência na década 2007-2017, o IPEA observou que o número de crescimento de homicídios entre mulheres não negras é de 1,7%, enquanto tal número para mulheres negras foram (indivíduos negros, estão sendo aqui definidos como a soma de pessoas consideradas pretas ou pardas, seguindo a classificação utilizada pelo Sistema de Informações de Mortalidade, seguindo orientações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE), é de 60,5%. Isso significa dizer que a taxa de homicídios de mulheres negras teve crescimento expressivo de 29,9%, ao passo que a taxa de homicídio de mulheres não negras indicou crescimento de 1,6% (IPEA, 2019).

No Brasil, o **Atlas da Violência de 2018**, mostrou que a desigualdade das mortes violentas por raça/cor se tornou mais evidenciada na década de 2006 a 2016, quando o percentual de variação de homicídio de indivíduos não negros diminuiu 6,8%, à medida que a variação de vitimização da população negra (pardos e pretos) aumentou 23,1%. Deste modo, a pesquisa concluiu também, que, no ano de 2016 foi possível notar uma taxa de homicídios por 100 mil habitantes de 40,2 para a população negra, enquanto o mesmo indicador para o restante da população foi de 16 (CERQUEIRA, 2018).

Ser negro significa estar exposto a um ciclo de desvantagens. Visto que a população brasileira negra vivencia situações de exclusão socioeconômica e marginalidade acumuladas ainda com a discriminação racial. Faz-se necessário estudar os fatores determinantes das altas

taxas de mortalidade de pessoas de pele negra em nossa sociedade (NORONHA, 2003; CUNHA, 2003).

Assim, a escolha pelas temáticas advém da magnitude das desigualdades raciais relacionadas à mortalidade por violência perpassando pela questão de gênero. O objetivo deste trabalho é através de uma revisão de literatura refletir acerca das iniquidades sociais que a desigualdade racial e de gênero promovem, vislumbrando minimizar o processo de exclusão histórica que os negros e negras viveram e vivem até hoje no Brasil.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão bibliográfica sobre a violência e suas determinações sociais pelas dimensões de raça/cor, expondo alguns fundamentos essenciais das temáticas como fator estruturante das relações sociais brasileiras. A presente revisão foi realizada entre os meses de janeiro a julho de 2019, por pesquisa bibliográfica. Para a realização da pesquisa foram utilizadas palavras chaves que atendessem a necessidade da revisão. Como critérios de inclusão, consideraram-se estudos realizados no Brasil que abordassem as temáticas abordadas, tais quais, violência e raça. Excluíram-se estudos com foco diferente do objetivo da revisão.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A Organização Mundial da Saúde define violência como: o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. A violência está entre as principais causas de morte de pessoas na faixa etária de 15 a 44 anos no mundo (WHO, 2002).

No Brasil, desde a década de 1980, a mortalidade por causas externas é a segunda causa de óbito, entretanto, quando avaliadas a partir dos anos potenciais de vida perdidos, passam a ocupar a primeira posição (ARAÚJO et al. 2009). As taxas elevadas de mortalidade relacionadas às violências são decorrentes, principalmente, dos altos números de homicídios no país, no qual perpetradores e vítimas são primordialmente jovens do sexo masculino, negros e com grau de escolaridade mais baixo. Em distribuição proporcional da mortalidade por causas externas em 2007, os homicídios ocuparam o primeiro lugar, com 36,4%, seguido de mortes relacionadas ao trânsito, com 29,3% (REICHENHEIM, et al., 2011; SOUZA; LIMA, 2010).

Definir violência apenas em termos de ferimento ou morte restringe a compreensão deste fenômeno complexo. Muitas formas de violência que ocorrem, em indivíduos, ou nas comunidades e sociedades em geral não significam necessariamente lesões ou óbito, entretanto, podem resultar em problemas físicos, psicológicos e sociais (DAHLBERG; KRUG, 2007).

A forma que a violência tem se manifestado tem mudado, pois se considera não apenas o fenômeno no que ele apresenta de forma mais objetiva, mas principalmente as percepções que sobre ele circulam, nas representações que o descrevem (WIEVIORKA, 2012).

Posto que, a violência é o resultado de uma complexa interação dos fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais que constituem a humanidade, não existe um único fator que explique por que alguns indivíduos se comportam violentamente com outros ou por que a violência é mais comum em algumas comunidades do que em outras (DAHLBERG; KRUG, 2007).

Autores como Lopes (2005), Noronha (2003), Santos (2000), Jaccoud (2002), afirmam que temos na desigualdade racial, iniquidades sociais como um de seus principais determinantes. No contexto referente à dimensão social e econômica, entende-se que o processo histórico de formação da sociedade capitalista brasileira implicou no desenvolvimento de uma complexa rede de contradições sociais, criando e recriando critérios de seleção social e gerando desigualdades sociais que, ao compreender e mesclar-se com diversidades raciais provocaram um efeito duplo de contradições de classe e raça, que inúmeras vezes se compõem e se confundem.

Noronha (2003), traz em sua reflexão a noção de pobreza não como sinônimo de desvantagens econômicas, mas como uma discriminação instituída em todos os níveis da vida social, perpassando pela exclusão de bens fundamentais ao exercício da cidadania. Do mesmo modo, atribui à crise institucional brasileira, às mudanças demográficas indicando a presença de um maior contingente de jovens nas cidades e às transformações das posturas individuais da sociedade como alguns dos fatores que tem levado à produção da violência intencional no país.

A autora continua ao afirmar que nos anos 1980, as violências passaram a ocupar a posição de segunda causa de morte entre os brasileiros, com aumento das taxas de homicídios no país, entretanto, há variações nos riscos ocasionados pelas mortes e agressões violentas



conforme a renda dos grupos sociais. Ocorre que enquanto temos dados que nos mostram que os pobres são os principais autores dos crimes e violências registradas, em contraponto, temos esta mesma parcela populacional como os principais vitimizados (NORONHA, 2003).

Na década de 1990, ocorreu um aprofundamento da pobreza no mundo. Neste período a crise econômica se expandiu para o plano social, cultural e político, contribuindo para uma pobreza estrutural. Em conjunto, transcorreu também a ascensão do individualismo como valor central e orientador de condutas, no qual o indivíduo se sentiu mais livre dos vínculos sociais em consonância com a falha das ações de prevenção de violência principalmente nos espaços urbanos e de maiores concentrações de pobreza. Todos esses fatores contribuíram para maiores taxas de mortalidade por violência (SANTOS, 2000).

Deste modo, segundo Cunha (2003), quando analisamos as taxas de mortalidade em distintos contextos socioeconômicos e em determinados grupos populacionais é necessário observar as diferentes características entre as populações referidas, pois, não se pode desassociar a desigualdade social nos diferentes padrões de condições de vida no país das diversas dimensões de violências existentes.

A violência faz parte da organização social brasileira porque está imbrincada de tal modo às relações de poder que foram constituídas de forma desigual na historicidade de nossa sociedade, isto tanto em suas dimensões de gênero, raça e classe (ROMIO, 2009). Apresenta-se como um fato dinâmico, fazendo parte de uma sociedade, tendo em vista seus aspectos estruturais e culturais, todavia, mostra-se como um fenômeno específico que se destaca e faz parte da dinâmica social (MINAYO, 2006).

Não se conhece nenhuma sociedade que tenha existido sem a convivência da violência nos seus mais diversos moldes. Atualmente, já não há mais espaço para percebê-la como decorrente de causas naturais resultante das características biológicas e inatas humanas (DESLANDES, 2001).

Chesnais (1981) apud Minayo (2006) afirma que no imaginário da sociedade existem três manifestações de violências, tanto para o plano individual, como para o coletivo, sendo elas: a “violência física”, literalmente, que pode ser compreendida com os homicídios, agressões, violações, torturas, roubos; a “violência econômica” que consiste na apropriação indevida e

agressiva de bens, e a “violência moral” que diz respeito à dominação cultural e ofensiva ao outro.

Portanto, pode-se compreender que se há nos traços culturais este sentido negativo tão marcante dado à violência social pela população, no inconsciente popular existe também uma afirmação de que a violência está imbrincada a vida social e suas redes de relações, de vivência e dos conflitos de poder. Este complexo e polissêmico fenômeno sempre esteve presente nas sociedades, cada uma ao seu modo (MINAYO, 2006).

Nesse contexto, Silva e colaboradores (2018) nos trazem que diversos autores afirmam que para compreender o fenômeno da violência precisamos refletir também Minayo (2006), traz-nos que a violência por si mesma não é uma questão de saúde pública, na verdade, ela se transforma em um importante problema para a área porque atinge a saúde a nível individual e coletivo, deste modo, incorpora-se em um componente subjetivo uma necessidade de prevenção e enfrentamento.

A autora continua trazendo que a violência é a expressão comportamental daquilo que não foi elaborado, assim, ela traduz a existência de inúmeros problemas sociais que não são colocados como temáticas de debate e busca de solução para a sociedade (MINAYO, 2006).

Segundo Minayo (2009) existem diversos tipos de violência cultural que ocorrem no Brasil e que são constituídas por hábitos e costumes de longa duração, enraizados no cotidiano do país, tais quais, violência intrafamiliar, agressões conjugais; abusos físicos, psicológicos e sexuais; negligências; trabalho em idade precoce no caso da infância e da adolescência; entre outros.

Wilkinson & Pickett (2006), afirmam que a desigualdade social pode resultar em problemas à saúde humana, pois, do ponto de vista psicossocial, os problemas causados pela vivência dos indivíduos em sociedades desiguais vêm sendo apontada como uma das grandes responsáveis pelas altas taxas de homicídio, mortalidade e uma menor esperança de vida ao nascer. Desta maneira, os níveis elevados de desigualdade que persistem historicamente e são a base de diversas formas de expressão da violência, centralizam uma das formas principais e mais contundentes de violência no Brasil, podendo ser denominada como estrutural e ‘estruturante’ pelo seu grau de enraizamento (MINAYO, 2006).

Contextualizando a violência contra negros no Brasil com dados recentes, no ano de 2017, aproximadamente, 2,7 negros sofreram homicídios em relação para cada pessoa não negra que foi morta no mesmo ano. Neste mesmo ano, 75,5% dos indivíduos que foram mortos por

homicídios, foram pessoas negras, ao passo que a taxa de homicídios por 100 mil negros foi de 43,1 a taxa de não negros totalizou 16,0. Assim, a taxa de mortes de negros cresceu 7,2%, enquanto a de não negros apresentou discreta estabilidade (IPEA, 2019).

A violência é um fenômeno bastante complexo. Quando infligida às mulheres, geralmente se trata de uma violência articulada a questões de gênero, ou seja, a assimetrias existentes nas relações de poder entre homens e mulheres, com raízes na subordinação e desvalorização do feminino diante do masculino. Muitas vezes, essa forma de violência é exercida no espaço doméstico e tem, como agressor, homens com os quais as mulheres mantêm relações afetivas, sexuais ou familiares (PORTELLA, 2002).

No Recife, os dados de mortalidade feminina, entre os anos de 2001 e 2003, mostram que a proporção de óbitos observados entre as mulheres negras foi maior do que das mulheres brancas, com exceção da faixa etária de 50-59 anos. Entretanto, em todas as outras faixas estudadas o risco de morte foi maior nas mulheres declaradas como negras do que entre as brancas (SANTOS; GUIMARÃES; ARAÚJO, 2007).

As autoras ainda observaram diferenças na mortalidade por causas externas por raça/cor da pele, que corresponderam a terceira causa de morte de mulheres adultas negras enquanto para as mulheres brancas, representou a sétima posição. Os homicídios representaram o primeiro lugar como causa específica de óbito entre as mulheres negras mais jovens, como entre o grupo de 20 a 29 anos (para o qual o risco foi 40 vezes maior do que para as brancas). Também nessa mesma faixa etária o risco de morte por suicídio foi quatro vezes maior em relação às mulheres brancas (Ibidem, 2007).

Deslandes (2001) contribui significativamente a essa reflexão ao nos trazer que as diversas manifestações da violência trazem à tona questões universais como o valor da vida humana por exemplo. A experiência individual em sua dimensão e intensidade é percebida nas mais diversas formas das violências, sejam elas em seu formato estrutural como nas políticas econômicas, sociais e educacionais, e até mesmo a nível grupal, quando conquistas e direitos sociais são negados, tornando-os vulneráveis diante da restrição, doenças e iniquidades.

Minayo (2006, p. 13) afirma que “a violência não é uma, é múltipla. De origem latina, o vocábulo vem da palavra *vis*, que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro.” Assim, o conceito de violência está intrinsecamente

conectado a concepção de poder e subordinação, pois, quem o detém teria então a possibilidade de provocar a violência na sociedade e no outro, sendo assim, essa multiplicidade desintegrada do poder que geraria a violência (ARENDT, 2000).

Sabe-se que raça ou a cor de pele pode ser compreendida como uma característica de indivíduos e grupos, definida socialmente e relacionada à distribuição de poder de uma sociedade, tendo variações ao longo do tempo, do espaço e de sua contextualização. Todavia, não podemos percebê-la como uma característica biológica e inata, utilizada em vias explicativas e classificatórias de diferenças comportamentais, habilidades e oferecimento de oportunidades ao longo do ciclo de vida (SAPERSTEIN, 2006).

Heringer (2002), já nos afirmava que não existem características suficientes que permitam definir, de forma inquestionável, a raça de uma pessoa. Principalmente observando por vias deterministas e dissociando de aspectos, tais quais, políticos, étnicos e sociais, os quais podem desempenhar papel crucial na definição de raça.

Compreender a raça como uma categoria fixa e não como um resultado de status sociais complexos, é problemático para a implementação de políticas públicas e de estudos que utilizam a cor da pele como um demarcador status quo das desigualdades sociais (MUNIZ, 2010).

Por ser uma característica socialmente construída com diversas influências, sejam de experiências passadas, por interações vivenciadas, por percepções e contextos em que esses aspectos se passaram, os dados designados as definições de raça para descrever as composições populacionais precisam de contextualizações e não apenas análises numéricas pouco aprofundadas. Pois, por alterar-se ao longo do tempo e ser de difícil mensuração, a cor da pele, sozinha, não é uma fonte segura de informação e muito menos um critério objetivo para a concessão de benefícios (MUNIZ, 2010).

Entretanto, a raça não é necessariamente o reflexo da cor da pele de uma pessoa, mas sim, o reflexo da relação entre o indivíduo e as pessoas que compõem a sociedade a qual ele está inserido. A identidade racial e as respostas que uma sociedade dá a ela são na verdade uma função da coletividade, do espaço social compartilhado e não de determinadas características individuais. Assim, tal identidade está relacionada muito mais as respostas dessa sociedade do que a aparência dos indivíduos, ou seja, o que realmente importa é como uma sociedade atende a identificação racial individual que repercute diretamente no indivíduo e na sociedade (ZUBERI, 2008).

Pois, não existe assim, concretamente e espontaneamente algo visível da cor da pele, na espessura dos lábios, no formato do nariz ou no tipo do cabelo de um ser humano que sejam mais fáceis de serem discriminados em determinados grupos do que em outros. Essas características se preenchem de significado apenas quando fazem parte de uma ideologia preexistente e que os tornam como marcadores de critérios classificatórios. Um indivíduo apenas pode ser designado e classificado num grupo de cor se houver uma ideologia que aplique significado a cor que as pessoas tenham, que atribuam algum significado a isso (GUIMARÃES, 2012).

Deste modo, no Brasil, cor reflete em mais questões que apenas a cor da pele. Traços físicos e culturais se incluem nos elementos de definição da cor que alguém se identifica. Como também, a cor se demarca enquanto classificador social, posto que a violência no país tem cor, classe sexo (Idem, 2012).

A pesquisa do censo do Brasil solicita que as pessoas se classifiquem entre as categorias: branco, preto, pardo, indígena ou amarelo (oriental). Pretos e pardos constituem 50.7% de toda população (ATLAS IBGE, 2010). No Brasil, o conceito de raça está mais relacionado à cor da pele e traços faciais do que a aspectos ancestrais, fato que faz com que diversos estudiosos analisem a classificação racial brasileira não enquanto grupos raciais, mas sim grupos de cor (DEGLER, 1991 apud HERINGER, 2002).

Já a categoria denominada como pardos colabora para a instabilidade temporal e classificatória, visto que a mistura racial a qual se denomina tal grupo, contribui para a dificuldade em distinções raciais mais claras e objetivas, prejudicando principalmente a implementação de intervenções sociais e políticas direcionadas a categorias de raça específicas (TELLES, 2004; BAILEY, 2008).

Sabemos que, embora o Brasil possua a maior concentração de população negra fora da África (SILVA, 2000), constata-se que os indicadores sociais no país, que marcam as condições de vida dos segmentos sociais, indicam que a população negra expressa pior nível nos dados de saúde, renda, habitação, saúde, maiores taxas de adoecimento (incluindo psíquico), reside em áreas com infraestruturas inferiores ao necessário para uma moradia saudável e tem maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde (JACCOUD, 2002).

Os negros brasileiros apresentam maiores taxas de analfabetismo em relação a cor entre a população, estes são 12% menos alfabetizados em comparação com a população branca. Mulheres e homens negros são duas vezes mais pobres e vivem 2,6 vezes mais em situação de

pobreza quando comparados com homens e mulheres brancas. Em relação a inserção no mercado de trabalho a partir da cor dos indivíduos e por nível de renda, observa-se que os homens brancos ganham em média quatro vezes mais do que as mulheres negras (SANT'ANNA, 2003; HASENBALG, 1992).

Os dados sobre educação também indicam diferenças significativas, tais quais, do total de pessoas com dez anos ou mais, 38% sem instrução se autodeclararam brancos, percentagem que sobe para 62% no caso dos negros. Quando se analisa a categoria de oito anos ou mais de estudo, as diferenças acentuam-se: 75% são brancos e só 25% da população negra alcançam esse nível de instrução (HERINGER, 2002; JACCOUD, 2002).

Os brancos em comparação aos negros no Brasil, demonstram vantagens significativas e sistemáticas na mobilidade social intergeracional e no mercado de trabalho. Dados mostram que mesmo quando os negros conseguem estudar mais do que os níveis básicos, seus salários são menores e são mínimas as chances de ascensão e mobilidade social (JACCOUD, 2002; INSPIR, 1999).

As diferenças de renda também são demonstradas a partir de outros ângulos, como por exemplo dados que revelam um fenômeno de “embranquecimento” da população brasileira de acordo com o aumento da renda. Pois, nas populações enquadradas como pobres as autodeclaradas como negras são 80%, entretanto quanto maior a renda, a proporção de pessoas autodeclaradas como negras cai para menos de 10% (JACCOUD, 2002).

Ao analisarmos os padrões de mortalidade por raça/cor da pele, observa-se que ocorre para os adultos uma situação também registrada na mortalidade infantil brasileira, a que são os filhos de mulheres negras que compõem a maior mortalidade em oposição as de mulheres brancas. Tal dado reflete um quadro discriminatório em relação à saúde feminina, visto que as mulheres autodeclaradas como brancas registram probabilidade de 75 % de sobrevivência, contra 68% das mulheres negras (JACCOUD, 2002).

A expectativa de vida entre brancos e negros também apresentam diferenças consideráveis, dado que, em 1995, o percentual de homens brancos com mais de 60 anos era de 8,5% da população masculina branca e, em 2009, passou para 11,7%; já o percentual de homens negros da mesma faixa etária passou de 9,9% para 10,8% da população masculina negra (Ibidem, 2002).

No Brasil, as desigualdades socioeconômicas, ao se fundirem com as desigualdades raciais, provocam uma dupla contradição de classe e raça, evidente na menor apropriação de bens, serviços e direitos que a população negra possuem em comparação com a branca, propiciando maior vulnerabilidade a uma série de agravos à saúde (CUNHA, 1997).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do notável crescimento de pesquisas acerca da mortalidade, ainda é perceptível a existência de um número reduzido de publicações no Brasil que abordem a importância da raça/cor da pele neste agravo, ainda perpassando pela questão de gênero. Mesmo que representem parte inerente ao processo de desigualdades e iniquidades que transcorrem como fatores causais para tal desfecho estudado. Pesquisas sobre essas temáticas são necessárias visto que, a mortalidade por violências representa um dos grandes desafios a serem enfrentados em nossa sociedade visto que as taxas atuais de mortalidade por causas externas configuram um problema de saúde pública evitável.

Compreender os modos de violência e suas possíveis causas é fundamental para promover espaço a reflexões visando transformações sociais e redução das desigualdades extremamente enraizadas em nosso país que são as de raça/cor de pele e de gênero. Assim, as informações discutidas e os dados sobre a mortalidade por violência entre as perspectivas de raça e gênero no país evidenciam a dificuldade que o Brasil tem em garantir a universalidade e eficácia de suas políticas públicas.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, E. M. **Mortalidade por causas externas**: uma expressão das desigualdades sociais em Salvador, 1998 a 2003. 2007. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2007.
- ARAÚJO, E. M.; CONCEIÇÃO, N., ARAÚJO, T.M. Diferenciais de raça / cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas Race / skin color differentials in potential years of life lost due to. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 405–412, 2009.
- ARENDT, H. Sobre a violência. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2000.
- BAILEY, S. Unmixing for Race Making in Brazil. **American Journal of Sociology**, Chicago, v. 114, n. 3, p. 577-614, Nov. 2008.
- CERQUEIRA, D. et al. Atlas da Violência 2018. **IPEA e FBSP**, p. 93, 2018.



CUNHA, E. M. G. P. Especificidades da Raça/Etnia nas Questões de Saúde. In. GOLDENBERG, P., MARSIGLIA, RMG and GOMES, MHA., orgs. O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 444 p.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. suppl, p. 1163–1178, 2007.

DESLANDES, S.F. **Frágeis deuses**: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. Antropologia & saúde collection, 194 p.

GUIMARÃES, A. S. A. **Classes, raças e democracia**. 2.ed. rev. São Paulo: Ed. 34, 2012. 231p.

HASENBALG, C. **Relações raciais no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Rio Fundo, 1992.

HERINGER, R. Desigualdades raciais no Brasil : síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas/Racial inequalities in Brazil : a synthesis of social indicators and challenges for public policies. **Cad. Saude Publica**, v. 18, p. 57–65, 2002.

IBGE. **Censo Demográfico 2000** – Características Gerais da População. Resultados da Amostra. IBGE, 2010.

INSPPIR, Instituto Sindical Interamericano pela Igualdade Racial. **Mapa da população negra no mercado de trabalho no Brasil**. Centro de solidariedade, AFLCIO, outubro. São Paulo – São Paulo, 1999.

IPEA. **Atlas da violência 2019**. Organizadores: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019.

JACCOUD, L. B. **Desigualdades raciais no brasil**: um balanço da intervenção governamental. p. 152, 2002.

LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: BATISTA, L.D., KALCKMANN, S., Org. **Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo**, 2004. São Paulo: Instituto de Saúde; 2005. p. 53-101.

MINAYO, M. C. S. Seis características das mortes violentas no Brasil. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 135-140, June 2009.

MINAYO, M.C.S. **Violência e saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Temas em Saúde collection. 132 p.



MUNIZ, J. O. Sobre o uso da variável raça-cor em estudos quantitativos. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba , v. 18, n. 36, p. 277-291, June 2010.

NORONHA, C. V. Violência, Crime e Pobreza na Região Metropolitana de Salvador: um velho tema revisitado. In: GOLDENBERG, P., MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, M.H.A., orgs. O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 444 p.

PORTELLA, A. P. Abordagem social sobre violência e saúde das mulheres. **Jornal da Rede Saúde**, São Paulo, n. 22, 2002, p. 17-19, nov.

REICHENHEIM, M.E, et al. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. **The Lancet** 2011; 377:1962-75.

ROMIO, J. A. F. **Mortes femininas violentas segundo raça/cor**. Campinas, SP: [s. n.], 2009.

SANT'ANNA, W. **Dossiê assimetrias raciais no Brasil**. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2003.

SANTOS, M. Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Record; 2000, 188p.

SANTOS, S. M.; GUIMARAES, M. J. B.; ARAUJO, T. V. B. Desigualdades raciais na mortalidade de mulheres adultas no Recife, 2001 a 2003. **Saude soc.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 87-102, Aug. 2007.

SAPERSTEIN, A. Double-Checking the Race Box: Examining Inconsistency between Survey Measures and Observed and Self- Reported Race. **Social Forces**, Chapel Hill, v. 85, n. 1, p. 57-74, Sept. 2006.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P L; COUTO, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 40, n. spe, p. 112-120, Aug. 2006.

SEGURA-CARDONA, A.; CARDONA-ARANGO, D. Mortalidad y años potenciales de vida perdidos por causas externas : Resumen Introducción El estudio del riesgo de morir evidencia sus diferentes raíces del cambio , con el objeto de eliminar esta lesiones no intencionales , que comprenden los en : e La C. **Univ. Salud.**, v. 20, n. 2, p. 149–159, 2018.

SILVA, N. V. Cor e mobilidade ocupacional. In: SILVA, N.V.; PASTORE, J. (Orgs.). **Mobilidade social no Brasil**. São Paulo: Makron Books, p.85-98. 2000.

SOUZA, E.R.; LIMA, M.L.C.; BEZERRA, E.A.D. Homicides in Brazil: evolution and impacts. In: LOVISI G.; MARI, J.; VALENCIA, E. eds. Psychological Impact of living under violence and poverty

in Brazil (Psychology Research Progress). Hauppauge, NY: **Nova Science Publishers Inc**, 2010: p. 1–14.

TELLES, E. E. Race in Another America: The Significance of Skin Color in Brazil. **Princeton**: Princeton University. 2004.

ZUBERI, T.; BONILLA-SILVA, E. White Logic, White Methods: Race, **Epistemology, and the Social Sciences**. La- nham: Rowman and Littlefield. 2008.

WIEVIORKA, M. O novo paradigma da violência. **Tempo Social**, v. 9, n. 1, p. 5–41, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence. Geneva: WHO; 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Injuries and violence: the facts 2014. Geneva: WHO; 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The Global Burden of Disease: 2004 update. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Genebra; 2008.

WORLD HEALTH STATISTICS 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World Health Organization, 2018.

WORLD REPORT ON VIOLENCE AND HEALTH. Geneva, World Health Organization, 2002.



## Capítulo 5

### REPERCURSSÕES PSICOLÓGICAS NA VIOLÊNCIA DO TIPO ALIENAÇÃO PARENTAL NA CRIANÇA

Cesário Rui Callou Filho<sup>1</sup>; Mayara Michelly de Souza Brasil<sup>2</sup>; Maria Isabel Rodrigues de Almeida<sup>2</sup>; Vanessa Carneiro Bandeira de Carvalho<sup>3</sup>.

#### RESUMO

O presente estudo tem como objetivo identificar, os efeitos psicológicos provocados na criança que sofre com a alienação parental com base na literatura científica. A alienação parental é uma junção de fatores e ações manipulativas, que busca prejudicar a relação dos filhos com um dos pais. Assim, os filhos são expostos a pressões psicológicas, e sofrem desajustamentos cognitivos que podem causar danos durante toda a vida. Assim, a pesquisa realizada foi uma revisão de literatura de ordem narrativa, que inicialmente realizou-se um levantamento eletrônico no site Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no Google acadêmico e na Scielo, onde foram levantados artigos potencialmente relevantes, depois ocorreu a filtragem dos mesmos através da leitura dos resumos, restando somente aqueles que se adequaram aos critérios de inclusão e exclusão. Nos resultados encontrados, verificou-se que para a literatura, a alienação parental sempre ocorreu, embora não tivesse esse nome, e não ganhasse visão jurídica. Percebeu-se também que as consequências para a saúde mental da criança são muitas, prejudicando seu desenvolvimento e suas relações interpessoais e alterando toda sua forma de perceber o mundo. Assim, os artigos encontrados na literatura, em sua maioria são em língua portuguesa, o que demonstra que no Brasil esse assunto vem sendo discutido. Entretanto, a alienação parental é uma descoberta recente no país, e sua discussão ainda se mostra superficial e voltada principalmente para a área do direito. Diante disso, essa revisão sugere que novos estudos sejam conduzidos na área da psicologia, ressaltando a importância da promoção de saúde, através de estratégias sociais e informativas, como forma de prevenção ao ato de alienação.

**Palavras-chave:** Alienação social. Criança. Saúde mental.

#### INTRODUÇÃO

Alienação parental é uma junção de fatores e ações manipulativas, que tem como objetivo prejudicar a relação dos filhos com um dos pais. Assim, os filhos são expostos a pressões psicológicas, e sofrem desajustamentos cognitivos em função do afastamento do genitor vítima da alienação. Nesses casos, o genitor alienador é o antigo cônjuge do genitor vitimado (PEREIRA, 2014).

Dessa forma, vale ressaltar que a alienação, pode ser praticada por qualquer membro familiar, entretanto, quando praticada pelos pais, surge em decorrência da quebra de vínculos de afeição entre os mesmos, isso geralmente acontece em casos de divórcio. Nesses casos, quando a separação do casal é consumada, os genitores desenvolvem um sentimento negativo pelo outro, um sentimento de vingança por alguma questão que levou a separação, assim, a vingança é exercida colocando os filhos contra o outro genitor (MATTOS, 2018).

Corroborando com as ideias acima, Utida e Santos (2018), falam que a alienação parental acontece quando um dos cônjuges utiliza o ódio que sente do antigo companheiro, como motivo para alienar a criança. Essa alienação acontece quando o alienador, sem nenhuma razão lógica, coloca a criança contra o genitor, que é vítima da alienação, assim, existem dois tipos de termos usados para conceituar o assunto, que é a alienação parental e a Síndrome de Alienação Parental.

De acordo com Refosco e Fernandes (2018), em 1980 um psiquiatra dos Estados Unidos Richard Alan Gardner, criou o termo Síndrome da Alienação Parental (SAP), que fala sobre como os pais entram em uma disputa pela afetividade dos filhos após o rompimento da relação, e isso faz com que eles adquiram a síndrome. Nesse caso, a criança tende a ser manipulada e sem perceber, escolhe um dos lados, ou seja, um dos pais e acaba tentando excluir o outro da sua vida. Em casos mais graves, a criança fica confusa quando os pais jogam um contra o outro e adquire problemas psicológicos.

A lei da alienação parental foi criada em 2010, de número 12.318 e tem como objetivo proteger a integridade psíquica das crianças, assim como, assegurar uma boa convivência familiar. Dessa maneira em alguns casos, ela protege a criança suspendendo a autoridade parental ou invertendo a guarda da criança, assim, ela visa em primeiro lugar, à proteção psicológica do menor e a boa convivência familiar (MATTOS, 2018).

Sendo assim, o interesse em abordar essa temática surgiu dos estudos que foram realizados desde o início da graduação em Psicologia, e da grande necessidade de conhecimento sobre esse tema tão abrangente e atual que é a alienação parental e sua relação com a saúde mental das crianças que vivenciam tais situações. Pensando nisso surgiu à seguinte questão norteadora: De que forma se dá a alienação parental?

Desse modo, falar do cuidado em saúde mental das crianças que estão sofrendo com a alienação parental, se configura como relevante, pois como podemos perceber, prejuízos psicológicos são decorrentes dessa prática, principalmente para as crianças.

Visto isso, a pesquisa realizada se compreende como uma pesquisa qualitativa, bibliográfica e exploratória de revisão de literatura de ordem narrativa, onde a amostra foi escolhida de forma aleatória, sendo que, nesse caso, foram escolhidas todas as amostras que se encaixaram com o tema estudado e a análise dos dados aconteceu de forma descritiva e interpretativa e tem por objetivo identificar os efeitos psicológicos provocados na criança que sofre com a alienação parental com base na literatura científica.

## **DESENVOLVIMENTO**

### **MATERIAIS E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo do tipo revisão narrativa onde inicialmente realizou-se um levantamento eletrônico no site Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no Google acadêmico e na Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Assim, a primeira etapa foi realizar a busca dos artigos utilizando os descritores em saúde (DeCs): “Alienação social”, “Crianças” e “Saúde mental”. O trabalho teve como pergunta norteadora: De que forma se dá a alienação parental?

Na segunda etapa foi feita a leitura sistemática dos resumos gerados pela busca realizada entre as datas de 05/09/2018 a 08/09/2018, afim de verificar quais estudos eram pertinentes ao objetivo deste trabalho. A seleção dos resumos foi efetivada pelo autor principal. Nos casos em que houve dúvida em relação à inclusão ou não do artigo, foi realizada a análise pelo orientador e a leitura completa do artigo.

Como terceira etapa, os artigos selecionados foram lidos e selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Assim, para inclusão, foram adicionados os artigos que se encaixavam nos anos de 2010 a 2018; que surgiram através dos descritores e que estavam publicados em português. Visto isso, foram excluídos os artigos que não seguiram esse critério e que não se encaixavam com o tema proposto.

Dessa forma, na plataforma da BVS, foram encontrados dois artigos através dos descritores, sendo que desses dois, nenhum foi incluso, pois não se referiam ao tema proposto. Enquanto isso, no Google Acadêmico, se utilizando os termos “Alienação e Crianças”, e filtrando para desde 2018 como ano, encontramos aproximadamente 3.210 artigos, onde estes estão agrupados em 10 por cada página, dessa forma, foram utilizadas aproximadamente 15 folhas para leitura de artigos, sendo que destes foram incluídos os que se encaixavam ao tema. Já na plataforma da Scielo, colocando o termo alienação, foram encontrados 2 artigos, correlacionando com alienação em crianças, encontramos 10 artigos e relacionando alienação a

saúde mental, foram encontrados 16 artigos, assim, a leitura dos mesmos foi realizada e foram incluídos os necessários.

Foi elaborado um quadro para esse fim, que considera a busca nas bases de dados referidas, bem como o número de artigos encontrados e aceitos de acordo com os critérios pré-definidos para esta revisão narrativa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### **Causas da Alienação Parental**

Para iniciarmos a discussão, antes de falarmos sobre o que causa a alienação, vamos discutir sua conceituação e seu surgimento no Brasil, dessa forma, segundo Utida e Santos (2018), a alienação parental é quando um dos pais aliena os filhos, colocando-os contra o outro genitor, fazendo com que a criança crie sentimentos negativos, sem que exista um motivo aparente para isso. Então, o que acontece é que os filhos são incentivados a não gostar de um dos pais, porque o outro genitor vem denegrindo e prejudicando a imagem deste, e causando uma confusão na cabeça dos filhos. Essa alienação, em grau mais avançado, pode se transformar em uma síndrome que é conhecida como síndrome da alienação parental.

Assim, Souza (2018), fala que a alienação parental ainda é um fato muito novo no Brasil. Ela está se ampliando com base na queda da estrutura familiar, pois através dos novos modelos de família e do empoderamento da mulher, tanto nos negócios, como nos relacionamentos, o divórcio tem acontecido com mais frequência. Logo, com a separação consolidada, um dos cônjuges se mostra insatisfeito, inconformado com a separação e sente a necessidade de atingir de alguma forma o outro genitor, nessa situação, entram os filhos e a alienação destes, que são influenciados a desgostar de um dos seus genitores.

Entretanto, a alienação parental é um problema muito antigo, que causa prejuízos à saúde mental das pessoas envolvidas há muito tempo, porém, essa nomenclatura só começou a ser utilizada recentemente, quando o problema ganhou as causas jurídicas (VIEIRA, 2018).

Dessa forma, o conceito de que a alienação parental surge através de uma separação mal vivenciada, que de acordo com Ferreira (2018), essa separação mal resolvida dos pais, gera a alienação e esta, pode se transformar na síndrome. Contudo, essa síndrome, é realizada quando o alienador trabalha incessantemente no projeto de implantar memórias falsas na criança ou adolescente, dizendo que o outro genitor não foi bom, e destruindo a relação que a criança tem com ele.

Entretanto, de acordo com Vieira (2018), por mais que na maioria dos casos a alienação ocorra em decorrência de uma separação mal resolvida ou não aceita de forma adequada, em alguns casos, ela ocorre ainda com o casamento estabilizado. Nesses casos, os danos causados aos filhos são ainda mais latentes, pois junto com a alienação, vem a prática de constantes brigas entre o casal, dessa forma, o estresse no filho se torna constante e diário.

Assim, durante a síndrome da alienação parental, existe a alienação, porém, ela se manifesta de forma mais severa, onde a criança adquire sentimentos negativos em relação ao outro genitor e essa repulsa da criança em relação a um dos pais causa um distanciamento e um desconforto para a criança (UTIDA E SANTOS, 2018).

Diante disso, voltando para o conhecimento histórico da alienação, vimos que essa síndrome começou a ser estudada em 1980 por Gardner, um psiquiatra que descobriu através dos seus estudos, que crianças e adolescentes que estavam vivenciando em casa a separação dos pais, onde essa acontecia de forma conflituosa, começavam a apresentar um sentimento negativo, de ódio, em relação a um dos genitores, sem que houvesse nenhuma justificativa para isso (BRANDÃO, 2018).

Gardner, também foi responsável por descobrir a alienação. Na verdade, a prática já existia há muitas décadas, porém o mesmo a nomeou. O descobrimento da alienação partiu de seus atendimentos enquanto psiquiatra infantil, pois ele percebeu que todas as crianças que tinham pais divorciados, apresentavam os mesmos sintomas, partindo desse princípio, estudou a situação e descobriu que essas crianças estavam sendo alienadas em função de sentimentos pessoais dos pais (VIEIRA, 2018).

Visto isso, essa síndrome da alienação causava, de acordo com Gardner, um conjunto de comportamentos, que são movidos por sentimentos e pensamentos, onde estes vão ajudar a criança a denegrir a imagem do genitor que também sofre com a alienação, fazendo com que a criança o recuse, sem saber explicar o porquê, apoiando incontestavelmente o genitor alienador (SARMET, 2016).

Assim, para Gardner, a síndrome da alienação é considerada uma patogênese de desordem, que é formada por três fatores, onde estes juntos causam uma lavagem cerebral nas crianças, dessa forma, esses três fatores correspondem aos três tipos de síndromes da alienação. O primeiro tipo corresponde ao afastamento entre a criança e o genitor vitimado. Já o segundo, fala da dependência do genitor que pratica a alienação e de como isso acaba



anulando a subjetividade da vítima, enquanto isso, o terceiro tipo é composto pelas consequências dos outros dois (MONTEZUMA; PEREIRA e MELO, 2017).

Portanto, Ferreira (2018), completa dizendo que a síndrome de alienação é vista como um distúrbio e acontece sempre no período da infância, sempre desencadeado por disputas entre os pais ou responsáveis. Logo a síndrome é vista apenas, como um subtipo de alienação, pois ela não fala da alienação feita somente pelos pais, mas por qualquer outra pessoa e qualquer outra situação que fuja do contexto de brigas conjugais. Dessa forma, para o autor acima, o motivo da alienação corrobora com o pensamento dos autores anteriormente citados, sobre como a alienação parental é vista relacionada ao contexto conjugal.

Já Utida e Santos (2018), defendem que a alienação parental é fruto de um luto não elaborado, onde a perda do cônjuge causa prejuízos à saúde mental dos pais e eles acabam transformando a raiva da perda da pessoa em uma raiva que querem que o filho sinta. É importante lembrar que em alguns casos, isso acontece de forma involuntária, onde os pais não se dão conta do que estão fazendo.

Assim, segundo Souza (2018), embora a alienação aconteça na maioria das vezes pelos pais, outros membros do grupo familiar podem ser a causa, ou parte dela. Os avós, tias, primas e outros familiares, tendem a denegrir a imagem de um dos pais, inserindo memórias falsas na criança, contando histórias que nunca aconteceram, mas que a criança toma como verdade e uma vez que isso acontece, a alienação está feita. Nesse caso, o filho tende a desenvolver sentimentos negativos de desprezo, raiva, angústia em relação ao genitor e isso causa o afastamento de ambos.

Já de acordo com Pinho (2012), na maioria dos casos, são os pais que fazem a alienação, e como normalmente é a mãe o genitor que fica com a guarda da criança, ela se torna o familiar que mais aliena a criança contra o pai, isso porque ela é a que mais sofre por questões financeiras, tendo que depender do estresse de esperar pensão do pai, mesmo que trabalhe, e porque, na maioria das vezes a união acabou por conta de traição, existindo com isso o desejo de vingança.

Dessa forma, alguns exemplos de como a alienação acontece são descritas por Pinho (2012), assim, segundo ele, acontece quando o genitor que tem a guarda da criança se recusa a passar a ligação do outro genitor para o filho, quando inventa desculpas para impedir que o filho passe um tempo com ele, apresentar namorados ou namoradas como sendo o novo pai ou nova

mãe da criança, não entregar cartas ou presentes que são enviados, falar mal do ex cônjuge, dentre outros acontecimentos.

Enquanto isso, Catence e Scapin (2018), corroborando com as ideias de Utida e Santos (2018), falam que os motivos que levam o genitor a praticar a alienação, surgem da solidão, do isolamento e da depressão que é proveniente do luto não elaborado. O genitor não aceita completamente a perda do parceiro e por isso, aliena a criança como forma de vingança.

Já para Vieira (2018), a causa da alienação é o sistema de ilusões a qual o alienador está exposto, pois ele possui vários pensamentos disfuncionais, que são irreais em alguns casos ou apenas exagerados em outros, e cria ilusões a partir deles. Essas ilusões afetam o psicológico dessas pessoas, fazendo-as pensar e agir de forma equivocada.

Corroborando com as ideias acima, Lopes e Kuranaka (2018), falam que os pais são tão vítimas da alienação parental quanto os filhos, pois ambos são alienados pela mãe, isso acontece porque geralmente é a mãe que tem a guarda da criança, e também porque os filhos tendem a ter um envolvimento maior com elas, já que são amamentados e cuidados principalmente por elas durante os primeiros anos de vida.

O alienador emite alguns tipos de comportamento que definem a sua personalidade, é ajudam no processo de confirmação da alienação. Esses comportamentos são a dificuldade de seguir regras, baixa autoestima, sentimento de negação em relação ao divórcio, falas que emitam uma certa manipulação ou sedução, assim como, falso interesse em discutir o assunto (SILVA e GUIMARÃES, 2014).

### **Alienação Parental e Saúde Mental dos Filhos**

Como os filhos são os que mais sofrem com a alienação, iremos discutir, o que acontece com esses sujeitos alienados, assim, visando o contexto infantil da alienação, Utida e Santos (2018), falam que as crianças que enfrentam a alienação parental apresentam um comportamento diferente das demais, e isso, já é motivo de preocupação, principalmente porque esse comportamento vem acompanhado de sentimentos que prejudicam o desenvolvimento infantil, então, alguns sentimentos são baixa autoestima, depressão, isolamento, medo, insegurança e culpa, onde estes, podem se tornar em algum transtorno de personalidade que surge com a idade adulta. Assim, ainda na infância, o indivíduo começa a manifestar mudanças negativas nos comportamentos interpessoais e nas relações psicossociais e isso só tende a piorar se não houver nenhuma intervenção.

De acordo com Conceição e Furlan (2018), a criança é a mais prejudicada com a alienação, pois ela é convencida a odiar um dos pais, perdendo o vínculo com ele e deixando de manter uma boa relação com um dos pais, assim, essa falta de convivência prejudica a criança e o genitor, que vai ser ignorado pelo filho.

Como forma de proteção para os filhos, foi criada a lei de número 12.318/10, que tem como objetivo proteger por meio de ações legais a criança, podendo em alguns casos, obter até a prisão do alienante. Dessa forma, o artigo segundo dessa mesma lei, fala que a alienação parental é responsável por uma interferência na formação psicológica dos filhos, assim, existe o sentimento de repúdio as ações desse alienante e necessita-se que os outros membros da família efetuem a denúncia quando identificarem o ato (RECH et al., 2018).

Já Catenace e Scapin (2018), falam que essa lei da alienação parental, foi criada como forma de prevenção a síndrome, como tentativa de evitar que a alienação se transforme na referida síndrome, pois, para o autor síndrome se refere ao conjunto de sintomas que geram uma doença, enquanto que a alienação, pode acontecer por vários motivos e tem consequências mais leves do que a síndrome.

Ainda de acordo com Utida e Santos (2018), a síndrome da alienação parental pode ser motivo para surgimento de outros transtornos para a criança, como depressão, incapacidade de adaptação na sociedade, transtornos de personalidade, tendência ao uso abusivo de álcool e outras drogas, sentimentos de culpa extrema que podem levar até ao suicídio.

De acordo com Pinho (2009), a criança alienada tende a se isolar das pessoas, se voltando apenas para ela mesma e para sua crise existencial, assim, ela evita interagir com todos a sua volta, ignorando até as brincadeiras com outras crianças, preferindo sempre se manter sozinha, imersa a vários pensamentos destrutivos. Outra característica bastante comum é o mau rendimento escolar, isso acontece porque a criança sente medo de ir à escola, pois não gosta de se separar do genitor alienador, diante disso, ela não presta atenção no conteúdo explicado e se irrita com facilidade.

Dessa forma, os malefícios psicológicos que podem ser identificados nas crianças que são vítimas da alienação parental, são muitos, como medo, agressividade, bloqueio na capacidade de formular e desenvolver as relações sociais, tiques nervosos, somatizações que levam a problemas físicos, e tudo isso pode gerar depressão, transtornos de identidade e personalidade, desespero, culpa, envolvimento com drogas e suicídio (CATENACE e SCAPIN, 2018).

Corroborando com as ideias acima, Pinho (2009), acrescenta dizendo que a melancolia é extremamente comum, afetando praticamente todas as crianças que sofrem com a alienação. Momentos de fuga e rebeldia também são constantes, pois em momentos de desespero, as crianças se arrumam e saem à procura do outro genitor de que não possuem muito contato, e isso, demonstra o quanto a falta dele causa dor para a criança. Outra característica é a regressão da criança a estados mentais anteriores, assim, a criança se comporta de forma mais incoerente com a sua idade, podendo falar palavras que geralmente fala certo, de forma errada, por exemplo.

É importante mencionar que, embora os mais prejudicados sejam os filhos, toda a família sofre com a alienação, inclusive o genitor que é prejudicado através das memórias falsas que o alienante diz ao seu respeito, assim, esse genitor que é vítima, acaba sendo desprezado pelo filho e isso causa sentimentos de rejeição e incapacidade que perturbam a sua saúde mental, visto isso, as mesmas consequências aplicadas ao filho, podem ser aplicadas a ele também (MATTOS, 2018).

De acordo com a lei 12.318/10, a alienação parental causa uma interferência psicológica nos filhos e essa alteração pode provocar inúmeros prejuízos à saúde mental, pode gerar o surgimento de outras síndromes e transtornos provenientes do sofrimento psíquico causado pela alienação, além de prejudicar o desenvolvimento psicossocial e emocional (BARBOSA e ZANDONADI, 2018).

Pinho (2009), acrescenta dizendo que as condutas de negação são constantes nas crianças alienadas, e elas geram um comportamento não social, isso acontece porque a criança tenta negar os sentimentos ruins que está construindo pelo genitor que é vítima da alienação, e essa negação gera estresse e dor interna, gerando um comportamento diferente do qual está acostumado a emitir.

Já Silva e Guimarães (2014), falam que o alienador retira a infância da criança, fazendo com que ela perca toda a sua inocência, isso acontece porque a criança tende a se excluir do convívio social de outras crianças, deixando de aprender e se desenvolver através das brincadeiras. Uma vez que a criança é privada da infância, não há como devolver, logo, determinado acontecimento se torna um prejuízo irreparável.

Sentimento de culpa, e aproveitamento de situações do dia a dia, como forma de tirar vantagem e conseguir o que quer, também são fatos comuns nesses casos. Em um momento, a criança pensa que tudo de ruim que está acontecendo é por sua causa, transferindo todas as

brigas dos pais, ao seu comportamento de tirar notas baixas ou não se comportar na escola. Em contrapartida, ela percebe que os pais ficam mais atenciosos com ela, a presenteiam com mais frequência, e tendem a tirar proveito da situação (PINHO, 2009).

Assim, Madaleno (2014) concorda que a alienação prejudica em muito a vida da criança, e acrescenta dizendo que, a alienação é responsável por transformar a rotina das crianças em momentos disfuncionais, provocando experiências negativas e um ambiente instável para o desenvolvimento infantil, dessa forma, a vítima adquire uma visão de mundo irreal, apresentando fobias e ansiedades.

### **Prevenção a Alienação Parental**

A alienação parental é uma prática muito preocupante, pois gera diversos prejuízos à saúde mental dos filhos, por isso, uma vez identificado que está acontecendo à alienação, é necessário que a criança passe por atendimentos psicológicos. Esses atendimentos servem para fazer a criança superar o trauma de ter sido alienada e esquecer as falsas memórias que foram implantadas em sua cabeça, junto com os sentimentos negativos que essas memórias trouxeram a sua vida (CATENACE e SCAPIN, 2018).

A lei 12.318/10 fala sobre a importância de prevenção ao ato de alienação parental e dá alguns exemplos de como isso pode ser efetuado, dessa forma, campanhas que retratam a desqualificação do genitor que pratica tal serviço, campanhas que levem informação para as pessoas, tanto alertando sobre o que é a alienação, com o objetivo de prevenir que os pais a cometam, como para ajudar as pessoas próximas a identificar e denunciar quando necessário essa prática (BARBOSA e ZANDONADI, 2018).

Corroborando com as ideias acima, Silva e Guimarães (2014) falam que, é de suma importância a prevenção da alienação, porque ela é uma forma de abuso a integridade física e psicológica da vítima, provocando inúmeros prejuízos, onde os efeitos destes podem permanecer o resto da vida. Quando a vítima é criança ou adolescente, os agravos à saúde são ainda maiores, pois todo o desenvolvimento deles é prejudicado, tornando pessoas com responsabilidade civil distorcida.

De acordo com Cannabarro (2014), a psicologia tem uma imensa importância dentro do cuidado à alienação parental, tanto no sentido de prevenção, orientando os pais que estão em processo de separação, para que isso não aconteça, como no sentido de impedir que a alienação já instalada, se transforme na síndrome de alienação parental.

É importante ao falarmos da importância da prevenção, conceituarmos o quanto o afeto interfere no psicológico das pessoas e segundo Piaget, na formação da identidade, assim, se uma criança cresce em um ambiente alienado, muitos danos podem ser adquiridos durante o seu desenvolvimento (BARBOSA e ZANDONADI, 2018).

Para Silva e Guimarães (2014), os serviços públicos deveriam incluir práticas mais específicas e direcionadas a prevenção do ato de alienação parental, isso porque campanhas de prevenção promovem a discussão do assunto, ajudando a detectar casos de alienação que estão começando, e impedindo que o caso progrida e se transforme na síndrome, dessa forma, o ideal é que essas campanhas de prevenção ocorram em parceria da psicologia com o setor jurídico.

Dessa forma, Souza (2014), concorda com Silva e Guimarães sobre a importância de unir a psicologia e o direito, para tentar prevenir a alienação parental, pois prevenir não significa apenas impedir que ela aconteça, mas sim, impedir que o quadro clínico progrida para algo mais sério, que cause mais danos à saúde da criança, assim, a psicologia entra cuidando da saúde, enquanto o direito cuida da punição dos alienadores.

Diante disso, Mendonça e Alvarenga (2011), falam que uma das formas de prevenir a alienação é estabelecendo o sistema de guarda compartilhada entre os pais, assim, as responsabilidades, despesas, e tempo gasto com os filhos, serão os mesmos entre os dois genitores. Isso dificulta a alienação porque dá a criança, a oportunidade de conviver igualmente com os pais.

Corroborando com os autores acima, Lima e Leadebal (2016), falam da importância dos pais prestarem atenção ao comportamento dos filhos, quando estes vivem em situação de separação do casamento, para tentarem identificar se o outro genitor não pratica a alienação, pois esta, causa comportamentos que irão prejudicar a vida adulta da criança alienada.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao final do estudo viu-se que os artigos trazem a conclusão de que o processo de alienação parental está descrito como a manipulação de alguém, realizada por algum parente ou por terceiros que exerçam um poder sobre a vítima. Já a alienação infantil é realizada por um dos pais, que tenta colocar a criança contra o outro genitor. Dessa forma, as consequências psicológicas para a vida da criança são muitas e podem prejudicá-las pela vida toda.

Viu-se que os artigos que foram encontrados na literatura, em sua maioria são em língua portuguesa, o que demonstra que no Brasil esse assunto vem sendo discutido. Entretanto, a

alienação parental é uma descoberta recente no país, e sua discussão ainda se mostra superficial e voltada principalmente para a área do direito.

Assim, essa revisão sugere que novos estudos sejam conduzidos na área da psicologia, ressaltando a importância da promoção de saúde, através de estratégias sociais e informativas, como forma de prevenção ao ato de alienação.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, Charles Wesley; ZANDONADI, Antonio Carlos. ALIENAÇÃO PARENTAL E SEUS IMPACTOS NO DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. **Revista FAROL**, v. 7, n. 7, p. 58-72, 2018.

BRANDÃO, Meriane Oliveira Sousa. Síndrome da alienação parental: aspectos legais. 2018.

CATENACE, Rodolfo Vinícios; SCAPIN, André Luís. Síndrome da alienação parental: efeitos psicológicos gerados na tríade familiar pela síndrome da alienação parental. **Revista Uningá Review**, v. 28, n. 1, 2018.

CONCEIÇÃO, Lorena Lopes; FURLAN, Fernando Palma Pimenta. A mediação do novo código de processo civil como instrumento de rompimento da alienação parental. **Revista Cereus**, v. 9, n. 4, p. 232-249, 2018.

FERREIRA, Mayara Kerolhayne Rocha. Aplicação da mediação como forma de combate aos efeitos negativos da alienação parental. 2018

LIMA, Amanda Barbosa; LEADEBAL, Kadidja Barros. Síndrome de alienação parental–diagnóstico médico ou jurídico?. **Simpósio de TCC e Seminário de IC**, 2016.

LOPES, Ana Carolina Pontin; KURANAKA, Jorge. A responsabilidade civil na alienação parental. 2018.

MADALENO, Ana Carolina Carpes. Síndrome de Alienação Parental: a importância de sua detecção com seus aspectos legais e processuais. Rolf Madaleno. 2ª Edição. Rio de Janeiro. Editora, Forense, 2014.

MATTOS, Miria A. Zaguetti. A lei de alienação parental e sua utilização no judiciário brasileiro. In: **I Congresso Nacional de Biopolítica e Direitos Humanos**. 2018.

MENDONÇA, Miriam Mara; ALVARENGA, Altair Resende de. Síndrome da alienação parental. **Revista do Curso de Direito do UNIFOR**, v. 2, n. 2, p. 01-21, 2011.



MONTEZUMA, Márcia Amaral; PEREIRA, Rodrigo da Cunha; MELO, Elza Machado de. Abordagens da alienação parental: proteção e/ou violência?. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1205-1224, Dec. 2017

PEREIRA, Marina Vanessa Cardoso. Contributos para a compreensão da alienação parental: um estudo sobre a coparentabilidade de mães e pais portugueses. 2014.

PINHO, Ana Carla. A Alienação Parental e a guarda compartilhada como forma de prevenção. **Direito e Humanidades**, n. 21, 2012.

PINHO, Marco Antônio Garcia de. Lei 12.318/10 – Alienação Parental. Artigo publicado em 10/12/2009.

RECH, Leticia Cristina et al. Alienação parental: as consequências de um problema social. **Mostra IFTec em Resumos**, n. 5, 2018

REFOSCO, Helena Campos; FERNANDES, Martha Maria Guida. Entre o afeto e a sanção: uma crítica à abordagem punitiva da alienação parental. **Revista Direito GV**, v. 14, n. 1, p. 79-98, 2018.

SARMET, Yvanna Aires Gadelha. Os filhos de Medeia e a Síndrome da Alienação Parental. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 482-491, Dec. 2016.

SILVA, Camila Ana; GUIMARÃES, Luciana Aparecida. SÍNDROME DA ALIENAÇÃO PARENTAL. **Revista Ciências Jurídicas e Sociais-UNG-Ser**, v. 4, n. 1, p. 04-09, 2014.

SOUZA, Cristina Mendes de et al. A mediação como meio eficaz no tratamento da alienação parental. 2018.

SOUZA, Juliana Rodrigues. Alienação Parental sob a perspectiva do direito à convivência familiar. 1ª Edição – Leme. São Paulo. Mundo Jurídico, 2014.

UTIDA, Fania Marismere Marcelino; SANTOS, José Roberto Oliveira. A família sob o olhar da alienação parental. **Revista Uningá Review**, v. 28, n. 2, 2018.

VIEIRA, Michele Trevizan Dos Santos. Alienação parental. 2018.





## Capítulo 6

### REVISÃO NARRATIVA SOBRE OS IMPACTOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA SAÚDE MENTAL DA MULHER

Rosine Silva Ribeiro<sup>1</sup>

Ana Paula Rodrigues<sup>2</sup>

**Introdução:** O termo violência obstétrica (VO) é entendido como uma violência institucional e de gênero que faz parte da cultura médica e pode ser psicológica ou verbal, física, negligência ou abuso sexual. **Objetivos:** Descrever a violência obstétrica ou institucional e analisar a relação entre esta, a depressão pós-parto e o transtorno de estresse pós-traumático. Abordar o tema proposto através de revisão narrativa da literatura, apresentando uma temática aberta e com uma visão única do tema. **Resultados:** Entende-se como violenta, qualquer transformação patológica dos processos fisiológicos de parturição e esse tipo de violência pode ter os mesmos efeitos, de qualquer outra, como física ou sexual, na saúde mental da mulher, incluindo o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e a depressão pós-parto (DPP). Pesquisas mostram que a chance de uma mulher que sofreu VO apresentar a DPP é mais de 5 vezes maior do que na população em geral. Sintomas de TEPT em mulheres que sofreram VO incluem recordações aflitivas do parto por meio de imagens, ideias, sonhos ou emoções, desenvolvem esquiva de pessoas, lugares e situações, podem apresentar hiperexcitabilidade ou entorpecimento afetivo, prejudicando a relação com o bebê. **Conclusão:** Os efeitos da VO são devastadores, podendo afetar tanto a evolução do trabalho de parto quanto o puerpério e a longo prazo pode alterar o projeto de vida da mulher e de sua família, desencorajando a mesma para engravidar novamente ou mudando o tipo de parto na gestação seguinte.

**PALAVRAS-CHAVES:** Violência obstétrica; depressão pós-parto; transtorno de estresse pós-traumático; saúde mental.

---

<sup>1</sup> Psicóloga, pós-graduanda em Saúde Mental pela Faculdade Futura, E-mail: [rosineribeiro@outlook.com](mailto:rosineribeiro@outlook.com)

<sup>2</sup> Orientadora do Trabalho de Conclusão de curso da Faculdade Futura.

## INTRODUÇÃO

Desde o início da história da humanidade a violência se faz presente em todos os grupos sociais, independente da classe, raça, língua ou credo. Podendo ser definida como “todo ato violento praticado pelo uso ou abuso da força ou do poder, tirania ou opressão, agindo sobre uma pessoa ou grupo” (RODRIGUES, 2014, p. 21), a violência pode se dar de duas maneiras, entre dois indivíduos ou de uma instituição direcionada ao indivíduo.

A literatura, porém, afirma que determinadas características presentes numa população como nível de escolaridade, cultura, sexismo, homofobia, entre outros, estão correlacionados positivamente com a violência e afetam diretamente a saúde pública. Em especial o sexismo tem produzido o que se chama de “violência contra a mulher” (RODRIGUES, 2014).

O termo “violência contra a mulher” vem sendo usado na literatura há pouco mais de quarenta anos e foi idealizado pelo movimento feminista, diz respeito a situações de violência física, sexual e psicológica cometida por parceiros, estupro, assédio sexual no trabalho, tráfico de mulheres, violência cometida pelo estado por ação ou omissão. (SCHRAIBER E D’OLIVEIRA, 1999)

Schraiber e D’oliveira (1999, p.14) afirmam que “a violência contra a mulher diz respeito, pois, a sofrimentos e agressões dirigidos especificamente a mulheres, pelo fato de serem mulheres”.

Sendo, portanto, a violência contra a mulher uma violência de gênero, ocorrendo de diversas maneiras, em diversos ambientes, inclusive dentro da instituição hospitalar na forma da violência obstétrica (VO) ou violência institucional.

Observando os altos índices de violência obstétrica no Brasil e a relação positiva entre a mesma e os transtornos mentais, o objetivo deste artigo é descrever a violência obstétrica ou institucional e analisar a relação entre esta, a depressão pós-parto e o transtorno de estresse pós-traumático numa revisão narrativa da literatura.

A revisão narrativa de literatura apresenta, de acordo com Cordeiro et al. (2007) uma temática aberta com escolha de artigos de forma arbitrária e com interferência da percepção

subjetiva do autor. Desse modo apresenta limitações como o viés de seleção e também potencialidades, já que vai apresentar uma visão única do tema.

## DESENVOLVIMENTO

Para compreensão da VO dentro das instituições de saúde, deve-se entender como se deu a inserção do médico dentro do âmbito da parturição. De acordo com Zanardo et al (2017) o parto sempre foi um evento doméstico e privado, de mulheres para mulheres, sendo acompanhado por gerações pelas parteiras.

No fim do século XIX iniciou-se a inserção da medicina obstétrica dentro desse evento fisiológico, que passa a ser compreendido como prática médica. A mulher, portanto, deixou de ser protagonista e o médico passa a ser o condutor de todo o parto, incluindo assim a noção de risco e patologia (ZANARDO, et al, 2017).

Com a introdução da parturição dentro do contexto hospitalar, foram inseridas também tecnologias a fim de controlar e regular o parto com objetivo de aumentar a qualidade da assistência, no entanto, o uso indiscriminado dessas tecnologias, sem avaliar os riscos que as mesmas podem causar a saúde da mãe e do filho e sem evidências científicas que justificassem o uso das mesmas, foram sendo questionadas ao longo dos últimos anos. Dessa forma surgiram os conceitos de Humanização no Parto e violência obstétrica (ZANARDO, et al, 2017).

Na literatura especializada o termo violência obstétrica é entendido como uma violência institucional e de gênero que faz parte da cultura médica e pode ser psicológica ou verbal, física, negligência ou abuso sexual (SANFELICE et al, 2014; PALHARINI, 2017; TESSER et al, 2015).

A violência psicológica ou verbal pode ser caracterizada por grosserias, ameaças e humilhações intencionais e coerção. A violência física, pode ser qualificada por meio da manipulação e exposição desnecessária do corpo da mulher, dificultando e tornando desagradável o momento do parto assim como procedimentos desnecessários e danosos, como o uso da ocitocina sintética de rotina, episiotomia de rotina, tricotomia, clister, excesso de cesarianas entre outros. A negligência pode ser descrita pelo não atendimento das emergências obstétricas ou negação da analgesia (PALHARINI, 2017).

Desde a década de 1980 já haviam denúncias de violência obstétrica cometida em hospitais brasileiros, mas apenas na década de 1990 o tema adentrou no âmbito acadêmico e começou a ser estudado por docentes e estudantes das mais diversas áreas do conhecimento. Mesmo após anos de pesquisas, temos poucos estudos relacionados a violência obstétrica em comparação a outros temas da violência contra a mulher de forma geral (RODRIGUES, 2014).

Pesquisas recentes, realizadas no Brasil, afirmam que 25% das mulheres que pariram e 50% das que abortaram relatam ter sofrido alguma forma de violência obstétrica, incluindo maus tratos físicos, psicológicos e verbais, assim como procedimentos desnecessários e danosos (TESSER, et al, 2015).

De acordo com a pesquisa “Nascer no Brasil” (LEAL et al, 2014) realizada entre 2011 e 2012, as intervenções médicas mais comuns durante o trabalho de parto são: parto em posição litotômica, deitada com os joelhos flexionados (92%), punção venosa (70%), episiotomia (56%), uso da ocitocina sintética (40%), rompimento de membrana, amniotomia (40%), manobra de Kristler (37%), anestesia peridural (30%). Além dessas intervenções, muitas mulheres relatam terem sofrido agressões verbais, humilhação e preconceito por parte da equipe que conduzia o parto.

Entende-se como violenta, qualquer transformação patológica dos processos fisiológicos de parturição, no entanto, por falta de conhecimento sobre o processo do parto e seus direitos sexuais e reprodutivos as mulheres têm dificuldade de reconhecer a violência obstétrica, acreditando na capacidade técnica dos profissionais de saúde e tornando-a subnotificada (BARBOSA, et al, 2017).

Em alguns países já existem leis que tipificam a violência obstétrica, como é o caso da Venezuela, primeiro país latino-americano a diferenciar esse tipo específico de violência. A lei intitulada de “Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de violencia” defende os direitos das mulheres e estabelece 19 formas de violência dentre as quais se encontra a violência obstétrica (ZANARDO, et al, 2017).

No Brasil, uma lei inédita sancionada pelo governador do estado de Santa Catarina em 17 de janeiro de 2018, regulamentou a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica. A referida lei define violência obstétrica

como “todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério” (SANTA CATARINA, 2018).

Os efeitos da VO são devastadores, podendo afetar tanto a evolução do trabalho de parto quanto o puerpério e a longo prazo pode alterar o projeto de vida da mulher e de sua família, desencorajando a mesma para engravidar novamente ou mudando o tipo de parto na gestação seguinte.

Histórico de partos traumáticos ou VO durante o trabalho de parto, podem causar um grande nível de estresse, que interfere na evolução do parto e acarreta uma cascata de intervenções desnecessárias. No pós-parto a VO pode desencadear sintomas depressivos e pós-traumáticos sendo estes transtornos responsáveis pela alteração no vínculo mãe-bebê e na deficiência do aleitamento materno.

Alguns fatores afetam diretamente a percepção das mulheres em relação ao parto e nascimento, o relacionamento da mulher com os profissionais da assistência é um dos mais importantes, afetando diretamente a memória das mulheres e suas lembranças em relação a este momento, o que tem grande importância para sua satisfação e saúde mental (SALIM, et al, 2012).

O termo saúde mental pode ser definido como equilíbrio emocional, capacidade de administrar a própria vida e as emoções e estar bem consigo mesmo e com os outros. Havendo um episódio traumático, incluindo a violência, esse equilíbrio pode ser perturbado afetando diretamente a saúde mental (SECRETARIA DE SAÚDE DO PARANÁ, 2018).

É importante ressaltar que o período do puerpério é naturalmente sensível para o surgimento de alterações na saúde mental da mulher, durante esse período há uma grande mudança nos níveis de hormônios gonodais que estão relacionados ao sistema neurotransmissor. Além da questão hormonal, a entrada na maternidade provoca grandes mudanças psicológicas e sociais na mulher, causando alterações sistêmicas (CANTILINO, et al, 2010).

Uma pesquisa quantitativa desenvolvida pela pesquisadora Karina Souza em 2014 com 10.468 mulheres, encontrou uma prevalência de 58,99% de DPP em mulheres que sofreram violência física durante o parto, 51,79% em mulheres que sofreram negligência da equipe de saúde e 50,27% nas que sofreram violência verbal (SOUZA, 2014), na população em geral a prevalência de DPP é de 10 a 20% das puérperas (CANTILINO, et al, 2010).

A DPP foi estudada pela primeira vez em 1968 por Brice Pitt, num estudo onde descreveu o quadro clínico de 33 mulheres. Geralmente o quadro de DPP se inicia de 2 semanas a três meses após o parto, e o quadro clínico inclui sintomas ansiosos, obsessivos-compulsivos e uma pequena incidência de suicídio (CANTILINO, et al, 2010).

Estudos realizados no Brasil e no exterior também associam a VO a sintomas de transtornos de estresse pós-traumático (ZAMBALDI, CATILINO, SOUGEY, 2009; SOUZA, 2014).

Sintomas de TEPT em mulheres que sofreram VO incluem recordações aflitivas do parto por meio de imagens, ideias, sonhos ou emoções, desenvolvem esquiva de pessoas, lugares e situações, podem apresentar hiperexcitabilidade ou entorpecimento afetivo, prejudicando a relação com o bebê (ZAMBALDI, CANTILINO, SOUGEY, 2009).

O conceito de Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) foi descrito pela primeira vez em 1980 no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III). O TEPT é caracterizado como um conjunto de sintomas envolvendo altos níveis de ansiedade e momentos que o indivíduo tem a impressão de estar revivendo o evento traumático (SBARDELLOTO, et al, 2011).

O TEPT surge após um evento estressor traumático, que foi definido pelo DSM-IV como “uma situação de estresse que foi experimentada, testemunhada ou confrontada, na qual houve ameaça a vida da pessoa ou de alguém próximo a ela”. Diante desse evento o indivíduo reage com medo, desesperança, tristeza e ansiedade (SBARDELLOTO, et al, 2011). Na população em geral a sua incidência é de 6,8%, entre mulheres no pós-parto esse índice pode chegar a 15,7% em gestantes de alto risco (HENRIQUES et al, 2015).

## CONCLUSÃO

Grande parte das mulheres brasileiras já sofreram algum tipo de violência durante o parto, seja ela física, psicológica ou sexual. A literatura especializada confirma que há uma prevalência acima da média de depressão pós-parto e transtorno de estresse pós-traumático nas mulheres que sofreram algum tipo de violência.

Os efeitos da VO são devastadores, podendo afetar tanto a evolução do trabalho de parto quanto o puerpério e a longo prazo pode alterar o projeto de vida da mulher e de sua família, desencorajando a mesma para engravidar novamente ou mudando o tipo de parto na gestação seguinte.

Diante dos dados citados, e do aumento alarmante da prevalência de DPP e TEPT em mulheres que sofreram VO em relação a população em geral, nota-se a relevância do aprofundamento qualitativo sobre o tema, entendendo as percepções da mulher sobre o sofrimento causado pela VO e os sintomas associados a esse episódio.

## REFERÊNCIA

BARBOSA, Luara de Carvalho; FABBRO, Márcia Regina Cangiani; MACHADO, Geovânia Pereira dos Reis. Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. **Avances En Enfermería**, [s.l.], v. 35, n. 2, p.188-205, 1 maio 2017. Universidad Nacional de Colombia.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Traduzido por Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

CAIUBY, Andrea Vannini Santesso et al. Adaptação transcultural da versão brasileira da Escala do Impacto do Evento - Revisada (IES-R). **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 28, n. 3, p.597-603, mar. 2012. FapUNIFESP (SciELO).

CANTILINO, Amaury et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Archives Of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, [s.l.], v. 37, n. 6, p.288-294, 2010. FapUNIFESP (SciELO).

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. - 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008.



HENRIQUES, Tatiana et al. Transtorno do estresse pós-traumático no puerpério em uma maternidade de alto risco fetal no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 31, n. 12, p.2523-2534, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO).

LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 30, n. 1, p.17-32, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO).

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2011.

PALHARINI, Luciana Aparecida. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. **Cadernos Pagu**, [s.l.], n. 49, p.1-37, 7 dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO).

RODRIGUES, Diego Pereira. **Violência obstétrica no processo do parto e nascimento da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro: percepção de mulheres/puérperas**. Niterói: [s.n.], 2014.

SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira et al. From institutionalized birth to home birth. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [s.l.], v. 15, n. 2, p.362-370, 22 jun. 2014. Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem de Nordeste.

SANTA CATARINA (Estado). **Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2018**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Disponível em: <[http://leis.ale.sc.gov.br/html/2017/17097\\_2017\\_lei.html](http://leis.ale.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html)>. Acesso em: 01 set. 2018.

SBARDELLOTO, Gabriela et al. Transtorno de estresse pós-traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência. **Psico-usf**, [s.l.], v. 16, n. 1, p.67-73, abr. 2011. FapUNIFESP (SciELO).

SCHRAIBER, Lília B.; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Lucas Pires. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 3, n. 5, p.13-26, ago. 1999. FapUNIFESP (SciELO).

Secretaria de Saúde do Paraná. (SPP/DVSAM - Saúde Mental) **Definição de Saúde Mental**. Disponível em:

<<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1059>>. Acesso em: 10 out. 2018.

SILVA, Yris Luana Rodrigues da. **Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS): A percepção de puérperas da atenção básica**. 2013. 35 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2013.

SOUZA, Karina Junqueira de. **Violência institucional na atenção obstétrica: proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto**. 2014. 106 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

TESSER, Charles Dalcanale et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s.l.], v. 10, n. 35, p.1-12, 24 jun. 2015. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

ZAMBALDI, Carla Fonseca; CANTILINO, Amaury; SOUGEY, Everton Botelho. Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão da literatura. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [s.l.], v. 58, n. 4, p.252-257, 2009. FapUNIFESP (SciELO).

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. Violência Obstétrica no Brasil: Uma Revisão Narrativa. **Psicologia & Sociedade**, [s.l.], v. 29, p.1-11, 2017. FapUNIFESP (SciELO).



## **SOBRE O ORGANIZADOR, AS AUTORAS E OS AUTORES**

### **Marck de Souza Torres (Organizador)**

Doutor em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Mestre em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (UnB). Professor Adjunto do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas (UFAM)

**Amanda Nara Soares Damasceno**- Graduada em Direito pela Faculdade Paraíso. Especialista em direito penal e criminologia. Advogada da Política de Assistência Social da Prefeitura de Barbalha/CE.

**Ana Paula Rodrigues** - Orientadora do Trabalho de Conclusão de curso da Faculdade Futura.

**Cesário Rui Callou Filho** - Aluno Bolsista FUNCAP pelo Programa de Pós- Graduação em Doutorado Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza- UNIFOR.

**Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves** - Mestre em Hebiatria, docente do Instituto Federal de Pernambuco – IFPE.

**Jessica Renata Vitor de Sales Diniz**- Graduada em psicologia pela Faculdade Vale do Salgado.

**Kamila Lúcia dos Santos** - Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE.

**Maria Isabel Rodrigues de Almeida**

**Mayara Michelly de Souza Brasil**

**Maynara Vinícia Santos** - Graduanda do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto Federal de Pernambuco – IFPE.

**Rebeca da Cunha Costa** - Psicóloga pelo Centro Universitário Uninorte Acre.

**Rosine Silva Ribeiro** - Psicóloga, pós-graduanda em Saúde Mental pela Faculdade Futura.

**Vanessa Carneiro Bandeira de Carvalho** - Psicóloga. Mestra em Psicologia Clínica pela UNICAP. Psicóloga da Política de Assistência Social da Prefeitura de Barbalha/CE. Docente da Faculdade Vale do Salgado.

**Vanessa de Carvalho Silva** - Graduanda do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto Federal de Pernambuco – IFPE.

**Wellington Tenório Cavalcanti Júnior** - Graduando do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto Federal de Pernambuco – IFPE.

ISBN 978-65-80476-18-3



9 786580 476183 >