

Ezequiel Martins Ferreira
(Organizador)



CONSCIÊNCIA e ATIVIDADE:

Categories fundamentais da psicologia

 **Atena**
Editora
Ano 2021

2

Ezequiel Martins Ferreira
(Organizador)



CONSCIÊNCIA e ATIVIDADE:

Categories fundamentais da psicologia

 **Atena**
Editora
Ano 2021

2

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



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

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

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

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

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

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

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

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

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

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

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

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

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Fernando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federacl do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Profª Drª Ana Grasielle Dionísio Corrêa – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande

Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Sidney Gonçalves de Lima – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

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

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adailson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Profª Ma. Adriana Regina Vettorazzi Schmitt – Instituto Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Alex Luis dos Santos – Universidade Federal de Minas Gerais
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Profª Ma. Aline Ferreira Antunes – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Amanda Vasconcelos Guimarães – Universidade Federal de Lavras
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andreza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Me. Carlos Augusto Zilli – Instituto Federal de Santa Catarina
Prof. Me. Christopher Smith Bignardi Neves – Universidade Federal do Paraná
Profª Drª Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa

Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Edson Ribeiro de Britto de Almeida Junior – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof. Dr. Everaldo dos Santos Mendes – Instituto Edith Theresa Hedwing Stein
Prof. Me. Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Me. Fabiano Eloy Atilio Batista – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof. Me. Francisco Odécio Sales – Instituto Federal do Ceará
Prof. Me. Francisco Sérgio Lopes Vasconcelos Filho – Universidade Federal do Cariri
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Profª Ma. Lilian de Souza – Faculdade de Tecnologia de Itu
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Profª Ma. Luana Ferreira dos Santos – Universidade Estadual de Santa Cruz
Profª Ma. Luana Vieira Toledo – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Me. Luiz Renato da Silva Rocha – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Ma. Luma Sarai de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos

Prof. Me. Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva – Governo do Estado do Espírito Santo
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará
Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Dr. Pedro Henrique Abreu Moura – Empresa de Pesquisa Agropecuária de Minas Gerais
Prof. Me. Pedro Panhoca da Silva – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Profª Drª Poliana Arruda Fajardo – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Rafael Cunha Ferro – Universidade Anhembi Morumbi
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Renan Monteiro do Nascimento – Universidade de Brasília
Prof. Me. Renato Faria da Gama – Instituto Gama – Medicina Personalizada e Integrativa
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba
Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Profª Ma. Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí
Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Consciência e atividade: categorias fundamentais da psicologia 2

Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Flávia Roberta Barão
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizador: Ezequiel Martins Ferreira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C755 Consciência e atividade: categorias fundamentais da psicologia 2 / Organizador Ezequiel Martins Ferreira. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-242-2

<https://doi.org/10.22533/at.ed.422213006>

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

CDD 150

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

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

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

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

APRESENTAÇÃO

A coletânea *Consciência e Atividade: Categorias Fundamentais da Psicologia*, reúne em seu segundo volume, dezessete artigos que abordam diversas temáticas no que diz respeito às questões fundamentais da Psicologia na contemporaneidade.

Elencam como categorias fundamentais do pensamento Psicológico, os conceitos de Consciência e Atividade Humana quer seja através de seus comportamentos observáveis, quer seja pela atividade cognitiva.

Fundada nas bases do pensamento cartesiano e pelo empirismo a Psicologia continua ainda hoje com grande ascensão no que diz respeito aos atos humanos.

Pesquisas notórias nos diversos avatares da psicoterapia, na avaliação neuropsicológica, nos estudos das relações interpessoais na sociedade como um todo são reunidas aqui para fazer avançar ainda mais o campo psicológico.

Desejo uma excelente leitura dos artigos que se seguem.

Ezequiel Martins Ferreira

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

O “NOVO NORMAL” E A NATURALIZAÇÃO DA MISTANÁSIA

Eduardo Henrique Nascimento Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4222130061>

CAPÍTULO 2..... 12

QUARENTENA, SAÚDE MENTAL E A PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS: UM ENSAIO DE DISCUSSÃO TEÓRICA SOBRE ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS EM DECORRÊNCIA DA PANDEMIA DE COVID-19

Matheus Cabanha Paniago Almada

Anderson Fernandes da Silva

Cesar Augusto Marton

Romano Deluque Júnior

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4222130062>

CAPÍTULO 3..... 26

O LÚDICO NO ESTEREÓTIPO DE GÊNERO COMO ESTRATÉGIA DE INCLUSÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Dayse Afonso de Lima do Carmo

Diego Ramon Paes Moraes

Miliane Jennefer Damasceno Dias

Ana Beatriz Celso Barata Sampaio

Ana Carolina Araújo de Almeida Lins

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4222130063>

CAPÍTULO 4..... 36

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE E APRENDIZAGEM

Luciene Acordi de Menezes Nascimento

Andreia Nakamura Bondezan

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4222130064>

CAPÍTULO 5..... 48

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Juniane Oliveira Dantas Macedo

Liliana Louísa de Carvalho Soares

Maria Andréia da Nóbrega Marques

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4222130065>

CAPÍTULO 6..... 58

QUANDO O INESPERADO ACONTECE: AS REPERCUSSÕES DO DIAGNÓSTICO DE DIABETES *MELLITUS* E A PERSPECTIVA DE SOFRIMENTO PSÍQUICO

Roselí Mai

Silvia Cristina Segatti Colombo

Elisiane Bisognin

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4222130066>

CAPÍTULO 7 72

DESAFIOS DO AUTISMO NA FASE ADULTA

Maria Eduarda da Silva Simões Caprara

Luana de Souza Rodrigues

Fernanda da Silva Pita

Elaine Cristina da Fonseca Costa Pettengill

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4222130067>

CAPÍTULO 8 77

ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA SOBRE EYE TRACKING E AUTISMO: UMA PERSPECTIVA DE INTERVENÇÃO PRECOCE

Fabrizia Miranda de Alvarenga Dias

Carlos Henrique Medeiros de Souza

Daniele Fernandes Rodrigues

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4222130068>

CAPÍTULO 9 89

NECESIDAD DEL PROGRAMA PSICOEDUCATIVO “PROTEC” PARA LA ATENCIÓN A LOS JÓVENES CON TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS (TCE), INGRESADOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE HUAMBO, ANGOLA

António Mendes Sambalundo

Luis Felipe Herrera Jiménez

Ricardo Filipe Julião

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4222130069>

CAPÍTULO 10 102

VIOLÊNCIA NA GESTAÇÃO E DEPRESSÃO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Deise Naji Gomes Kristochik

Edna Bittencourt

Emmanuèle de Oliveira Fraga

Erisfânia Sarima Alves

Gisele Niesing

Liliane Cristina Marconato

Lucas Filadelfo Meyer

Maria Emília Ribeiro dos Santos

Clarice Wichinescki Zotti

Amanda Kulik

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.42221300610>

CAPÍTULO 11 116

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO FORMA DE MANIPULAÇÃO DOS CORPOS

FEMININOS

Ariene de Sousa de Almeida
Sandra Suely Moreira Lurine Guimarães

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.42221300611>

CAPÍTULO 12..... 125

CASO CLÍNICO DE PACIENTE COM QUADRO DE DEPRESSÃO PROFUNDA: SURTO PSICÓTICO E TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO

Anna Caroliny Carvalho
Danielly Santos Paula
Emanuelle Junia Faria
Fernanda Cordeiro da Neiva
Janaina Aparecida Alvarenga
Karina Aparecida Silva Duarte
Karina Rufino Fernandes
Karolanda Menezes Vieira
Liliane Martins de Araújo
Maicon Rodrigues Leal
Maria Camila Alves Rodrigues
Fabiana Figueiredo Beserra

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.42221300612>

CAPÍTULO 13..... 140

IMPORTÂNCIA DO DIÁLOGO PREVENTIVO

Stéfani Machado Romero
Sílvia Cristina de Vargas
Andrine Gogia Simões Melo
Larissa Portella Franck
Marina Medeiros de Melo Lemos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.42221300613>

CAPÍTULO 14..... 145

RODA DE CONVERSA SOBRE SUICÍDIO: CONCEPÇÕES, FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO

Naildes Araújo Pereira
Tayná Freitas Maia
Rainna Fontes Gonçalves Costa
Soraya Dantas Santiago dos Anjos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.42221300614>

CAPÍTULO 15..... 156

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y EL CUADRO CLÍNICO: PRINCIPALES AFECTACIONES NEUROLÓGICAS Y NEUROPSICOLÓGICAS DE JÓVENES CON TCE INGRESADOS EN HOSPITAL GENERAL DE HUAMBO, ANGOLA

António Mendes Sambalundo
Luis Felipe Herrera Jiménez

Ricardo Filipe Julião

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.42221300615>

CAPÍTULO 16..... 163

**A PSICOLOGIA NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER:
LEVANTAMENTO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA**

Mary Lúcia Sargi do Nascimento

Zaira de Andrade Lopes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.42221300616>

CAPÍTULO 17..... 174

**PREJUÍZOS AO DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL DO BEBÊ QUANDO A MÃE
APRESENTA DEPRESSÃO PÓS PARTO**

Carmen Inês Santos de Souza

Marilene Albuquerque Lara Franco

Elaine Cristina Pettengill

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.42221300617>

SOBRE O ORGANIZADOR..... 186

ÍNDICE REMISSIVO..... 187

CAPÍTULO 1

O “NOVO NORMAL” E A NATURALIZAÇÃO DA MISTANÁSIA

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 08/03/2021

Eduardo Henrique Nascimento Silva

Licenciado e Bacharel em Filosofia e
Especialista em Psicologia Social
São Paulo, SP

<http://lattes.cnpq.br/4915638630278776>

RESUMO: A morte é um tabu na sociedade. Não é um assunto que se debate nas mesas natalinas com a família. Mas tratar um tema como tabu não o torna mais frágil ou distante da realidade. A situação de crise sanitária, promovida pela pandemia do novo coronavírus, convoca violentamente esse debate nas mesas da família, ligações de amigos. Mas o que seriam essas mortes? Será mesmo que toda a morte é inevitável? Qual é a relação da austeridade com a atual crise que vivemos?

PALAVRAS-CHAVE: Mistanásia, COVID-19, Austeridade, Desigualdade Social, Assassinato Social.

THE “NEW NORMAL” AND THE NATURALIZATION OF MYSTANASIA

ABSTRACT: Death is a taboo in society. It is not an issue that is discussed at Christmas tables with the family. But treating a topic as a taboo does not make it more fragile or distant from reality. The situation of health crisis, promoted by the pandemic of the new coronavirus, violently calls for this debate at family tables, calls from

friends. But what would these deaths be? Is all death inevitable? What is the relationship between austerity and the current crisis we are experiencing?

KEYWORDS: Mistanasy, COVID-19, Austerity, Social Inequality, Social Murder.

1 | INTRODUÇÃO

Em uma sociedade onde o tema da morte é tratado como um tabu, assunto que não pode ser proferido pelos espaços públicos, e quando são, enquadram-se em relatos breves, estarmos em uma situação de pandemia onde diariamente o tema principal dos jornais parte do número crescente de óbitos, é uma violenta ruptura com o que acreditamos que pode ser discutido e o que avaliamos que não pode. As mortes ocorridas pelo contágio da Covid-19, que no Brasil já superou o marco de 265 mil vidas perdidas e sem projeção de a curto prazo estabilização ou diminuição, somados ao desastre na cidade de Manaus em 2020 e 2021, coloca-nos alguns questionamentos. Essas mortes poderiam ter sido evitadas? Se sim, por que não foram? E, talvez mais decisiva em nosso cotidiano, por que as autoridades insistem na terminologia do “novo normal”?

2 | QUANDO A ENGRENAGEM É FEITA PARA CORTAR

2.1 Mistanásia

Há um termo na bioética pouco divulgado, mas muito presente em nosso cotidiano. Mistanásia. Ela é um neologismo para assassinato social, empregada dessa forma a partir da década de 80 pelo bioeticista brasileiro Márcio Fabri dos Anjos. Em seu conteúdo há a descrição de toda a morte que poderia ser evitada, mas não é. Sidnei Ferreira (2019, p.05) a descreve como “a morte oferecida pelos três níveis de governo através da pobreza mantida, da violência, das drogas, da falta de infraestrutura e de condições mínimas de se ter uma vida digna”.

Segundo Ricci,

O conceito de mistanásia contribui para a responsabilização e conscientização de uma situação que pode ser evitada, visto que o previsível e o evitável anulam o conceito de “morte natural”, transformando-o em fato moral, que causa indignação ético-criativa, com a qual se buscam meios para prevenir a morte precoce (RICCI, 2017, p.41)

Entre distintas formas de mortes, há aquelas que poderiam ser evitadas caso houvesse interesse do Estado. A garantia de equipamentos de proteção individual, insumos médicos e leitos suficientes, acompanhado com medidas de garantia ao isolamento social, vinculados à manutenção de auxílio emergencial, são formas para se manter minimamente um atendimento adequado aos pacientes. Os óbitos que ocorrem por falta de recursos de saúde, estão longe de serem “mortes naturais”. Fazem parte de um projeto de sociedade.

Com a pandemia, sistemas de saúde entraram em colapso, revelando um histórico descaso com a saúde coletiva e pública. A ausência de respiradores, obrigando médicos e enfermeiros a terem que manualmente manter a respiração dos pacientes, ausência de leitos, afetando as camadas mais pobres da sociedade, estão longe de ser uma exceção localizada em um hospital ou completamente desconhecido pelo público em geral.

Essa situação foi devidamente retratada no seriado “Sob Pressão – Especial Plantão Covid”, produzido pela Conspiração Filmes, quando com a insuficiência de materiais médicos no hospital de campanha, o médico Evandro, interpretado pelo ator Júlio Andrade, adaptou um respirador para atender a dois pacientes entubados. Aqui cabe a denúncia retratada nesse episódio aos inúmeros escândalos de desvio de verbas, através da aquisição de equipamentos superfaturados, deixando pacientes e trabalhadores da saúde à própria sorte.

A cena para lá de emocionante, principalmente porque veio depois de uma discussão entre médicos sobre qual vida deveria ser escolhida para sobreviver, diante da falta de equipamentos, retrata os bastidores da vida real nos hospitais que sofrem com a falta de recursos. Aliás, importante destacar que o episódio do seriado é fruto do que ocorre na vida não ficcional, atingindo inúmeros países.

No início da pandemia do novo coronavírus, quando dezenas de países já iniciavam medidas de restrição, a principal economia mundial anunciou que a cidade de Nova Iorque, a segunda cidade com o maior PIB no mundo, ficando apenas atrás de Tóquio no Japão (PWC, 2020), se encontraria com falta de respiradores, obrigando muitos hospitais a compartilharem os mesmos equipamentos para diferentes pacientes. Hospitais italianos começaram a aplicar a chamada “Escolha de Sofia”, onde se decidia quem teria prioridade no atendimento, o que consequentemente era a definição de quem morreria ou não.

O desastre sanitário que ocorreu na cidade de Manaus, capital do Amazonas, provavelmente é o exemplo mais nítido sobre porque essa terminologia de “morte horrível” é associada à mistanásia. Em 2020, com o aumento do número de óbitos diários, a capital amazonense enfrentou um colapso em seu sistema de saúde e funerário. Além da falta de equipamentos, outro fator explosivo foram as subnotificações reveladas da pior forma: os números oficiais divulgados pelas autoridades não batiam com o número de enterros diários que crescia, com refrigeradores armazenando corpos por não haver locais e nem funcionários o suficiente para o sepultamento.

Nos primeiros dias de 2021, o Brasil inteiro foi tomado pela notícia de que em Manaus os cilindros de oxigênio estavam esgotados, dias após a ida do Ministro da Saúde para a capital amazonense divulgar remédios que não tem qualquer eficácia em pacientes contaminados pelo novo coronavírus. A empresa fornecedora dos cilindros, *White Martins*, no dia 07 de março de 2021, revelou o e-mail que enviou dias antes do colapso solicitando imediatamente apoio logístico ao Ministério, demonstrando que o governo havia sido informado. A consequência da falta de um equipamento essencial para tentar reverter dos pacientes em estado grave, um recurso básico para se manter um hospital, levou ao aumento de mortos.

Todas essas mortes poderiam ter sido evitadas, até mesmo a partir da resposta de um e-mail. Esse é o exemplo mais completo da mistanásia, que torna a vida de um indivíduo ou grupo social em algo que não merece ser investido para ser preservado. A mistanásia, algumas vezes tratada como *eutanásia social*, “situa-se no campo econômico-sanitário quando a sociedade decide a sorte do doente, considerando apenas os recursos econômicos administrados com critérios de custo-benefício” (RICCI, 2017, p.44).

E é nesse quadro em que se encontram as situações descritas até este ponto. A falta de medicamentos e insumos nos hospitais, ou equipamentos como cilindros de oxigênio, tenta compartilhar a responsabilização por essas mortes com a sociedade.

A responsabilização da escolha de quem vive e de quem morre, é um posicionamento político e social: de quem pode ou não dar continuidade ao modo de produção vigente na sociedade. Os próprios argumentos utilizados para justificar a seleção dos mais jovens, em detrimento da privação do direito a recursos hospitalares aos mais idosos, segue uma nefasta lógica de que a vida de um indivíduo só é válida se ela puder estar mantida na produção.

2.2 Austeridade e assassinato social

Mas essa escolha, que parte das autoridades, tem uma base material: a austeridade. A falta de recursos nos serviços públicos está longe de ser um acidente ou erro de cálculo. A combinação da crise sanitária com a crise econômica, aberta em 2008 (ROBERTS, 2020), apoia-se em medidas austeras contra os mais pobres.

Conforme aponta Santos e Vieira (2008), a austeridade é seletiva, pois ela escolhe qual classe social pagará o ônus de uma crise que foi criada por outro segmento social. Em “Austeridade Seletiva e Desigualdade”, Ricardo Lodi Ribeiro (2019) afirma que enquanto medidas austeras reduzem direitos, salários e o investimento nos serviços públicos, há um setor na sociedade que não sofre com esses cortes. É como se, importante destacar que é opção do governo vigente, solicita-se que para conter gastos a população aperte mais o cinto, quase ao ponto de não conseguirem respirar, os mais ricos não só afrouxam seus cintos como os alarga (BLYTH, 2018).

Apesar deste debate preceder ao tema da mistanásia, eles caminham combinados como uma engrenagem estruturada onde cada peça tem um papel fundamental. Não há como debater falta de medicamentos se não colocar o problema do emprego, moradia, distribuição de água potável e garantia de alimentação saudável.

Quando em 2016, no Brasil, foi aprovada a PEC 241, apelidada como “PEC do Fim do Mundo”, os governos anunciavam que essa medida não atingiria a população mais vulnerável. Quatro anos depois, com menos investimento na saúde, o cenário que nos encontramos é o de um caos sem fim. A saúde, em nome da austeridade, perdeu R\$ 20 bilhões de reais, quais foram as consequências dessa nefasta medida?

As consequências da austeridade, combinada com o aumento do desemprego e medidas de restrição de direitos, levam-nos a resgatar Engels em sua análise sobre as consequências da fome nos bairros operários ingleses.

Muito mais numerosas foram as mortes causadas indiretamente pela fome, porque a sistemática falta de alimentação provoca doenças mortais: as vítimas viam-se tão enfraquecidas que enfermidades que, em outras circunstâncias, poderiam evoluir favoravelmente, nesses casos determinaram a gravidade que levou à morte. A isso chamam os operários ingleses de *assassinato social* e acusam nossa sociedade de praticá-lo continuamente (ENGELS, 2010, p.69)

Embora Engels esteja tratando sobre a questão da fome e suas consequências nos bairros operários, percebe-se a utilização do conceito *assassinato social* para designar a estruturação de uma lógica de sociedade onde não só se determina quem deve ou não morrer, mas também quem tem como direito essa escolha. Isso é fundamental compreender, pois quem tem o poder político de definir quem vive ou quem morre, são os mesmos que nada sofrem com os pacotes de austeridades que defendem.

O assassinato social é imposto pela burguesia aos trabalhadores, onde sua sobrevivência é marcada por privações. A inanição, assim como a ausência de leitões

em uma situação pandêmica, são fenômenos evitáveis. Mas não se evita porque não há interesse da parte de quem já ocupa uma situação social de privilégio em alterar a situação.

2.3 A função social do chamado “novo normal”

O chamado “novo normal” parte da premissa de que, apesar da pandemia, há uma maneira de mantermos nossas vidas como eram antes. Mas para que isso seja realizado, recomenda-se seguir protocolos sanitários com a finalidade de não se contaminar ou até mesmo de não promover mais contágios.

Mas antes de entrarmos na discussão sobre o “novo normal”, importante identificar o que aparenta ser um consenso em sua conceitualização.

A expressão **novo normal**¹ é formada pela junção do adjetivo “novo” mais o substantivo “normal”. No seu conjunto enquanto um conceito que busca abarcar as condições que garantam a nossa sobrevivência durante e pós-pandemia vem sendo empregada nos mais diferentes tipos de textos e nos mais diversos campos e plataformas (SANTOS & BARONAS, 2020)

A partir dessa conceitualização, do que seria o “novo normal”, pode-se compreender então que ele vem no sentido de naturalização do que seria uma nova vida, onde as notícias de novos recordes diários de óbitos seriam acompanhadas pelo uso de máscaras em locais públicos². Os autores apontam que esse “normal” pode soar como algo “natural” ao nosso cotidiano (SANTOS & BARONA, 2020).

O termo foi muito usado para definir o aprofundamento da modalidade *homeoffice*, como também a utilização de determinados equipamentos de proteção individual, orientações de protocolos a serem seguidos para os trabalhadores poderem continuar utilizando transporte público; espaços de socialização como bares com horários de funcionamento flexibilizados, desde que garantido o distanciamento entre os clientes; e até mesmo como funcionaria a organização de alguma escola em meio a pandemia.

Mas quando aplicado esse conceito à realidade, sua dinâmica é totalmente diferente. Discutir um “novo normal” para garantir o retorno de aulas presenciais, principalmente em uma realidade onde as escolas não têm espaços adequados para manter o distanciamento; ou até mesmo pensar nos protocolos sanitários em um transporte como o Metrô de São Paulo, marcado como sinônimo de sufoco devido à falta de investimento no setor que garanta contratação de mais trabalhadores desse setor e melhoria do equipamento. Até mesmo as medidas de flexibilização de setores não-essenciais, como shoppings e igrejas, são realizados desde que esses estabelecimentos cumpram um pacto coletivo de garantir um ambiente seguro aos seus fiéis e clientes.

Mas qual é o problema dessa medida?

De fundo, o “novo normal” não se coloca em solucionar o problema da pandemia,

1 Destaque de negrito feito pelos próprios autores e conservados nesse texto.

2 Importante destacar, para não haver confusão, que a orientação sobre o uso de máscaras em locais públicos ou com mais pessoas transitando, é de grande importância, assim como outros protocolos sanitários recomendados pela OMS.

ou até mesmo de despertar como reflexão os motivos para que, apesar de todo o desenvolvimento tecnológico que a humanidade alcançou, ainda alguns países correrem o risco de ficarem sem seringas para aplicar a tão esperada vacina. Sua função é de gerenciar uma forma de manter a vida em meio aos óbitos que poderiam ser evitados, mas não são. O estabelecimento de protocolos que garantam a ida a uma churrascaria, o *happy hour* com colegas de serviço, a festa natalina de fim de ano com amigos e familiares, cria a sensação de que a normalidade apaga o fato de que a cada dia temos números de vítimas similares a um, dois ou três *Boeing 747* (PINHORI, 2020).

A função social do chamado “novo normal” é a de naturalizar a negligência consciente do Estado contra nossas vidas, até chegar o momento onde todas as vidas perdidas sejam banalizadas e transformadas em apenas números.

3 | RESULTADOS ALCANÇADOS

3.1 Panorama Geral

A pesquisa consistiu na análise da literatura que envolve o tema mistanásia e sua relação com o declínio da qualidade de vida, apontando as principais contradições dos governos que adotaram como principal propaganda o chamado “novo normal”, e como esse processo age em meio à pandemia combinada como pacotes de austeridades anteriores à crise sanitária.

Com os problemas relatados pelos jornais sobre a falta de insumos, infraestrutura e até mesmo ausência de planejamento para construção de hospitais, acompanhado com uma inexistente política de remuneração justa aos trabalhadores da saúde, a crise sanitária proporcionada pelas políticas de austeridade e potencializadas pela pandemia se agravou mais ainda. Algo que estaria longe de se pensar em um país com a presença do SUS, espalhado por todo o território nacional, onde a saúde deveria ser tratada como direito universal, e ainda nem superamos a 6% da população vacinada.

Compreender o motivo de termos falhado no combate à pandemia, pois com mais de 260 mil mortes, e sem sinalização de a curto prazo haver alguma estabilidade ou até mesmo diminuição dos casos, não há como caracterizar de outra forma, tendo em momentos números diários ao de um *Boeing* em óbitos, colocou-se como necessário resgatar o próprio papel da PEC 55, que estipulava um teto nos gastos nas áreas da educação e saúde. As medidas de austeridades adotadas por governos anteriores, e reforçadas pelo governo vigente, contribuiram para esse desastre sanitário de proporção global.

As mortes ocorridas pela Covid-19, concentradas principalmente na população de maior vulnerabilidade, os trabalhadores, poderiam ter sido evitadas. É correta a afirmação de que o contágio é democrático, mas a letalidade tem um recorte social definido, sendo destinadas ao setor que mais sofre com a carestia, corte de direitos e privação de serviços públicos com qualidade.

são os locais onde mais se concentram os casos de mortes por Covid-19 se concentram. A estrutura da moradia, que em muitas vezes conta pela combinação poucos cômodos para muitos membros, possibilita no aumento da transmissão do vírus entre membros da mesma família. Diferente do que ocorre em regiões mais centrais, conhecidas pela centralização de setores médios e ricos da cidade.

Outro elemento importante a ser destaque é que, apesar do contágio atingir em todos os pontos da cidade de São Paulo, seus óbitos localizam-se nas regiões de maior vulnerabilidade social. Distritos como Capão Redondo, Jardim São Luiz e Jardim Ângela, conhecidos na década de 90 como o “triângulo da morte”, continuam registrando óbitos dos mais pobres da cidade.

O distrito do Capão Redondo, localizado na zona sul de São Paulo, concentra uma população de aproximadamente 293.651 habitantes, segundo o Nossa São Paulo – 2020, sendo 53,9% autodeclarados negros. Apesar de ter dados populacionais similares ao de municípios como Taboão da Serra (IBGE, 2016), o distrito não tem um hospital geral público, sendo obrigada sua população a se dividir entre os Hospitais do Campo Limpo e M’Boi Mirim.

Enquanto presenciamos a concentração abundante de hospitais públicos e privados nas regiões mais nobres da cidade, como a Figura 3 indica, os distritos periféricos carecem de leitos e atendimentos hospitalares, e quando tem, são destinados à superlotação devido à ausência de hospitais gerais na região.

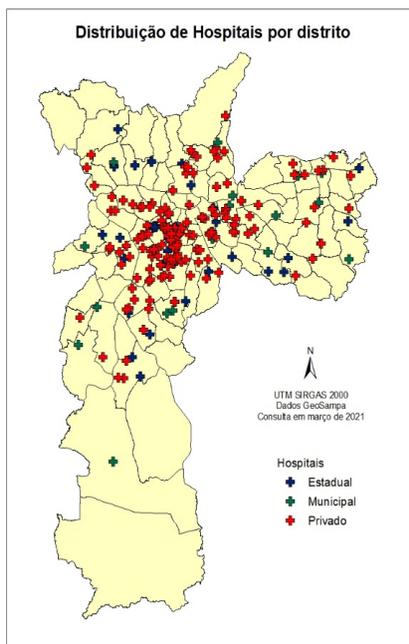


Figura 3 – Mapeamento da localização de hospitais públicos (estadual e municipal) e privados.

Para essas regiões, jargões como “Fica em Casa” nunca fizeram sentido, uma vez que quanto mais pobres, expostos em situação de vulnerabilidade, a garantia pela busca e manutenção do emprego torna-se como necessidade que precede a qualquer discussão sanitária.

A flexibilização durante os primeiros meses da pandemia, permitiu que enquanto um setor na cidade pudesse exercer seu direito à quarentena, outro trabalhasse para ele. A consequência disso foi que aqueles que tem como direito ao leito, assim como também tem como garantia pessoas para realizar seus afazeres diários, sempre soubessem que seriam servidos por aqueles onde o problema da falta do arroz e feijão chega antes do vírus.

Segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, o total de mortes em 2020 por Covid-19 no distrito do Capão Redondo foi de 465, uma média de 51,66 mortes por mês desde que iniciou a pandemia, sendo 55,91% de homens e 44,09% de mulheres. Já quando fazemos o recorte racial,³ identificamos que 47,96% dos óbitos foram de brancos, enquanto 46,23% eram negros.⁴

Mas quando observamos esses dados com a finalidade de identificar onde ocorreram esses óbitos, nos deparamos com o fato de que, em sua grande maioria, dos 49,05% das mortes em hospitais foram de brancos, já 53,34% dos óbitos em domicílios foram de negros e 100% dos falecimentos em via pública estão associados a pretos.

A identificação do local onde as mortes ocorrem, demonstram um modelo de organização social onde um grupo social vem a falecer sem se quer ter tido alguma oportunidade de acompanhamento médico.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Toda a discussão que tenha como conteúdo a flexibilização das – mínimas – medidas de contenção do contágio do vírus, está carregada com o termo “novo normal”, que cumpre como função social a garantia da continuidade da vida econômica em detrimento do direito à viver.

O chamado “novo normal” parte da tentativa de naturalizar mortes que poderiam ser evitadas, mas não são. Seu principal objetivo é a manutenção de um sistema econômico que valorize o lucro ao invés de vidas.

O desespero da humanidade que se apresenta no horizonte é a certeza de que as mortes que poderiam ser evitadas, atingem principalmente os mais pobres, que já são privados de políticas públicas. Essas mortes, resultadas pela negligência do Estado com as vidas, com o discurso do “novo normal” continuarão a serem tratadas como tragédias que estão fora de controle das autoridades.

Em um país como o Brasil, marcado por séculos pela escravidão e a continuidade

³ Importante observar esses dados levando em consideração toda a dificuldade sobre a autodeclaração racial no Brasil ser relacionada para além da cor da pele, como também um processo identitário.

⁴ Pretos e pardos.

da discriminação racial no pós-escravatura, a pandemia não só trás à tona a desigualdade social existente em nossa sociedade, como também demonstra que apesar de 132 anos do fim da escravidão negra, pouco foi feito para mudar a condição de vida de milhares de negros e negras no país. Os leitos continuam reservados à população branca, enquanto a morte em casa ou na rua continua tendo como grupo social majoritários os mesmos que sempre foram negligenciados e privados de direitos.

Sem dúvida alguma, a discussão da mistanásia e seu impacto na vida das pessoas, passa pelo aprofundamento da discussão sobre reparações às vítimas do Covid-19, que em sua maioria são negras. Somente assim, o chamado “novo normal”, que parte da banalização das mortes, lança-se como questionamento fundamental: afinal, o que é o normal para os mais pobres?

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

ENGELS, Friedrich. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. 2ª ed. Trad. B. A. Schumann. São Paulo: Boitempo, 2010.

FERREIRA, Sidnei; PORTO, Dora. Mistanásia x Qualidade de vida. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 27, n. 2, pág. 191-195, junho de 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422019000200191&lng=en&nrm=iso>. acesso em 20 de mai. de 2020. Epub, 01 de julho de 2019. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272000> .

FERREIRA, Sidnei. A mistanásia como prática usual dos governos. **Jornal do CREMERJ**, Rio de Janeiro, mar/abr 2019. Página 05.

RIBEIRO, Ricardo Lodi. Austeridade Seletiva e Desigualdade. **Revista de Finanças Públicas, Tributação e Desenvolvimento**, v.7, n.8, janeiro/junho, 2019, p. 158-172.

RICCI, Luiz Antônio Lopes. **A Morte Social – Mistanásia e Bioética**. Coleção Ethos. São Paulo: Paulus, 2017.

SANTOS, Isabela Soares; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2303-2314, julho de 2018. Disponível em < <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09192018> >. Acesso em 15 de maio de 2020.

SANTOS, Júlio Antonio Bonatti; BARONAS, Roberto Leiser. **InformaSUS**. UFSCAR. Novo normal. Disponível em: < <https://www.informasus.ufscar.br/novo-normal/#:~:text=A%20express%C3%A3o%20novo%20normal%20%C3%A9,campos%20e%20plataformas%5B1%5D> > Acesso em 08 de mar. 2021.

Sistema de Informações sobre Mortalidade – **SIM/PRO-AIM/CEInfo – SMS/SP**. Data de atualização: 04/03/2021. Disponível em: < <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/index.php?p=296877> > Acesso em 08 de mar. 2021.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

Antes do colapso, White Martins pediu transporte de oxigênio a coronéis que assessoraram Pazuello e não foi atendida. **Folha de S. Paulo**, 07 de março de 2021. Disponível em: < <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2021/03/antes-de-colapso-white-martins-pediu-transporte-de-oxigenio-a-coroneis-que-assessoram-pazuello-e-nao-foi-atendida.shtml> >. Acesso em: 07 de mar. 2021.

BARIFOUSE, Rafael. Coronavírus: Médicos podem ter de fazer 'escolha de Sofia' por quem vai viver na Itália. **BBC**. 13 de março de 2020. Disponível em: < <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-51864814> >. Acesso em 02 de nov. 2020.

Coronavírus: Nova York pode ficar em equipamentos médicos em 10 dias. **BBC**, 2020. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52004202>>. Acesso em: 02 de nov. 2020.

Especial Pandemia. **Nossa São Paulo**, 11 de junho de 2020. Disponível em: < <https://www.nossasaopaulo.org.br/pesquisas/especial-pandemia/> >. Acesso em: 07 de mar. 2021.

GOULART, Josette. Manaus testemunha a 'hora da morte' por covid-19. "As pessoas morrem sozinhas. Sozinhas, sozinhas, sozinhas". **El País**, 01 de maio de 2020. Disponível em: < <https://brasil.elpais.com/sociedade/2020-05-01/manaus-testemunha-a-hora-da-morte-por-covid-19-as-pessoas-morrem-sozinhas-sozinhas-sozinhas-sozinhas.html> >. Acesso em 07 de mar. 2021.

PINHORI, Marina. SP tem explosão de 'um Boeing 747 por dia' e mortes por Covid-19 podem ficar em patamar elevado até 2021, diz diretor do Butantan. **G1**. Disponível em: < <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/07/14/sp-tem-explosao-de-um-boeing-747-por-dia-e-mortes-por-covid-19-podem-ficar-em-patamar-elevado-ate-2021-diz-diretor-do-butantan.ghtml> >. Acesso em 20 de dez. 2020.

Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causa da EC 95/2016. **CNS**. Disponível em: < <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016> > Acesso em 20 de nov. 2020.

FILMOGRAFIA

SOB PRESSÃO – PLANTÃO COVID (Temporada especial completa, ep 1 e 2). Sob Pressão [Seriado]. Direção: Andrucha Waddington. Criação: FAGUNDES, Renato; FURTADO, Jorge. Produção: Conspiração Filmes. Rio de Janeiro, 2020. 45 min, 4K.

CAPÍTULO 2

QUARENTENA, SAÚDE MENTAL E A PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS: UM ENSAIO DE DISCUSSÃO TEÓRICA SOBRE ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS EM DECORRÊNCIA DA PANDEMIA DE COVID-19

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 06/04/2021

Matheus Cabanha Paniago Almada

Instituto de Educação e Pesquisa Alfredo
Torres – IEPAT
Campo Grande – MS, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/7947629952248233>

Anderson Fernandes da Silva

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul –
UFMS
Campo Grande – MS
<http://lattes.cnpq.br/5910568706126576>

Cesar Augusto Marton

Universidade Católica Dom Bosco – UCDB
Campo Grande – MS, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/0072634436365333>

Romano Deluque Júnior

Universidade Federal de Mato Grosso Do Sul
– UFMS
Campo Grande – MS, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5129472062119423>

RESUMO: A quarentena pode ser entendida como uma medida de saúde pública que visa promover a contenção de uma epidemia. A quarentena coletiva ocorreu por conta do novo coronavírus (COVID-19) que teve os primeiros casos relatados em Wuhan na China em dezembro de 2019 e logo se expandiu para o mundo. A quarentena e o isolamento social, podem interferir na saúde mental o que

pode gerar sentimentos como medo, raiva, irritabilidade, ansiedade e estados depressivos. A partir do momento em que medidas de isolamento social coletivo foram determinadas, muitas pessoas foram obrigadas a mudar seus hábitos. Essas mudanças de hábitos interferiram no trabalho, estudo, trânsito de pessoas, na saúde mental e também a prática de exercícios físicos. O presente trabalho tem como objetivo identificar os pontos negativos e positivos da quarentena coletiva. O presente trabalho é um ensaio de discussão teórico. Como resultado, os principais fatores estressores encontrados foram a duração da quarentena, medo da infecção, frustração, tédio, falta de suprimentos, falta de informação, perdas financeiras e estigma. Também foram encontrados sintomas de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão. Porém, exercícios físicos, principalmente aeróbios, podem promover adaptações neurobiológicas e fisiológicas, favorecendo benefícios psicológicos em combate a esses problemas. Conclui-se que a quarentena deve ser bem estruturada para evitar consequências tão graves quanto a própria doença e que os exercícios físicos durante a medida, podem minimizar os problemas psicológicos gerados nesse período, porém deve-se ter cautela para uma prescrição adequada do exercício. Mais estudos específicos devem ser realizados para essa temática.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19, Isolamento Social, Quarentena, Saúde Mental e Exercícios Físicos.

QUARANTINE, MENTAL HEALTH AND THE PRACTICE OF PHYSICAL EXERCISES: A THEORETICAL DISCUSSION ESSAY ON BEHAVIORAL CHANGES DUE TO THE COVID-19 PANDEMIC

ABSTRACT: Quarantine can be understood as a public health measure that aims to promote the containment of an epidemic. The collective quarantine was due to the new coronavirus (COVID-19), which had its first reported cases in Wuhan, China in December 2019 and soon expanded to the world. Quarantine and social isolation can interfere with mental health, which can generate feelings such as fear, anger, irritability, anxiety and depressive states. From the moment that measures of collective social isolation were determined, many people were forced to change their habits. These changes in habits interfered with work, study, traffic, mental health and also the practice of physical exercises. The present work aims to identify the negative and positive points of the collective quarantine. The present work is an essay of theoretical discussion. As a result, the main stressors found were the duration of the quarantine, fear of infection, frustration, boredom, lack of supplies, lack of information, financial losses and stigma. Symptoms of post-traumatic stress, anxiety and depression have also been found. However, physical exercises, mainly aerobic, can promote neurobiological and physiological adaptations, favoring psychological benefits in combating these problems. It is concluded that the quarantine must be well structured to avoid consequences as serious as the disease itself and that physical exercises during the measurement can minimize the psychological problems generated during this period, however, care must be taken with an appropriate exercise prescription. More specific studies must be carried out for this theme.

KEYWORDS: COVID-19, Social Isolation, Quarantine, Mental Health and Physical Exercises.

INTRODUÇÃO

A quarentena pode ser entendida como uma medida de saúde pública que visa promover a contenção de uma epidemia (SANTOS; NASCIMENTO, 2014). Esse termo foi usada pela primeira vez em 1127, em Veneza na Itália, no surto de hanseníase (NEWMAN, 2012). A palavra quarentena é derivada de *quadraginta* e do italiano *quaranta*, que significa “quarenta”, referente aos 40 dias em que os passageiros e cargas de navios deveriam permanecer em isolamento, caso houvessem suspeitos de doenças infecciosas (SANTOS, 2014).

Porém, nem todas as modalidades de patologias infecciosas necessitam de medidas de contenção por 40 dias, havendo alterações entre dias ou semanas. Com relação ao novo Coronavírus (SARS-CoV-2) a duração é entre 7 e 14 dias, tendo em vista que o período de incubação do COVID-19 (doença causada pelo SARS-CoV-2) é de, aproximadamente, 2 a 16 dias. O tempo de incubação é o período em que se leva para emergir os primeiros sintomas desde a infecção pelo vírus (BRASIL, 2020).

Além da quarentena, o ministério da saúde do Brasil incluiu medidas de distanciamento social, que visa reduzir a velocidade de transmissão do vírus. O distanciamento social possui três divisões, o Distanciamento Social Ampliado (DSA) que é aplicado em todos os

grupos da sociedade de forma que todos permaneçam em suas residências até o fim da medida. O Distanciamento Social Seletivo (DSS) que é aplicado a grupos específicos mais vulneráveis ao contágio como idosos, portadores de doenças crônicas ou condições de risco como obesidade e gestação de risco. E por fim o Bloqueio Total (*lockdown*) que é o nível mais radical de contenção, pois o perímetro é bloqueado por seguranças e ninguém tem permissão para entrar ou sair do local isolado (BRASIL, 2020).

Já em relação a transmissão do COVID-19, essa pode ocorrer principalmente pelo contato com uma pessoa infectada, através de gotículas respiratórias provenientes do espirro, tosse, saliva ou secreção nasal (CDC, 2020). Além disso, segundo órgãos oficiais de saúde do Brasil, também são vias de transmissão, objetos e superfícies como celulares, mesas, brinquedos, corrimãos, etc. (BRASIL, 2020).

É importante ressaltar que tais termos e situações epidemiológicas retratadas recentemente, apresentam correlações sócio-históricas no mundo contemporâneo. Uma vez que, com o advento da revolução técnico-científico houve, além da globalização das informações, o deslocamento de pessoas entre as diversas regiões do mundo, sejam através de migrações motivadas pelos aspectos econômicos, alterações climáticas, turísticas e religiosas, ou até mesmo, por motivações políticas e por conflitos bélicos (BENI, 2011; SIYAM; DAL POZ, 2014). A viabilização dessas movimentações entre os diferentes países, se deu através do desenvolvimento das novas tecnologias de comunicação e transportes modernos, como aviões e automóveis (BENI, 2011; SIYAM; DAL POZ, 2014; UNHCR, 2015; VENTURA, 2015).

Diante de todas essas circunstâncias, é crescente a possibilidade do surgimento e disseminação de doenças como COVID-19, que, em dezembro de 2019 teve os primeiros casos relatados em Wuhan na China (LI; GUAN; WU *et al.*, 2020; SANTOS; NASCIMENTO, 2014). Trata-se de uma doença respiratória aguda com baixa taxa de letalidade e com grande potencial de disseminação entre os indivíduos. A letalidade até então, é de aproximadamente 6,3% (HUANG *et al.*, 2020; WHO, 2020). Sua infecção causa a Síndrome Respiratória Aguda Grave (YAN *et al.*, 2020). Em seu período crítico, a doença pode causar danos maciços aos alvéolos pulmonares, insuficiência respiratória progressiva e morte (HUANG *et al.*, 2020).

Segundo dados da OMS (2020), até o dia 27 de maio de 2020, foram registrados, em todos os continentes, 5.488.825 casos confirmados e 349.095 mortes. No dia 11 de março, antes dos dados atingirem tal magnitude, o diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou estado de pandemia, visto que o COVID-19 havia se disseminado por várias regiões do mundo, além disso, a organização previa que os números de casos e mortes poderiam ser maiores do que os oficializados até então (WHO, 2020).

Diante desse cenário, assim como outros países, o Brasil realizou um Plano de Contingência para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus, visando conter a disseminação do vírus, reduzindo os casos de contágios e possíveis mortes (BRASIL, 2020; PERLMAN,

2020). Entretanto, as medidas mais enfáticas ficaram a cargo dos Estados e Municípios brasileiros, que tiveram autonomia para tomar atitudes de fechamento de ambientes de uso coletivo, tais como shoppings, academias e parques públicos, além de medidas como toque de recolher para a população, paralisação de transportes públicos e fechamentos de rodoviárias (BRASIL, 2020; USHER; BHULLAR; JACKSON, 2020).

Vale ressaltar que, no campo bioético, a quarentena imposta pelas autoridades traz consigo alguns questionamentos relacionados à liberdade humana, apesar de ser considerada uma medida que visa proteção do indivíduo e a promoção da saúde nas cidades. Outro aspecto está relacionado à sua eficácia, ao modo de aplicabilidade e a quem deveria ser administrado esse método de contenção epidemiológica (SANTOS; NASCIMENTO, 2014).

Adjunto a esses questionamentos, a quarentena coletiva e o isolamento social, podem trazer problemas associados à saúde mental (HAWRYLUCK *et al.*, 2004; DIGIOVANNI *et al.*, 2005; BROOKS *et al.*, 2020). Estar em quarentena pode emergir diversos sentimentos, como medo, raiva, irritabilidade, ansiedade, tristeza, entre outros (BROOKS *et al.*, 2020). Tais fatores, somados à atitudes midiáticas ditas “sensacionalistas”, podem potencializar a real circunstância dos fatos e gerar falsas crenças de que algo muito pior está ocorrendo (DUAN; LINDER; HUREMOVĆ, 2019).

As mídias sociais também promovem a disseminação de notícias que contribuem para um estado de ansiedade. A ansiedade pode ser definida como resposta mental e psíquica frente a uma adversidade, sendo ela caracterizada como uma preocupação excessiva que ocasiona dificuldade de concentração, tensão muscular e perturbação do sono (MENEZES *et al.*, 2016; DUAN; LINDER; HUREMOVĆ, 2019)

O surgimento de um novo vírus, sem cura ainda conhecida, pode causar pânico e medo generalizado (DUAN; LINDER; HUREMOVĆ, 2019). Além disso a utilização do termo “pandemia”, pode provocar medo irracional e incertezas quanto ao desencadear da doença, gerando sofrimento mental à população (WHO, 2020).

Outros fatores atribuídos à falta de relaxamento e inquietude, relacionados a ansiedade e depressão, são hábitos inadequados de alimentação, inatividade física e estresse (MENEZES *et al.*, 2016). Com a situação de quarentena e os transtornos emocionais emergindo, uma possível medida que visa a minimização de tais agravos é a prática de exercícios físicos, cujo os seus benefícios fisiológicos relacionados ao relaxamento e calma podem diminuir as consequências gerada pelo isolamento social e a quarentena (DESLANDES *et al.*, 2009). No ano de 2020, a pandemia de COVID-19, levou vários países e Estados e Municípios brasileiros a adotarem medidas de quarentena coletiva e isolamento social. Essa decisão mexeu com os comportamentos coletivos e individuais. A partir do momento em que medidas de distanciamento social coletivo foram determinadas, muitas pessoas se viram obrigadas a mudar seus hábitos.

O estudo se faz necessário tendo em vista as mudanças de hábitos interferem no

trabalho, estudo, trânsito de pessoas, reuniões sociais, saúde mental e também na prática de exercícios físicos. Neste cenário, o uso de tecnologias de informação e comunicação, *smartphones e tablets*, através de redes sociais e aplicativos, são imprescindíveis para estabelecer contatos interpessoais, e podem inclusive, contribuir com a prática de exercícios físicos.

Diante do exposto, esse estudo tem como objetivo identificar os pontos negativos e positivos do isolamento social e da quarentena coletiva, bem como discutir os seus efeitos na saúde mental. Pretende-se ainda, argumentar em favor da prática de exercícios físicos, como ferramenta redutora dos agravos psicológicos, tão características do atual cenário epidêmico.

MÉTODOS

O presente trabalho pretende ser um ensaio de discussão teórica, com delineamentos explicativos/analíticos. Foram consultadas como fonte de pesquisa livros, periódicos, artigos científicos, revistas *online* e sites de pesquisa dos quais Google acadêmico, Pubmed e Scielo, além de sites de órgãos oficiais como *World Health Organization* e Ministério de Saúde Do Brasil. As palavras-chaves usadas para pesquisa foram: Saúde mental, exercício físico, quarentena, bioética, tecnologias de transporte e informação, depressão, ansiedade, transtornos psicológicos, pandemia, novo coronavírus e COVID-19. Foram selecionados os estudos que contribuíam de forma coerente com a construção deste trabalho, tendo prioridade estudos randomizados e meta-análise. Levantamento bibliográfico realizado até maio/2020.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A quarentena e o isolamento social possuem definições diferentes. A quarentena é a separação ou restrição de pessoas que estiveram em regiões de risco ou em contato com suspeitos e/ou confirmadas de uma doença contagiosa, com o objetivo de verificar se há surgimentos de sintomas. O isolamento social, difere-se da quarentena, pois é aplicado em pessoas que foram diagnosticadas com alguma doença contagiosa (CDC, 2017).

Porém, o que está ocorrendo durante a pandemia de COVID-19 é diferente. Cidades inteiras estão sendo postas em quarentena, tornando-a coletiva. Na China, esse método foi imposto nas cidades de alto risco (PHE, 2020). No Brasil, essa decisão ficou a cargo dos Governadores e Prefeitos que estão colocando suas medidas em prática.

Essa prática já tem históricos anteriores, como no surto da SARS em 2003, em que a China e o Canadá colocaram várias cidades em quarentena. Em 2014, nos países da África Ocidental, as aldeias ficaram em quarentena durante o surto de Ebola (BROOKS *et al.*, 2020).

Tal ação, embora não possua eficácia científica comprovada, é amplamente aceita, tanto no meio médico, quanto em meio popular como uma medida adequada. Além disso, transmite uma ideia de proteção da coletividade. Porém, numa discussão bioética, essa medida pode ser negativa, pelo fato de o Estado intervir diretamente na liberdade e autonomia dos indivíduos, além disso, não se vê a presença e participação de comitês de ética ou quaisquer outros segmentos da sociedade em tais decisões (SANTOS; NASCIMENTO, 2014).

Frente a isso, durante o surto da gripe espanhola foram tomadas medidas, contra a população mais pobre em São Paulo, que impediam o livre trânsito dessas pessoas nas ruas, nesse caso, houveram mais mortes por inanição do que pela própria doença (SANTOS; NASCIMENTO, 2014). Ainda sobre o surto da gripe espanhola e a quarentena, fora percebido que esse método apresentou mais malefícios do que benefícios, além de não apresentar resultados expressivos de controlar ou impedir uma epidemia (JONES, 2005). É claro que as devidas proporções, entre ambos cenários, devem ser resguardadas.

Outro impacto negativo da pandemia e do distanciamento social coletivo, é a questão econômica. No ano de 2020, durante a pandemia de COVID-19, a Ibovespa, que marca o índice da bolsa de valores no Brasil, chegou a perder cerca de 36 mil pontos, caindo de 106 mil para 70 mil pontos. Nos Estados Unidos, encerrou-se um ciclo de 113 meses de crescentes gerações de empregos, e em março, o mesmo país apresentou uma queda de 701 mil postos de trabalhos (VOGLINO, 2020).

Entretanto, a medida possui aspectos positivos, e pode provocar a retardação de contágios em uma população e conseqüentemente a diminuição da gravidade gerada pela doença. No caso do Brasil, o atraso na disseminação do vírus, faz com que o sistema público de saúde tenha tempo hábil para se equipar com condicionantes mínimos de funcionamento, como leitos, respiradores, equipamentos de proteção individual (EPI), teste laboratoriais e recursos humanos, até o período de pico epidêmico (BRASIL, 2020).

Ainda assim, mesmo com os aspectos positivos, o estado de quarentena traz consigo muitas conseqüências para as pessoas, principalmente relacionadas a saúde mental. Em relação aos impactos psicológicos, BROOKS *et al.* (2020) demonstram que os principais fatores estressores foram: a duração da quarentena; o medo da infecção; frustração; tédio, falta de suprimentos; falta de informação; e perdas financeiras.

Quanto aos critérios ligados ao tempo de duração, estes nem sempre possuem delineamentos claros. Por exemplo: um estudo comparou pessoas que passaram mais de 10 dias em quarentena com pessoas que passaram menos de 10 dias (HAWRYLUCK, *et al.*, 2004), nesse caso, as pessoas que permaneceram por mais dias nesse procedimento, apresentaram maiores e mais intensos sintomas de estresse pós-traumáticos. No mesmo estudo, foi identificado que pessoas, em situação de isolamento social, apresentaram sintomas de depressão, independentemente do tempo em que permaneceram socialmente afastadas (HAWRYLUCK, *et al.*, 2004). Um outro estudo demonstrou que períodos mais

prolongados de quarentena causam impactos negativos na saúde mental, provocando comportamentos como raiva e esquivas (MARJANOVIC; GREENGLASS; COFFEY, 2007).

Considerando que uma situação de isolamento social ou de quarentena, alteram os hábitos da população, verifica-se também que as mudanças de rotinas fazem emergir sentimentos de frustração e tédio, além disso, a falta de contato físico e social provoca a sensação de isolamento perante o resto do mundo e angustia aquele que vivencia o fenômeno (CAVA *et al.*, 2005; BRAUNACK-MAYER, 2013).

Juntamente a isso, Digiovanni *et al.* (2005) argumentam que pessoas em condição de distanciamento social apresentaram reações diversas, como medo, solidão, insônia e ansiedade. Porém, o principal fator desmotivante frente ao distanciamento social é o tédio. Nessas circunstâncias, diversas estratégias pessoais podem ser utilizadas, tais como ler, assistir televisão, ouvir rádio, trocar e-mails, usar o computador com diversas finalidades e rezar (DIGIOVANNI, *et al.*, 2005).

Outra estratégia para combater os efeitos negativos na saúde mental decorrente a quarentena e o isolamento social, é a prática de exercícios físicos. Carek, Laibstain e Carek, (2011) demonstram que o exercício físico está associado à melhoria na saúde física, satisfação com a vida, funcionamento cognitivo e bem-estar psicológico, e sugerem que devem ser realizados pelo menos 30 minutos de exercícios aeróbios, com intensidade moderada, na maioria dos dias da semana.

Reafirmando os benefícios do exercício físico para a saúde mental, Bui e Fletcher (2000), e Wyshak (2001) demonstram que a atividade física regular está associada a diminuição de sintomas de depressão e ansiedade. Os benefícios, causados pelo exercício físico regular, na saúde mental, ocorrem independentemente do gênero. Em um estudo realizado com 5.451 homens e 1.277 mulheres, identificou que aumentos significativos na aptidão cardiorrespiratória e na prática de exercícios físicos, foram responsáveis pela melhora no bem estar mental dos participantes (GALPER *et al.*, 2006).

Kvan *et al.* (2016), em um estudo de meta-análise, buscaram identificar se os exercícios físicos apresentavam benefícios frente ao tratamento da depressão, diante disso, os autores concluíram que os exercícios causam aumento da neuroplasticidade e são eficazes para o combate à depressão, portanto devem ser usados como uma alternativa.

Exercícios aeróbios com intensidade moderada e vigorosa, demonstram exercer efeitos benéficos em pessoas com Transtorno Depressivo Maior (TDM) (SCHUCH, *et al.*, 2006). Em se tratando de pessoas com Desordem Depressiva Principal (MDD), exercícios com intensidade moderada apresentam bons resultados, porém nos dois grupos, pacientes que foram acompanhados por profissionais da área de educação física, apresentaram melhores resultados (SCHUCH *et al.*, 2006).

Com o estresse, ansiedade, angustia e sentimentos de raiva, a qualidade de sono também se perde, gerando quadros de insônia. Para uma boa saúde mental e corpórea, a prática de exercícios físicos, dieta equilibrada e noites bem dormidas são imprescindíveis

(ROSSI; MELLO; TUFIK, 2010). Pessoas fisicamente ativas, representam índices menores nos relatos subjetivos de baixa qualidade de sono e, conseqüentemente, menor sonolência diurna (SHERRIL; KOTCHOU; QUAN, 1998).

Um estudo realizado em São Paulo, demonstrou que pessoas fisicamente ativas apresentavam menor índice de queixas sobre insônia (27,1%) e sonolência excessiva durante o dia (28,9%), ao passo que pessoas sedentárias apresentavam maior índice para insônia (72,9%) e sonolência durante o dia (71,1%) (DE MELLO; FERNANDEZ; TUFIK, 2000). Outro estudo realizado na Finlândia com 1.190 pessoas, sendo homens e mulheres com idades entre 36 e 50 anos, verificou, através de questionários, que exercícios físicos, principalmente caminhada de intensidade leve a moderada no início da noite, provoca impactos positivos na qualidade do sono e melhor disposição durante o dia (VUORI *et al.*, 1988).

Esses benefícios encontrados na qualidade do sono, podem não estar relacionados diretamente com o a prática de exercícios, mas sim de forma indireta, haja visto que os exercícios físicos podem promover redução na ansiedade e ter efeitos antidepressivos, contribuindo assim para uma boa qualidade de sono (YOUNGSTEDT, 2005).

Tais acontecimentos estão associados com adaptações cerebrais, e nesse sentido, os exercícios são responsáveis por induzir adaptações neurobiológicas, sendo seus efeitos comparados a medicamentos antidepressivos pelo fato de reduzir os referidos sintomas, bem como aumentar a neurogênese do hipocampo, além disso, o exercício aeróbico de intensidade moderada, pode diminuir o desequilíbrio do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal, atenuando a resposta ao estresse (BUCKWORTH; DISHMAN, 2002; ERNEST *et al.*, 2006).

Quatro possíveis mecanismos podem ser responsáveis por essa adaptação neurobiológica, as β -endorfinas, fator de crescimento endotelial vascular, fator neurotrófico derivado do cérebro, e serotonina (ERNEST, *et al.*, 2006). O aumento da serotonina, como um dos responsáveis pelos benefícios psicológicos, pode ocorrer através da lipólise provocada pelo exercício aeróbico de intensidade moderada, que altera a distribuição do aminoácido precursor do neurotransmissor serotonina, o triptofano (ANTUNES *et al.*, 2005).

Além disso, o fator neurotrófico também é um importante contribuinte no alívio dos sintomas depressivos em processos mediados pelo exercício físico, pois sua ação possui um importante papel na neuroplasticidade, participação na transmissão neural, modulação, proliferação celular e neurogênese. Outros indícios mostram que o fator neurotrófico é afetado pelo aumento da síntese de serotonina provocada pelo exercício aeróbico (RUSSO-NEUSTADT; CHEN, 2005; BJORNEBEKK; MATHÉ; BRENÉ, 2005)

Quanto as β -endorfinas, suas concentrações circulantes em repouso são extremamente baixas. Com o exercício físico, os níveis podem elevar-se de 3 a 10 vezes. Porém, tais elevações plasmáticas, são observadas principalmente quando os exercícios são realizados por um período prolongado em intensidades acima de 50% do VO₂max,

entretanto, quanto maior a intensidade, menor o tempo necessário para produzir a elevação de β -endorfinas. Sua ação envolve sensação de bem-estar mental, relaxamento e analgesia (GUYTON; HALL, 2006).

Outros possíveis mecanismos que melhoram o estado de humor decorrente do exercício físico, são os níveis aumentados de endocanabinóides que estão associados a ansiólise, analgesia e sensação de bem-estar (DE MOOR *et al.*, 2006). Além dos endocanabinóides, o aumento de adrenocorticotrópico e diminuição da produção de cortisol, fazem parte do mecanismo que causam efeitos positivos no humor (WITTER, 1996).

A falta de exercícios ou atividade física, está associada com maiores probabilidades de desenvolvimento de transtornos psicológicos. Identifica-se uma relação direta entre a falta de exercícios físicos e sintomas de ansiedade e depressão (STRÖHLE, 2009). Um estudo realizado por Farmer *et al.* (1988), com 1.900 pessoas saudáveis, entre 25 e 77 anos, constatou que a falta de atividade física pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos. Nessa mesma esteira, Weyner (1992) também demonstra, através de seu estudo, que pessoas inativas fisicamente, de 15 anos ou mais, apresentam maior propensão a desenvolver depressão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quanto maior o tempo de distanciamento social, maior serão os impactos negativos gerados por ele. No entanto, quando a quarentena coletiva se faz necessária como estratégia de saúde pública, é preciso que seja muito bem estudada e estruturada para que haja redução nas consequências geradas pela medida adotada, afim de evitar que, após a pandemia, não fiquem agravos tão ou mais severos quanto a própria doença pandêmica.

Os problemas psicológicos, gerados a partir do fenômeno, são preocupantes, mas seus impactos podem ser atenuados com a prática de exercícios físicos. Os benefícios atribuídos aos exercícios físicos ocorrem, principalmente, por treinos aeróbios, com duração mínima de 30 minutos com intensidade entre 55 a 80% do batimento cardíaco máximo.

Em relação aos exercícios praticados em casa, por meio de aplicativos de comunicação e informação, ainda não existem estudos que abordem a temática nessa especificidade. Assim, ainda não é possível apontar os pontos positivos e negativos. Entretanto, cabe ressaltar que os profissionais que atuam na área de treinamento físico devem agir com a consciência de que, para a prescrição de um treinamento a distância, é necessário conhecer muito bem seus alunos, sabendo suas restrições, níveis de condicionamento físico, consciência corporal e habilidade motora.

Mesmo com todos os cuidados na hora da prescrição, ainda existem muitas limitações, pois a prática não supervisionada é perigosa, podendo ser altamente lesiva. Além disso, sem o acompanhamento profissional durante o treino, não é possível garantir que os alunos estejam executando-o de forma correta quanto ao volume e intensidade.

Porém, tendo em vista que os exercícios trazem inúmeros benefícios psicológicos e fisiológicos aos praticantes em quarentena ou não, as atividades via *internet* devem ser simples, de baixo risco e complexidade, prescrito e conduzido por um profissional habilitado da área. Por fim, é possível afirmar que a prática das atividades pode ser uma estratégia eficiente de enfrentamento, porém, estudos específicos devem ainda ser realizados.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, H. K. M.; STELLA, S. G.; SANTOS, R. F.; BUENO, O.F.A., DE MELLO, M.T. **Depression, anxiety and quality of life scores in sênior alter an endurance exercise program.** Rev. Bras. Psiquiatria 2005; 27(4):266-71.

BENI, M. C. **Globalização do turismo: Mega tendências do setor e a realidade brasileira.** 3 ed. São Paulo: Aleph, 2011.

BJORNEBEKK, A.; MATHÉ, A. A.; BENÉ, S. **The antidepressant effect of running is associated with increased hippocampal cell proliferation.** J. Neuropsychopharmacol. 2005; 8:357-68.

BRASIL, Ministério da Saúde (A). **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus COVID-19. 2020.** Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/Livreto-Plano-de-Contingencia-5-Corona2020-210x297-16mar.pdf>> (Acessado em 27/março/2020).

BRASIL, Ministério da saúde (B). **Boletim epidemiológico 2. Infecção humana pelo novo coronavírus 2019-nCoV.** 4/Fev/2020. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/04/Boletim-epidemiologico-SVS-04fev20.pdf>> (Acessado em 30/março/2020).

BRASIL, Ministério da Saúde (C). **Portaria nº 356, de 11 de março de 2020.** Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-356-de-11-de-marco-de-2020-247538346> (Acessado em: 01/abril/2020).

BRASIL, Ministério da Saúde (D). **Sobre a doença, 2020.** Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#transmissao> (Acessado em 08/abril/2020).

BRASIL, Ministério da Saúde (E). **Boletim Epidemiológico 7. Especial: Doença Pelo Coronavírus 2019.** 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/09/be-covid-08-final-2.pdf> (Acessado em: 09/abril/2020).

BRAUNACK-MAYER, A.; TOOHER, R.; COLLINS, J. E.; STREET, J. M.; MARSHALL, H. **Understanding the school community's response to school closures during the H1N1 2009 influenza pandemic.** BMC Public Health 2013; 13: 344.

BROOKS S. K.; WEBSTER, R. K.; SMITH, L. E.; WOODLAND, L.; WESSELY, S.; GREENBERG, N.; RUBIN, G. J. **The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence.** Lancet 2020; 395: 912–20.

BUCKEORTH, J.; DISHMAN, R. K. **Exercise psychology.** New York: Humman Kinetics, 2002.

BUI, K.; FLETCHER, A. **Common mood and anxiety states: Gender differences in the protective effect of physical activity.** *Social Psychological and Psychiatric Epidemiology* 2000; 35:8-35.

CAREK, P. J.; LAIBSTAIN, S. E.; CAREK, S. M. **Exercise for the treatment of depression and anxiety.** *Int'l. J. Psychiatry in medicine*, Vol. 41(1) 15-28, 2011.

CAVA M. A.; FAY, K. E.; BEANLANDS, H. J.; McCAY, E. A.; WIGNALL, R. **The experience of quarantine for individuals affected by SARS in Toronto.** *Public Health Nurs* 2005; 22: 398–406.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Quarantine an isolation.** 2017. Disponível em: <https://www.cdc.gov/quarantine/index.html> (Acessado em 14/abril/2020).

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Coronavirus. 2020.** Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/index.html>. (Acesso em 30/MARÇO/2020)

DE MOOR, M. H. M.; BEEN, A. L.; STUBBE, J. H.; BOOMSMA, D. I.; GEUS, E. J. C. **Regular exercise, anxiety, depression and personality: A population-based study.** *Preventive Medicine* 2006;42:273-279.

DE MELLO, M. T.; FERNANDEZ, A. C.; TUFIK, S. **Epidemiological survey of the practice of physical activity in the São Paulo city.** *Brazilian journal of sports medicine.* 2000; 6(4):119-24.

DESLANDES, A.; MORAES, H.; FERREIRA, C.; VEIGA, H.; SILVEIRA, H.; MOUTA, R.; POMPEU, F. A. M. S.; COUTINHO, E. S. F.; LAKS, J. **Exercise and mental health: Many reasons to move.** *Neuropsychobiology.* 2009;59(4):627-32.

DIGIOVANNI, C.; CONLEY, J.; CHIU, D.; ZABORSK, J. **Factors influencing compliance with quarantine in Toronto during the 2003 SARS outbreak.** *Biosafety and Bioterrorism: Strategy, Practice and Science in Biodefense*, vol. 2, nº 4. Dez 2004.265-272. <http://doi.org/10.1089/bsp.2004.2.265>

DUAN, C.; LINDER H.; HUREMOVIĆ D. **Societal, Public, and [Emotional] Epidemiological Aspects of a Pandemic.** In: *Psychiatry of pandemics: A mental health response to infection outbreak.* Springer nature switzerland AG, 2019.

ERNST, C.; OLSON, A. K.; PINEL, J. P.; LAM, R. W.; CHRISTIE, B. R. **Antidepressant effects of exercise: Evidence for an adult-neurogenesis hypothesis?.** *Journal of Psychiatry and Neuroscience* 2006;31:84-92.

FARMER, M. E.; LOCKE, B. Z.; MOSCICKI, E. K.; DANNENBERG, A. L.; LARSON, D. B.; RADLOFF, L. S. **Physical activity and depressive symptoms: The NHANES I epidemiologic follow-up study.** *American Journal of Epidemiology* 1988;128:1340-1351.

GALPER, D. I.; TRIVEDI, M. H.; BARLOW, C. E.; DUNN, A. L.; KAMPERT, J. B. **Inverse association between physical inactivity and mental health in men and women.** *Medical Science Sports Exercise* 2006;38:173-178.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de fisiologia médica.** 11.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

HAWRYLUCK, L.; GOLD, W. L.; ROBINSON, S.; POGORSKI, S.; GALEA, S.; STYRA, R. **SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada.** *Emerg. Infect. Dis.* 2004; 10: 1206–12.

HUANG, C.; WANG, Y.; LI, X.; REN, L.; ZHAO, J.; HU, J.; ZHANG, L.; FAN, G.; XU, J.; GU, X.; CHENG, Z.; YU, T.; XIA, J.; WEI, Y.; WU, W.; XIE, X.; YIN, W.; LI, H.; LIU, M.; XIAO, Y.; GAO, H.; GUO, L.; XIE, G.; WANG, G.; JIANG, R.; GAO Z.; JIN, Q.; WANG, J.; CAO, B. **Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuha, China.** *Lanceta*, 2020; 395: 497 – 506. <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)>

JONES, E. W. **Co-operation in All Human Endeavour: Quarantine and immigrant disease vectors in the 1918-1919 influenza pandemic in Winnipeg.** *Can Bull Med. Hist.* 2005;22(1):57-82.

KVAM, S.; KLEPPE, C. L.; NORDHUS, I. H.; HOVLAND, A. **Exercise as a treatment for depression: a meta-analysis.** *Journal of Affective Disorders*, 2016; 202, 67-86. doi: 10.1016 / j.jad.2016.03.063

LI, Q.; GUAN, X.; WU, P. et al. **Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia.** *The new England Journal of Medicine.* Vol. 382. Nº.13, p. 1199-1207, 2020.

MARJANOVIC, Z.; GREENGLASS, E.R.; COFFEY, S. **The relevance of psychosocial variables and working conditions in predicting nurses' coping strategies during the SARS crisis: an online questionnaire survey.** *Int. J. Nurs. Stud.* 2007; 44: 991–98.

MENEZES, A. K. P. M.; LOSTER, B.; FAIPÓ, C.; MENEZES, D.; DE ALMEIDA, E.; MOREIRA, F. J.; DE PAIVA, J. A. V.; VIREIRA, J. L. S.; BENEVIDES, J. M. S. S.; OTERO, L. S.; DE MELO, M. L. T. C.; BOCCALANDRO, M. P. R.; RAFANI, S. **Transtorno de ansiedade e síndrome do pânico: Uma visão multidisciplinar.** Barueri – SP: Manole, 2016.

NEWMAN, K. **Shutt up: bubonic plague and quarantine in early modern England.** *J. Sol. Hist.* 2012; 45: 809–34.

PERLMAN, S. **Another decade, another coronavirus.** *N. Engl. J. Med.*, 2020. 382:760-762. DOI:10.1056/ NEJMe2001126. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe2001126>> (Acessado em 27/março/2020).

PUBLIC HEALTH ENGLAND (PHE). **Novel coronavirus (2019-nCoV) – what you need to know.** 2020. Disponível em: <<https://publichealthmatters.blog.gov.uk/2020/01/23/wuhan-novel-coronavirus-what-you-need-to-know/>> (Acessado em 14/abril/2020).

ROSS, M. V.; MELLO, M. T.; TUFIK, S. **Exercício físico e a sua importância para o sono.** Exercício físico na saúde e na doença. Barueri – SP: Manole, 2010.

RUSSO-NEUSTADT, A. A.; CHEN, M. J. **Brain-derived neurotrophic factor and antidepressant activity.** *Curr Pharm Des.* 2005; 11(12):1495-510.

SANTOS, I. A.; NASCIMENTO, W. F. **As medidas de quarentena humana na saúde pública: aspectos bioéticos.** *Revista Bioetikos* – Centro Universitário São Camilo – 2014;8(2): 174-185.

SANTOS, I. A. D. **Conflitos bioéticos na quarentena humana**. 2014. 85 f. Dissertação (Mestrado em Bioética)—Universidade de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.unb.br/handle/10482/16000>> Acessado em: 08/abril/2020.

SCHUCH, F. B.; VANCAMOFORT, D.; RICHARDS, J.; ROSENBAUM, S.; WARD, P. B.; STUBBS, B. **Exercise as a treatment for depression: a meta-analysis adjusting the publication bias**. *Journal of Psychiatric Research*, 2016; 77, 42-51. DOI: 10.1016 / j.jpsychires.2016.02.023

SHERRILL, D. L.; KOTCHOU, K.; QUAN, S. F. **Association of physical activity an human sleep disorders**. *Arch intern med*. 1998; 158(17): 1894-8.

SIYAM, A., DAL POZ, M. **Migration of health workers: The WHO Code of Practice and the Global Economic Crisis**. Ginebra, OMS, 2014.

STRÖHLE, A. **Physical activity, exercise, depression and anxiety disorder**. *Journal of Neural Transmission* 2009;116:777-784.

UNHCR – United Nations High Commissioner for Refugees. **Global Trends – Forced Displacement in 2014**. Geneva, UNHCR, 2015.

USHER, K.; BHULLAR, N.; JACKSON, D. **Life in the pandemic: Social isolation and mental health**. *Journal of Clinical Nursing*. 2020. doi:10.1111/jocn.15290

VENTURA, D. **Mobilidade humana e saúde global**. *Revista USP*, n. 107, p. 55-64, 17 dez. 2015.

VOGLINO, E. **As 20 ações que mais caíram com na bolsa com o Coronavírus (até agora)**. *Como investir The Cap*, 2020. Disponível em: <<https://comoinvestir.thecap.com.br/acoes-que-mais-cairam-coronavirus-marco-2020/>> (Acesso em: 14/abril/2020).

VUORI, I.; URPONEN, H.; HASAN, J.; PARTINEN, M. **Epidemiology of exercise effects on sleep**. *Acta Physiol Scand Suppl*. 1988; 574:3-7.

YAN, R.; YUANYUAN, Z.; LI, Y.; XIA, L.; GUO, Y.; ZHOU, Q. **Structural basis for the recognition of SARS-CoV-2 by full-length human ACE2**. *Science* 27, March 2020:vol.367, edition 6485, p.1444-1448 DOI:10.1126/science.abb2762. Disponível em: <<https://science.sciencemag.org/content/367/6485/1444>> (Acessado:31/março/2020).

YOUNGSTEDT, S. D. **Effects of exercise on sleep**. *Clin sports med*. 2005; 24(2): 355-65, xi.

WEYER, S. **Physical inactivity and depression in the community**. *International Journal of Sports Medicine* 1992;13:492-496.

WITTEK, G. A.; LIVESSEY, J. H.; ESPINER E. A.; DONALD, R. A. **Adaptation of the hypothalamopituitary adrenal axis to chronic exercise stress in humans**. *Medical Science and Sport Exercise* 1996;28:1015-1019.

WORD HEALT ORGANIZATION (WHO). **WHO Coronavirus disease panel**. Disponível em: <<https://covid19.who.int/>> (Acessado em: 27/maio/2020).

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Opening speech by the Director-General of WHO at the media briefing on COVID-19.** 11 March 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>> (Acessado em: 27/março/2020).

WYSHAK, G. **Women's college physical activity and self-reports of physician-diagnosed depression and of current symptoms of psychological distress.** Journal of Women's Health Gender Based Medicine 2001;10:363-370.

CAPÍTULO 3

O LÚDICO NO ESTEREÓTIPO DE GÊNERO COMO ESTRATÉGIA DE INCLUSÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 08/02/2021

Dayse Afonso de Lima do Carmo

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/6153893729256895>

Diego Ramon Paes Morais

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/4615446499079488>

Miliane Jennefer Damasceno Dias

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/9457570459553091>

Ana Beatriz Celso Barata Sampaio

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/2279718106241464>

Ana Carolina Araújo de Almeida Lins

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/7176483401371695>

RESUMO: O gênero e relações de desigualdade entre homens e mulheres no âmbito escolar, devido à posição que ocupa como instituição social a escola é um ambiente rico em práticas culturais, e o lugar onde o pensamento da criança se constrói a partir de suas relações e interações com o outro. Dessa forma, objetivou discutir sobre estereótipos de gênero como estratégia

de inclusão na escola através do lúdico e do brincar. A metodologia utilizada foi uma contação de história para 18 crianças de 10 a 14 anos de idade de uma escola pública, com tema “As aventuras do E.T. Bilú” e ao final foi realizada uma roda de conversa para realizar um aparato geral de todos os temas abordados durante a história. Percebeu-se uma divisão de gênero menino/menina na própria formação do círculo em que ocorreu a ação, além de padrões de agitação por parte dos meninos enquanto as meninas se posicionavam mais atenciosas e posturas rígidas, relatos como dificuldades no acesso das meninas em terminadas brincadeiras na escola. Concluiu-se, portanto, que apesar dos atravessamentos relacionados a estereótipos de gêneros notou-se a possibilidade de reflexão através de atividades voltadas para a desconstrução e transformação de pensamentos preconceituosos e sexistas.

PALAVRAS-CHAVE: Gênero; escola; lúdico; inclusão.

THE LUDICIAN IN THE GENDER STEREOTYPE AS AN INCLUSION STRATEGY: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Gender and inequality relations between men and women in the school environment, due to the position it occupies as a social institution, the school is an environment rich in cultural practices, and the place where the child's thinking is form from its relationships and interactions with the other. Consequently, it aimed to discuss gender stereotypes as a strategy for inclusion in school, through ludic and play. The methodology used was a storytelling for 18 children from 10 to 14 years old from a public

school, with the theme “The adventures of ET “Bilú” and at the end, a conversation was held to make a general apparatus of all the themes covered during history. A gender division of boy / girl was being notice in the formation of the circle in which the action took place, in addition to patterns of agitation on the part of the boys while the girls were more attentive and rigid postures, reports such as difficulties in accessing the girls at certain games at school. It is conclude, therefore, that despite the crossings related to gender stereotypes, the possibility of reflection was being note through activities aimed at the deconstruction and transformation of prejudiced and sexist thoughts.

KEYWORDS: Gender; school; ludic; inclusion.

1 | INTRODUÇÃO

Historicamente, a sociedade é fundamentada pela categoria de gênero, seja de maneira simbólica ou concreta, a qual direciona a distribuição de poder no que diz respeito ao sistema de relações sociais, através da atribuição de normas e valores para cada sexo biológico. Nessa perspectiva de construção de estruturas de poder, através de uma hierarquização sexual, se destaca a categoria de gênero (SOARES, 2015).

Gênero, portanto, pode ser definido como um produto da sociedade, o qual é institucionalizado, representado e repassado através das gerações, definindo paradigmas do que é ser homem e ser mulher. Assim, conclui-se que o gênero está relacionado diretamente a uma estruturação de relações de poder desiguais, ocasionando a mulher, ou ao que se identifica como feminino, a permanecer até os dias atuais em uma hierarquia injusta, na qual quase sempre ocupa uma posição inferior na organização social (FERREIRA et al., 2017).

Em uma pesquisa realizada por Freire (2009), demonstrou-se que desde cedo os meninos, e até as meninas, naturalizam a agressão ao outro, proporcionando a ideia de que o bater legitima os mais fortes e conseqüentemente, são detentores do poder. Os meninos ainda declaram que as relações com as meninas são configuradas dessa forma, sendo viável e correto bater e provocá-las quando essas não os agradam.

Partindo de uma perspectiva cultural, é possível abordar tais questões no âmbito escolar, devido à posição que ocupa como instituição social rica em práticas culturais, e assim, analisar os fenômenos sociais relacionados aos papéis de gênero e como as relações de poder são construídas historicamente nas estruturas sociais. Tais aspectos abordados relacionam-se diretamente com a teoria socioconstrutivista de Lev Vygotsky.

Vygotsky (1996) descreve em sua teoria do socioconstrutivismo ou sociointeracionismo que o pensamento da criança se constrói a partir do social. Perspectiva que enfatiza a construção social. Para ele a socialização possui um alto destaque, pois como dito por ele “na ausência do outro, o homem não se constrói”. Assim, enfatiza-se em sua teoria a premissa da infância como um período do desenvolvimento humano mutável que se dá a partir das condições históricas, as quais influenciam na formação do conteúdo de

determinado período do desenvolvimento.

O desenvolvimento é, portanto, uma situação e o ponto de partida para as mudanças constantes que se produzem nos períodos de vida em desenvolvimento. A partir de então são essas situações que fomentam determinadamente os meios e os percursos que permitem as crianças adquirir novas propriedades da personalidade, e realidade social é que torna possível, no processo de desenvolvimento, que o ser social se transforme em individual, pois “o meio social origina todas as propriedades especificamente humanas da personalidade que a criança vai adquirindo” e assim o desenvolvimento social da criança se realiza no processo da interação a depender da situação social de desenvolvimento (VYGOTSKI, 1996, p. 270).

Assim, Piscitelli (2002) enfatiza que é importante se fazer um debate acerca da construção social, pois ela reflete diretamente nas diferenças sexuais e explica como a estrutura social se liga a formação da personalidade, ou seja, como são absorvidas as normas sociais relacionadas ao feminino e masculino. Esse debate pode ser feito por via de diversos mecanismos, como o brincar.

Ao brincar, a criança aprende sobre a importância de respeitar as regras do jogo e os próprios participantes que estão inseridos na brincadeira (BENJAMIN, 2002, p.102). Isso pode ser evidenciado a partir de práticas lúdicas. A palavra lúdica possui sua etimologia no termo latino “ludus” que significa “jogo”. O lúdico, porém, não se restringe ao aspecto do jogo, visto que também é uma forma de prática e reprodução do ser humano. A ludicidade contribui para o desenvolvimento social e individual dos sujeitos, os quais são aspectos essenciais para a aquisição e formação de conceitos sociais. No que diz respeito a criança, auxilia no desenvolvimento, psíquico, psicomotor e cognitivo, já que através dessas técnicas, ela possui a possibilidade de conhecer melhor o mundo e interagir com ele (LIMA, 2016).

Em meio às brincadeiras, várias representações tornam-se comuns às crianças, que por meio do faz-de-conta passam a se expressar e recriar diversas situações experimentadas com base em sua história de vida. Interligado à isso, quando se trata das relações de gênero, estas perpassam o dia-a-dia dos sujeitos, definindo normas sobre o sentido de ser homem e ser mulher no mundo (PEREIRA; OLIVEIRA, 2016).

Essas normas são assimiladas, significadas, ressignificadas e posteriormente transmitidas pelas crianças, seja dentro do núcleo familiar ou escolar, evidenciando formas de comportamentos que não são neutros e tampouco naturais. Assim, nas práticas culturais – como as brincadeiras, por exemplo – características femininas e masculinas são construídas, reforçadas ou negadas, desde o momento da infância (PEREIRA; OLIVEIRA, 2016). Além disso, tais práticas podem auxiliar na construção de um ambiente escolar mais inclusivo.

A inclusão é produto de uma educação plural e democrática. Ela é responsável por provocar uma espécie de crise institucional que por sua vez abala a identidade dos professores e conseqüentemente a própria identidade dos alunos. Assim, o aluno inserido

em uma escola inclusiva possui identidade mutável e não fixada em modelos pré-definidos. Dessa maneira, devem-se reconhecer as diferentes manifestações culturais, intelectuais, sociais e afetivas para que se possa então construir uma nova ética escolar que advém de uma consciência individual, social e até global (MOANTOAN, 2003).

A ética, a partir da sua dimensão crítica e transformadora, norteia a luta por inclusão escolar. A inclusão escolar compreende que as diferenças são feitas e refeitas a todo o momento e são produtos da sociedade e, portanto não podem ser naturalizadas. Essa produção deve ser compreendida e não apenas respeitada ou tolerada. Dessa forma, as ações educativas têm como eixos o convívio com as diferenças e a aprendizagem como uma experiência relacional e participativa que produz sentido para o discente, pois abarca seus processos subjetivos, sociais e relacionais. (MOANTOAN, 2003).

Com isso, o psicólogo pode atuar, juntamente com todos os envolvidos do contexto escolar, em palestras, rodas de conversas e atividades lúdicas trazendo a realidade traduzida no programa psicopedagógico, envolvendo os alunos e, também, a família, a fim de desmistificar a visão sociocultural entre as categorias de homem e mulher que a sociedade machista, sexista e patriarcal emprega. Com intuito de que, posteriormente, a mulher não esteja em posição de vulnerabilidade e exposição à violação dos direitos humanos e de cidadania, ou seja, uma ação conjunta das famílias e dos profissionais comprometidos com a educação, empenhados na reconstrução de uma identidade não violenta (PEREIRA; SANTOS; MENDES, 2017).

Dessa forma, objetiva-se com este trabalho proporcionar um exercício da discussão e da reflexão sobre estereótipos de gênero como estratégia de inclusão na escola, através do lúdico e do brincar, o qual se configura como instrumento facilitador para uma aprendizagem ativa. Esse tipo de método ativo coloca essencialmente o discente como protagonista de seu aprendizado. Ao tratar-se de crianças, é importante que possam desfrutar de um processo de conhecimento mais dinâmico e menos mecânico, principalmente para abordar um tema tão relevante, mas igualmente complexo para seu entendimento pleno.

2 | METODOLOGIA

Este estudo consiste em um relato de experiência realizado por quatro discentes do curso de Psicologia do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia, tendo como tema: O lúdico e o brincar no estereótipo de gênero como estratégia de inclusão: um relato de experiência. No que diz respeito ao público alvo, participaram 18 crianças de uma Escola Municipal, com idade entre 10 e 14 anos, cursando o 5º ano do Ensino fundamental. Estes foram estipulados como público alvo para essa ação devido a sua maior compatibilidade e relevância para o desenvolvimento da pesquisa, possibilitando, assim, uma investigação de caráter qualitativa e exploratória das possíveis demandas ocorridas durante a realização da atividade psicoeducativa.

O procedimento utilizado para a realização da atividade e coleta de dados foi à técnica de narração de história intitulada como: “As Aventuras do E.T. Bilú”. Esta se trata de um livro ilustrativo com tamanho de aproximadamente 50x50cm produzido pelos próprios acadêmicos de psicologia com o objetivo de estimular o exercício da autorreflexão no público infantil selecionado em relação à temática de gênero homem-mulher, a fim de contribuir para a desmistificação de estereótipos sociais, conforme Figura 1.



Figura 1 - Livro: As Aventuras do E.T. Bilú.

Fonte: Própria, 2019.

Inicialmente, os acadêmicos preocuparam-se em organizar os alunos em forma de círculo, como ilustrado na Fig. 2, seguido do movimento de apresentação entre ambos, objetivando um quebra-gelo e a criação mínima de vínculo entre estes, além da apresentação do conteúdo utilizado para nortear a atividade, neste o caso, o livro citado anteriormente, cujo objetivo foi, através da narração da história, atrair a atenção do público ao conteúdo exposto, o qual foi fundamental para avaliação e coleta de dados através de suas respostas em relação ao que foi apresentado.



Figura 2 - Roda de conversa.

Fonte: Própria, 2019.

A técnica de narração de história possibilitou aos acadêmicos a coleta de dados, através da estimulação verbal dos alunos, com a utilização do questionário com perguntas abertas conforme Tabela 1, que avaliou a história de um modo geral; o uso de trajes masculinos e femininos pelo personagem principal; as brincadeiras passíveis de serem jogadas por meninos e meninas, com enfoque no futebol, e sobre a função das meninas em tais brincadeiras e por fim quais os principais temas aprendidos pelo personagem no decorrer de sua história.

Questionário de Avaliação da compreensão	
1	O que mais gostaram na história?
2	Quais os personagens da história?
3	Quem é o personagem Bilu?
4	Para onde o relógio Time levou o ET Bilu?
5	O que Bilu foi fazer na terra?
6	Qual a curiosidade de Bilu assim que chegou a terra?
7	O que Bilu fez ao tentar se parecer com os seres humanos?
8	Como o garoto reagiu quando encontrou Bilu na rua?
9	Como reagiriam diante de uma pessoa diferente de você?
10	Qual sua opinião sobre o que Bilu disse: “a brincadeira fica melhor quando meninos e meninas brincam juntos”?
11	O que você entendeu da história?

Tabela 1 - Questionário avaliativo.

Ao final da atividade, foi realizado o desfecho dos tópicos emergidos no círculo,

buscando realizar um aparato geral de todos os temas abordados, e por fim proporcionou-se um último momento de reflexão com o público infantil ali presente, reforçando a relevância dos temas. A atividade obteve duração de aproximadamente 40 minutos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A história criada pelos acadêmicos e posteriormente apresentada aos alunos conectou-se a tópicos importantes que foram essenciais para o desenvolvimento da atividade psicoeducativa. Dentre os tópicos, destacam-se: Igualdade de gênero, inclusão, socialização e interação social, aceitação do diferente e respeito. Entretanto, todos estes se faziam presente de forma leve e descontraída entre os capítulos da história e deveriam ser percebidos pelos próprios alunos.

A narração de história constituiu uma estratégia lúdica de coletar as demandas dos sujeitos em foco, através de ilustrações e expressão corporal. A técnica lúdica foi selecionada devido a sua característica de proporcionar outras possibilidades de pensar e refletir o meio social e, como afirma Lima (2016), o lúdico não se restringe ao aspecto de jogos, mas também pode ser uma forma de prática e reprodução do ser humano.

No que diz respeito a padrões de comportamento e análise do espaço em que se desenvolveu a atividade, ficou evidente a divisão de gênero menino/menina na própria formação do círculo em que ocorreu a ação, além de um padrão agitado e descontraído por parte dos meninos enquanto as meninas, em maioria, reproduziram posturas mais rígidas e atentas ao conteúdo apresentado.

Tais comportamentos podem estar ligados a própria construção da identidade em relação ao gênero. É indispensável considerar, nesse contexto, como os processos subjetivos das crianças integrantes da atividade constituem sua identidade, visto que, como discorre Macedo (2017), desde a infância se pensa sobre si, as outras crianças e os adultos que os cercam e, dessa maneira, as suas percepções em relação a essas pessoas em termos de homens e mulheres interferem no seu próprio modo de ser e agir. Assim, teoria pode conectar-se a realidade dos dados percebidos na ação.

Em consequente, a partir da análise dos dados relatados por via da verbalização dos sujeitos avaliados, foi notório que os tópicos retratados na história fizeram-se presentes em suas falas, facilitando o alcance dos objetivos idealizados. O manejo da ação foi realizado a partir da emergência de tais assuntos, os quais eram enfatizados, debatidos e reforçados de acordo com a fala dos alunos.

Durante o manejo da atividade, fez-se o uso de perguntas introdutórias em relação ao que foi narrado com a finalidade de verificar a atenção dos alunos no que diz respeito ao conteúdo apresentado, e o quanto e quais tópicos permaneceram em suas memórias. Posteriormente utilizaram-se perguntas chaves essenciais para a validação do objetivo inicial deste artigo. Dentre essas perguntas, destaca-se:

Facilitadora: O Bilu (personagem principal) pode usar a roupa que ele quiser?

“Pode! A vontade é dele” – Discente, feminina, Idade 10 anos e cursa o 5º Ano.

Tal fala expressa a presença de ideias desconstruídas, a qual foi essencial para a não generalização de pressupostos conservadores em relação aos participantes da atividade. A afirmação feita pela aluna foi devidamente reforçada para que todos pudessem tê-la como exemplo no decorrer das perguntas seguintes. Em contrapartida, em relação à última resposta verbalizada, houve o aparecimento de afirmações cuja natureza conectou-se ao esperado pelo grupo em relação a estereótipos de gênero.

Facilitadora: Se vocês vissem o Bilu dessa forma, como reagiriam?

“Acharia estranho, pois ele estava usando roupa de homem e de mulher”. – Discente, feminina, Idade 12 anos e cursa o 5º Ano.

Em seguida, a facilitadora ainda buscou indagá-los sobre quais eram os tipos de roupas voltadas para homens e mulheres. A descrição foi feita a partir de estereótipos construídos socialmente, percebido em discursos como “Meninos usam calça e meninas usam saia”.

Outra temática utilizada para avaliar os aspectos de gênero presentes nos sujeitos foi em relação ao modo de brincar. A facilitadora, fazendo uso do tópico sobre incluir meninas e meninos nas mesmas brincadeiras abordadas na história, obteve respostas dos integrantes que também fizeram alusão ao modo de vida tradicional em que os meninos são mais aptos a jogar futebol, usado como exemplo na discussão, enquanto as meninas cumpririam apenas um papel de entretenimento da equipe como torcida. Apenas uma pequena parcela do público feminino reivindicou seus direitos a participar como jogadoras ativas nas partidas, enquanto a maior parte simplesmente evidenciou seu interesse em aprender a jogar.

A partir do exposto, é possível então afirmar que estereótipos de gênero ainda se fazem presente na maioria dos discursos reproduzidos pelos sujeitos em questão, como aponta a literatura sobre o tema. Entretanto, promover atividades psicoeducativas através de instrumentos de intervenção corretos, pode criar oportunidades para que haja mudanças significativas na constituição subjetiva do público alvo, nesse caso, pré-adolescentes.

É de vital importância que intervenções psicoeducativas como essa sejam desenvolvidas ainda nessa fase do desenvolvimento, enquanto a constituição subjetiva dos sujeitos está em processo de formação, e é facilitada a partir da interação com outros indivíduos, como afirmou Vygotsky (1996).

Dessa forma, criar possibilidades de pensar o meio social para além do que foi ensinado a eles, no contexto familiar e até mesmo no educacional, é essencial para que, futuramente, possam desempenhar posturas pautadas no respeito ao próximo e norteadas por um olhar crítico sobre o meio em que se vive, visando diminuir a ocorrência de fenômenos sociais como: feminicídio, violência contra mulher, LGBT fobia, machismo, assédio sexual e moral em diferentes contextos, entre outros.

4 | CONCLUSÃO

Diante da experiência vivenciada, pode-se concluir que os resultados desse estudo são considerados favoráveis para a construção de estratégias que visem diminuir estereótipos de gênero ainda nas primeiras fases da vida humana. Uma vez que, a ação aponta para uma eficácia no que diz respeito à absorção dos conteúdos apresentados e debatidos em grupo.

Assim, partindo da prevenção por via do material psicoeducativo nos estágios iniciais da vida, nesse caso de escolares pré-adolescentes, devem ser realizadas ações que coloquem os sujeitos como protagonistas de sua própria história, de forma que, posteriormente, possam transformar sua realidade, através do entendimento e apreensão das informações recebidas e produzidas por eles durante a atividade.

Vale ressaltar que a atividade realizada integra uma tecnologia educacional desenvolvida pelos discentes, cujo objetivo é proporcionar mudanças graduais na formação dos sujeitos em relação aos aspectos sócio-históricos de gênero, considerando, ainda, que, a priori, sua utilização deve ser inserida especificamente em contextos escolares, porém, com possibilidade de expansão para outros contextos a depender de sua adaptação feita por profissionais capacitados para utilizar esse instrumento.

Por fim, apesar do aparecimento de conteúdos atravessados por estereótipos de gênero no discurso dos sujeitos avaliados, notou-se também a possibilidade de discussão e reflexão destes por via da intervenção, com ênfase na técnica lúdica. Dessa forma, acredita-se que o ambiente escolar é um local propício para a realização de atividades educativas, como as psicoações, por conter sujeitos cuja formação subjetiva ainda está em desenvolvimento inicial e assim, passível de transformação.

Espera-se, assim, que o presente relato de experiência amplie a discussão sobre as estratégias adotadas em ações de educação como esta, através da expansão de pesquisas e intervenções psicopedagógicas, com o intuito de criar modificações no meio social presente, para que desse modo à possibilidade de uma sociedade pautada na justiça e igualdade para ambos os gêneros torne-se cada vez mais uma realidade no futuro.

REFERÊNCIAS

BENJAMIN, W. **Reflexões sobre o brinquedo, a criança e a educação**, SP, Ed. 34, 2002.

FERREIRA, B. de O.; NASCIMENTO, E. F. do; PEDROSA, J. I. dos S.; MONTE, L. M. I. do. **Vivências de travestis no acesso ao SUS**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1023-1038, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n4/0103-7331-physis-27-04-01023.pdf>. Acesso em: 22 de setembro, 2018.

FREIRE, S., et al. **A perspectiva das crianças sobre questões de gênero na escola**. *Revista de Psicologia*. Porto Alegre, v. 40, n. 2, p. 184-193, 2009. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/4062>. Acesso em: 16 de Setembro, 2018.

LIMA, E. G. V. de. **Concepções de lúdico no processo de ensino e aprendizagem e sua prática**, 2016. Trabalho de Conclusão de Curso em Educação em Pedagogia—Universidade Estadual da Paraíba. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/11661>. Acesso em: 20 de setembro, 2019.

MACEDO, A. **Ser e tornar-se: meninas e meninos nas socializações de gêneros da infância**. Repositório institucional da UnB, 2017. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/31261>. Acesso em: 20 de setembro, 2019.

MANTOAN, M. T. E. **Inclusão escolar: o que é? por quê? como fazer?** SP, Ed. Moderna, 2003.

PEREIRA, A. S.; OLIVEIRA, E. M. B. de. **Brincadeiras de meninos e meninas: cenas de gênero na educação infantil**, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17058/rea.v24i1.7061>. Acesso em: 20 de Setembro, 2019.

PEREIRA, P. F. C.; SANTOS, L. G. A.; MENDES, S. C. C. **Gênero e identidade: possibilidades e contribuições para uma cultura de não violência e equidade**. Revista Psicologia e Sociedade. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822017000100411&lng=pt&tng=pt. Acesso em: 16 de Setembro, 2018.

PISCITELLI, A. **Recriando a (categoria) mulher?** In: ALGRANTI, L. (Org.). A prática feminista e o conceito de gênero. Textos Didáticos, n. 48, p. 7-42. Campinas: IFCH/Unicamp, 2002.

SOARES, A. **Olhares de gênero na perspectiva escolar**. Revista OPSIS. Catalão, v. 15, n. 2, p. 344-355, 2015. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/Opis/article/viewFile/33782/20056>. Acesso em: 16 de setembro, 2018.

VYGOTSKI, Liev S. **Obras escogidas**. Tomo IV. Trad. LydiaKuper. Madrid: Visor Dist. S. A., 1996.

CAPÍTULO 4

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE E APRENDIZAGEM

Data de aceite: 01/06/2021

Luciene Acordi de Menezes Nascimento

Professora da Rede Municipal de Ensino
Foz do Iguaçu-Paraná
<http://lattes.cnpq.br/2265366105679947>

Andreia Nakamura Bondezan

Professora Associada da Universidade
Estadual do Oeste do Paraná
Foz do Iguaçu-Paraná
<http://lattes.cnpq.br/9661846112727279>

RESUMO: Este artigo, resultado de um estudo bibliográfico, visa apresentar os conceitos do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividades (TDAH), suas possíveis causas, as formas de diagnóstico e tratamento e a educação escolar. Tem como referencial teórico a abordagem Histórico-cultural que destaca a relevância da educação escolar para a aprendizagem e desenvolvimento humano. Utiliza os textos de Weisz (2000), Mattos (2010) e Freitas (2011) que apresentam propostas e estratégias práticas para o ensino do aluno com TDAH. Conclui-se que compreender como o processo de ensino e aprendizagem é realizado com os alunos diagnosticados com o TDAH é importante, pois possibilita uma discussão da mediação pedagógica adequada para minimizar os déficits apresentados, ou até mesmo, superá-los. Os professores necessitam para isso de formação continuada e outros suportes como materiais adaptados, hora atividade.

PALAVRAS-CHAVE: TDAH, Aprendizagem,

Mediação.

ATTENTION DEFICIT / HYPERACTIVITY DISORDER AND LEARNING

ABSTRACT: This manuscript, resulting of a bibliographic study, aims to present the concepts of Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD), its possible causes, the diagnostic and treatments pathways, and the school education. The research has as a theoretical reference the Historical-cultural approach, that highlights the relevance of school education for human learning and development. It uses the texts of Weisz (2000), Mattos (2010) and Freitas (2011) that present proposals and practical strategies for teaching students with ADHD. We conclude that understanding how the teaching and learning process is carried out with students diagnosed with ADHD is very important, as it allows a discussion of the appropriate pedagogical mediation to minimize the deficits presented, or even to overcome them. This requires continuing education courses for teachers and other types of support, such as adapted materials, and time for planning activities.

KEYWORDS: ADHD, Learning, Mediation.

1 | INTRODUÇÃO

De acordo com a Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA) o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurológico, de causas genéticas, que aparece na infância e frequentemente acompanha o indivíduo por toda a sua vida. Ele

se caracteriza por sintomas de desatenção, inquietude e impulsividade.

As dificuldades de aprendizagem causadas por este transtorno trazem consigo outras comorbidades como a depressão e o distúrbio de conduta, isto ocasiona notas baixas, repetências e suspensões, além de questionamentos e dúvidas, para tanto necessitam receber maior atenção. Muitas vezes existe uma falta de suporte para a escola e para o professor receberem o aluno com TDAH e sanarem seus déficits de aprendizagem, bem como suas dificuldades como um todo. E mesmo que a escola não esteja preparada ela precisa receber o aluno com o distúrbio e aprender como agir.

Alguns autores como Mattos (2010) e Silva (2008) defendem que os indivíduos com este transtorno passam por problemas não só na escola, mas em casa e no convívio com outras pessoas. Ressaltam que na escola existe a pressão por resultados e para aprender e é onde estas crianças sofrem e acabam desenvolvendo deficiências na aprendizagem.

Os alunos são considerados instáveis no que diz respeito aos conhecimentos aprendidos na escola visto que quando o assunto lhes gera interesse, eles desenvolvem até com excelência, porém quando isto não ocorre, não conseguem aprender (SILVA, 2008). Posto isto se nota a importância de pessoas preparadas para atender os alunos com TDAH, atendimento médico e psicológico, pais orientados e, principalmente, professores capacitados.

Weisz (2000), Mattos (2010) e Freitas (2011) apresentam propostas e estratégias práticas para se desenvolver em sala de aula e na escola, buscando que o docente desenvolva técnicas para o bom andamento das aulas e conteúdos auxiliando no desempenho do aluno. Com isto será possível analisar e entender pedagogicamente o que está sendo feito.

A escola precisa oportunizar aos alunos com dificuldades de aprendizagem formas para que estas sejam reduzidas ou solucionadas. Para isto o professor precisa estudar, compreender e analisar as potencialidades e especificidades dos alunos com TDAH buscando alternativas necessárias para a melhoria da qualidade do ensino. Assim este artigo apresenta inicialmente informações gerais acerca do TDAH e a metodologia utilizada na pesquisa; e, em seguida, o referencial teórico utilizado e finaliza com os resultados destacando a importância da qualidade da mediação para a aprendizagem, o desenvolvimento de potencialidades e a superação dos déficits apresentados pelos alunos com TDAH.

2 | O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

Para que as crianças com diagnosticadas com TDAH possam desenvolver plenamente suas é necessário conhecer o transtorno, compreender sua complexidade e, dentro da escola, possibilitar o progresso do aluno. Se interar da realidade de cada indivíduo, suas características, seus interesses e suas limitações no contexto escolar são

fatores imprescindíveis para o trabalho que tem a finalidade de garantir a qualidade no ensino.

Segundo os autores Palmer e Finger (2001), as primeiras descrições desse transtorno foram as do pediatra George Still no início do século XX, porém o médico escocês Alexander Crichton foi o primeiro a falar sobre as características do TDAH, com enfoque na desatenção. Em 1798, ele publicou na Inglaterra, um manual que descrevia e filosofava sobre diversos problemas da mente. Ao tratar da atenção, o autor definiu um distúrbio que consistia na incapacidade de manter-se atento, além disso, esses indivíduos apresentavam um quadro de falta de tranquilidade mental, segundo ele devido a uma “super excitação dos nervos”. A partir destas constatações outras pesquisas foram sendo realizadas com novos conhecimentos acerca deste transtorno.

Barkley (2002) aponta o TDAH como um rótulo usado na denominação de problemas de atenção, atividade excessiva e impulsividade.

Para Mattos (2010) há três tipos de TDAH e estes são determinados pelos sintomas: quando a desatenção é o sintoma predominante, quando a hiperatividade/impulsividade é predominante, ou quando existe a combinação destes. A predominância mais comum de uma maneira geral na população é a desatenção, sendo a hiperatividade/impulsividade mais rara e a combinação de ambos é mais frequente em consultórios e ambulatórios.

A autora Camila Folquitto (2009) resumiu o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) da seguinte maneira:

Basicamente, o TDAH é um transtorno no qual existe um déficit fundamental em sustentar a atenção, inclusive em tarefas lúdicas, e um estado de agitação elevado (hiperatividade), podendo haver atos impulsivos. Esses sintomas devem estar presentes em diversas situações, estruturadas ou não, como por exemplo, na escola, em casa e em outros contextos, ainda que as manifestações sejam diferentemente percebidas conforme o contexto que se encontra a criança. O ambiente escolar, por ser mais estruturado e exigir mais disciplina, costuma ser o local no qual os sintomas se tornam mais evidentes, e é comum que crianças com este transtorno apresentem também dificuldades escolares. (FOLQUITTO, 2009, p. 67)

Silva (2008) apresenta uma análise do trio de sintomas presentes no TDAH almejando desvendar o universo dos indivíduos em questão. Para a autora os sintomas podem variar entre a criatividade plena e a estafa de um cérebro que nunca para.

A alteração da atenção é definida como um sintoma mais relevante manter-se atento é um grande desafio quando não é algo que desperte o interesse. Dentro das questões que envolvem a impulsividade pequenas coisas se tornam grandes emoções, motivando suas ações desenfreadas e esta energia é vista como exagero pelas pessoas ao redor. A hiperatividade pode ser reconhecida com maior facilidade na infância quando a criança se move sem parar na sala, em casa ou quando está brincando (SILVA, 2008).

Os sintomas deste transtorno podem se manifestar desde a fase pré-escolar quando a criança apresenta inquietude, não espera sua vez nas brincadeiras ou interrompe os

colegas constantemente (MATTOS, 2010).

Ciasca *et al* (2010) destaca que o TDAH é constituído de crianças com inteligência normal, mas que podem possuir déficit motor, baixa percepção, distúrbio de comportamento e cognição, comprometendo assim a aprendizagem e o rendimento intelectual.

Dentro desta perspectiva Silva (2008) aponta que o cérebro de uma pessoa com esse transtorno deve ser observado como peculiar em seu funcionamento visto que em alguns momentos é responsável por suas melhores características e em outros por suas maiores angústias.

São muitas as especificidades da pessoa com TDAH, assim é preciso compreender se é possível detectar as causas do TDAH, as formas de diagnóstico e tratamento.

2.1 Possíveis Causas do TDAH

Segundo Ciasca (2010) ainda não foi possível determinar uma etiologia responsável pelo transtorno, o que se tem atualmente são que as origens estão associadas à hereditariedade, a fatores socioambientais e neurológicos.

Acredita-se que o TDAH tenha uma origem ligada a vários fatores, o mais importante deles é o genético. Aliado a ele estão às interferências do ambiente que podem alterar o comportamento dos indivíduos (TEIXEIRA, 2011).

Ciasca (2010) explica que o TDAH não pode ser considerado uma anomalia cromossômica, pois não existem evidências para tal. Um indivíduo com este transtorno possui uma herança genética complexa, com muitos genes que são associados a fatores ambientais e, assim, constituem a hereditariedade. Algumas evidências apontam o transtorno como uma desordem poligênica, isto pode estar ligado ao fato dos indivíduos possuírem outros distúrbios de conduta.

Teixeira (2011) afirma que as alterações químicas cerebrais dos indivíduos que possuem este transtorno provocam alterações e problemas no controle de impulso. O autor divide os fatores etiológicos em genéticos, neuroquímicos, complicações na gravidez ou parto e fatores sociais.

Assim, podemos dizer que ainda não se tem uma causa exata e comprovada para a etiologia desse transtorno, o que se tem são pesquisas que afirmam a partir de estudos de casos, que uma porcentagem considerável de crianças com TDAH possuem antecedentes genéticos. Questões sociais, desequilíbrios cerebrais e acontecimentos pré e pós-nascimento também constam nas possíveis causas.

2.2 TDAH: Diagnóstico e Tratamento

Folquitto (2009) apresenta os critérios diagnósticos para o TDAH definidos pelo DSM-IV (Manual Estatístico Diagnóstico de Transtornos Mentais, 4. edição), estes são: Seis ou mais sintomas característicos da desatenção persistentes por no mínimo seis meses, seis (ou mais) sintomas de hiperatividade pelo período de no mínimo seis meses,

quando alguns dos sintomas estão presentes antes dos sete anos de idade, quando algum comprometimento devido aos sintomas está presente em dois ou mais ambientes que o indivíduo convive, deve também haver comprometimento claro dos funcionamentos (social, acadêmico ou ocupacional), e os sintomas não podem ocorrer somente durante o período de outros transtornos e também não podem ser melhor explicados por outros transtornos.

Souza et al. (2007) apresentam quais são os motivos da dificuldade, segundo as autoras, no diagnóstico dos casos de TDAH:

Tanto o processo diagnóstico quanto o tratamento do TDAH são complexos, não só pelo caráter dimensional dos sintomas de desatenção e/ou hiperatividade, mas também pela alta frequência de comorbidades psiquiátricas apresentadas pelos pacientes. Profissionais da área de saúde mental da infância e adolescência frequentemente se deparam com situações clínicas em que o diagnóstico do TDAH deve levar em consideração a presença de diferentes condições, tais como déficits cognitivos, transtornos do aprendizado ou transtornos invasivos do desenvolvimento [...]. (SOUZA et al., 2007, p. 15)

As mesmas autoras revelam que é essencial entender a dificuldade desses tipos de caso, para que seja possível orientar, elaborar como será a terapia utilizada e se será necessário um suporte de cunho educacional e emocional tanto para o indivíduo quanto para sua família.

O diagnóstico do TDAH é um processo que envolve múltiplas variáveis. Diversos problemas biológicos e psicológicos podem colaborar para a manifestação de sintomas idênticos apresentados em portadores do TDAH. Por exemplo: a falta de atenção é uma das características do processo de depressão. Já a impulsividade é um atributo típico da delinquência. Dessa forma, diversos pontos devem ser levados em consideração, evitando diagnósticos equivocados (BIONDI et al. 2013, p.4).

O tratamento de uma criança ou adolescente com o transtorno possui vários aspectos que se complementam. Mattos (2010) explica que o primeiro passo vem através do diagnóstico, este deve ser dado por um especialista que irá aliar entrevistas, questionários e testes neuropsicológicos. Após esta confirmação os profissionais envolvidos devem estimular os familiares e as próprias crianças a buscarem conhecimento sobre o assunto.

Os medicamentos são indicados pelos médicos após o diagnóstico, neste ponto o diagnóstico é essencial, pois alguns fazem uso de um medicamento e, outros, podem necessitar de mais medicamentos aliados dependendo do estágio do transtorno. (MATTOS, 2010)

Teixeira (2011) destaca que para a Associação Americana de Pediatria o primeiro objetivo do tratamento é melhorar o funcionamento da criança em todas as áreas da vida dela, assim pode-se perceber e avaliar se o tratamento esta tendo progresso através do relacionamento da criança com as pessoas que ela convive. Percebe-se também a evolução na escola, a diminuição do comportamento hiperativo e também do comportamentopositor

que é característico do transtorno.

3 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Aprendizagem e desenvolvimento do TDAH na escola

É muito importante compreender como ocorre a aprendizagem e o desenvolvimento dos alunos, em especial quando ele apresenta alguma deficiência ou transtorno, como o TDAH.

Desta forma, esta seção apresenta, a partir da abordagem histórico-cultural que tem como precursor Vygotsky, a importância do conhecimento acerca das especificidades dos educandos, além de apontar a posição do professor como mediador desse aprendizado. O professor de posse deste referencial compreende que é preciso percorrer caminhos distintos para atuar com alunos com o transtorno, visto que estes tem capacidade de aprender, porém para isso necessitam de mediações diferenciadas.

3.2 Aprendizagem e desenvolvimento

O aprendizado ocorre constantemente, com vivências no cotidiano de cada um, é na observação, na experimentação, na imitação, sempre com orientações que obtemos conhecimento. Este aprendizado é essencial, pois com ele ocorre o processo de desenvolvimento do indivíduo (VYGOTSKY, 1998).

Vygotsky (1998, p. 109) destaca que “a aprendizagem da criança começa muito antes da aprendizagem escolar”, nenhuma criança chega à sala de aula com a mente vazia, ela sempre trará um pouco de história e conhecimentos cotidianos. Para ele existe uma diferença entre o que é aprendido na escola e a aprendizagem que a criança adquire em outros ambientes, porém as duas tem sua importância.

O aprendizado é algo essencial e absoluto para o processo de desenvolvimento das funções psicológicas humanas. O aprendizado e o desenvolvimento estão inter-relacionados desde o nascer e ao interagir com o mundo social e físico. Desenvolvemos constantemente, conquistando aptidões, primeiro externamente e através da mediação de outros, internalizamos estes conhecimentos interpessoais e, assim, alcançamos novos níveis de desenvolvimento. (VYGOTSKY, 1998).

A aprendizagem deve se adiantar ao desenvolvimento, pois existe uma relação entre os níveis de desenvolvimento e a capacidade da criança de aprender. Para Vygotsky há dois níveis de desenvolvimento. O primeiro é chamado de nível de desenvolvimento real, “nível de desenvolvimento das funções psicointelectuais da criança que se conseguiu como resultado de um específico processo de desenvolvimento já realizado”, ou seja, aquilo que ela consegue realizar sozinha, pois já efetivou seu aprendizado (VYGOTSKY, 1998 p. 111).

A aprendizagem é essencial para o desenvolvimento de características do ser humano que são construídas com base na história. Ela propicia desenvolvimento

(VYGOTSKY, 1998).

Para compreendermos como ocorrem os processos de aprendizagem e desenvolvimento dos alunos com TDAH, é importante conhecer o conceito da Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP).

A ZDP é o caminho para o desenvolvimento daquilo que não está consolidado, mas se tornará. É aquilo que os indivíduos só conseguem realizar com auxílio de alguém mais experiente e, futuramente, conseguirá realizar sozinho (OLIVEIRA, 1997). A ZDP “ [...] define aquelas funções que ainda não amadureceram, mas estão no processo de maturação, funções que amadurecerão amanhã, mas que estão corretamente em um estado embrionário” (VYGOTSKY, 1998, p. 97).

Oliveira (1997) afirma que para Vygotsky a zona de desenvolvimento proximal dos alunos deve ter a interferência dos professores pois, assim, se alcançará avanço que a criança não conseguiria produzir sozinha. A criança não tem condições para seguir os passos do aprendizado, sem nenhum tipo de auxílio, neste caso as intervenções dos professores são necessárias e fundamentais, assim como a interação com os colegas.

O auxílio de um adulto ou de uma criança com inteligência formal mais avançada dentro da Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP) leva ao desenvolvimento do que é adquirido culturalmente.

Oliveira (1997) ressalta que é na ZDP que a influência externa tem um poder maior de transformação. Esta escola deve se voltar para as etapas que ainda não foram assimiladas pelos alunos, partindo do que o aluno já tem adquirido e de suas possibilidades, movendo assim aquisições novas para seu desenvolvimento.

A base para o desenvolvimento psicológico está na interação com o ambiente social, tanto na relação direta com outros indivíduos quanto apenas na relação com os elementos de sua cultura. “O ser humano cresce num ambiente social e a interação com outras pessoas é essencial a seu desenvolvimento” (OLIVEIRA, 1997 p. 57).

As crianças têm um ritmo de desenvolvimento distinto em todas as maneiras, elas podem se desenvolver bem em algumas áreas e, em outras, não tão bem. As habilidades culturais são fundamentais nos processos de ensino, de aprendizagem e do crescimento, quando fazemos algo, repetimos o que já nos foi passado culturalmente e não está ligado ao psicológico (LURIA, 1988). Na escola, a possibilidade de aprendizagem e desenvolvimento se intensifica.

3.3 O papel do Professor

O professor é uma peça fundamental no processo escolar dos indivíduos com TDAH, por isto ele deve estar preparado para ensinar e entender este aluno. A relação afetiva entre professor e aluno traz benefícios escolares e sociais não apenas par o período escolar, mas para toda a vida (BARKLEY, 2002).

Para Oliveira (1997) a relação dos indivíduos com a sociedade em geral é mediada,

e dentro da sala de aula o professor é o mediador. Oliveira (1997 p.26) destaca que a mediação entendida de maneira genérica “[...] é o processo de intervenção de um elemento intermediário numa relação, a relação deixa, então, de ser *direta* e passa a ser *mediada* por esse elemento”.

No processo de mediação é que as funções psicológicas superiores se desenvolvem, é necessário criar meios e instrumentos para facilitar seu desenvolvimento. “A mediação é um processo essencial para tornar possível, atividades psicológicas voluntárias, intencionais, controladas pelo próprio indivíduo” (OLIVEIRA, 1997, p. 33).

Vygotsky (2001, p. 14) assevera que “o único bom ensino é o que se adianta ao desenvolvimento”. Para isso o professor e a equipe pedagógica devem ter conhecimento para além do que está posto, devem buscar aliar os conhecimentos historicamente produzidos as novas tecnologias, assim colocando-se sempre à frente daquilo que o aluno já possui, ou seja, de seus conhecimentos prévios.

É necessário que o professor conheça estão nível real de desenvolvimento do aluno para que consiga trabalhar em sua ZDP. As salas de aula deveriam ter uma boa relação numérica professor/aluno para que o docente possa realizar uma observação criteriosa de cada aluno. Os professores também devem ser assistidos para que possam auxiliar seus alunos (THARP; GALLIMORE, 2002).

Segundo Goodman e Goodman (2002) dentro da filosofia educacional da proposta de uma linguagem integral, o professor é um iniciador, ou seja, ele propõe, cria, não é um ser passivo, e assim proporciona condições para os alunos usufruírem melhor da ZDP. Ele também é um observador de seus alunos os auxiliando de acordo com suas necessidades, é um mediador, quando apoia e facilita a aprendizagem, sem controlar e tampouco frustrar, bem como um liberador, visto que libera os alunos não os reprimindo, deixando-os livres para aprender com seus erros.

3.4 TDAH na escola

O Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade, de acordo com Freitas e Sampaio (2011) tem sido muito citado e estudado atualmente, isto porque, é considerado um dos principais problemas crônicos da infância. Esta síndrome que produz alterações no comportamento dos indivíduos, além de interferir na atenção e na memória, traz consigo a dificuldade de aprender ocasionando o baixo desempenho na escola.

Apesar de haver um questionamento da mídia, da sociedade e, até mesmo, de alguns profissionais acerca da existência desta síndrome-transtorno, bem como da medicação inadequada ou indevida, faz-se necessário esclarecer que este é um dos transtornos mais estudados no mundo. As pesquisas ocorrem principalmente mediante a necessidade de conhecer, aprofundar e diagnosticar essa síndrome que muito tem contribuído para o fracasso escolar de crianças e adolescentes. (FREITAS; SAMPAIO, 2011, p.132)

O estudo e a compreensão do transtorno são essenciais para o bom andamento

da relação da escola com o aluno e com a família. Todos os envolvidos precisam saber com que tipo de dificuldade estão lidando, assim poderão auxiliar e contribuir no que for necessário para que o indivíduo com o transtorno tenha uma vida escolar satisfatória.

Para Silva (2009) é dentro da escola que ocorre a cobrança de desempenho e as dificuldades em adequar-se ao esquema diário sistemático podem se fazer frequentes para os desatentos e hiperativos. O autor ainda nos fala que o desempenho escolar dessa criança é instável e é tratado como problema, em alguns momentos e situações ela não consegue aprender e em outros ela tem facilidade e chega a ser brilhante, e isto acontece em um intervalo de tempo curto.

Na escola existem regras e é necessário que o indivíduo se concentre para aprender aquilo que pode não ser interessante para ele e isto torna a escola desagradável (PHELAN, 2005). Dentro do TDAH existem os principais sintomas vistos a partir do que acontece na rotina escolar, o déficit de atenção; a hiperatividade e a impulsividade.

O déficit de atenção faz com que o aluno não complete tarefas, não dê atenção ao tema da aula do professor, deixe folhas do caderno em branco, não tenha organização e nem se lembram de fazer atividades importantes tanto na escola como da rotina em casa.

A hiperatividade que está atrelada ao transtorno em alguns casos é, geralmente, utilizada como fator principal para pré-diagnóstico, por ser facilmente percebida devido aos sintomas nos quais o indivíduo não consegue ficar durante períodos mais longos no mesmo lugar. Esta inquietude é vista na sala de aula nos momentos em que o aluno não para sentado por muito tempo, e para ele isto é frustrante. Eles estão constantemente agitados e falantes e sentem dificuldade em realizar atividades que exijam que permaneçam parados, focados e que exijam silêncio.

A impulsividade é outro sintoma deste transtorno. Gera o comportamento desenfreado, os indivíduos interferem em conversas e não esperam ser chamados e este impulso ocasiona uma dificuldade em seguir regras o que pode atrapalhar na convivência social.

Freitas e Sampaio (2011) ainda ressaltam outras complicações que se associam ao TDAH como a agressividade, transtorno de conduta, transtorno desafiador opositor entre outras tornando a situação mais complexa ainda.

Para estes autores simples alterações dentro do cotidiano da sala de aula e da escola e a compreensão por parte dos profissionais envolvidos auxiliariam no trato com os alunos com o transtorno como algo que pode ser superado. Assim, “[...] a atividade de ensino do professor vai ter que dialogar com a atividade de aprendizagem do aluno (WEISZ, 2000 p.177)”. Para isso ocorrer o docente precisa ter autonomia, ele necessita também pensar de diferentes maneiras, além de dedicação ele tem que estar qualificado diferentemente do que está posto na formação de professores atualmente.

Segundo Mattos (2010) a escola deve se dedicar a criança com o transtorno conhecendo-a, entendendo e auxiliando para que possa ter um desempenho satisfatório.

O professor deve já no início conhecer o TDAH para que saiba diferenciá-lo de outros comportamentos como a preguiça e a má educação. O docente deve tratá-la como uma pessoa com potencial, interesses pessoais, medos e dificuldades, além de estar preparado para auxiliá-la. (OLIVEIRA, 1997)

O professor e os demais envolvidos com o aprendizado precisam compreender que é possível ensinar crianças com dificuldades, assim conseguirão se dedicar a elaboração de propostas pedagógicas que possam melhorar ou até mesmo sanar as situações problema vividas no ensino, conquistando os avanços tão desejados (WEISZ, 2000).

O docente deve pensar e agir na base da teoria de que o espírito é um conjunto de capacidades – capacidade de observação, atenção, memória, raciocínio, etc. – e que cada melhoramento de qualquer destas capacidades significa o melhoramento de todas as capacidades em geral. (VYGOTSKY; LURIA; LEONTIEV, 1998, p.107)

É necessário observar e mediar os conhecimentos aos alunos com TDAH de maneira diferenciada, visto que estes possuem maiores dificuldades. Os progressos devem ser comemorados e apresentado ao aluno como algo importantíssimo para sua fase na escola. Assim é possível evitar algumas frustrações dos alunos e, isso também, possibilita um estímulo para prosseguir.

A autora Telma Weisz (2000) afirma que quando alguns alunos não estão conseguindo fazer determinadas tarefas, devem ser proporcionadas a eles outras atividades, que possam sanar suas dificuldades. A escola como um todo deve propiciar métodos de apoio através de projetos e atividades extraclasse, almejando que estes não se sintam podados e continuem se desenvolvendo de maneira mais plena possível. Para Tugde (2002) crianças com alguma deficiência ou dificuldade devem ser estimuladas a interagir com todos, não só com aquelas que possuem igual ou semelhante condição, essa interação traria consigo benefícios.

Cada aluno com TDAH possui características e um comportamento próprio, entende-se então que não se tem um tratamento e acompanhamento padrão. Devem ser feitas atividades que auxiliem o indivíduo na escola e propiciem avanços intelectuais e comportamentais.

4 | CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo principal deste trabalho foi apresentar como o TDAH é compreendido na escola, abrangendo questões relativas à mediação e ao papel do professor.

A falta de conhecimento sobre o TDAH é uma grande falha nas escolas, do governo e do sistema educacional, um sistema que mais exclui do que inclui, pois os alunos com TDAH não são compreendidos e suas especificidades pouco conhecidas. O trabalho de aquisição por novos conhecimentos precisa ser uma missão compartilhada em que o profissional amplia sua bagagem pedagógica para melhor atender nossos alunos.

Este transtorno é, frequentemente, encontrado em crianças na escola, possui diagnóstico e tratamento complexos, e tem pouco entendimento por parte dos profissionais. A pesquisa mostra a importância do conhecimento, pois este viabiliza a identificação pelo professor das potencialidades e que devem ser utilizadas para amenizar as dificuldades dos alunos com TDAH possibilitando assim, um acompanhamento adequado, com novas alternativas para melhorar o ensino e, conseqüentemente, a aprendizagem dos alunos.

Por fim, destacamos que é preciso analisar as especificidades apresentadas pelos alunos com base em teorias. A abordagem Histórico-Cultural nos trouxe uma rica e importantíssima aprendizagem de que a pessoa, independentemente, das dificuldades que possua, aprende de formas diferenciadas e; a mediação professor é fundamental para que haja a apreensão de conteúdos e desenvolvimento humano.

REFERÊNCIAS

BARKLEY, Russell A. *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): Guia completo para pais, professores e profissionais da saúde*. Porto Alegre - RS Artmed, 2002.

BIONDI, Bruna S.; ALVES, Rogério O. T.; DURÃES, Geraldo M.; LAFETÁ, Jean C.; SILVEIRA, Marcel G. Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade: um estudo para professores de Educação Física. *Revista Digital*. Buenos Aires, Año 17, Nº 176, Jan. 2013. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd176/transtorno-do-deficit-de-atencao-e-hiperatividade.htm>>. Acesso em: 04 de Maio de 2014.

CIASCA, Sylvia M; Rodrigues, Sônia das Dores; Salgado, Cíntia A. *TDAH Transtorno de Déficit de Atenção*. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

FOLQUITTO, Camila T. F. Desenvolvimento psicológico e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): a construção do pensamento operatório. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2009 Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-21032009-095322/pt-br.php>>. Acesso em: 20 de out. de 2014

FREITAS, Ivana B. SAMPAIO, Simaia. *Transtorno e dificuldades de aprendizagem: Entendendo melhor os alunos com necessidades educativas especiais*. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2011.

GALLIMORE, Ronald; THARP, Roland. *O pensamento educativo na sociedade: ensino, escolarização e discurso escrito*, in. MOLL, Luis. VYGOTSKY e a educação – Implicações pedagógicas da Psicologia sócio-histórica. Trad. Fani A Tesseler. 2. Reimpressão. Porto Alegre: Artmed, 2002.

GOODMAN, Yetta M.; GOODMAN, Kenneth S. *Vygotsky em uma perspectiva da linguagem integral*, in. MOLL, Luis. VYGOTSKY e a educação – Implicações pedagógicas da Psicologia sócio-histórica. Trad. Fani A Tesseler. 2. Reimpressão. Porto Alegre: Artmed, 2002.

MATTOS, Paulo. *No mundo da lua: perguntas e respostas sobre transtorno do déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos*. 9. ed. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010.

OLIVEIRA, Marta K. De. *Vygotsky – Aprendizado e desenvolvimento: Um processo sócio-histórico*. São Paulo: Scipione, 1997.

PALMER, Erica D.; FINGER, Stanley. An Early Description of ADHD (Inattentive Subtype): Dr Alexander Crichton and 'Mental Restlessness' (1798) Em: Wiley Online Library. The Association for child and Adolescent Mental Health. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1475-3588.00324> Acesso em 03 de Mai. de 2014

PHELAN, Thomas W. TDAH. *Sintomas, diagnósticos e tratamento; Crianças e adultos*. São Paulo – SP: M. Books, 2005.

SILVA, Ana B. B. *Mentes inquietas*. TDAH – Desatenção, hiperatividade e impulsividade. Rio de Janeiro: Objetiva, 2008.

SOUZA, Isabella G. S.; SERRA-PINHEIRO, Maria A.; FORTES, Didia; PINNA, Camilla. Dificuldades no diagnóstico de TDAH em crianças. Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* v.56 supl.1, 2007 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000500004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 de Mai. de 2014.

TEIXEIRA, Augusto. *Desatentos e hiperativos: manual para pais e professores*. Rio de Janeiro: Best Seller, 2011.

TUDGE, Jonathan. *A ZDP e a colaboração entre pares: implicações para a prática em sala de aula*, in. MOLL, Luis. VYGOTSKY e a educação – Implicações pedagógicas da Psicologia sócio-histórica. Trad. Fani A Tesseler. 2. Reimpressão. Porto Alegre: Artmed, 2002.

VYGOTSKY, L. S. *Formação Social da mente*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

VIGOTSKII, L. S.; LURIA, A. R.; LEONTIEV, A. N. Linguagem, *desenvolvimento e aprendizagem*. 6. Ed. São Paulo: Ícone, 1998.

VYGOTSKI, L.S. *A construção do conhecimento e da linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

WEISZ, Telma. *O diálogo entre o ensino e a aprendizagem*. 2. Ed. São Paulo: Ática, 2000.

CAPÍTULO 5

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 14/03/2021

Juniane Oliveira Dantas Macedo

Pós Graduada em Psicanálise e Clínica Contemporânea: Sujeito, Sofrimento e Intervenções pelo IPOG (Instituto de Pós Graduação e Graduação).
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/2516188505985180>

Liliana Louisa de Carvalho Soares

Pós Graduada em Educação Especial e Inclusiva com Ênfase em Gestão pela FAVENI (Faculdade de Venda Nova do Imigrante).
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/9876216553687881>

Maria Andréia da Nóbrega Marques

Professora da Universidade Estadual do Piauí (UESPI) e do Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA). Psicóloga e Gerente de Reabilitação Intelectual do Centro Integrado de Reabilitação (CEIR)
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/1469535186942807>

RESUMO: Deficiência intelectual é um transtorno com início no período do desenvolvimento que inclui déficits funcionais, tanto intelectuais quanto adaptativos, nos domínios conceitual, social e prático. Sobre a sexualidade de pessoas com DI, há muitos mitos e em sua maioria dizem respeito a duas idéias contraditórias: ou se considera a sexualidade dessas pessoas como

sendo infantil ou inexistente ou, por outro lado, se considera a sexualidade como sendo exagerada e incontrolável. Dessa forma, o objetivo do estudo foi realizar uma revisão bibliográfica sobre a sexualidade do indivíduo com DI focando na adolescência, por ser uma fase de transição repleta de desejos e que acaba ficando, muitas vezes, desconhecida para muitos. Foi realizada uma revisão bibliográfica, de abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu entre fevereiro e agosto de 2018, por meio da base de dados *Scientific Electronic Library Online - SciELO* e da *Pubmed* para acesso à base de dados *Medical Literature and Retrieval System Online (Medline)*, na busca de trabalhos que houvesse relevância para a pesquisa. Os descritores utilizados foram “sexualidade”, “adolescência” e “deficiência intelectual”. Os resultados da análise estão apresentados em três categorias: História da Deficiência Intelectual (DI); Adolescência; e O adolescente, a sexualidade e a DI. Esses resultados revelaram que a sexualidade, especialmente da pessoa com deficiência intelectual, tem uma história de marcas de negação, exclusão e tabus.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescência. Deficiente intelectual. Sexualidade.

SEXUALITY IN ADOLESCENCE WITH INTELLECTUAL DISABILITIES

ABSTRACT: Intellectual deficiency is a developmental disorder that includes functional deficits, both intellectual and adaptive, in the conceptual, social and practical domains. On the sexuality of people with ID, there are many myths and most of them concern two contradictory

ideas: either consider the sexuality of these people as childish or non-existent or, on the other hand, consider sexuality as exaggerated and uncontrollable. Thus, the objective of the study was to carry out a bibliographic review on the sexuality of the individual with ID focusing on adolescence, because it is a transitional phase full of desires and that ends up being often unknown for many. A bibliographical review was carried out, with a qualitative approach. Data collection took place between February and August 2018, through the Scientific Electronic Library Online - SciELO database and the Pubmed database for access to the Medical Literature and Retrieval System Online (Medline) database, in search of works that had relevance for research. The results of the analysis are presented in three categories: History of Intellectual Disability (DI), Adolescence, and Adolescence, sexuality and ID. that sexuality, especially of the person with intellectual disability, has a history of marks of denial, exclusion and taboos.

KEYWORDS: Adolescence. Intellectual deficit Sexuality.

1 | INTRODUÇÃO

Deficiência intelectual (DI) refere-se a um quadro psicopatológico relacionado, especificamente, às funções cognitivas afetando a vida da criança em várias dimensões. É caracterizada por defasagens e alterações nas estruturas mentais para o conhecimento, além de limitações significativas tanto no funcionamento intelectual quanto no comportamento adaptativo expresso em habilidades conceituais, sociais e práticas, e se origina principalmente antes dos 18 anos de idade. As causas mais comuns para a DI são os fatores de ordem genética, as complicações durante o período da gestação, parto ou pós-natais (CERQUEIRA, 2016).

Os autores esclarecem que, para o diagnóstico, deve-se considerar o contexto social e as características das pessoas da mesma faixa etária e da mesma cultura do avaliado, as diferenças culturais e linguísticas, bem como a comunicação, os fatores sensoriais, motores e comportamentais. Enfatizam também que, na avaliação, é importante ter em mente a coexistência das limitações e das potencialidades do avaliado (MORALES, BATISTA, 2010).

Segundo o DSM-5 (APA, 2014) a DI (Transtorno do desenvolvimento intelectual) é um transtorno com início no período do desenvolvimento que inclui déficits funcionais, tanto intelectuais quanto adaptativos, nos domínios conceitual, social e prático. O diagnóstico de DI baseia-se tanto em avaliação clínica quanto em testes padronizados das funções adaptativas e intelectuais.

Sobre a sexualidade de pessoas com DI, há muitos mitos e em sua maioria dizem respeito a duas idéias contraditórias: ou se considera a sexualidade dessas pessoas como sendo infantil ou inexistente ou, por outro lado, se considera a sexualidade como sendo exagerada e incontrolável. Também se acredita que essas pessoas dificilmente se envolvem em relações de namoro, casamento e reprodução, o que são inverdades (MAIA,

2013 apud ANDERSON, 2000; GHERPELLI, 1995; GLAT; FREITAS, 1996; GIAMI, 2004; MAIA; RIBEIRO, 2010). Alguns aspectos relacionados à sexualidade das pessoas com essa deficiência ainda são pouco discutidos, tanto no Brasil quanto no cenário internacional, como, por exemplo, o despertar da sexualidade genital, amplamente reconhecido como uma característica da adolescência (BASTOS, DESLANDES; 2012).

O movimento de pessoas com deficiência, no país, vem intensificando sua atuação junto aos órgãos governamentais no sentido de desenvolver, em conjunto, respostas efetivas à situação de violação de direitos em geral e, mais recentemente, em relação à violação de direitos sexuais e reprodutivos, a que está submetida esta população de pessoas com deficiência (BRASIL, 2009).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) circunscreve a adolescência como o período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade. A adolescência sinaliza a transição da infância para a idade adulta, vista como um estágio de suma importância para o desenvolvimento humano no qual transcorrem mudanças em todos os contextos e o princípio da vida sexual. Dentre estas mudanças, destacam-se as questões relacionadas à sexualidade e suas transformações, bem como as psicológicas e corporais relativas à puberdade (KERNTOPF *et al.*, 2016).

Segundo KERNTOPF *et al.* (2016), a adolescência é encarada como uma fase marcada por excentricidades dificuldades, também como fase de maturação, de interação e inserção social, onde há a aquisição de autonomia e tomada de decisões. Geralmente, é nessa fase que ocorre o início da vida sexual onde é crucial a conscientização e o esclarecimento de dúvidas acerca da sexualidade ou questões relacionadas a essa temática a fim de evitar as práticas sexuais desprotegidas e suas consequências. Um dos desafios na regulação da sexualidade está no aprendizado e na interiorização dos assuntos relacionados aos métodos contraceptivos.

É pertinente entender e problematizar a interferência das várias concepções sociais e familiares no desenvolvimento e expressão da sexualidade de adolescentes com DI, levando-se em consideração que eles possuem necessidades, impulsos e desejos, além de emoções como os considerados normais, e, assim, vivenciam e manifestam questões de natureza sexual como quaisquer outros jovens (BASTOS; DESLANDES, 2005; MAIA; CAMOSSA, 2003; GLAT, 1992 apud LITTIG, 2012).

Dessa forma, o objetivo do estudo foi realizar uma revisão bibliográfica sobre a sexualidade do indivíduo com DI focando na adolescência, por ser uma fase de transição repleta de desejos e que acaba ficando, muitas vezes, desconhecida para muitos. Para isso, foi realizada uma revisão sobre a história da DI, a adolescência e a sexualidade de adolescentes com essa deficiência.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão bibliográfica, de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa não procura enumerar e/ou medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico na análise dos dados. Parte de questões ou focos de interesses amplos, que vão se definindo a medida que o estudo se desenvolve. Envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo (Godoy, 1995, p.58).

A coleta de dados ocorreu entre fevereiro e agosto de 2018, por meio da base de dados *Scientific Electronic Library Online - SciELO* e da *Pubmed* para acesso à base de dados *Medical Literature and Retrieval System Online (Medline)*, na busca de trabalhos que houvesse relevância para a pesquisa. Os descritores utilizados foram “sexualidade”, “adolescência” e “deficiência intelectual”. Para atender aos objetivos propostos foi estabelecido como critério de inclusão o conteúdo dos títulos e resumos que abordavam a sexualidade do indivíduo com deficiência intelectual. Para exclusão foram descartados artigos que não eram relevantes a esse tema onde englobasse a sexualidade de forma geral, em que o foco não fosse pessoas com deficiência intelectual.

3 | RESULTADOS

Os resultados da análise estão apresentados em três categorias: História da Deficiência Intelectual (DI); Adolescência; e O adolescente, a sexualidade e a DI.

História da Deficiência Intelectual (DI)

De acordo com Carnio e Shimazaki (2011), a história revela que a humanidade foi marcada pela diversidade humana e o tratamento dado aos indivíduos com deficiência era diretamente relacionado à estrutura social, política e cultural do povo. Esses tratamentos abarcam, historicamente, desde a consideração da diferença como algo perigoso ou divino, como no passado, até o discurso da inclusão como se vê na sociedade atual.

Sobre a história da deficiência intelectual os autores a reporta à antiguidade. Há relatos e referências de como tratar as pessoas com essa deficiência, às vezes de forma humana e às vezes com crueldade que podem ser encontradas nas sociedades antigas, tais como a egípcias, espartanas, romanas, chinesas e gregas, e alguns escritos religiosos como a Bíblia, o Alcorão, o Talmud e Darma.

No séc. XIX iniciaram-se efetivamente os estudos científicos sobre a deficiência mental (assim chamada antes da mudança de nomenclatura para deficiência intelectual). Segundo os historiadores, o que se tem do período anterior é inconsistente acerca da concepção e caracterização do fenômeno (PATTON, PAYNE & BEIRNE-SMITH, 2010).

No final do séc. XIX a concepção de deficiência mental estava associada à perspectiva exclusivamente organicista, de natureza neurológica, identificada pelo atraso no desenvolvimento dos processos cognitivos e distinta da concepção de doença mental. A herança dessa concepção organicista ingressou no séc. XX, de maneira hegemônica (CARVALHO & MACIEL, 2003).

A *American Association on Mental Retardation* (AAMR) adotou a nomenclatura deficiência intelectual em detrimento ao retardo mental e a definiu como sendo: incapacidade caracterizada por limitações significativas tanto no funcionamento intelectual quanto no comportamento adaptativo expresso em habilidades conceituais, sociais e práticas. Essas limitações se originam antes da idade dos 18 anos (LUCKASSON et al., 2002).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 (APA, 2014), o termo diagnóstico deficiência intelectual equivale ao diagnóstico da Classificação Internacional de Doenças - CID-11 de transtornos do desenvolvimento intelectual, e suas características essenciais incluem déficits em capacidades mentais genéricas e prejuízo na função adaptativa diária na comparação com indivíduos pareados para idade, gênero e aspectos socioculturais.

Adolescência

A adolescência tem sido vista desde a Antiguidade pelo prisma da impulsividade e excitabilidade. Na Grécia Antiga, os jovens eram submetidos a um verdadeiro adiestramento, cujo fim seria inculcar-lhes as virtudes cívicas e militares (FERREIRA & FARIAS, 2010).

O conceito de adolescência é uma construção social e não existia nas sociedades pré-industriais, em que as crianças eram consideradas adultas quando amadureciam fisicamente ou iniciavam um aprendizado profissional. Foi apenas no século XX que a adolescência foi definida como um estágio de vida. Na atualidade, a adolescência tornou-se um fenômeno global, embora ela possa assumir formas diversas em diferentes culturas (PAPALIA & FELDMAN, 2013).

A adolescência é uma categoria sociocultural, historicamente construída a partir de critérios múltiplos que abrangem as dimensões biopsicológica, cronológica e social. A partir das revoluções sociais e históricas, modificaram-se e abarcaram-se diferentes dimensões, variando entre as culturas (RIBEIRO et al., 2012). Mas, é consenso que a adolescência é uma etapa importante do desenvolvimento humano, de transição de papéis da infância para vida adulta, caracterizada por transformações biopsicossociais, busca de identidade pessoal e independência (COSTA et al., 2014).

Na adolescência ocorrem modificações psicológicas, físicas e sociais, sendo comum, nessa fase, acontecerem movimentos de dependência e independência extrema, caracterizando um período de contradições, conflitos e ambivalências. No entanto, muitos dos comportamentos atípicos manifestados pelos adolescentes podem ser a busca por sua identidade, sendo naturalmente superados (MOREIRA & BASTOS, 2015).

Kalina e Laufer (1974, apud Ferreira & Farias, 2010), entendem a adolescência como o segundo grande salto para a vida: o salto em direção a si mesmo, como ser individual. Esses autores distinguem puberdade de adolescência. Puberdade refere-se aos fenômenos fisiológicos, que compreendem as mudanças corporais e hormonais, enquanto adolescência diz respeito aos componentes psicossociais desse mesmo processo.

O adolescente, a sexualidade e a DI

O senso comum afirma que adolescentes com DI “não têm sexualidade”, ou que a têm de forma exacerbada, não controlada. Com muita frequência, são indisponíveis ao adolescente e sua família informações claras sobre o tema, por se tratar de um assunto ainda envolto pelo desconhecimento e por preconceitos, embora, o interesse pelo tema venha sendo estimulado, muito por conta do movimento de inclusão da pessoa com deficiência (GLAT, 2005 apud BASTOS & DESLANDES, 2012).

Também se faz presente na sociedade a concepção de que tais pessoas são deficientes ou retardadas em seu desenvolvimento sexual e afetivo, que possuem também uma deficiência emocional, e logo, são consideradas incapazes de estabelecer relações amorosas profundas e duradouras. Por receberem esses rótulos, comumente esses indivíduos com DI ficam, na prática, e algumas vezes juridicamente, também impedidos de casar, ter filhos ou levar uma vida sexual normal (GLAT & FREITAS, 1996 apud LITTIG, 2012).

Segundo Simões (2015), a sexualidade é por muitos compreendida como uma maneira de amenizar a condição da pessoa com deficiência. Portanto, é importante analisar como ambas as noções se regulam e como essas levam ao limite as normatividades sexuais que tensionadas se reconfiguram. De acordo com França Ribeiro (2001), a recusa da sexualidade é, geralmente, uma proteção por parte dos pais ao filho com DI.

Levando em consideração as palavras do autor, essa proteção pode ser coerente, porém não é útil, pois a negação da sexualidade da pessoa com DI pelos pais é uma forma de proteção não eficaz, apesar de compreensível. Concordando com o autor, é importante lembrar que os pais, ao aceitarem a sexualidade do filho, precisariam encarar as consequências do exercício da sexualidade, incluindo o direito à masturbação, a existência de sofrimento em uma relação amorosa, a possibilidade de uma gravidez, a procura de um método contraceptivo adequado, a preocupação com as DST, o acesso ao casamento etc.

Em casos de pessoas com DI, a decisão de ter ou não filhos (as) pode ser mais difícil e envolve os pais e/ou responsáveis. Mas até mesmo nesses casos, poderiam ser incentivadas a ter autonomia e responsabilidade podendo exercer uma vida sexual prevenindo-se de gravidez não programada e ou do contágio de doenças. Não é incomum, infelizmente, impor às pessoas com deficiência uma vida de abstinência ou submetê-las a procedimentos invasivos, como a esterilização (MAIA & RIBEIRO, 2010).

4 | DISCUSSÃO

Os resultados revelaram que a sexualidade, especialmente da pessoa com deficiência intelectual, tem uma história de marcas de negação, exclusão e tabus. Segundo Marola (2011), assim como a sexualidade, a saúde sexual e a saúde reprodutiva tiveram ao longo da história uma série de significações, sendo influenciadas pelas necessidades do contexto histórico.

A pouca informação nesses aspectos leva muitos adolescentes a emitirem conceitos distorcidos. Assim, conhecer e esclarecer os mitos e idéias errôneas sobre sexualidade, principalmente de pessoas com deficiências é uma tarefa importante porque essas crenças podem afetar a todos, quando por meio delas se incentivam as relações de discriminação e de dominação que podem ocorrer entre não-deficientes e os deficientes, entre homens com deficiência e as mulheres com deficiência, entre pessoas com deficiências menos comprometedoras e as que têm maior comprometimento etc. (MAIA & RIBEIRO, 2010).

As pessoas com deficiência, em sua maioria, acumulam experiência de desaprovação, frustração e dor, tanto no corpo material, quanto no corpo simbólico. Entretanto, é possível e desejável que estas possam experienciar momentos de prazer. Elas precisam de outras vivências corporais, intensificar as experiências de prazer, exercitar as possibilidades de sedução. É necessário permitir e incentivar a descoberta ou redescoberta do jogo corporal, a dança, o toque prazeroso, o aconchego e o sexo (BRASIL, 2009).

No Brasil, a orientação sexual nas escolas é normatizada pelos Parâmetros Curriculares Nacionais – PCN (BRASIL, 1997). Essa orientação é encarada como uma ação complementar à educação sexual oferecida pelas famílias. Segundo o documento, a escola só deve se posicionar em relação aos valores familiares quando estes violarem os direitos das crianças e dos adolescentes estabelecidos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). De acordo com Morales e Batista (2010), no mais, é papel da escola fornecer informações corretas sobre os conceitos próprios da sexualidade humana, incentivar a pesquisa a respeito de como as diferentes culturas se relacionam com a sexualidade e explicitar e problematizar mitos e falsas crenças. Dessa forma, os PCN abordam a sexualidade em relação aos aspectos biológicos, psíquicos, sociais e culturais.

As políticas públicas mundiais têm lutado pelos direitos de acesso à educação, à saúde, e à vida social daqueles com deficiência, mas pouco se tem feito ou divulgado no sentido de incentivar a inserção afetiva e sexual dessas pessoas. Evidentemente que há, atualmente, um avanço considerado de pesquisas, nacionais e internacionais, sobre a sexualidade e diferentes deficiências, cognitivas, sensoriais e ou físicas, relacionadas à própria construção das subjetividades individuais dessas pessoas em diferentes momentos da vida (MAIA & RIBEIRO, 2010). As pessoas com deficiência devem receber educação sexual do mesmo modo que as outras pessoas, ou seja, almejando os mesmos objetivos de esclarecer e prevenir, cabendo ao educador essa importante função (MAIA, 2010; 2012;

WALKER-HIRSCH, 2007; WILSON & BURNS, 2011 apud MAIA, 2015).

No Brasil foi criada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, em 2008, com o propósito de reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e no seu desempenho, de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social, além de proteger a saúde e prevenir agravos que determinem o aparecimento de novas deficiências. De acordo com tal política, a pessoa com deficiência, incluindo a deficiência intelectual, é um cidadão com necessidade de atenção à saúde, considerando sua situação específica portanto deve receber assistência em todas as dimensões de sua existência (CERQUEIRA, 2016).

5 | CONCLUSÃO

Em meio a uma sociedade tão repleta de tabus, a sexualidade ainda é vista como algo reprimido diante dos indivíduos que tem DI, visto que são notados como seres “assexuados” ou que “não precisam namorar” porque não compreendem esse mundo. De acordo com o presente estudo, há uma resistência também por parte dos pais quando se trata da sexualidade do seu filho com DI, sendo que essa proteção ou desinformação poderá acarretar danos em ambos.

A sociedade, participante desse processo, na maioria das vezes olha o adolescente com DI apenas como uma criança que nunca atingiu ou atingirá uma maturidade. É notório que uma deficiência sempre trará alguma limitação, porém é de responsabilidade primeiramente da família reconhecer esse indivíduo como uma pessoa que pode atingir as diversas fases da vida e precisa de acompanhamento, atenção e orientação de como precisa passar por cada etapa, de acordo com seu grau de severidade.

Contudo, muitas vezes a família não orienta de forma correta o filho acerca da sexualidade devido à falta de informação e conhecimento do assunto. Dessa forma, sugerem-se programas de educação sexual com o foco em adolescentes com DI, para que os pais entendam como precisam se posicionar diante da demanda e também para o próprio filho entender a sua sexualidade durante a adolescência, por ser uma fase de início da vida sexual para muitos.

Outras formas de aproximação para trabalhar a sexualidade dos adolescentes com DI é a promoção de oficinas, teatros, vivências conduzidos por profissionais capacitados, em que os mesmos possam demonstrar aos pais maneiras adequadas de lidar com essa demanda juntamente com seus filhos, a fim de que conquistem aos poucos mais independência, respeitando sempre suas limitações.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5. (5. ed.). Porto Alegre: Artmed, 2014.

BASTOS, O. M.; DESLANDES, S. F.; Sexualidade e deficiência intelectual: narrativas de pais de adolescentes, **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2012.

BRASIL. Lei no 8.069, de Estatuto da Criança e do Adolescente, 13 de julho de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais e reprodutivos na integralidade da atenção à saúde de pessoas com deficiência, **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**, Brasília, 2009.

CÁRNIO, M. S.; SHIMAZAKI, E. M. Letramento e alfabetização das pessoas com deficiência intelectual. **Revista Teoria e Prática da Educação**, v. 14, n. 1, jan./abr. 2011.

CARVALHO, E. N. S.; MACIEL, D. M. M. A. Nova concepção de deficiência mental segundo a American Association on Mental Retardation-AAMR: sistema 2002. *Temas em psicologia*, Ribeirão Preto, vol.11, dez. 2003.

CERQUEIRA, M. M. F.; ALVES R. O.; AGUIAR, M. G. G. Experiências vividas por mães de crianças com deficiência intelectual nos itinerários terapêuticos. **Ciência & Saúde Coletiva, Núcleo Integrado de Estudos e Pesquisa sobre o Cuidar/Cuidado**, Feira de Santana- BA, 2016.

COSTA, F. C.; JÚNIOR, E. G. J.; FAJARDO, S. Depressão e suicídio na adolescência: representações sociais e indicadores de risco. **Visão universitária**, v.1, nº1. 2014.

FERREIRA, T. H. S.; FARIAS, M. A. Adolescência através dos séculos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, São Paulo, Vol. 26 n. 2, Abr-Jun 2010.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, 35(4), 65-71.1995.

KEMTOPF, M. R., LACERDA, J. F. E.; FONSECA, N. H.; NASCIMENTO, E. P.; LEMOS, I. C. S.; FERNANDES, G. P.; MENEZES, I. R. A. Sexualidade na adolescência: uma revisão crítica da literatura. **Revista Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, Vol. 13, 2016.

LITTIG, P. M. C. B.; CÁRDIA, D. R.; REIS, L. B.; FERRÃO, E. S.; Sexualidade na Deficiência Intelectual: uma Análise das Percepções de Mães de Adolescentes Especiais, **Rev. Bras. Ed. Esp., Marília**, v. 18, n. 3, Jul.-Set., 2012.

LUCKASSON, R.; BORTHWICK-DUFFY, S.; BUNTINX, W. H. E.; COULTER, D. L.; CRAIG, E. M.; REEVE, A.; SCHALOCK, R. L.; SNELL, M. E.; SPITALNIK, D. M.; SPREAT, S.; TASSE, M. J.; Book Review, *Mental Retardation Definition, Classification, and Systems of Supports*. 9. ed. **American Association on Mental Retardation**, Washington 2002.

MAIA, A. C. B.; YAMAUT, V. L. R.; SCHIAVO, R. A.; CAPELLIN, V. L. M. F.; VALLE, T. G. M.; Opinião de professores sobre a sexualidade e a educação sexual de alunos com deficiência intelectual; **Estudos de Psicologia**, Campinas, julho - setembro 2015.

MAIA, A. C. B.; MARQUES, P.F. Sexualidade, deficiência intelectual e vulnerabilidade: a importância da educação sexual intencional e preventiva. **II Simpósio Internacional de educação sexual**, Maringá-PR, 2013.

MAIA, A. C. B.; RIBEIRO, P. R. M. DESFAZENDO MITOS PARA MINIMIZAR O PRECONCEITO SOBRE A SEXUALIDADE DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS, **Rev. Bras. Ed. Esp.**, Marília, v.16, n.2, 176, Mai.-Ago., 2010.

MAROLA C. A. G.; SANCHES C. S. M.; CARDOSO, L. M. Formação de conceitos em sexualidade na adolescência e suas influências. *Psicol. Educ.*, São Paulo dez. 2011.

MORALES, A. S.; BATISTA, C. G.; Compreensão da Sexualidade por Jovens com Diagnóstico de Deficiência Intelectual, **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Campinas, Vol. 26 n. 2, Abr-Jun 2010.

MOREIRA, L. C. O.; BASTOS, R. H. O.; Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura, **Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolare Educacional**, São Paulo, Volume 19, Número 3, Set./Dez. de 2015.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO; Dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, Brasília, 16 jul. 1990. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei8069_02.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2010.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D.; *Desenvolvimento Humano*; **AMGH**; Porto Alegre; p.386, 12 ed. 2013.

PATTON, J. R.; PAYNE, J. S. E BEIRNE-SMITH, M., *Mental Retardation.*: Merrill Publishing Company, Ohio, USA Brasília. 2010.

RIBEIRO, K. C. S.; MEDEIROS, C. S.; COUTINHO, M. P. L.; CAROLINO, Z. C. G., Representações sociais e sofrimento psíquico de adolescentes com sintomatologia depressiva; **Psicologia teoria e prática**; v. 14, n. 3; 2012.

SIMÕES, J.; Deficiência Intelectual, Gênero e Sexualidade: algumas notas etnográficas em uma APAE do interior do Estado de São Paulo-Brasil; **Rev. Fac. Med.** Campinas, Vol. 63, 2015.

CAPÍTULO 6

QUANDO O INESPERADO ACONTECE: AS REPERCUSSÕES DO DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS E A PERSPECTIVA DE SOFRIMENTO PSÍQUICO

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 31/03/2021

Roseli Mai

Universidade Regional do Noroeste do Estado
do Rio Grande do Sul
Ijuí -RS
<http://lattes.cnpq.br/9287335217825697>

Silvia Cristina Segatti Colombo

Universidade Regional do Noroeste do Estado
do Rio Grande do Sul
Santa Rosa -RS
<https://www.escavador.com/sobre/4980283/silvia-cristina-segatti-colombo>

Elisiane Bisognin

Universidad Nacional de Misiones
Santa Rosa- RS
<https://www.escavador.com/sobre/1817755/elisiane-bisognin>

RESUMO: O presente estudo possui como objetivo verificar a existência da relação entre o diagnóstico de diabetes *mellitus* (DM) e a existência de sofrimento psíquico em usuários que referem diagnóstico de DM. Pesquisa de abordagem qualitativa realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) situada na cidade de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, através de entrevista semi-estruturada. Os dados obtidos foram tratados através da análise de conteúdo que tratam da temática em estudo. A partir do material coletado foi possível elencar três (3) categorias: compreensão acerca do DM,

mudanças na vida em função do diagnóstico e repercussões psíquicas relacionadas ao DM. Explicitamente não está dito que existe sofrimento, mas pela análise das expressões se percebe que há. A partir do estudo realizado é possível apontar que as repercussões psíquicas perpassam tanto na compreensão acerca do DM como nas mudanças na vida em função do diagnóstico.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes *mellitus*, repercussões psíquicas, compreensão.

WHEN THE UNEXPECTED HAPPENS: THE REPERCUSSIONS DIABETES MELLITUS DIAGNOSIS AND THE PERSPECTIVE OF PSYCHIC SUFFERING

ABSTRACT: This study aims at verifying the possible relationship between the diagnosis of diabetes mellitus (DM) and the existence of psychological distress in users who report a diagnosis of DM. A qualitative approach was performed at a Basic Health Unit (UBS) in Santa Rosa, Rio Grande do Sul, through a semi-structured interview. The obtained data was treated through the content analysis that deals with the subject under study. From the collected material it was possible to list three (3) categories: understanding about DM, changes in life as a result of diagnosis and psychic repercussions related to DM. Explicitly it is not said that there is suffering, but by the expressions analysis it can be realized that there is. Based on the study carried out, it is possible to point out that the psychic repercussions undergo both the understanding about DM and the changes in life due to the diagnosis.

KEYWORDS: Diabetes mellitus, psychic repercussions, understanding.

INTRODUÇÃO

Receber o diagnóstico de uma doença pode causar um grande impacto ao sujeito: algo do real, do inesperado se impõe, apesar do ser humano saber da finitude e fragilidade de seu organismo nunca está preparado para conviver com limitações. No caso de um diagnóstico crônico, como o diabetes *mellitus* (DM), há uma doença que precisa ser tratada e uma série de procedimentos a serem adotados de forma objetiva (ALMEIDA e cols., 2007).

A partir deste momento trabalha-se para que o usuário¹ aceite sua doença e realize uma série de modificações em seu estilo de vida, as quais podem também afetar ou envolver os demais membros da família. Modificar hábitos que foram constituídos e mantidos por toda vida constitui uma tarefa muito difícil que pode implicar na perda daquilo que anteriormente gerava prazer.

O DM constitui uma doença crônica grave de lenta e progressiva evolução (MAIA & ARAÚJO, 2002). Atualmente é considerada uma das principais doenças crônicas que atinge a população, fato associado a diversos fatores, como por exemplo, o aumento da expectativa de vida, a crescente urbanização e industrialização, a mudança da população para as zonas urbanas, alterações nos estilos de vida, o consumo de dietas hipercalóricas, sedentarismo e obesidade, além da maior sobrevivência dos diabéticos (ORTIZ & ZANETTI, 2001).

Em função do impacto social e econômico que tem causado, seja em termos de produtividade como de custos, o DM se tornou um problema de saúde pública. Suas manifestações crônicas podem causar hospitalização e absenteísmo no trabalho, sobressaindo-se os problemas oculares, renais e vasculares que compõem as principais causas de invalidez e incapacidade para o trabalho (ORTIZ & ZANETTI, 2001).

Após receber o diagnóstico de uma doença crônica e ficar ciente do que terá que enfrentar a partir de então o sujeito poderá passar por momentos de angústia, de medo e insegurança frente ao futuro e ao processo de modificação dos hábitos de vida. Modificar hábitos constituídos e mantidos ao longo da vida não é uma tarefa fácil, frequentemente os diabéticos subestimam sua nova condição e não cumprem a risca o tratamento, até o momento em que surgem os primeiros sinais ou sintomas em decorrência do agravamento do DM. Neste momento a ameaça da doença ganha contornos que lhe tornam real, podendo surgir sentimentos como medo e arrependimento, além de maiores cobranças pelos familiares ou profissionais da saúde que o acompanham (FERREIRA, DAHER, TEIXEIRA e ROCHA, 2013).

¹ O termo usuário(s) refere-se a um determinado conjunto, no caso, usuários do sistema de saúde abordado na pesquisa.

Grande parte da eficácia do tratamento depende do próprio diabético, porém as limitações e proibições que surgem juntamente com o agravamento da doença e o tratamento podem causar a sensação de perda de liberdade. Uma das principais dificuldades são as restrições alimentares, não somente por limitar os alimentos a serem ingeridos, mas também pelo valor simbólico da comida, sua vinculação a sensação de prazer, satisfação e capacidade de confraternização. A restrição alimentar pode acabar, conseqüentemente, limitando o convívio social, pois pode se tornar uma experiência desagradável participar de comemorações e eventos nos quais há comida e não poder ingerir aquilo que se deseja. A sensação de limitação ou proibição pode resultar em afastamento da vida social (FERREIRA e cols., 2013).

As mudanças dos hábitos de vida constituem um processo lento e difícil, principalmente os hábitos alimentares. Eles estão relacionados a três fatores: culturais, econômicos e sociais. Os fatores culturais são aqueles que são transmitidos de geração para geração ou pelas instituições sociais. Os fatores econômicos se referem ao custo e oferta dos alimentos, já os fatores sociais estão relacionados à aceitação ou rejeição de padrões alimentares. Outros fatores, como por exemplo, religiosos, crenças ou tabus também influenciam a adoção de determinados padrões de comportamento, como restrições alimentares, muitas vezes dificultando ainda mais a mudança dos hábitos de vida (PÉRES, SANTOS, ZANETTI e FERRONATO, 2007).

Além das restrições alimentares, é necessário que o diabético se adapte ao uso da medicação e verificação da glicemia capilar. Realizar todo este processo diariamente não é uma tarefa fácil, ainda mais sabendo-se que ele não levará à cura. É comum a resistência ao uso da insulina, uma medicação injetável que pode representar um procedimento invasivo e doloroso. A necessidade de lhe aplicar diariamente pode acabar limitando as atividades do sujeito pela dificuldade relacionada ao seu transporte e conservação (FERREIRA e cols., 2013).

Em relação ao seguimento do tratamento medicamentoso, é possível elencar diversos fatores que dificultam a sua adesão: a quantidade de medicamentos a serem ingeridos, efeitos adversos, custos, mitos ou crenças em relação à medicação, nível de escolaridade dos pacientes que limita o acesso e compreensão das informações e a falta de sintomas que, muitas vezes, faz com que a doença não pareça grave (PÉRES e cols., 2007).

A família pode servir como um recurso externo de enfrentamento, de modo que sua resposta frente à doença poderá interferir no posicionamento do sujeito em relação ao seu adoecimento. Desta forma, se a família não conseguir lhe auxiliar no enfrentamento das mudanças, o doente poderá apresentar mais dificuldade. Por mais que a família também sofra, se espera que ela tenha força e estrutura para apoiar o familiar adoecido (ALMEIDA e cols., 2007).

Apesar dos esforços para que os diabéticos modifiquem seus hábitos alimentares,

realizem atividades físicas e sigam o tratamento medicamentoso, é possível identificar que a adesão ao tratamento ainda é baixa (PÉRES e cols., 2007). Deste modo, se faz necessário buscar compreender os aspectos psicológicos que se fazem presentes neste processo, de forma que o diabético consiga viver melhor apesar com a doença.

MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, a qual possibilita a identificação dos aspectos subjetivos. Participaram da pesquisa 15 usuários diagnosticados com DM pertencentes ao território de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) situada na cidade de Santa Rosa, município localizado no noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Para seleção da amostra foi utilizado o cadastro de medicação da UBS, de modo que os participantes foram selecionados de forma aleatória.

As entrevistas foram realizadas no domicílio do usuário selecionado durante o mês de agosto do ano de 2016. Como instrumento para a coleta de dados foi utilizada a entrevista semi-estruturada, aberta e focalizada, composta por 17 perguntas, das quais as 7 primeiras questões se referiram a caracterização dos participantes do estudo. Com a finalidade de preservar a identidade dos participantes, os mesmos foram identificados ao longo do estudo por números (1, 2, 3...).

O Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) foi apresentado aos usuários selecionados com a finalidade de explicar os objetivos da pesquisa, esclarecer possíveis dúvidas e receber o aceite do participante. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, de modo que foi possível construir um banco de dados e classificar categorias. A partir do material coletado foi possível elencar 3 categorias: compreensão acerca do DM, mudanças na vida em função do diagnóstico e repercussões psíquicas relacionadas ao DM. Os dados obtidos foram tratados através da análise de conteúdo que tratam da temática em estudo.

Dado que a amostra é específica – usuários de um determinado sistema de Saúde do Município de Santa Rosa – não é possível afirmar que os resultados obtidos possam se estender para outras realidades, ou, caso exista, não possa ser extrapolada a partir da presente pesquisa.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ, seguindo as normas vigentes descritas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde.

RESULTADOS

Foram entrevistados 15 usuários, entre os quais 8 pertencem ao sexo masculino, demais (7) correspondem ao sexo feminino. Possuem idade entre 51 a 79 anos, com média

de 65 anos de vida. Entre os entrevistados 11 são casados, 3 possuem união estável e 1 é viúvo, destes 1 mora sozinho, 10 moram com esposa/marido e 4 moram com esposa/marido/ filho. Quando questionados sobre sua atual situação de trabalho, 8 relatam que são aposentados, 2 são pensionistas, 2 trabalham como vendedor e 3 se declaram donas de casa. Sobre a renda familiar, 2 declaram que seus proventos são inferiores a 1 salário mínimo, 5 recebem entre 1,5- 2 salários e 8 recebem entre 2,5-5 salários mínimos. Quanto à escolaridade, 10 não concluíram o ensino fundamental, declarando dificuldade em precisar sua escolaridade. Ainda referente à escolaridade, 2 participantes concluíram o ensino fundamental, 2 concluíram o ensino médio e 1 não concluiu o ensino médio. No que se refere há quanto tempo recebeu o diagnóstico de diabetes houve uma grande diferença no tempo citado nas respostas, ficando entre 1 a 22 anos que possui conhecimento do diagnóstico.

DISCUSSÃO

Compreensão acerca do diabete mellitus

A partir dos dados coletados foi verificado que os participantes do estudo possuem pouco conhecimento e compreensão limitada acerca do DM, os quais podem ser identificados nos fragmentos das entrevistas a seguir.

“Não sabia o que era isso. Eu entendo que é uma porcaria (risos). É uma doença podre que tem.” (3)

“Olha... eu acho assim que é igual a um câncer lento sabe, que vai debilitando a pessoa né. Por que eu sinto assim, é a coluna, é tudo que a gente vai sofrendo mais né. Vai ficando mais debilitada eu acho, eu sinto.” (6)

Entre os participantes, 10 declararam que possuíam conhecimento sobre o diabetes antes de adoecer. Tanto o conhecimento que tinham antes do diagnóstico como o adquirido após estão centralizados no cuidado com a alimentação e no uso da medicação.

“Sabia por que tinha a minha esposa que tinha diabetes. Olha, eu não entendo inglês, mas pelo que eu sei não pode misturar o alimento, né. Não pode comer muita doçura, né. Tem que controlar aí.” (1)

“Acho que não pra comer doces, essas coisas assim... coisas gordurosas, eu acho, deve ser isso aí.” (14)

“Sabia sim o que era o diabetes, mas não sabia que eu tinha. Mas olha... entender não entendo nada né, só tem que tomar o remédio e controlar.” (15)

Em pesquisa realizada por Fontinele et al., citado por Gouveia & Rodrigues [2012?], constatou-se que mais anos de vida podem estar relacionados com menor nível de conhecimento, em consequência havendo menos preocupação com o autocuidado. No presente estudo encontrou-se a média de 65 anos de idade, dados que vão de encontro com o trabalho anteriormente citado.

Em estudo realizado por Rodrigues, Santos, Teixeira, Gonela e Zanetti (2012) acerca do conhecimento e atitude de usuários com DM, foi constatado que possuir conhecimento limitado sobre a doença aponta para um resultado insatisfatório para a compreensão e adoção de práticas de autocuidado, sugerindo dificuldade no enfrentamento da doença.

É possível identificar que a baixa escolaridade constitui uma característica de parte significativa da população atendida pelo serviço público de saúde. No presente estudo, como se trata de uma população predominantemente idosa, se manteve esta variável. A baixa escolaridade pode influenciar na não adesão ao itinerário terapêutico em razão da dificuldade para ler e compreender prescrições, limitar o acesso a informações e interferir na compreensão dos mecanismos da doença e tratamento (Rodrigues e cols, 2012). Esta situação constitui um desafio para a equipe multiprofissional de saúde no que se refere a estratégias a serem adotadas para estimular a adesão ao tratamento. Além da escolaridade, é necessário trabalhar as crenças pessoais dos diabéticos em relação ao autocuidado e às complicações da doença.

Ainda em relação à variável escolaridade, Rodrigues cols (2012) concluiu que as variáveis escolaridade e tempo de adoecimento possuem relação proporcional e inversamente proporcional ao fator conhecimento acerca do DM. Deste modo, quanto menor o tempo de estudo e maior o tempo de doença, menor o nível de compreensão e adoção de cuidado por parte do diabético.

Outros dois estudos apresentam dados importantes a serem discutidos sobre a relação entre conhecimento e atitude. No trabalho de Rodrigues e cols (2012), em oposição a Oliveira e Zanetti (2011), os participantes alcançaram uma boa pontuação ao serem avaliados acerca do conhecimento sobre DM e estratégias de autocuidado. Porém, ambos os estudos obtiveram o mesmo resultado ao avaliar a tomada de atitudes: os diabéticos não adotaram atitudes positivas para a mudança de hábitos de forma a manter o controle metabólico. Concluiu-se que a aquisição de conhecimento por si só não muda a atitude frente à doença.

Na presente pesquisa realizada, foi possível constatar que há compreensão da existência de fatores genéticos relacionados ao DM, porém apesar de grande parte dos entrevistados conhecerem o histórico de adoecimento familiar, onde há a presença de DM, não houve evidências de cuidados preventivos.

“Duas irmãs têm diabetes. Na minha vida achei sempre que ia ser a exceção, mas não adiantou, chegou a idade, aconteceu tudo, não adianta”. (9)

“É minha irmã tem. Eu imaginava que ia ter isso aí nunca, não sei como fui pegar isso aí. É uma droga...” (3)

Segundo a World Health Organization, citado por Ministério da Saúde (2103, p. 19), o DM pode ser definido como “um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina”, podendo causar

problemas de saúde em diversos vasos ou órgãos do corpo. Sabe-se que há fatores genéticos envolvidos no desenvolvimento do DM, porém sua causa não é exclusivamente genética. Em grande parte dos casos é necessário que haja interação entre fatores genéticos e ambientais para que haja ocorrência. Entre os fatores ambientais destacam-se o excesso de peso, falta de atividade física e alimentação rica em açúcares e gorduras.

Foi possível constatar nas falas que os participantes possuem a compreensão do caráter crônico do diabetes, entendendo que se trata de uma doença com a qual terão que conviver ao longo de suas vidas.

“(...) é uma doença que o cara tem que conviver né? Tem que fazer tratamento sempre. Sempre tem trabalho de tratamento. Se não faz tratamento sabe como é que termina depois né.” (9)

Apesar da compreensão do caráter crônico do DM, destacou-se nas entrevistas a falta e/ou poucos cuidados por parte dos diabéticos, assunto que será abordado na próxima categoria.

Mudanças na vida em função do diagnóstico

Nesta categoria 7 entrevistados declararam que não houve modificações em sua rotina após a descoberta do DM, apesar que, assim como os demais participantes, relatam ter adotado restrições alimentares e passado a usar medicação. Apenas dois participantes relatam realizar algum tipo de atividade física, demais se declararam sedentários, seja por limitações físicas relacionadas ao seu atual estado de saúde ou por poucos estímulos.

Quanto à vida social, 10 entrevistados relataram que o DM não interferiu, apenas os cuidados já adotados são mantidos quando participam de confraternizações. Devido ao tempo de convívio com a doença é possível identificar a criação de estratégias com a finalidade de facilitar a participação em eventos.

“Eu vou tranqüila, eu como os meus salgadinhos. Posso ariscar comer um docinho só, só um e deu. Eu to sempre convidada pra muito aniversário. Eu experimento um só pra não dar aquela vontade, tu sabe, mas é salgadinho, pastelzinho, salgadinho eu como. Passa a vida. Um ou dois não é o problema.” (2)

“Eu vou, mas não misturo... Eu meço antes de sair.” (7)

Apenas uma das entrevistadas relatou que o adoecimento interferiu em sua vida social.

“Eu evito ir na festa, mas também tem salgado, não tem só doce nas festinhas. (...) Muito. Eu fico bem ruim. Parece que me dá uma ansiedade e eu não me sinto bem, ficar só... o que eu mais quase faço é ficar trancada em casa. Mas daí eu pra não ficar assim ansiada, eu sempre procuro fazer alguma coisa. Tô lavando roupa, daí depois vou recolher a roupa, depois vou dobrar a roupa, vou guardar a roupa... e faço uma limpeza na casa”(13).

O controle alimentar costuma ser compreendido como uma privação, proibição e

restrição à gratificação oral, ao invés de uma reeducação alimentar necessária. Constrói-se a crença do “não pode”, deixando-se muitas vezes de vislumbrar outras possibilidades que surgem, como substituições na alimentação ou ganhos na qualidade de vida, caso o diabético siga as orientações prescritas pelos profissionais (PÉRES e cols, 2007).

A experiência de expor as limitações aos outros, como no caso da entrevistada 13, pode desencadear o sentimento de “diferença”. O “ser diferente” pode ser vivido como uma experiência penosa, algo problemático ao invés de uma peculiaridade que marca a singularidade do sujeito e como conseqüência causando afastamento da vida social.

Os entrevistados não relataram muitas alterações em seu estilo de vida após o diagnóstico do DM. Neste ponto se torna necessário retomar a questão de há quanto tempo possuem conhecimento de seu diagnóstico. Houve uma variação de 1 a 22 anos, talvez alguns deles, em razão do pouco tempo e de não terem apresentado sintomas ou complicações, ainda não colocaram a dimensão do DM em sua vida.

Segundo Rodrigues e cols (2012), o tempo de doença constitui uma variável relevante e possui relação inversa com a adesão ao tratamento. Deste modo, quanto maior o tempo de diagnóstico menor a adesão ao tratamento, conseqüentemente maior o risco de complicações relacionadas a um controle metabólico insatisfatório.

De acordo com os trabalhos de Péres, Franco e Santos (2006) e Xavier, Bittar e Ataíde (2009), outro fator que influencia na adoção do itinerário terapêutico são as crenças relacionados ao DM. Há a crença de que o diabético não possa ingerir nada que seja doce ou seguir a dieta rigorosamente deixará a pessoa fraca, fazendo mal à sua saúde, pois grande parte das pessoas associa a palavra dieta a pouca ingestão de alimentos e calorias.

Os resultados encontrados no presente estudo se aproximam com os trabalhos de Péres e cols (2007) e Oliveira, Mello e Souza, Zanetti e Santos (2011) nos quais os relatos apontam que a necessidade de mudança nos hábitos de vida dificulta a adesão ao tratamento do DM e demais doenças crônicas. Ainda segundo os autores, a reeducação alimentar representa uma das maiores dificuldades para o controle da glicemia pelo diabético, constituindo um processo penoso com metas difíceis de serem atingidas. Segundo os trabalhos de Faria e Bellato (2009) e Oliveira e cols (2011), muitos diabéticos não percebem a alimentação e as atividades de autocuidado como um cuidado necessário com a saúde e como um aliado no tratamento do DM, considerando a dieta prescrita como pouco atrativa.

Sobre como tomaram conhecimento do diagnóstico, 2 entrevistados descobriram que tinham DM quando procuraram ajuda médica devido a outro problema de saúde. Dois descobriram através de exame de rotina e 11 procuraram ajuda médica por apresentarem mal estar e desconhecerem o diagnóstico.

A DM é considerada uma doença silenciosa, muitas vezes seus sintomas demoram a se manifestar ou a serem percebidos pelo diabético. Devido ao seu caráter assintomático, a pessoa pode passar um longo período com a doença sem ter conhecimento dela, ou

apesar de ter conhecimento do diagnóstico, pelo fato de não apresentar sintomas, não toma o DM como algo patológico. Consequentemente, sem adotar os cuidados adequados, fica sujeita a desenvolver complicações.

Já aqueles que possuem o diagnóstico há mais tempo talvez já tenham internalizado a doença, como se fosse algo natural em sua vida, não mobilizando a adoção de cuidados, ponto que pode ser acompanhado no fragmento de fala a seguir.

“A gente já é meio acostumado com doença.” (4)

Ao longo da vida as pessoas constituem hábitos que são incorporados em sua rotina. Modificar hábitos de vida não é uma tarefa fácil, implica em alterar aquilo que o sujeito já construiu, um movimento que pode causar perdas, consequentemente pode ser vivido como uma experiência de sofrimento. Mas e quando o sujeito tem que mudar seus hábitos em benefício à sua saúde e não muda?

De acordo com Freud (2006) o ego possui mecanismos de defesa, entre eles a negação é responsável pela evitação de determinadas situações ou circunstâncias que geram conflito. A negação constitui um mecanismo que leva inconscientemente o indivíduo a evitar ou perceber a realidade. Ela é comum em situações de perdas, acidentes, separações amorosas, adoecimento, como também em situações cotidianas que causam desconforto. Não se trata de ser negligente com a própria saúde, mas neste momento negar o adoecimento é a única forma de evitar o sofrimento.

Quando o paciente recebe o diagnóstico é lhe designada uma doença no corpo biológico, porém muitas vezes ocorre que neste momento ele não possui ferramentas para representar essa patologia em seu psíquico. Segundo Volich (1998, p. 145)

A doença do corpo real corresponde sempre a uma representação imaginária dessa doença, através da qual cada um fantasia as razões, as origens e as evoluções possíveis de seus males. Inevitavelmente, essa representação também é um recurso para lidar com o sofrimento e as angústias mobilizados pela doença. Ao adoecermos, construímos sempre uma teoria causal de nossa doença. Tentamos fazer com que ela tenha sentido, não apenas para nós mesmos, mas também para aqueles que nos rodeiam.

Qual a reação psíquica que o sujeito terá diante desta realidade orgânica? Qual será sua posição diante do real da doença? Um olhar mais atento permite perceber que a experiência do adoecimento não é feita somente de perdas, mas também de ganhos: ganha-se mais atenção, cuidado, o direito de não trabalhar e até uma justificativa para as dificuldades existenciais, entre outros ganhos. Os ganhos secundários da doença permitem vislumbrar o quanto os aspectos psicológicos podem operar como fatores que colaboraram com a manutenção do adoecimento. Demais aspectos psicológicos relacionados ao adoecimento serão abordados na categoria a seguir (SIMONETTI, 2011).

Repercussões psíquicas relacionadas ao diabetes mellitus

A reação ante o diagnóstico desencadeou diversas respostas aos entrevistados:

sentimentos de tristeza, medo e nervosismo foram relatados. Em contrapartida, surgiram diversos relatos de que o diagnóstico foi recebido com tranquilidade, como algo dentro da normalidade, reações que podem ser acompanhadas nas falas a seguir.

“Como eu vou te dizer, essa... a agente fica meio tonto, meio nervoso... parece que tá tudo ao contrário, que dá tudo errado pra gente. Que tá certo nada.” (3)

“Pra mim não foi surpresa sabe, não que estivesse premeditando. Eu nunca me cuidava mesmo. Ah, dá assim uma... um desgosto muito grande né, por que a gente sabe que se agora não atrapalha mais tarde vai. (...) O medicamento vai acostumando, depois não faz mais efeito, né. Se a gente não se cuida, como é o meu caso, né.” (6)

“(...) é que a gente na verdade o seguinte... a gente tem que ficar triste né, por que um negócio assim...” (15)

Quando questionados sobre se, em sua percepção, conviver com DM causava sofrimento físico ou psíquico, a grande maioria respondeu que não, conviver com o DM “era normal”. Um dos entrevistados situou o sofrimento físico, porém não possui clareza se os sintomas que apresenta estão relacionados ao DM. Três entrevistados relataram sofrimento psíquico relacionado à preocupação e às mudanças ocorridas em função do diagnóstico.

“Não, fiquei normal, né. O negócio é controlar agora. Se se cuida não causa sofrimento nenhum, mas tem que se cuidar né.” (1)

“Não, da diabetes não. Físico sim, por que cansa, dói as pernas, dói os braços, o corpo às vezes dói por dentro. Mas... passa.” (3)

“Claro, existe a interrupção de coisas por causa do diabetes, isso é normal. Mas não que a gente estranha tanto, né. É, existe uma preocupação que... Claro, qualquer coisinha que machuca demora pra sarar.” (5)

Nas falas dos entrevistados destacam-se pontos controversos. Há o relato de que ocorreram mudanças na rotina em função do DM, como alterações alimentares e uso de medicação, que geraram algumas limitações. Apesar de estas mudanças terem sido apresentadas como uma queixa, não a situam como um sofrimento. Qual seria a concepção de sofrimento dos entrevistados?

O sofrimento pode ser conceituado como toda sensação que cause dor, mal-estar ou infelicidade. Constitui uma sensação geralmente ligada ao corpo, ao físico, porém, no caso dos seres humanos, também pode ser vinculado a problemas de ordem emocional (QUECONCEITO DICIONÁRIO). Embora os entrevistados não apontem as mudanças ocorridas em sua vida como um sofrimento, é perceptível pelo conteúdo de seus relatos de que sofrem física e psicologicamente. Vários apresentam sintomas depressivos, porém não referem o diagnóstico de depressão. A resistência que apresentam ao cuidado também diz do sofrimento que sentem. Não se trata de serem negligentes com a própria saúde, mas sim de não conseguirem dar conta de determinada situação.

Seguir um tratamento é assumir uma condição de doente, admitir limitações, a

condição de finitude humana entra em cena. Segundo Freud em *Reflexões para os tempos de guerra e morte* (1915), apesar do ser humano ter conhecimento de que a morte constitui um processo natural, inegável e inevitável, está habituado a se comportar como se este fato fosse diferente. Há uma tendência em por a morte de lado para eliminá-la da vida. O homem procura silenciar a morte, principalmente a própria morte. (...) *“no fundo ninguém crê em sua própria morte, ou, dizendo a mesma coisa de outra maneira, que no inconsciente cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade”* (FREUD, 1969, p. 327). Portanto, mesmo que conscientemente procure-se envolver o diabético com cuidados que se direcionam para a manutenção da vida, inconscientemente já se aponta a possibilidade de morte.

Muitas vezes o fato de possuir uma doença crônica pode ser tomado como uma carga, principalmente por aquelas pessoas que ainda não possuem compreensão sobre a doença ou ainda não se sensibilizaram para mudar seus hábitos. Neste momento se torna importante trabalhar para que o usuário e seu contexto de vida sejam o centro do cuidado e não a doença o centro de tudo.

Segundo Simonetti (2011), adoecer é como entrar em uma órbita. A doença é um evento que se instala como o centro da vida do adoecido, de maneira que tudo passa a girar em torno dela, em uma espécie de órbita que possui quatro posições principais: negação, revolta, depressão e enfrentamento. Geralmente a pessoa entra na órbita da doença pela negação, após algum tempo se revolta, entra em depressão e por último, após realizar um trabalho pessoal, alcança o enfrentamento. Esta ordem não é fixa, na prática é possível encontrar qualquer combinação.

Na posição negação a pessoa adoecida pode agir como se sua doença não existisse, ou minimizar sua gravidade adiando os cuidados necessários. Já na posição revolta a pessoa reconhece a doença, porém enche-se de revolta podendo a dirigir contra a família, profissionais de saúde, podendo agir de forma impulsiva.

A posição depressão é caracterizada por uma entrega passiva a doença, como se desistisse por nada esperar do futuro, podendo até mesmo negar qualquer esforço necessário para realizar o tratamento. Ao alcançar a posição de enfrentamento a pessoa passa a buscar soluções realistas, mesmo estando doente ela identifica-se como potente.

Em que posição estariam os indivíduos entrevistados? Pelos relatos podemos identificar indícios de luto e luta, os quais se fazem presentes tanto na posição depressão, como na revolta e enfrentamento. A luta constitui aquilo que alguém realiza diante de um limite para modificá-lo, já o luto pode ser definido como aquilo que a pessoa faz para enfrentar uma perda. A polaridade luta-luto não é específica da doença, mas também é uma estratégia para se lidar com as mudanças.

Quanto tempo leva para a pessoa realizar as mudanças necessárias? Embora haja um tempo cronológico que aponte para a necessidade do diabético realizar as ações de autocuidado, prevenindo complicações, ainda existe o tempo do sujeito, o qual não

pode ser quantificado como o tempo cronológico. O tempo do sujeito supõe elaborar psicicamente a experiência vivida, uma experiência singular que envolve os recursos psíquicos constituídos ao longo da vida, portanto, diferente para cada indivíduo.

Compreensão sobre a doença, mudanças na vida em função do diagnóstico, enfim... Mesmo que a presente pesquisa tenha sido dividida em três categorias é possível apontar que as repercussões psíquicas relacionadas ao DM se fizeram presentes em todos os momentos do estudo. Desde a procura por atendimento médico, ou a busca tardia deste, a adesão ao tratamento, ou sua falta, dizem da posição do sujeito frente à doença. Segundo Simonetti (2011), o destino do sintoma e do adoecimento depende de variáveis, como o real do corpo biológico, das circunstâncias de vida e do inconsciente. Para além da doença em si é necessário trabalhar a relação que o indivíduo mantém com seu sintoma. Como ela será escutada? Somente pela palavra, pela escuta, um desafio a ser enfrentado pela equipe multiprofissional no acompanhamento do doente crônico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A medicina sozinha não consegue dar conta da experiência do adoecimento para que não ocorram complicações, pois além da realização de exames e inserção da medicação é necessário, como no caso do DM, adotar cuidados com a alimentação, realizar exercícios físicos e possuir bem estar psíquico, visto que estes fatores possuem grande influência sobre o controle da doença. A doença física também influencia o emocional, o qual também é constituído por aspectos inconscientes, visto que não há uma cisão entre corpo e mente. A experiência de ser diabético será vivida de maneira diferente por cada sujeito, pois dependerá de sua estrutura psíquica e recursos subjetivos que possuir.

Grande parte da eficácia do tratamento depende do próprio diabético, porém há dificuldade em modificar os hábitos, principalmente àqueles que se referem à alimentação, pois estes se fazem presentes em todos os momentos da vida. O alimento possui um valor simbólico e está vinculado ao prazer e a confraternizações, estando diretamente associado à vida social do sujeito. A sensação de limitação ou proibição pode resultar em afastamento da vida social, consequentemente causando sofrimento.

A partir do estudo realizado foi possível elencar três categorias, apesar de terem sido abordadas separadamente é possível apontar que as repercussões psíquicas perpassam tanto na compreensão acerca do DM como nas mudanças na vida em função do diagnóstico. Na presente pesquisa explicitamente não está dito que existe sofrimento, mas pela análise das expressões se percebe que há. O sofrimento também é uma angústia necessária para mobilizar o cuidado diante da ameaça de morte, a qual pode ser presentificada pelo real da doença, de modo que o sujeito lute pela vida.

Existe sofrimento psíquico e talvez os participantes não consigam falar sobre ele. Deste modo, é possível salientar a importância dos grupos de saúde para que haja

um espaço que permita a expressão da experiência do ser diabético. A partir dos dados levantados conclui-se a necessidade de realizar um acompanhamento multiprofissional que forneça um espaço de escuta ao diabético e a possibilidade de atuar de forma ativa na construção de seu plano terapêutico, levando-se em consideração a sua realidade, condições econômicas e seu desejo.

Mudanças significativas de comportamento, como as que se esperam do diabético, não devem ser impostas. Estas se concretizam ao longo do tempo, quando o indivíduo adquire conhecimento e compreende a necessidade de mudança. Informação por si só não muda comportamento, educação sim. Investir em educação em saúde constitui um desafio para a equipe multiprofissional no acompanhamento do doente crônico.

REFERÊNCIAS

Almeida, M. F. V. A. e cols. (2007). A vivência da doença por pacientes não idosos atendidos em um serviço de assistência domiciliar e seus cuidadores. **Psicologia Hospitalar**, 5(1). Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-74092007000100002&script=sci_arttext

BRASIL. Ministério da Saúde (2013). **Caderno de Atenção Primária nº 36 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus**. Brasília.

Conceito de sofrimento. **Queconceito**. Recuperado de: <http://queconceito.com.br/sofrimento>.

Faria, A. S., & Bellato R. (2012). A vida cotidiana de quem vivencia a condição crônica do diabetes mellitus. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 43(4). Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a03v43n4.pdf>

Ferreira, D. S. P., Daher, D. V., Teixeira, E. R., & Rocha, I. J. (2013). Repercussão emocional diante do diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. **Revista Enfermagem UERJ**, 21(1). Recuperado de: <http://www.facenf.uerj.br/v21n1/v21n1a07.pdf>.

Freud, S. (1969). Reflexões para os tempos de guerra e morte. In: **A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916)** (pp. 311-341). Rio de Janeiro: Imago Editora.

Freud, S. (2006). A negativa. In: **O ego e o id e outros trabalhos (1923-1925)** (pp.265-269). Rio de Janeiro: Imago Editora.

Gouveia, J. N. S. & Rodrigues, C. R. F. [2012?]. **Como o portador de diabetes mellitus enfrenta a doença e seu tratamento – uma revisão integrativa**. Recuperado de: http://www.aps.santamarcelina.org/aps/Trabalhos/TCC_Juliana_Nazareth.pdf.

Maia, F. F. R., & Araújo, L. R. (2002). Projeto “Diabetes Weekend” – Proposta de Educação em Diabetes Mellitus Tipo 1. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**. 46(5). Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v46n5/13403.pdf> .

Minayo, M. C. S. (Org.) (2009). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis (RJ): Vozes.

Oliveira, K. C. S., & Zanetti, M. L. (2011) Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 45(4). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000400010>.

Oliveira, N. F., Mello e Souza. C. B., Zanetti, M. L. & Santos, M. A. (2011) Diabetes Mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordados em Grupo de Apoio Psicológico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 64(2). Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a13v64n2.pdf>.

Ortiz, M. C. A., & Zanetti, M. L. (2001). Levantamento dos fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 em uma instituição de ensino superior. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 9(3). Recuperado de: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1568/1613>.

Pace, A. E., Ochoa-Vigo, K., Caliri, M. H. L. & Fernandes, A. P. M. (2006). O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 14(5). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000500014>.

Péres, D. S., Santos, M. A., Zanetti, M. L. & Ferronato, A. A. (2007). Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 15(6). Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/07.pdf>.

Péres, D.S., Franco, L. J. & Santos, M. A. (2006). Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. **Revista de Saúde Pública**, 40(2). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000200018>.

Resolução 466/2012. Sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. **Conselho Nacional de Saúde**. Recuperado de: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

Rodrigues, F. F. L., Zanetti, M. L., Santos, M. A., Martins, T. A., Souza, V. D. & Teixeira C. R. S. (2009). Conhecimentos e atitudes: componentes para a educação em diabetes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 17(4). Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt_06.pdf.

Rodrigues, F. F. L., Santos, M. A., Teixeira, C. R. S., Gonela, J. T. & Zanetti M. L. (2012). Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. **Acta Paulista de Enfermagem**, 25(2). Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a20v25n2.pdf>.

Santos, A. F. L. & Araújo, J. W. G. (2011). Prática alimentar e diabetes: desafios para a vigilância em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 20 (2): 255-263. doi: 10.5123/S1679-49742011000200014.

Simonetti, A. (2011). **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Volich, R. M. (1998). Gene real, gene imaginário: uma perspectiva fantasmática da hereditariedade. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, 1(2). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-47141998002008>.

Xavier, A. T. F., Bittar, D. B. & Ataíde, M. B. C. (2009). Crenças no autocuidado em diabetes: implicações para a prática. **Texto Contexto Enfermagem**, 18(1). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000100015>.

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 06/03/2021

Maria Eduarda da Silva Simões Caprara

Faculdade Unigran Capital
Campo Grande – MS
<http://lattes.cnpq.br/7846985301481037>

Luana de Souza Rodrigues

Faculdade Unigran Capital
Campo Grande – MS
<http://lattes.cnpq.br/0773480147720297>

Fernanda da Silva Pita

Faculdade Unigran Capital
Campo Grande – MS
<http://lattes.cnpq.br/2813819843733545>

Elaine Cristina da Fonseca Costa Pettengill

Faculdade Unigran Capital
Campo Grande – MS
<http://lattes.cnpq.br/3401477671373300>

RESUMO: A seguinte pesquisa tem por objetivo discutir os aspectos psicossociais do autismo na idade adulta. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica com acesso às bases de dados da internet, sendo utilizadas as ferramentas de pesquisa: Google Acadêmico e Scielo. Além do material virtual, foi utilizado o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais para consultas quanto aos critérios diagnósticos do autismo. Assim, a partir da pesquisa realizada, percebe-se que há pouco material disponível na língua portuguesa à mercê do tema abordado,

além de poucas pesquisas realizadas no âmbito nacional. Em suma, levando em consideração os dados apresentados anteriormente, percebe-se que o TEA na idade adulta se apresenta de difícil identificação. Além disso, após o diagnóstico, quando realizado tardiamente, a dinâmica social pode ser de uma adaptação complicada, não somente para o indivíduo, mas também para as pessoas que convivem com ele.

PALAVRAS-CHAVE: Autismo; TEA; Adulto; Fase adulta.

THE CHALLENGES OF AUTISM IN ADULTHOOD

ABSTRACT: The following study aims to discuss the psycho-social aspects of autism in adulthood. It is a bibliographic research with access to internet databases, with Google Scholar and Scielo being used as search engines. In addition to virtual material, the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders was also used for consultation regarding the diagnostic criteria for autism. And so, according to the research conducted, it is noticeable that there is little material available on the topic in Portuguese, as well as very few studies conducted in a national scope. In sum, taking into consideration the aforementioned data, it is noticeable that the ASD in adulthood is of difficult identification. Furthermore, after the diagnosis, if done in a late manner, the adaptation of social dynamics may be complicated, not only for the individual, but also for those who are in contact with them.

KEYWORDS: Autism; ASD; Adults; Adulthood.

1 | INTRODUÇÃO

O termo “autismo infantil” foi cunhado em 1943 pelo psiquiatra Leo Kanner para descrever crianças com extrema solidão, incapacidade de assumir posturas antecipatórias, atraso no desenvolvimento da linguagem, maneirismos, entre outras características marcantes. (SOUZA; SOUZA, 2004). Nesse contexto, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2014), o Transtorno do Espectro Autista (TEA) se caracteriza por déficits persistentes na interação social, na reciprocidade sócio emocional e na comunicação verbal e não verbal, estando estes presentes em dois ou mais contextos na vida do portador da síndrome.

Outrossim, o Autismo pode ser dividido em três níveis: baixo, leve e moderado, a cada nível os sintomas se tornam mais aparentes, e a gravidade se baseia nos prejuízos na comunicação social e em padrões de comportamento restritos e repetitivos (DSM-V, 2014). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) uma em cada 160 crianças tem autismo no mundo.

Ademais, de acordo com dados epidemiológicos, o autismo é muito mais comum em meninos do que em meninas (SOUZA; SOUZA, 2004). Segundo a cartilha do instituto LK (Instituto Kesemodel) em 2018, através de ressonâncias magnéticas os pesquisadores notaram que os meninos apresentam maior predisposição genética para o mesmo.

No que se refere à etiologia do autismo, Souza e Souza (2004) referem-se a anormalidades orgânicas como lesões neurológicas, notoriamente rubéola congênita, fenilcetonúria (PKU), esclerose tuberosa e síndrome de Rett. Em relação aos fatores genéticos, vários estudos relatam que entre 2 a 4% dos irmãos de indivíduos autistas são afetados pelo transtorno (SOUZA; SOUZA, 2004).

Há evidências também de fatores imunológicos ligados ao autismo, como a incompatibilidade imunológica entre a mãe e o feto que pode contribuir para o desenvolvimento do transtorno, além de fatores perinatais como sangramento materno após o primeiro trimestre de gravidez e presença de mecônio no líquido amniótico (SOUZA; SOUZA, 2004). Além disso, Souza e Souza (2004) também se referem à alta incidência de uso de medicamentos durante a gravidez nas mães de crianças autistas.

2 | OBJETIVOS

A seguinte pesquisa bibliográfica tem por objetivo discutir os aspectos psicossociais do autismo na idade adulta.

3 | JUSTIFICATIVA

Com o advento de estudos relacionados a transtornos mentais, há uma grande variedade de pesquisas a respeito do Transtorno de Espectro Autista em crianças, mas

estes se mostram escassos quando se trata de adultos autistas. Sendo assim, nota-se a necessidade de pesquisas e discussão a respeito do tema, podendo assim contribuir para uma melhor qualidade de vida e autonomia a esses sujeitos. O estudo de Rosa (2015) demonstra que a maior parte dos adultos com TEA reside atualmente com a mãe, o pai e os irmãos (34,38%), seguido dos que residem somente com a mãe e o pai (ou padrasto) (23,44%) e os que moram somente com a mãe e os irmãos (15,63%).

Além disso, neste mesmo estudo, verificou-se que a maior parte dos pais de pacientes que são autistas adultos (59,68%), afirmaram que seus filhos poderiam sim ser preparados para esta inserção (serem independentes da família) enquanto 22,58% disseram que seu filho/ parente não poderia ser preparado para este tipo de residência. De acordo com estas informações, percebe-se que o indivíduo autista não apresenta grande autonomia, sendo necessários estudos e ações que possam promover a sua independência e vida autônoma. Assim, segundo estudo realizado por Hare et al. (2004 *apud* Rosa, 2015), indicaram que necessitam de mais informações sobre a existência de serviços disponíveis e ajuda para o planejamento para o futuro, além de se queixaram da falta de profissionais qualificados na área e da falta de orientações na transição para a vida adulta.

4 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica com acesso às bases de dados da internet, sendo utilizadas as ferramentas de pesquisa: Google Acadêmico e Scielo. Para a busca nestas bases de dados da internet foram utilizados os seguintes descritores: autismo, TEA, adulto, fase adulta. Além disso, os critérios de inclusão são: publicações redigidas no período entre 2000 a 2020, além da apresentação de dados do autismo na fase adulta. Nesse sentido, os critérios de exclusão são: materiais publicados fora do período de 2000 a 2020, além da ausência de dados do autismo na fase adulta. Além do material virtual, foi utilizado o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais para consultas quanto aos critérios diagnósticos do Autismo.

5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da pesquisa realizada, percebe-se que há pouco material disponível na língua portuguesa à mercê do tema abordado, além de poucas pesquisas realizadas no âmbito nacional.

Nessa perspectiva, dois estudos internacionais apresentaram em seus resultados que os melhores prognósticos podem estar relacionados não só as questões inerentes aos níveis de gravidade do autismo, mas também por variáveis, como as condições ambientais destes indivíduos, englobando a existência de serviços de intervenções adequados e também a condições sociais mais favoráveis, como a convivência em comunidades mais inclusivas (SELTZER et al., 2003a; FARLEY et al., 2009b *apud* ROSA, 2015).

O indivíduo diagnosticado tardiamente pode apresentar alívio quanto a identificação da condição, como foi retratado no livro “A Diferença Invisível” (CAROLINE; DACHEZ, 2017) este que retrata a história de Julie Dachez. Diagnosticada com autismo aos 27 anos, a descoberta tardia ajudou-a a lidar plenamente com suas forças e fraquezas.

Outrossim, nota-se que alguns estudos internacionais tiveram como foco a verificação de características de qualidade de vida das pessoas com TEA em idade adulta e de seus familiares, buscando também levantar quais as necessidades atuais apresentadas por estas famílias. Nestes estudos, os resultados mostram que estas famílias apresentam necessidades ligadas à área social, como a existência de atividades de lazer e recreação, tanto para o filho, quanto para os familiares; os familiares também referem a importância do processo de aceitação do filho com TEA e sobre a presença de sentimentos positivos na família, relacionadas à presença do filho ou parente portador de TEA. Outros aspectos revelados pelos familiares sobre suas necessidades apontam para a importância do recebimento de suporte e auxílio das comunidades (HARE et al., 2004a; RENTY e ROEYERS, 2006b; SALDAÑA, 2009c; GRAETZ, 2010d; BILLSTED, GILLGERG e GILLBERG, 2011e *apud* ROSA, 2015).

Ademais, nota-se uma dificuldade na transição de indivíduos com TEA para a fase adulta, como demonstra o trabalho de Hendricks e Wehman (2009 *apud* Rosa, 2015), que apresentou uma revisão sobre pesquisas relacionadas à transição do período escolar para a vida adulta para pessoas com TEA, nesta revisão foram recuperadas publicações do período de 1998 à 2006, os resultados revelaram que apesar da existência de políticas públicas para a implementação de planos de transição para a vida adulta, o que se percebe na prática é que na maior parte dos casos os alunos com TEA não recebem, ou receberam serviços de apoio necessários para a realização desta transição.

Dessa forma, segundo pesquisa apresentada na tese de Rosa (2015), os indivíduos autistas não apresentam grande nível de autonomia, situação que se reflete nas questões de moradia. Verificou-se que a maior parte dos entrevistados (59,68%) relata que o adulto com TEA poderia sim ser preparado para resistir de forma autônoma, enquanto 22,58% dizem que seu filho/ parente não poderia ser preparado para este tipo de residência. Verificou-se ainda que a maior parte dos adultos com TEA reside atualmente com a mãe e pai e os irmãos.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS/ CONCLUSÃO

Em suma, levando em consideração os dados apresentados anteriormente, percebe-se que o TEA na idade adulta se apresenta de difícil identificação. Além disso, após o diagnóstico, quando realizado tardiamente, a dinâmica social pode ser de uma adaptação complicada, não somente para o indivíduo, mas também para as pessoas que convivem com ele. Portanto, conclui-se que são necessárias políticas de promoção à saúde mental

dentro de instituições públicas e privadas: ambientes trabalhistas, entidades de ensino, uma vez que estas servirão de conscientização a respeito das limitações e da importância da inclusão dos sujeitos autistas nestas instituições apesar de suas limitações.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 5. ed. [S.l]: Artmed, 2014. 992 p.

CAROLINE, Mademoiselle; DACHEZ, Julie. **A diferença invisível**. Brasil: Nemo, 2017. 192 p.

INSTITUTO KAESEMODEL (org.). **Autismo em meninos: entenda porque eles são os mais afetados**. 2018. Disponível em: <https://www.eudigox.com.br/noticias/autismo-em-meninos-entenda-porque-eles-sao-os-mais-afetados/>. Acesso em: 09 abr. 2020.

Organização Mundial da Saúde (org.). **OMS afirma que autismo afeta uma em cada 160 crianças no mundo**. 2017. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2017/04/1581881-oms-afirma-que-autismo-afeta-uma-em-cada-160-criancas-no-mundo>. Acesso em: 09 abr. 2020.

ROSA, Fernanda Duarte. **Autistas em idade adulta e seus familiares recursos disponíveis e demandas da vida cotidiana**. 2015. 193 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/7259>. Acesso em: 01 abr. 2020.

SOUZA, José Carlos; SOUZA, Neomar. **Psicopatologia da infância e da adolescência: para pais e educadores**. Campo Grande: UCDB, 2004.

CAPÍTULO 8

ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA SOBRE EYE TRACKING E AUTISMO: UMA PERSPECTIVA DE INTERVENÇÃO PRECOCE

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 17/03/2021

Fabrizia Miranda de Alvarenga Dias

Universidade Estadual do Norte Fluminense
Campos dos Goitacazes, Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/5263125632465163>

Carlos Henrique Medeiros de Souza

Universidade Estadual do Norte Fluminense
Campos dos Goitacazes, Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/5410403216989073>

Daniele Fernandes Rodrigues

Universidade Estadual do Norte Fluminense
Campos dos Goitacazes, Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/4090157516142340>

RESUMO: O Autismo é uma condição neurológica que afeta em torno de 1% da população mundial. As características do autismo envolvem déficits na comunicação e na interação social, com comportamentos restritos, repetitivos e estereotipados. O objetivo desta pesquisa é analisar sistematicamente o cenário mundial sobre o uso do sistema Eye Tracking no diagnóstico precoce do Autismo, ressaltando a relevância da intervenção precoce no tratamento do transtorno. Para tanto, foi realizada uma revisão bibliográfica, alinhada a um estudo bibliométrico, com extração de gráficos a partir do software RStudio. Assim, foram encontrados um total de 55 documentos, na Base de Dados Scopus, sendo observado que o sistema de Eye Tracking pode estar sendo utilizado como recurso no auxílio

ao diagnóstico precoce, mas sem significar que as intervenções estejam de fato sendo feitas precocemente, o que é de suma relevância para um prognóstico mais efetivo para o indivíduo autista. Para trabalhos futuros propomos a leitura parcial e análise dos artigos encontrados na Base de Dados Scopus, por meio da bibliometria.

PALAVRAS-CHAVE: Autismo. Eye Tracking. Intervenção precoce.

BIBLIOMETRIC ANALYSIS ON EYE TRACKING AND AUTISM: AN EARLY INTERVENTION PERSPECTIVE

ABSTRACT: Autism is a neurobiological condition that affects about 1% of the world's population. The characteristics of autism involve deficits in communication and social interaction, with restricted, repetitive and stereotyped behaviors. The objective of this research is to systematically analyze the world scenario on the use of the Eye Tracking system in the early diagnosis of autism, emphasizing the relevance of early intervention in the treatment of the disorder. For this purpose, a bibliographic review was performed, aligned with a bibliometric study, with graph extraction from the RStudio software. Thus, a total of 55 documents were found in the Scopus Database, noting that the Eye Tracking system may be being used as a resource to aid in early diagnosis, but without meaning that the interventions are in fact being performed early, which is of paramount relevance for a more effective prognosis for the autistic individual. For future works we propose the partial reading and analysis of the articles found in the Scopus Database, by means of bibliometry.

KEYWORDS: Autism. Eye Tracking. Early

intervention.

1 | INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Autismo ou Transtorno do Espectro Autista (TEA) afeta uma em cada 160 crianças no mundo e estima-se que 1% da população mundial seja afetada pelo transtorno (ONU News, 2017). Trata-se de dados estatísticos alarmantes que podem significar a necessidade de um olhar diferenciado sobre a temática.

No Brasil, embora ainda não existam dados estatísticos oficiais, estima-se que exista em torno de 2 milhões de casos, considerando-se uma população aproximada de 200 milhões de pessoas (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2016) e a prevalência do transtorno na população mundial. Nos Estados Unidos, a cada 54 crianças nascidas 1 tem Autismo (CDC, 2020).

O aumento de número de casos do transtorno, é um aspecto que faz refletir sobre o diagnóstico e tratamento desses indivíduos, sendo fatores interessantes a serem pesquisados. O sistema Eye Tracking ou Rastreamento Ocular tem sido estudado como recurso no auxílio ao diagnóstico precoce do Autismo (VOLKMAR, 2019).

Nesse contexto, a problemática suscitada pelo tema e que norteia esta pesquisa é conhecer e analisar de que forma têm sido orientados, em um cenário mundial, os estudos sobre o uso do Sistema Eye Tracking no processo de diagnóstico precoce do TEA? Acredita-se que possa haver estudos significativos sobre o sistema de Rastreio Ocular ou Eye Tracking no apoio ao diagnóstico precoce do transtorno, devido ao aumento de número de casos e ainda aos riscos do diagnóstico tardio, com idade média de 4 a 8 anos de idade nos Estados Unidos.

No entanto, não se sabe o quanto essa temática vem sendo pesquisada a nível global. Assim, o objetivo desta pesquisa é analisar sistematicamente o cenário mundial, por meio de um estudo bibliométrico, sobre o uso do sistema Eye Tracking no diagnóstico precoce do Autismo, ressaltando a relevância da intervenção precoce no tratamento do transtorno. Para obtenção da coleta de informações, foi realizada uma busca na base de dados *Scopus*, disponível no Portal de Periódicos da Capes. A pesquisa foi realizada no mês de Outubro de 2020, sendo utilizada a opção de busca rápida, que retorna as publicações que tenham a palavra digitada no título, no resumo ou nas palavras-chaves.

O presente estudo foi embasado por uma pesquisa quantitativa, do tipo descritiva, buscando um levantamento dos trabalhos empíricos e teóricos produzidos no meio acadêmico sobre utilização do Sistema Eye Tracking no diagnóstico precoce do Autismo. Trata-se de uma revisão bibliométrica, caracterizada pelo estudo da classificação e avaliação de informações peculiares das publicações, com o propósito de identificar substratos, tendências e o crescimento da produção científica de uma ou mais áreas de

conhecimento.

2 I AUTISMO: UM BRVE HISTÓRICO

Em 1978, os estudos de Michael Rutter estabeleceram um marco na classificação do autismo, ao propor que o “Autismo” fosse definido baseando-se em quatro critérios, são eles: 1) atraso e desvio sociais não só como função de retardo mental; 2) problemas de comunicação, novamente, não só em função de retardo mental associado; 3) comportamentos incomuns, tais como movimentos estereotipados e maneirismos; e 4) início antes dos 30 meses de idade (KLIN, 2006, p. 3).

Com a definição de Rutter e o crescimento de estudos relacionados ao “Autismo”, em 1980 essa condição foi reconhecida pela primeira vez como um transtorno, sendo inserida no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III), em uma nova categoria de Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TIDs). Essa terminologia foi escolhida para que houvesse uma reflexão sobre o fato de que neste transtorno muitas áreas de funcionamento são afetadas, nas mais diversas condições (KLIN, 2006).

Em 1994, a quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), publicado pela *American Psychiatric Association* (APA), refere-se ao “Autismo” como um transtorno que apresenta as seguintes características: i) prejuízos na interação social; ii) problemas na comunicação; iii) atividades e interesses repetitivos, estereotipados e limitados.

É válido ressaltar que no DSM-IV, a denominação utilizada era Transtorno Autista, e os indivíduos para estarem nesta classificação deveriam manifestar ao menos seis dos sinais descritos no manual, antes dos 3 anos de idade, sendo dois na área de interação social, e o demais distribuídos nas áreas de comunicação qualitativa, interesses, atividades e padrões repetitivos, limitados e estereotipados de comportamento (WHITMAN, 2015).

Desta forma, no DSM-IV, o “Autismo” era classificado de forma diferente em relação à atual classificação. Whitman (2015), esclarece que:

O transtorno autista é um dentre diversos transtornos ou subcategorias dentro de uma classe mais ampla de Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TIDs). [...] O autismo difere de outros TIDs em termos de amplitude e/ou gravidade dos sintomas. Os outros transtornos, além do Autista, subclassificados sob TIDs, são: Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância, Síndrome de Asperger e Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (TID-SOE). Todos eles, por compartilharem muitas características com o autismo, às vezes, são chamados de TIDs não autistas (WHITMAN, 2015, p. 29).

Atualmente, a terminologia Transtorno do Espectro Autista (TEA) foi estabelecida pelo o DSM-V (2014), que define como características do transtorno:

[...] déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, incluindo déficits na reciprocidade social, em

comportamentos não verbais de comunicação usados para interação social e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos. Além dos déficits na comunicação social, o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista requer a presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (DSM-V, 2014, p. 32).

No entanto, no DSM-V (2014), o Transtorno do Espectro Autista abrange o que anteriormente era denominado de: autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento (sem outra especificação), transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger.

Já na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2014), são realizadas distinções do TEA, conforme nível de gravidade em relação à interação e à comunicação. Diante disso, atualmente, existe um quadro único que se subdivide em “3 níveis de gravidade: i) exigindo apoio; ii) exigindo apoio substancial e iii) exigindo apoio muito substancial” (DSM-V, 2014, p. 36).

3 I DIAGNÓSTICO DO AUTISMO E O SISTEMA EYE TRACKING

O processo diagnóstico do Autismo envolve clínicos que tenham experiência com o transtorno e conhecimento sobre as possíveis comorbidades que possam co-ocorrer com o transtorno, além disso, também é importante que o profissional conheça ou esteja familiarizado com as peculiaridades do desenvolvimento infantil (SCHWARTZMAN, 2018).

Segundo Teixeira (2017, p. 51), “o diagnóstico do autismo é clínico, depende de uma minuciosa avaliação comportamental da criança e de entrevista com os pais. [...] a avaliação pedagógica escolar será também muito importante”. Logo, não há diagnóstico por imagem ou testes sanguíneos que sustentem o laudo.

O médico deve fazer uma avaliação comportamental e um rastreamento do desenvolvimento da criança, visando verificar se há sinais de déficits nas habilidades de linguagem verbal e não verbal, e também em relação ao comportamento social dessa criança (TEIXEIRA, 2017).

De acordo com Teixeira (2017, p. 52), no que diz respeito ao diagnóstico do TEA, “normalmente, os médicos mais indicados para essa avaliação são psiquiatras especialistas na infância e adolescência, neurologistas da infância ou neuropediatras”. O autor ainda ressalta a importância do pediatra nesse processo, pois ele é o primeiro médico a ter contato com o bebê. Quanto mais precoce a identificação de sinais, maiores são as oportunidades de tratamento e melhor prognóstico, melhorando a qualidade de vida da criança e de seus familiares (TEIXEIRA, 2017).

Nesse contexto, Volkmar (2009) destaca o método *Eye Tracking* ou rastreamento ocular, que foi utilizado em suas pesquisas, avaliando o processamento social de indivíduos com TEA:

[...] métodos que utilizam o acompanhamento do olhar (câmeras infravermelhas são capazes de acompanhar o ponto exato de interesse, enquanto um indivíduo observa a situação social) identificam diferenças importantes na forma como as cenas sociais são vistas (VOLKMAR, 2009, p. 16).

Em 2002, os pesquisadores Volkmar, Klin, Jones, Schultz e Cohen realizaram uma experiência com um adulto “autista de alto funcionamento cognitivo” (termo utilizado antes do DSM-V de 2013) e um adulto neurotípico. Para a realização da experiência, ambos foram convidados a assistir um videoclipe curto do clássico filme “Quem tem medo de Virgínia Wolf?”. O objetivo da experiência foi avaliar o foco visual de cada participante, por meio de uma câmera de um dispositivo eletrônico, baseada em inteligência artificial, programada para rastrear o olhar dos bebês, o sistema foi denominado *Eye Tracking*. O resultado demonstrou que o autista acompanha a região da boca da pessoa que fala na cena, enquanto o neurotípico se concentra na região dos olhos, que oferece muito mais informação social e afetiva do que a região da boca (VOLKMAR, 2009).

A experiência de Volkmar (2009) e sua equipe, com o sistema de *Eye Tracking*, foi repetida por Chawarska, Macari e Shic (2013), com bebês de 6 meses de idade, que apresentaram maior concentração a objetos do que ao comportamento de pessoas neurotípicas, e que mais tarde foram diagnosticados com TEA. Para examinar se os bebês exibiam capacidades de monitorização social espontânea atípica, foram estudadas respostas visuais de 67 bebês em alto risco, e 50 em baixo risco para TEA. O método consistia em utilizar uma tarefa com o sistema de *Eye Tracking* ou rastreio ocular. Chawarska (2013) e sua equipe observaram que, em comparação com os grupos de controle, os bebês de 6 meses de idade, mais tarde diagnosticados com TEA (aos 3 anos de idade), atenderam menos à cena social, pois quando olhavam para a cena que mostrava uma atriz se ocupando de atividades da vida diária, passaram menos tempo monitorando o comportamento da atriz e do seu rosto em particular, direcionando uma maior atenção aos objetos.

Os pesquisadores concluíram que se aos 6 meses de idade, ocorre diminuição da espontaneidade natural da criança em atender as pessoas, isso pode ser sinal do TEA, isto é, detectou-se um viés atencional limitado em relação às pessoas no início do desenvolvimento, havendo susceptibilidade de um impacto negativo na especialização das redes cerebrais sociais e na emergência de padrões de interação social (CHAWARSKA *et al.*, 2013). Nesse sentido, os cientistas enfatizaram a necessidade de mais estudos e investigações sobre os mecanismos subjacentes do *Eye Tracking*, ressaltando sua necessidade na psicopatologia do Autismo, no primeiro ano de vida da criança.

Para Perissinoto e Tamanaha (2019), é indispensável e de grande importância a observação dos sinais e da atuação dos profissionais para um diagnóstico precoce do TEA:

Desde a detecção de sinais de risco até o diagnóstico propriamente dito, são necessários o olhar atento da equipe de profissionais, o acompanhamento da criança e de sua família e o delineamento de intervenções. Sabe-se que

para o diagnóstico, os sintomas do TEA devem estar presentes até os 3 anos de vida. No entanto, é importante o cuidado na realização deste diagnóstico para que não haja precipitação por parte dos profissionais. Por outro lado, é fundamental que as equipes de atenção básica estejam instrumentalizadas para a tarefa de identificação dos sinais de alerta para os prejuízos do desenvolvimento infantil (PERISSINOTO e TAMANAHA, 2019, p. 58).

Para uma avaliação mais criteriosa, alguns profissionais utilizam escalas padronizadas, conhecidas como “Escalas de Triagem”, durante o processo investigativo. Ao definir as escalas triagem, Brites (2019, p. 81) explica que elas “são formas de descrever melhor determinadas condições médicas ou não médicas”. O autor afirma ainda que as escalas triagem servem como parâmetros “mais objetivos e minuciosos” para a investigação de “determinadas doenças ou transtorno comportamental”, e ressalta que essas escalas não devem ser utilizadas isoladamente para fechar um diagnóstico.

No Brasil, uma das escalas mais conhecida é a CARS (*Childhood Autism Rating Scale* – Escala de Avaliação do Autismo na Infância), composta por 15 itens que ajudam na identificação de crianças com TEA, além de auxiliar na distinção entre o TEA e outros atrasos no desenvolvimento (TEIXEIRA, 2017). A escala pode ainda auxiliar a definir o grau de intensidade do TEA, de acordo com os níveis estabelecidos no DSM-V (BRITES, 2019). Ressalta-se que a escala é apropriada para uso com crianças acima de dois anos de idade (MAGYAR & PANDOLFI, 2007).

Entretanto, uma outra escala mundialmente muito usada é a M-CHAT (*Modified Checklist for Autism in Toddlers* – Lista Modificada para o TEA em Crianças Pequenas). Esta é uma escala composta por 23 itens e pode ser aplicada em crianças entre 18 e 30 meses, por professores, cuidadores e profissionais não especializados, mesmo os pais podem aplicá-la em seus filhos, a fim de detectar o TEA precocemente (BRITES, 2019).

A Sociedade Brasileira de Medicina recomenda fortemente aos pediatras que apliquem a escala M-CHAT em seus pacientes, pois ela aborda itens relacionados: a) aos interesses da criança no engajamento social; b) à habilidade de manter o contato visual; c) à imitação; d) à brincadeira repetitiva e de “faz de conta”, e; e) ao uso do contato visual e de gestos para direcionar a atenção social do parceiro ou para pedir ajuda (LOSAPIO; PONDÉ, 2008; CASTRO-SOUZA, 2011; WRIGHT; POULIN-DUBOIS, 2011).

As escalas são, portanto, instrumentos que podem auxiliar os profissionais envolvidos no processo investigativo do TEA, a rastrear sinais que possam agregar valor a um diagnóstico mais preciso.

4 | A RELEVÂNCIA DA INTERVENÇÃO PRECOCE

O Autismo é um transtorno neurobiológico e permanente. Dessa forma, não há cura para o transtorno, no entanto, a intervenção precoce pode alterar o prognóstico e amenizar os sintomas. A média de idade para diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) é

de 4 ou 5 anos, sendo lamentável este diagnóstico tardio, já que a intervenção precoce vem sendo associada a ganhos positivos no âmbito do funcionamento cognitivo e adaptativo dos indivíduos autistas. Sendo assim, qualquer atraso no desenvolvimento da criança, é fortemente recomendável que se faça a intervenção precoce, pois retardar este processo interventivo significa a perda da oportunidade de intervir em um período em que o cérebro da criança está em plena otimização para aquisição das habilidades necessárias ao seu desenvolvimento funcional e adaptativo (SBP, 2019).

Dessa forma, a identificação dos sinais de autismo nos primeiros anos de vida da criança é de suma importância e tem sido feita baseada em dificuldades relacionadas aos estímulos sociais, contato ocular social, atenção compartilhada, jogo simbólico e imitação. Nesse sentido, a atenção compartilhada tem um impacto importante no desenvolvimento das crianças, tais quais: orientar-se e prestar atenção alinhada ao seu parceiro de conversa; fazer a coordenação da atenção entre pessoas e objetos; dividir afeto ou emoções com pessoas; demonstrar capacidade de chamar a atenção de outras pessoas para objetos ou eventos no compartilhamento de experiências (BARON-COHEN, ALLEN & GILLBERG, 1992).

Portanto, de acordo com os estudiosos (TOMASELLO, 1995; TOMASELLO & FARRAR, 1986), os bebês que demonstram capacidade de compartilhar atenção tendem se orientarem melhor socialmente, no que tange à observação de objetos ou eventos para dividir experiências com outros indivíduos. Além disso, um bom desenvolvimento da atenção compartilhada está associado ao desenvolvimento da linguagem. Nesse sentido, quando há alguma deficiência relacionada à atenção compartilhada, considera-se um indicador de grande relevância para o Autismo, quando co-ocorre com prejuízos no jogo simbólico, permitindo, assim, que se faça a distinção entre crianças autistas e aquelas que apresentam outros tipos de atraso no desenvolvimento (CARPENTER & TOMASELLO, 2000; MUNDY & STELLA, 2000).

As possibilidades da criança com sinais autísticos ter um desenvolvimento mais próximo da funcionalidade e autonomia individual estão diretamente ligadas ao quão cedo se iniciou a intervenção dessa criança, e ainda que as intervenções sejam realizadas com enfoque no desenvolvimento e no contexto de vida da criança e que tenha a participação direta da família (CARDOSO; FRANÇOSO, 2015).

Nesta perspectiva, as dificuldades apresentadas pelo transtorno podem ser minimizadas com a identificação precoce dos sinais de Autismo, seguida de intervenções pautadas no trabalho das habilidades fragilizadas pelo transtorno, proporcionando a estes indivíduos uma melhor qualidade de vida.

5 | ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA: RESULTADOS E DISCUSSÃO

O número de casos de Autismo é crescente, assim como a prevalência do transtorno

na população mundial (ONU News, 2017). Nesse sentido, esta fase da pesquisa traz um estudo de cunho exploratório, por meio de uma análise bibliométrica, junto à base de dados *Scopus*, a fim de identificar artigos acadêmicos relacionados ao tema proposto na presente pesquisa. Ressalta-se que a busca foi realizada no intuito de conhecer e contextualizar o cenário mundial de pesquisas científicas a respeito do conhecimento produzido em relação ao Sistema Eye Tracking, Autismo e Intervenção precoce. A busca foi elaborada a partir dos termos “Autism”, “Eye Tracking”, “Early Intervention”, verificando-se a prevalência de estudos em um cenário mundial, o que possibilitou formar um arcabouço teórico para as análises aqui apresentadas.

Vale ressaltar que a realização dessa análise teve por objetivo trazer uma contribuição teórica sobre uma temática em voga, ampliando a visão sobre o uso de Sistema Eye Tracking para auxílio no diagnóstico precoce de TEA, propiciando, assim, que novos subsídios para pesquisas mais aprofundadas possam emergir, baseados na questão aqui proposta e nos resultados encontrados.

Essa análise sistemática foi pautada por uma pesquisa quantitativa, descritiva, apresentando um levantamento de trabalhos teóricos e empíricos que foram produzidos em âmbito acadêmico sobre o Sistema Eye Tracking e Autismo. Nesse sentido, a contribuição da análise bibliométrica é a caracterização pautada na avaliação e classificação de informações peculiares das publicações encontradas, objetivando encontrar substratos, tendências atuais e a evolução científica de uma ou mais áreas de conhecimento (VAZ; SILVA; FIGUEIREDO, 2010).

A coleta de informações foi obtida por meio de busca realizada na base de dados *Scopus*, disponível no Portal de Periódicos da Capes. A opção por essa plataforma baseia-se em sua confiabilidade, amplitude científica e multidisciplinaridade (JACSO, 2005). A *Scopus* disponibiliza citações e resumos da literatura, revistas, jornais comerciais, livros, registros de patentes e publicações de conferências. É uma base de dados que oferta ferramentas para rastreamento, análises e visualização de resultados de pesquisa. É também considerada a maior base de dados abstrata e de citações, munida de 21.500 títulos de mais de 5.000 editores internacionais, oferecendo uma ampla visão da produção global de pesquisas nas áreas da ciência, tecnologia, medicina, ciências sociais, artes e humanidades (JOSHI, 2016).

A pesquisa bibliométrica foi realizada no mês de Outubro de 2020, conforme descrição a seguir.

6 | REALIZAÇÃO DE PESQUISA NA BASE DE DADOS SCOPUS

Foi realizada a pesquisa na *Base de Dados Scopus*, com a utilização da opção de busca rápida, que disponibiliza publicações que apresentem a(s) palavra digitada(s) no título, no resumo ou nas palavras-chave. O escopo dessa pesquisa foi composto por

uma busca de dados a partir das expressões “Autism” AND “Eye Tracking”, AND “Early Intervention”.

Com o intuito de conhecer o nível de crescimento dos estudos na área de pesquisada, não se estipulou período para a busca. Nesta etapa, foram encontrados **55 documentos**.

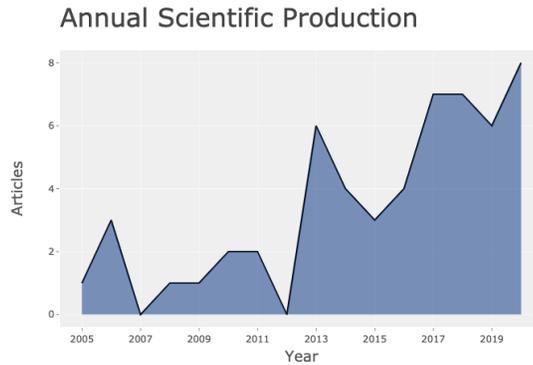


Figura 1 – Produção Anual.

Fonte: *Software RStudio* (2020).

A Figura 1, traz a produção científica anual, baseada nos 55 artigos encontrados na Scopus, demonstrando o crescimento de estudos na área, desde 2005 até os dias atuais. Observa-se que houve um real crescimento na produção de estudos a partir de 2012.

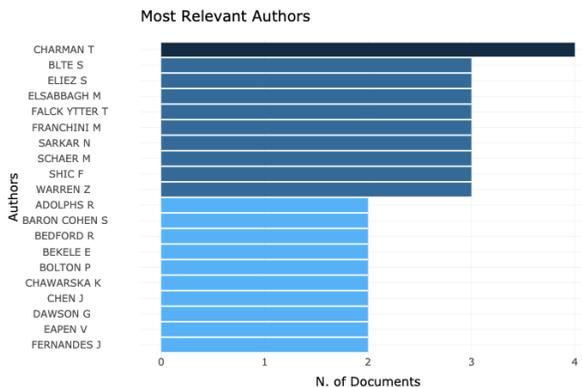


Figura 2 – Autores mais relevantes.

Fonte: *Software RStudio* (2020).

A Figura 2, apresenta os autores mais relevantes, a partir dos 55 documentos selecionados na Base de Dados Scopus. Nos três primeiros lugares estão *Charman*, *BLTE*, *Eliez*, cada qual com até 4 trabalhos publicados.

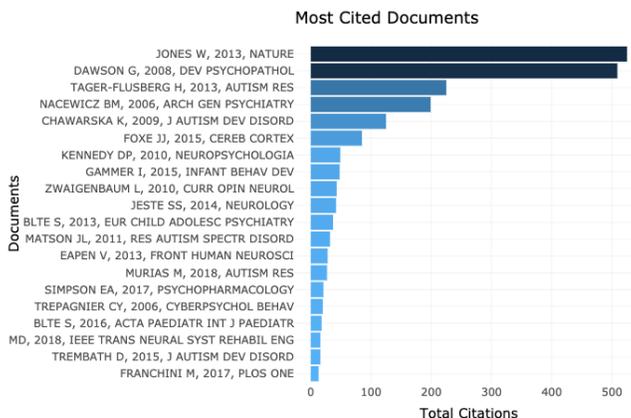


Figura 3 – Documentos mais citados.

Fonte: *Software Rstudio* (2020).

Na Figura 3, os dois primeiros autores mais citados, publicaram seus estudos em um espaço de tempo significativo, sendo o *Jones W.*, em 2013, e *Dawson G.*, em 2008. Os referidos autores foram citados em mais 500 estudos.

7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise bibliográfica é um protocolo de mapeamento que garante uma pesquisa mais coerente e objetiva. Ressalta-se com esta pesquisa que há espaços para novos estudos e contribuições, pois além de não existir no Brasil nenhuma pesquisa sobre a temática, há uma quantidade pouco expressiva de publicações a nível internacional. No entanto, os Estados Unidos provém estudos de qualidade, publicados em periódicos de impacto. É relevante mencionar que não há predominância de autores sobre a temática, no período estudado. Dessa forma, o presente estudo constata que, no cenário mundial, há estudos significativos sobre o sistema de Rastreamento Ocular ou Eye Tracking no apoio ao diagnóstico precoce do Transtorno do Espectro Autismo.

Portanto, percebe-se que o sistema de Eye Tracking pode estar sendo utilizado como recurso no auxílio ao diagnóstico precoce, mas sem significar que as intervenções estejam de fato sendo feitas precocemente, o que é de suma relevância para um prognóstico mais efetivo para o indivíduo autista.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V** / [traduç. Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli... [et al.]. - . e. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARON-COHEN, S.; ALLEN, J. & GILLBERG, C. (1992). **Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT.** British Journal of Psychiatry, 161, 839-843.

BRITES, C.; BRITES L. **Mentes únicas.** São Paulo: Editora Gente, 2019.

CARDOSO, M. F.; FRANÇOZO, M. F. C. **Jovens irmãos de autistas: Expectativas, sentimentos e convívio.** Revista Saúde, Santa Maria, v. 41, n. 2, p. 87-98, 2015.

CARPENTER, M.; NAGELL, K. & TOMASELLO, M. (1998). **Social cognition, joint attention, and communicative competence from 9 to 15 months of age.** Monographs of the Society for Research in Child Development, Serial N° 255, 63 (4).

CASTRO-SOUZA, R. M. **Adaptação Brasileira do M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers).** 2011. 104 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) – Pós Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações, Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Have identified possible red flags for autism spectrum disorder in young children.** Disponível em: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/signs.html>. Acesso em: 29/10/2020.

CHAWARSKA, K.; MACARI, S.; SHIC, F. **Decreased spontaneous attention to social scenes. In 6-month-old infants later diagnosed with autism spectrum disorders.** Biol Psychiatry. 2013. Aug 1;74(3):195-203. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.11.022. Epub 2013 Jan 11. PMID: 23313640; PMCID: PMC3646074. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23313640/> Acesso em 20/10/2020.

JACSO, P. **As we may search: comparison of major features of the web of science.** Scopus and google scholar citation-based and citation-enhanced databases. Current Science, Bangalore, vol. 89, n. 9, 10 November, 2005.

JOSHI, A. **Comparison between SCOPUS & ISI web of science.** Journal Global Values, v. 7, n. 1, p. 1-11, 2016.

KLIN, A. **Síndrome de Asperger: uma atualização.** Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 25, n. 2, 2006.

LOSAPIO, M. F.; PONDE, M. P. **Tradução para o português da escala M-Chat para rastreamento precoce de autismo.** Rev. Psiquiátrica., Porto Alegre, v. 30, n. 3, dez. 2008.

MAGYAR, C. I.; PANDOLFI, V. **Factor structure evaluation of the childhood autism rating scale.** Journal of Autism and Developmental Disorder, v. 37, n. 9, p. 1787-94. November 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. News de Nova Yorque, 2017. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2017/04/1581881-oms-afirma-que-autismo-afeta-uma-em-cada-160-criancas-no-mundo>. Acesso em: 29.10.2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento** – CID-10 (versão em português da sigla ICD, do inglês International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems); Porto Alegre: ArtMed, 1993.

PERISSINOTO, J.; TAMANAHAN, AC.; ISOTANI, SM. **Evidência científica de terapia fonoaudiológica nos Distúrbios do Espectro do Autismo** In: Pró-Fono (Org.). Terapia Fonoaudiológica Baseada em Evidências. Barueri. Pró-Fono, 2013, pp.261-82.

SCHWARTZMAN, J. S.; ARAÚJO, C. A. **Transtorno do Espectro do Autismo**. Ed. Memnon, São Paulo, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Manual de orientação do Transtorno do Espectro Autista**. Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento, Rio de Janeiro, 2019.

TEIXEIRA, G. **Manual do Autismo**, 3ª ed., Rio de Janeiro, BestSeller, 2017.

TOMASELLO, M. (1995). **Joint attention as social cognition**. In C. Moore & P. J. Dunham (Orgs.), Joint attention. Its origins and role in development (pp.103-130). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

TOMASELLO, M., & FARRAR, M. J. (1986). **Joint attention and early language**. Child Development, 57 (6), 1454-1463.

VAZ, Danielle Copello; SILVA, Carlos Roberto Lyra da; FIGUEIREDO, Nêbia Maria Almeida de. **A utilização da bibliometria na análise do referente conforto**. Cogitare Enfermagem, [S.l.], v. 15, n. 4, dez. 2010. ISSN 2176-9133. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/20378>. Acesso em: 20/10/2020.

VOLKMAR FR.; WIESNER, LA. **A practical guide to Autism**. John Wiley & Sons Inc. New jersey, 2009.

VOLKMAR, F. R.; WIESNER, L. A. **Autismo Guia essencial para compreensão e tratamento**. Tradução: Sandra Maria Mallmann da Rosa; revisão técnica: Maria Sonia Goergen, Porto Alegre, Artmed, 2019.

CAPÍTULO 9

NECESIDAD DEL PROGRAMA PSICOEDUCATIVO “PROTEC” PARA LA ATENCIÓN A LOS JÓVENES CON TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS (TCE), INGRESADOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE HUAMBO, ANGOLA

Data de aceite: 01/06/2021

António Mendes Sambalundo

PhD; Doutor em Ciências Psicológicas
Docente na Faculdade de Medicina da
Universidade José Eduardo dos Santos.
Huambo – Angola. Chefe do Departamento da
área clínica

Luis Felipe Herrera Jiménez

PhD; Doctor en Ciencias Psicológicas
Docente de la Facultad de Psicología.
Universidad “Marta Abreu” De Las Villas” Santa
Clara – Cuba

Ricardo Filipe Julião

MSc. Em Neurociências. Docente no Instituto
Superior Politécnico da Caála. Huambo –
Angola

RESUMEN: La presente investigación se realizó con el objetivo detectar las principales necesidades psicoeducativas de los pacientes jóvenes hospitalizados por haber sufrido un TCE, y a la elaboración, aplicación y valoración de un programa psicoeducativo “PROTEC”, dirigido a dichos pacientes, para lo cual se consideró el criterio de expertos calificados vinculados con la temática de los TCE y la propia información ofrecida por los pacientes, en el período de 15 de mayo a 15 de noviembre de 2013. Según el paradigma cuantitativo, el estudio incluyó 77 pacientes y 18 especialistas seleccionados. El análisis estadístico de los datos obtenidos en la muestra demostró el valor del programa. Se apreció un elevado nivel de correlación entre los

criterios ofrecidos por los expertos y los pacientes en todos los indicadores evaluados. Se hallaron diferencias significativas entre los resultados del instrumento aplicado al inicio y final de la intervención. Asimismo se apreciaron valores a favor de un incremento de la percepción de riesgo, elevación del nivel de conocimientos sobre los TCE y sus secuelas, el valor del autocuidado y las medidas para su prevención.

PALABRAS CLAVE: Traumatismos, craneoencefálicos, programa, atención y psicoeducación.

NEED OF THE PSYCHOEDUCATIVE PROGRAM FOR THE ATTENTION TO YOUNG PEOPLE WITH, HOSPITALIZED IN THE GENERAL HOSPITAL OF HUAMBO, ANGOLA

ABSTRACT: This investigation was made with the objective to detect the main psychoeducative needs of the young patients hospitalized after having suffered a traumatic brain injury and the elaboration, application and valuation of a psychoeducative program headed to these patients, for doing that was considered the criteria of qualified experts with the theme of traumatic brain injury and the information given by the patients. From may 15 to november 15 in 2013. According to the quantitative paradigm the study, included 77 patients and 18 chosen specialists. The statistic analysis of the data obtained out of the sample proned the value of the program. It was seen a high level between the criteria offered by the experts and the patients, in all the evaluated aspects. There were found significant defferences between the results at the

beginning and at the end of the intervention. Likewise, it was appreciated an increasing of the risk perception, elevation of the level of Knowledge about the traumatic brain injury and its sequelae, the self care value and the measures for its prevention.

KEYWORDS: Traumatic injuries, program, attention, psychoeducation.

INTRODUCCIÓN

Internacionalmente existe la tendencia a desarrollar programas de atención de los TCE, acorde con las características de la población y las prioridades específicas de los grupos humanos. Sin embargo, son escasos los esfuerzos que contemplan acciones dirigidas a modificar actitudes, conductas, sistemas de creencias y ampliar los conocimientos sobre esta problemática. Así se han desarrollado acciones para incrementar el uso del casco protector en motociclista, el empleo de los cinturones de seguridad y en general la evaluación de las políticas regulatorias en diferentes naciones. Huang, Lunnen, Miranda, Hyder (2010). Villalbi, Pérez, (2007).

Entre los programas de atención y prevención se destacan los psicoeducativos por su alcance práctico y estar encaminados a propiciar el incremento de los conocimientos sobre un trastorno o condición sanitaria, aclarar aspectos de sus causas y efectos, disminuir los riesgos de su aparición e influir en su evolución. También este tipo de programa permite reducir el sentimiento de incapacidad y favorece la descarga emocional, física y social de angustia, temor, malestar, estigma y aislamiento, entre otros aspectos. Casañas, Catalán, (2014); Almedra (2002).

En Angola los TCE constituyen un grave problema social, que se convierte en un reto actual para el Estado, los sectores de salud, educación, la seguridad vial y la policía, por el incremento notable de los accidentes del tránsito que conllevan a la muerte o afectación de por vida de muchos jóvenes. La situación del resto de Angola no difiere de la realidad de Huambo, donde los traumatismos craneoencefálicos se producen por accidentes de tránsito de motociclistas, lo mismo se daña el conductor o el acompañante. Generalmente estos accidentes están asociados a excesos de velocidad, al no uso de medios de protección, a los juegos en las vías, a conductas disociales, a consumo de alcohol u otras sustancias, a estrés, a conflictos familiares y sociales, (Anuario estadístico de Salud Pública de Huambo, 2011).

La provincia de Huambo en especial, y el país en general no cuentan con un programa dirigido a la atención de estas conductas que laceran a la población, afectan su calidad de vida e incrementan la mortalidad y las discapacidades en jóvenes.

El problema de esta investigación se orienta en detectar la necesidad de un programa psicoeducativo "PROTEC" para la atención de jóvenes con TCE ingresados en el Hospital General de Huambo en la República de Angola, quedando formulada el objetivo de la siguiente forma: detectar las principales necesidades psicoeducativas de los

pacientes jóvenes hospitalizados por haber sufrido un TCE, y a la elaboración, aplicación y valoración de un programa psicoeducativo “PROTEC”, dirigido a dichos pacientes, para lo cual se consideró el criterio de expertos calificados vinculados con la temática de los TCE y la propia información ofrecida por los pacientes, en el período de 15 de mayo a 15 de noviembre de 2013.

Intervalo de edades.	Cantidad de pacientes del sexo femenino	Cantidad de pacientes del sexo masculino	Total de pacientes
14 – 15 años.	0	13	16,88
16 – 17 años.	1	5	7,79
18 – 19 años.	6	7	16,88
20 – 21 años.	2	5	9,09
22 – 23 años.	4	17	27,27
24 – 25 años.	5	12	22,07
Total	18	59	77 (100 %)

Tabla nº 1 -Descripción de la muestra de pacientes según la edad y el sexo.

También se debe considerar la presencia de 18 expertos que evaluaron el programa aplicado.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El término PROTEC integra la protección de TCE. Se define el Programa psicoeducativo “PROTEC” para la atención de los TCE con el objetivo de incrementar el autocuidado, favorecer la percepción de riesgo de accidentabilidad, aumentar los conocimientos sobre los TCE en los jóvenes de la muestra, incidir en la aplicación de medidas prácticas para la prevención. Se conforman en un sistema de acciones dirigidas a potenciar en el individuo la percepción de riesgo asociado al mismo. El diseño lógico-metodológico parte del enfoque histórico-cultural y considera la importancia de la situación social de desarrollo, el potencial salutogénico de cada joven y la posibilidad real de influir en su evolución clínica.

Se parte del concepto general de programas de orientación propuesto por Fernández-Ballesteros (1996) y se sustenta en el enfoque histórico-cultural.

RESULTADOS DE LAS RESPUESTAS AL CUESTIONARIO APLICADO A LOS EXPERTOS SOBRE LA VALORACIÓN DE EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA PSICOEDUCATIVO “PROTEC” PARA LA ATENCIÓN A LOS JÓVENES CON TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS

A los expertos se les entregó el programa psicoeducativo “PROTEC” para la atención

a pacientes que han sufrido TCE.

Seguidamente se muestra los indicadores para la evaluación de la efectividad del programa psicoeducativo “PROTEC”.

La confiabilidad de este test según el coeficiente alfa de Cronbach es de (0,6791) lo que resulta aceptable en el momento de tomarlo en consideración para hacer valoraciones sobre los temas considerados.

En el gráfico que se muestra abajo se destaca que el coeficiente alfa de Cronbach alcanza sus mayores valores y por tanto su confiabilidad, en los indicadores 6, 3 y 2 relacionados con la novedad, el valor social, clínico y educativo; las posibilidades reales de ser aplicado y las explicaciones de cómo favorecer la atención de los TCE.

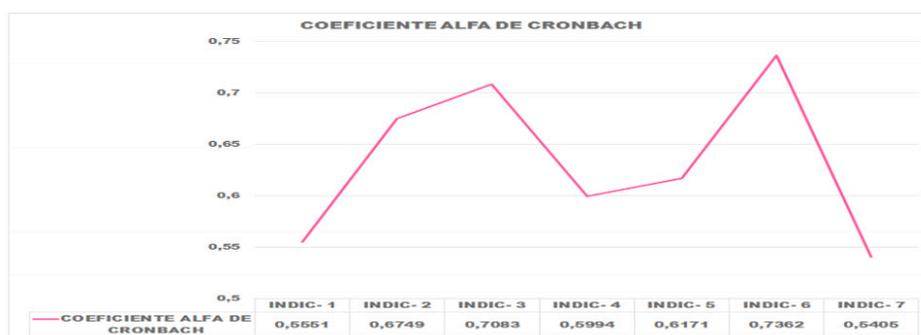


Gráfico nº 1 - Coeficiente alfa de Cronbach

RESULTADOS DE LAS RESPUESTAS AL CUESTIONARIO INICIAL A PACIENTES CON TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS EN LA INVESTIGACIÓN

A los 77 pacientes incluidos en la investigación se les aplicó un cuestionario individual inicial, previo a la aplicación del programa el cual tiene tres partes perfectamente diferenciadas. (ver anexo nº 1).

La confiabilidad de este test según el coeficiente alfa de Cronbach es de 0,7089 lo que resulta aceptable en el momento de tomarlo en consideración para hacer valoraciones sobre los temas considerados y resulta superior a los coeficientes de las valoraciones de los expertos.

RESULTADOS DE LAS RESPUESTAS AL CUESTIONARIO FINAL A PACIENTES CON TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS

Al finalizar la aplicación del programa se presentó a 77 pacientes con TCE un cuestionario final (ver anexo nº 2) la cual además de los datos generales tiene 17 planteamientos análogos a los de la etapa inicial. La confiabilidad de este test según el

coeficiente alfa de Cronbach es de 0,7879 lo que resulta aceptable en el momento de tomarlo en consideración para hacer valoraciones sobre los temas considerados y resulta superior a los coeficientes de las valoraciones de los expertos y al de la etapa inicial, lo que indica un cambio cualitativo en las respuestas dadas.

El análisis de los índices permite hacer más precisiones, indica lo que aparece en el gráfico: los índices de los indicadores varían entre 0,8078 y 0,8961, los que se corresponde con las valoraciones del consenso, siendo además superiores a los de las valoraciones iniciales y con un menor rango de diferencia entre los valores extremos.

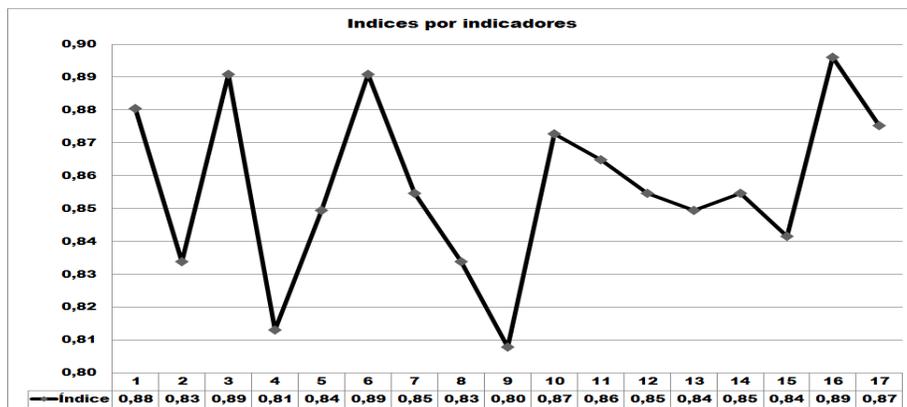


Gráfico nº 2 - Valoraciones del consenso.

RESULTADOS DE LA VALORACIÓN DEL PROGRAMA POR LOS PACIENTES

Los pacientes también valoraron el programa psicoeducativo “PROTEC” aplicado con el instrumento que se muestra en (ver anexo nº 3).

Un análisis de frecuencias evidencia una prevalencia de las valoraciones de “muy de acuerdo” en general, pero con mayor predominio en los indicadores 1, 8, 9 Y 15, y con más frecuencia en indicador 8 relacionado con en estos momentos reconozco la importancia de no ingerir bebidas alcohólicas cuando se conduce un vehículo o moto.

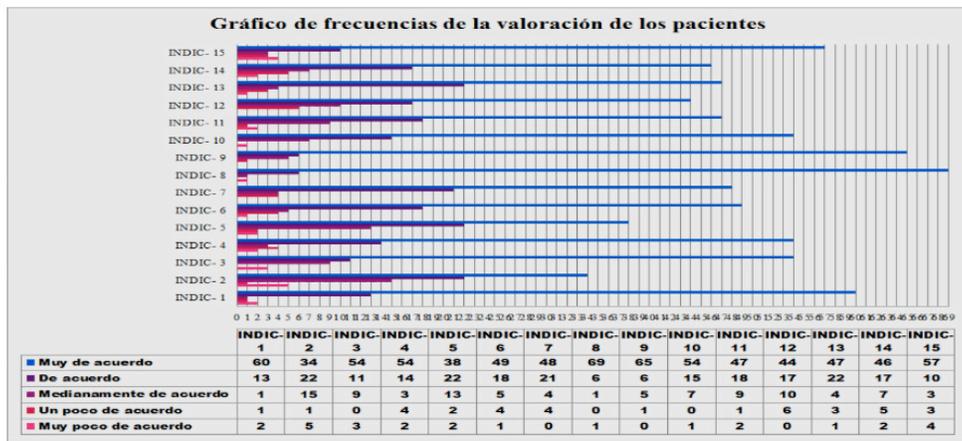


Gráfico nº 3 Prevalencia de las valoraciones.

EVALUACIÓN INTEGRAL DE LAS SESIONES DEL PROGRAMA PSICOEDUCATIVO “PROTEC” PARA LA ATENCIÓN A LOS JÓVENES CON TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS

Para cumplir con los objetivos del programa psicoeducativo “PROTEC” se conformaron 5 grupos de pacientes, con los cuales se efectuaron 9 sesiones. Se evaluó el desempeño personal en cada sesión y se ofreció una valoración integral de desarrollo de cada sesión. Se integraron 4 grupos de 16 miembros y uno de 13. En cada sesión participó un terapeuta principal y un co-terapeuta que llevó el registro de la sesión. Previo a la ejecución del programa se preparó a los 5 co-terapeutas participantes. Al finalizar cada sesión el terapeuta y psicoterapeuta evaluaron la participación individual y ofrecieron la calificación general de las sesiones según el criterio plenamente establecido.

Las seis primeras sesiones se realizaron diariamente en el tiempo de hospitalización del paciente. Se solicitó al jefe de servicio de neurocirugía que el tiempo de permanencia de los pacientes incluidos en la muestra fuera como mínimo de siete días. Las siguientes sesiones de intervención se efectuaron estando los pacientes de alta, cuando volvieron a la consulta para ver su evolución médica, desarrollándose la séptima sesión al mes del egreso, la octava a los dos meses y la novena a los tres meses.

Los resultados obtenidos en el programa psicoeducativo “PROTEC” demuestran su valor inmediato en la prevención de los TCE. Se reconoce por parte de los pacientes el incremento de conocimiento sobre la posible prevención de los accidentes que provocan los mismos, así como un mejor dominio de las secuelas que dejan los TCE y cómo actuar en el contexto de desarrollo social para atenuar sus efectos.

Los resultados alcanzados con la aplicación del programa demuestran que es factible mejorar la educación sobre la atención de los TCE y lograr la incidencia positiva de los pacientes que han sufrido los mismos en su contexto social de desarrollo. Los datos

alcanzados corroboran lo planteado por autores que hablan a favor de la reducción de los accidentes de tránsito con adopción de determinadas medidas públicas y el empleo de medidas de prevención en los niveles de atención de salud, primario, secundario y terciario, Villalbí, Pérez, (2007); Maas, et al, (2011).

CONCLUSIONES

Se logró diseñar un programa psicoeducativo para la atención a jóvenes con TCE a partir de la detección de necesidades en pacientes y expertos. Predominó el consenso entre los expertos al valorar positivamente la pertinencia, estructuración y necesidad de aplicación de la propuesta elaborada.

La evaluación del programa psicoeducativo “PROTEC” por parte de los expertos seleccionados aportó la existencia de una comunidad de preferencias y un elevado nivel de consistencia en relación con el valor social, clínico y educativo. Además se obtuvo un criterio favorable por parte de los especialistas expertos y de los pacientes incluidos en la experiencia interventiva.

Se encontró un elevado nivel de correlación entre los criterios ofrecidos por los especialistas seleccionados como expertos y los pacientes en todos los indicadores de la evaluación empírica del programa, observando valores más elevados en los pacientes lo que puede estar relacionado con sus vivencias personales y la influencia directa de haber participado en la experiencia interventiva.

Se cumplió el objetivo previsto en el programa, encontrándose diferencias estadísticas significativas entre los resultados del instrumento aplicado al iniciar la intervención y el aplicado al finalizar la misma que hablan a favor de la efectividad del programa.

Las principales variaciones respecto a la evaluación antes y después de aplicado el programa a los pacientes estuvieron relacionadas con un incremento de percepción de riesgo, elevación de nivel de conocimiento sobre los TCE y sus secuelas, identificación de los factores que pueden conducir a un TCE y las medidas que deben tomarse para prevenir los mismos. El indicador más bajo fue relacionado con las secuelas a largo plazo de los TCE.

REFERENCIAS

Almedras, (2002) - **Manual de Psicoeducación para trabajadores de la Salud y Educadores**. Recuperado de <http://www.prosalud.com.uy/libros-publicados/15-estrategias-de-bien-estar>

Almeida, C., Vieira, O. (2013) - **Calidad de vida de las víctimas de trauma craneoencefálico seis meses después del trauma** 21(4):[08 www.eerp.usp.br/rlae.

Ardila, A. Y Ostrosky F. (2012) – **Guía para el diagnóstico neuropsicológico**. Miami. Universidad Internacional de la Florida.

Betancourt, G; Varela, A. (2011). **Traumatismo craneoencefálico en el adulto**. Tema para la Atención Primaria de Salud. La Habana. Editorial Ciencias Médicas.

Canto P. H.G. (2010) - **Toma de decisiones en personas con traumatismo craneoencefálico severo**: Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones.

Casañas R., Catalán R., Raya A., Real J. (2014) - **Efectividad de un programa grupal psicoeducativo para la depresión mayor en atención primaria de ensayo clínico controlado aleatorizado**.

Colectivos de autores, (2011) - Anuário *Estatístico de Saúde* Pública de Huambo. Huambo. Editora Governo Provincial

Crespo B., T. y Crespo H., E. (2013) - **MOLODI_CE_1 un modelo basado en la lógica difusa para el procesamiento de expertos en la investigación pedagógica**. III Taller internacional la Matemática, la Informática y la Física en el siglo XXI. Universidad de Ciencias Pedagógicas “José de la Luz y Caballero”. Holguín. CD compilación de trabajos. ISBN: 978-959-18-0895-0.

Cronbach, L.J. & Meehl, P.E. (1955) - **Construct validity in psychological tests**. Psychological Bulletin, 52, págs.281-302.

Fernández-Ballesteros, R., (1996) – **Evaluación de Programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud.**, Madrid, Síntesis,SA.

Huang, Lunnen, Miranda, Hyder, (2010) - **Traumatismos causados por el tránsito en países en desarrollo: agenda de investigación y de acción**. Rev. Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 27 (2) Lima *versión impresa* ISSN 1726-4634

Maas AI, Harrison-Felix CL, Menon D, et al. (2011). **Standardizing data collection in traumatic brain injury**. J Neurotrauma; 28: 177–87.

Nhamba, L. A. (2014) – **Intervención psicoeducativa para el mejoramiento de la calidad de vida en personas con VIH**. Huambo. Angola. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana.

Patton GC, Coffey C, et al. (2009). **Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data**. Lancet; 374(9693): 881-92.

Quijano, M. C., Cuervo, M. T. et al. (2012). **Neuropsicología del trauma craneoencefálico en Cali, Colombia**. *Revista Ciencias de la Salud*, 10(1).

Villalbí, J.R. y Pérez C. (2007) – **Evaluación de políticas regulatorias: prevención de las lesiones por accidentes de tráfico**.

ANEXO N° 1



UNIVERSIDAD JOSE EDUARDO DOS SANTOS.
FACULTAD DE MEDICINA DE HUAMBO.

Programa psicoeducativo "PROTEC" para la atención dirigido a los jóvenes con (TCE).

Cuestionario inicial al paciente con (TCE).

Datos generales

Nombre del paciente _____

Servicio _____ Hospital _____ Fecha _____

Edad _____ sexo _____ Nivel escolar _____ Ocupación _____ área de residencia: Urbana _____ Suburbana _____ Rural _____

Tipo de accidente _____

Clasificación del TCE (escala de Glasgow): Grave _____ Moderado _____ Leve _____

Accidentes ocurrido bajo los efectos de bebidas alcohólicas y otras drogas _____

El paciente accidentado fue culpable _____ o víctima _____

Estado de salud antes de la accidente _____

Tipo de traumatismo: Cerrado _____ Abierto _____

Diagnóstico médico _____

Exámenes realizados _____

Fecha de ingreso _____ Terapia intensiva (sala de reanimación) _____

Intervención Quirúrgica. Sí _____ No _____

Estado clínico actual _____

Parte I. Conocimientos, limitaciones y preocupaciones sobre los TCE.

Debe leer con atención las siguientes frases y responder con toda sinceridad y espontaneidad. Observa las alternativas de respuestas: Completamente de acuerdo, De acuerdo, Medianamente de acuerdo, En desacuerdo, Muy en desacuerdo. Sus respuestas son de gran interés, no hay respuestas buenas o malas todas son de valor.

Escala: Completamente de acuerdo (5) De acuerdo (4) Medianamente de acuerdo. (3) En desacuerdo (2) Muy en desacuerdo (1)	Marque atendiendo a la escala				
Frases	5	4	3	2	1
1. Los accidentes constituyen un problema de salud importante en la ciudad de Huambo					

2.	Antes de tener el accidente nunca había pensado que esto me podría ocurrir.					
3.	Se debería ofrecer más información sobre el daño que provocan los accidentes					
4.	La mayoría de los accidentes del tránsito que provocan traumatismos craneoencefálicos afectan a personas jóvenes.					
5.	Muchos jóvenes no piensan que los accidentes los pueden llevar a la muerte.					
6.	Muchos accidentes se producen por estar bajo los efectos del alcohol u otras drogas.					
7.	Muchos accidentes se producen por no cumplir con las medidas de seguridad vial.					
8.	Entre los accidentes del tránsito se destacan los que implican motos.					
9.	Muchos conductores de motos y sus acompañantes no usan los cascos protectores.					
10.	Muchos accidentes ocurren por conducir en exceso de velocidad.					
11.	Muchos conductores no respetan a sus semejantes en la vía.					
12.	Existen conductores que no poseen habilidades para conducir, ni licencia de conducción.					
13.	Las agresiones físicas también pueden llevar a daños en la cabeza.					
14.	Los accidentes que dañan la cabeza también pueden ser provocados por actividades deportivas.					
15.	Los accidentes que dañan la cabeza también pueden ser provocados por no usar medios de protección en el trabajo.					
16.	No conocía que un accidente pudiera afectar tanto.					
17.	Los accidentes afectan más a varones jóvenes que a muchachas.					
18.	Siento que mi físico ha cambiado por el accidente.					
19.	Siento que mi mente se ha afectado por el accidente.					
20.	Mi estado emocional se ha afectado por el accidente.					
21.	Ahora no puedo hacer las cosas cotidianas como antes.					
22.	Creo importante que se hagan programas para evitar los accidentes que afectan la cabeza.					
23.	Los accidentes están afectando la economía del país.					
24.	Los accidentes están afectando la vida familiar en Huambo.					
25.	No quisiera tener que pasar por una experiencia similar a esta.					
26.	Comentaré esta experiencia para que mis familiares y amigos se cuiden más y no tengan que pasar por esta experiencia.					

Parte II.

- Lo que más me preocupa de mi estado de salud actual es _____

- Antes del accidente tenía conocimientos sobre el daño que provocan los mismos en la mente y la cabeza.
 Muy amplios.
 Amplios.
 Medianamente amplios.

___ Pocos.

___ Muy pocos.

3. Lo que más me ha quedado afectado después del accidente es : _____

3 ¿Qué le recomendaría a las personas para que no pase por lo que usted está pasando ahora?

4 ¿Que usted considera debe hacerse para evitar los accidentes en Haumbo?

ANEXO N ° 2



UNIVERSIDAD JOSE EDUARDO DOS SANTOS FACULTAD DE MEDICINA

Programa psicoeducativo "PROTEC" para la atención dirigido a los jóvenes pacientes con TCE.

Cuestionario final al paciente con (TCE).

Debe leer con atención las siguientes frases y responder con toda sinceridad y espontaneidad. Observe las alternativas de respuestas: Completamente de acuerdo, De acuerdo, Medianamente de acuerdo, En desacuerdo, Muy en desacuerdo. Sus respuestas son de gran interés, no hay respuestas buenas o malas todas son de valor.

Frases	Comple- tamente de acuer- do (5)	De acuerdo (4)	Mediana- mente de acuerdo. (3)	En desa- cuerdo (2)	Muy en desacuer- do (1)
1. Antes del accidente no había pensado que me podría pasar a mí.					
2. Antes de tener el accidente no pensaba en que el uso del casco podía proteger a una persona,					
3. Antes del accidente no le daba tanta importancia al uso del cinturón de seguridad.					
4. Antes del accidente consideraba algo sin importancia los juegos en la vía.					
5. Antes del accidente no creía que era importante el uso de medios de protección en el trabajo					

6.	El efecto del alcohol puede provocar accidentes.				
7.	A veces por prisa no cumplo con las medidas viales.				
8.	A veces por falta de tiempo no estoy atenta al cumplimiento de la disciplina vial.				
9.	En ocasiones al estar tan cansado o tener sueño impiden que cumpla con las normas viales.				
10.	El exceso de velocidad puede provocar accidentes.				
11.	Creo que en la vía triunfa el que se atreve más.				
12.	La licencia de conducción en Angola es una formalidad.				
13.	En la casa también pueden ocurrir accidentes que dañan la cabeza				
14.	No había pensado que la práctica deportiva sin medios de protección en algunos casos puede afectar la cabeza				
15.	Antes del accidente no conocía las secuelas que pueden dejar los mismos.				
16.	Creo que es importante pensar en los riesgos de los accidentes				
17.	Debe ofrecerse más información a la población sobre la magnitud de daño de los traumatismos craneoencefálicos y cómo evitarlos.				

ANEXO N° 3

Cuestionario aplicado a los pacientes para valorar la efectividad del programa psicoeducativo "PROTEC" dirigido a la atención de los TCE

Edad _____ Sexo _____ Nivel Escolar _____

Tipo de TCE _____ Intervenido quirúrgicamente Sí _____ No _____

Parte I.

Valore las siguientes formulaciones y ofrezca su criterio a partir de la experiencia y conocimientos alcanzados en las sesiones de trabajo realizadas.

Muy de acuerdo (5)					
De acuerdo (4)					
Medianamente de acuerdo (3)					
Un poco de acuerdo (2)					
Muy poco de acuerdo(1)					
Criterios/ evaluación	5	4	3	2	1
1- Las sesiones de intercambio las considero muy necesarias para la prevención de los traumatismos craneoencefálicos.					
2- He logrado incrementar mis conocimientos sobre los traumatismos craneoencefálicos.					
3- El intercambio logrado en las sesiones me ha llevado a pensar seriamente en la importancia del autocuidado personal para evitar accidentes					
4. El intercambio logrado en las sesiones me ha llevado a pensar seriamente en la importancia de cuidar a las personas que me rodean o están bajo mi responsabilidad de evitar accidentes.					
5. Puedo identificar las principales causas de traumatismos craneoencefálicos en Huambo.					
6. Ahora tengo más conocimientos sobre las secuelas de los traumatismos craneoencefálicos.					
7. Creo estar en condiciones de promover la prevención de los traumatismos craneoencefálicos entre mis familiares y amigos.					
8. En estos momentos reconozco mejor la importancia de no ingerir bebidas alcohólicas cuando se conduce un vehículo o moto.					
9. Considero que pasada esta experiencia puedo incidir en que se use el casco y otros medios de seguridad para evitar accidentes en la vía.					
10. Estimo que ahora puedo colaborar mejor en la prevención de accidentes domésticos que dañen física y mentalmente a las personas.					
11. He adquirido conocimientos para contribuir a disminuir los accidentes laborales que afectan la cabeza.					
12. Ahora tengo más claro el valor del empleo sistemático de los medios de protección en la práctica de deportes.					
13. Las sesiones desarrolladas me han motivado.					
14. Mis preocupaciones sobre las secuelas del accidente han disminuido con las sesiones desarrolladas.					
15. Considero que puedo contribuir a que disminuyan los accidentes que provocan traumatismos craneoencefálicos en Huambo.					

Parte II.

Considero que mi preparación para prevenir traumatismos craneoencefálicos ahora es:

Excelente _____

Buena _____

Regular _____

Mala _____

Muy mala _____

Además deseo señalar _____

CAPÍTULO 10

VIOLÊNCIA NA GESTAÇÃO E DEPRESSÃO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 06/03/2021

Deise Naji Gomes Kristochik

Faculdades Pequeno Príncipe
Curitiba – Paraná

<https://orcid.org/0000-0001-6179-5941>

Edna Bittencourt

Faculdades Pequeno Príncipe
Curitiba – Paraná

<http://lattes.cnpq.br/6737386017890230>

Emmanuèle de Oliveira Fraga

Faculdades Pequeno Príncipe
Curitiba – Paraná

<http://lattes.cnpq.br/0456657017816206>

Erisfânia Sarima Alves

Faculdades Pequeno Príncipe
Curitiba – Paraná

<http://lattes.cnpq.br/4520557665506196>

Gisele Niesing

Faculdades Pequeno Príncipe
Curitiba – Paraná

<https://orcid.org/0000-0003-1605-9720>

Liliane Cristina Marconato

Faculdades Pequeno Príncipe
Curitiba – Paraná

<https://orcid.org/0000-0003-3896-4334>

Lucas Filadelfo Meyer

Faculdades Pequeno Príncipe
Curitiba – Paraná

<http://lattes.cnpq.br/0976153504312828>

Maria Emília Ribeiro dos Santos

Faculdades Pequeno Príncipe
Curitiba – Paraná

<https://orcid.org/0000-0002-9761-5700>

Clarice Wichinescki Zotti

Faculdades Pequeno Príncipe
Curitiba – Paraná

<http://lattes.cnpq.br/6183423418886983>

Amanda Kulik

Faculdades Pequeno Príncipe
Curitiba – Paraná

<http://lattes.cnpq.br/3776499239755398>

RESUMO: Objetivo: Este artigo tem por objetivo abordar a violência no período gestacional e sua correlação com a depressão. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa, realizada por meio dos descritores “violence AND childbirth AND depression”, nas bases de dados PUBMED e BVS, nas quais foram encontrados 100 artigos. Na primeira avaliação do título e resumo foram eliminados 72 artigos por não contemplarem o tema proposto. Restaram 27 artigos para a leitura na íntegra, dos quais 5 foram excluídos por duplicata e 5 por não abordar violência na gestação e depressão. Assim, foram selecionados 17 artigos para este estudo. A pergunta de pesquisa formulada foi: “a violência na gestação é fator desencadeante para a depressão?” **Resultados:** Com base nos estudos encontrados para a construção deste artigo, foram descritas mais de uma forma de violência, expondo a emocional e psicológica como predominantes, seguida pela violência física. Observou-se o parceiro íntimo

como principal agente agressor, com menor destaque em países desenvolvidos. **Discussão:** Episódios de violência no período antenatal constituem um problema de saúde pública de abrangência global. Sua associação com consequências físicas, psíquicas, emocionais, morais e sociais foi considerável. **Conclusão:** A agressão por parceiro íntimo foi apontada como a maior fonte estressora para a díade mãe-filho, bem como na vitalidade de ambos. Ao abordar aspectos maternos, observou-se a prevalência da depressão e sua correspondência com a violência na gestação.

PALAVRAS-CHAVE: Violência, gestação, depressão.

VIOLENCE IN PREGNANCY AND DEPRESSION: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Objective: The objective of this article is to approach violence during pregnancy and its correlation with depression. **Method:** It is an integrative review, made through the descriptors “violence AND childbirth AND depression” on the PUBMED and BVS database, where were found a hundred articles. On the first title and summary evaluation seventy-two articles were eliminated for not taking the proposed theme into account. Twenty-seven articles were left to be completely read, of which five were excluded for duplicate and five for not approaching violence in the gestation and depression. Therefore, seventeen articles were selected to this study. The question that was made from the research was “the violence in the gestation is a trigger for depression?” **Results:** Based on the studies found for the development of this article, more than one form of violence was described, exposing emotional and psychological violence as the predominant, followed by physical violence. It has been noticed that the intimate partner appears as the main aggressor agent, with less prominence in developed countries. **Discussion:** Episodes of violence in the prenatal period constitute a public health problem with a global scope. Its association with physical, psychological, emotional, moral and social consequences was considerable. **Conclusion:** Aggression by an intimate partner was identified as the greatest stressor source for the mother-child dyad, as well as in the vitality of both. When approaching maternal aspects, it has been noticed the prevalence of depression and its correspondence with violence during pregnancy.

KEYWORDS: Violence, pregnancy, depression.

1 | INTRODUÇÃO

A violência, por si só, emprega o ato de violentar, oprimir e abusar da força (AURÉLIO, 1975). No que tange à mulher, é tida como qualquer ato ou conduta que cause morte, dano ou sofrimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016), e pode ocorrer nas formas psicológica, física, sexual, patrimonial e moral (BRASIL, 2006). No Brasil, geralmente o autor da agressão é o cônjuge da vítima, conforme a pesquisa “Mulheres brasileiras e gêneros nos espaços públicos e privados” da FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, publicada em 2010.

Segundo Sadock e Sadock (2007), a gestante apresenta um risco aumentado de sofrer abuso por parte do companheiro, particularmente, durante o primeiro trimestre. O estudo de Webster, Chandler e Battistutta (1996) constatou que 6% das mulheres grávidas

sofrem abuso doméstico. Como consequência, elas têm uma chance aumentada de sofrer aborto espontâneo ou induzido e morte fetal (CUNNINGHAM, 2007). Pode haver, ainda, prejuízos à criança, Cunningham et al. (2012) trazem que aumentam os riscos de diversos eventos adversos perinatais, como pré-termo, restrição ao crescimento fetal e morte perinatal. Os motivos do abuso variam e podem estar relacionados a homens que temem se sentir negligenciados e não ter suas necessidades excessivas de dependência atendidas, ou que vêem o feto como rival. Nesse mesmo estudo, Cunningham e colaboradores (2010) trazem uma prevalência de de 4 a 8% em torno do tempo de gravidez.

Como observam Monteiro, Veloso e Monteiro (2009), a gravidez não traz consigo uma imunidade contra a violência e sabe-se que o período gestacional é marcado por uma maior vulnerabilidade emocional que pode estar relacionada a alterações hormonais, as quais, para Cunningham et al. (2012), podem gerar estresse, desencadeando ou exacerbando tendências depressivas na mulher. Ademais, Duncan e colaboradores (2013) enfatizam como sinais de alerta em relação a mulheres vítimas de violência, além de distúrbios alimentares, abuso de drogas, risco de uma gestação não planejada com início tardio do acompanhamento pré-natal, transtornos psiquiátricos como ansiedade e depressão.

OMS (2017) mostra que o número de pessoas com depressão ultrapassa 300 milhões no mundo, após um crescimento de um pouco mais de 18% entre 2005 e 2015. Além disso, na América latina, o Brasil é o país que apresenta maior prevalência, com um total de 11,5 milhões de brasileiros com depressão.

É importante destacar que os transtornos depressivos, de forma geral, têm como características: “humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que difere entre eles são os aspectos de duração, momento e etiologia presumida” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p.155). De acordo com Duncan *et al* (2013), quando uma síndrome depressiva ocorre após o parto, ele é considerada leve e benigna e caracteriza-se por episódios de choro, flutuações de humor, tristeza, irritabilidade, dificuldade de concentração, tristeza, sensação de desamparo, confusão, ansiedade, isolamento e cansaço. Nesse caso, geralmente resolve-se sozinha, ocorrendo nos primeiros 10 dias depois do parto. Porém existem formas mais graves da doença, que se não tratadas, podem levar ao suicídio.

Além disso, por ser a depressão uma doença multifatorial, é muitas vezes subdiagnosticada, segundo Neto e Elkis (2007), mais da metade dos indivíduos com transtorno depressivo que buscam atendimento médico não é diagnosticado ou tem diagnóstico de doença física ou de uma simples alteração psicológica. Isso torna importante a caracterização do maior número possível de causas, a fim de ampliar os conhecimentos sobre esse mal que tem ganhado importância no mundo, especialmente no grupo das mulheres, mais acometidas que os homens, segundo a pesquisa da OMS, 2017.

Considerando tal situação, é importante que o profissional de saúde, especialmente

na atenção primária, esteja atento aos sinais de alerta para a violência sofrida por mulheres, a fim de minimizar, entre outros problemas, o crescimento dos casos de depressão nesse grupo. O presente trabalho tem como objetivo explorar melhor a relação entre violência antenatal e depressão, para isso, foi guiado pela seguinte pergunta norteadora: a violência na gestação é fator desencadeante para depressão?

2 | MÉTODO

A metodologia utilizada neste trabalho foi revisão integrativa. Seis etapas sistematizaram este processo, sendo a primeira delas, relativa à elaboração da pergunta norteadora. A segunda etapa, realizada em maio de 2017, consistiu na busca das informações utilizando como bases de dados as ferramentas de seleção eletrônica: PUBMED e BVS, através das seguintes combinações de descritores: “violence AND childbirth AND depression”. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, que abordassem o tema da pergunta norteadora e que tivessem sido publicados nos últimos dez anos. A terceira etapa consistiu em realizar a triagem dos artigos encontrados por meio da análise dos títulos e dos resumos, procedendo-se em seguida a exclusão daqueles que não abordavam a temática. A análise crítica dos estudos selecionados correspondeu à quarta etapa do trabalho, na qual foi realizada a leitura na íntegra dos artigos selecionados. A decisão quanto à aceitação ou rejeição dos artigos adotou como critério a referência a gestantes e/ou puérperas, à violência na gestação e à depressão. Desta forma, optou-se pelo agrupamento da amostra final de 17 produções científicas relacionadas ao tema. Em seguida, procedeu-se a quinta etapa, relacionada à discussão dos resultados e por fim, a sexta etapa, consistiu na apresentação da revisão integrativa.

3 | RESULTADOS

Por meio da estratégia de busca foram encontrados 100 artigos, em uma primeira avaliação do título e resumo foram eliminados 72 artigos por não abordarem o tema proposto no título ou resumo, restando 27 artigos para a leitura na íntegra, dos quais 5 foram excluídos por duplicata e 5 por não abordar violência na gestação e depressão. Assim, foram selecionados 17 artigos para este estudo (Figura 1).

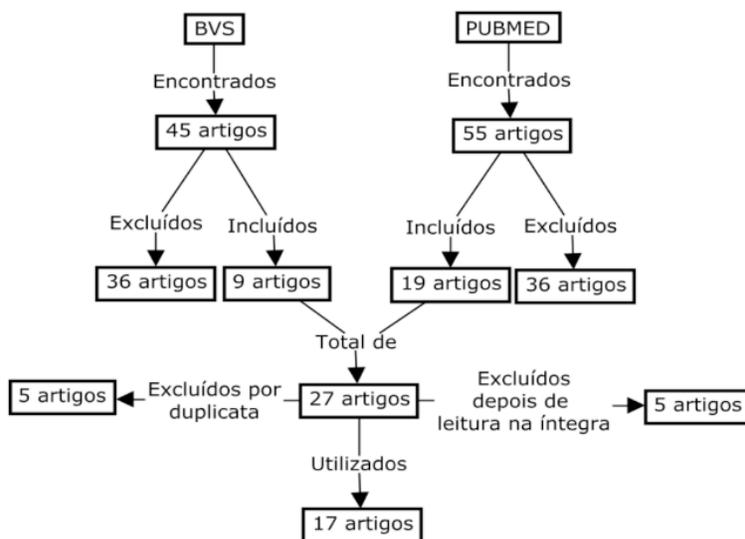


Figura 1. Fluxograma de busca da pesquisa.

Fonte: Elaboração própria.

Os dados da tabela 1 são referentes aos artigos selecionados para a pesquisa.

Autores	Título	Ano	País	Resultados	Violência prevalente
Fisher J, Tran TD, Biggs B <i>et al</i>	Intimate partner violence and perinatal common mental disorders among women in rural Vietnam.	2013	Vietnã	A violência do parceiro íntimo durante a gestação é menor em países mais desenvolvidos do que em países com recursos limitados.	Psicológica
Dibaba Y, Fantahun M, Hindin MJ	The association of unwanted pregnancy and social support with depressive symptoms in pregnancy: evidence from rural Southwestern Ethiopia.	2013	Etiópia	A depressão durante a gestação não depende da idade, paridade ou período gestacional.	Não especificado
Woolhouse H, Gartland D, Hegarty K <i>et al</i>	Depressive symptoms and intimate partner violence in the 12 months after childbirth: a prospective pregnancy cohort study.	2011	Austrália	16% das mulheres relataram sintomas depressivos após 12 meses do parto.	Psicológica
Urquia ML, O'Campo PJ, Heaman MI <i>et al</i>	Experiences of violence before and during pregnancy and adverse pregnancy outcomes: an analysis of the Canadian Maternity Experiences Survey.	2011	Canadá	A violência física antes e durante a gravidez pelo parceiro foi associada a depressão pós-parto.	Psicológica

Lukasse M, Schroll A, Karro <i>et al</i>	Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries.	2015	Bélgica, Dinamarca, Islândia, Noruega, Estônia e Suécia	20,7% das mulheres relataram sofrer violência apenas quando adultas, 4,1% apenas quando crianças e 2,9% quando crianças e adultas. Tendo predominância na Estônia (30,2%).	Não especificado
Sorbo MF, Grimstad H, Bjørngaard JH <i>et al</i>	Adult physical, sexual, and emotional abuse and postpartum depression, a population based, prospective study of 53,065 women in the Norwegian Mother and Child Cohort Study.	2014	Noruega	Destacou-se a depressão antes da gestação e a violência emocional como a mais prevalente.	Psicológica
Desmarais SL, Pritchard A, Lowder EM <i>et al</i>	Intimate partner abuse before and during pregnancy as risk factors for postpartum mental health problems.	2014	Canadá	84% sofreram algum tipo de abuso do parceiro antes da gravidez e 70% relataram sofrer abuso durante a gestação.	Psicológica
Islam MJ, Brody L, Baird K, Mazerolle P	Intimate partner violence around the time of pregnancy and postpartum depression: the experience of women of Bangladesh.	2017	Bangladesh	Destacou-se a relação entre a violência psicológica do parceiro durante a gestação e a depressão pós-parto.	Psicológica
Finnbogadóttir H, Dykes AK	Increasing prevalence and incidence of domestic violence during the pregnancy and one and a half year postpartum, as well as risk factors: -a longitudinal cohort study in Southern Sweden.	2016	Suécia	Ser mãe solteira ou separada aumentou o risco em 8,4 vezes de sofrer violência durante a gestação.	Psicológica
Finnbogadóttir H, Dykes A, Wann-Hansson C	Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: a longitudinal cohort study in the south of Sweden.	2016	Suécia	Ser mãe solteira ou separada aumentou o risco em 8,4 vezes de sofrer violência durante a gestação.	Psicológica
Kita S, Haruna M, Hikita N <i>et al</i>	Development of the Japanese version of the Woman Abuse Screening Tool-Short.	2016	Tóquio/ Japão	Mãe vítimas de violência do parceiro durante a gestação apresentaram falha na ligação com o filho após o parto.	Não especificado
Anderson CA, Pierce L	Depressive Symptoms and Violence Exposure: Contributors to Repeat Pregnancies Among Adolescents.	2015	Estados Unidos	A depressão em mães adolescentes ficou entre 8% a 15% sem ficar comprovado a relação com a violência do parceiro.	Não especificado

Van Parys A, Deschepper E, Michielsens K <i>et al</i>	Intimate partner violence and psychosocial health, a cross-sectional study in a pregnant population.	2015	Bélgica	A violência antes da gestação é a mais prevalente. Mulheres submetidas a violência após o parto apresentaram chance três vezes maior de depressão.	Psicológica
Dodgson JE, Oneha MF, Choi M	A Socioecological Predication Model of Posttraumatic Stress Disorder in Low-Income, High-Risk Prenatal Native Hawaiian/Pacific Islander Women.	2014	Havaí	Contatou-se uma negligência do rastreio de depressão durante o período pré- parto.	Não especificado
Edborg M, Nasrenn HE, Kabir ZN	"I can't stop worrying about everything" – Experiences of rural Bangladeshi women during the first postpartum months.	2015	Bangladesh	A maioria das entrevistadas relataram a depressão principalmente no terceiro trimestre da gestação.	Física
Kabir ZN, Nasreen H, Edborg M	Intimate partner violence and its association with maternal depressive symptoms 6-8 months after childbirth in rural Bangladesh.	2014	Bangladesh	6 a 8 meses após o parto 32% das mulheres apresentaram sintomas depressivos e 18% foram submetidas a violência pelo parceiro durante a gravidez e 52% após o parto.	Física
Kita S, Haruna M, Matsuzaki M <i>et al</i>	Associations between intimate partner violence (IPV) during pregnancy, mother-to-infant bonding failure, and postnatal depressive symptoms.	2016	Tóquio/ Japão	Mulheres que sofreram violência do parceiro íntimo durante a gravidez tendem a uma falha maior na ligação com o filho após o parto.	Não especificado

Tabela 1. Distribuição dos artigos incluídos nesta revisão integrativa segundo autor, título, ano de publicação, país de origem, resultados e violência relatada como prevalente.

Fonte: Elaboração própria

De acordo com a tabela 1, nota-se que a maior parte dos artigos selecionados tiveram como continente de origem a Ásia, representando 35,2% da pesquisa, seguido pela Europa com 29,4%. Também constaram estudos da América do Norte representando 23,5% e África e Oceania, ambos com 5,8%. Nota-se que o tema violência gestacional e depressão não foram abordados por artigos da América do Sul.

No referente ao período de publicação os anos que mais apresentaram publicações foram 2014, 2015 e 2016, com quatro publicações cada, totalizando 70,5% dos estudos incluídos nesta pesquisa. Em 2011 e 2013 encontrou-se duas publicações cada, finalizando com 23,5% e em 2017 restou um artigo (5,8%) (Gráfico 1).

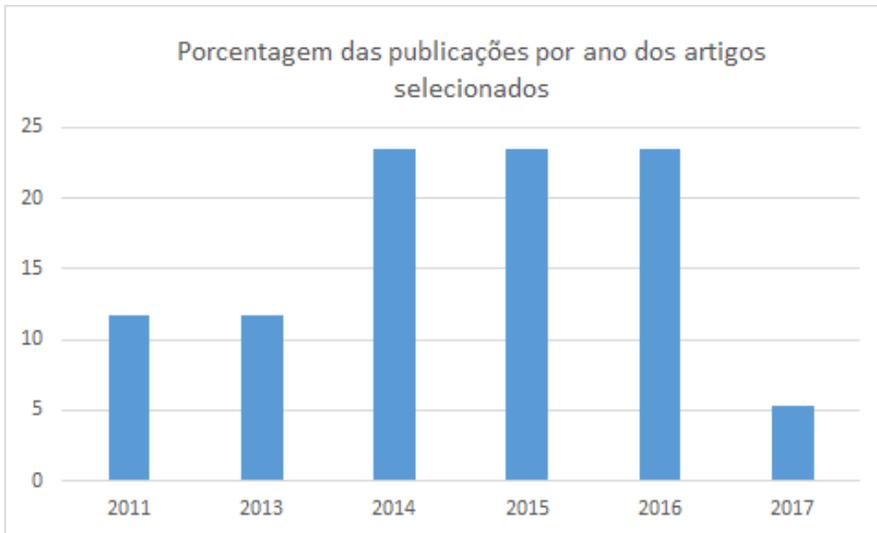


Gráfico 1. Gráfico com relação em porcentagem das publicações por ano dos artigos selecionados.

Fonte: Elaboração própria.

A respeito dos tipos de violência a maioria dos estudos relataram como prevalente a violência psicológica (FISCHER *et al*, 2013; WOOLHOUSE *et al*, 2011; URQUIA *et al*, 2011; SORBO *et al*, 2014; FINNBOGADÓTTIR, 2016a, 2016b; DESMARAIS *et al*, 2014; ISLAM *et al*, 2017; PARYS *et al*, 2015), seguido por violência física (EDHBORG *et al*, 2015; KABIR *et al*, 2014). Em cinco artigos não foi especificado a forma mais prevalente (DIBABA, FANTAHUN, HINDIN, 2013; LUKASSE *et al*, 2015; ANDERSON e PIERCE, 2015; DODGSON, FRANCES, CHOI, 2014; KITA S *et al*, 2016a, 2016b). A violência sexual não se mostra prevalente em nenhum dos artigos selecionados. (Tabela 1).

Com relação ao período em que ocorreu a violência, dois artigos analisaram a violência antes e durante a gravidez demonstrando a que ocorre antes como sendo a mais prevalente (DESMARAIS *et al*, 2014, PARYS *et al*, 2015). Os autores Dogson (2014) e Edhborg (2015) relatam a violência sofrida antes da gravidez incluída na cultura dos países. Cinco artigos relacionam a depressão com a violência sofrida durante a gestação. (DIBABA, FANTAHUN, HINDIN, 2013, FINNBOGADÓTTIR, 2016a, 2016b, KITA S *et al*, 2016a, 2016b), sendo que um artigo destaca a violência sexual como a mais incidente durante a gestação totalizando cerca de 14% do total de entrevistadas (FISCHER *et al*, 2013). Em outro estudo foi relatado o abuso 12 meses após o parto por cerca de 41% das mulheres entrevistadas (WOOLHOUSE *et al*, 2011). Somado a isso, o artigo (KABIR *et al*, 2014) analisa a violência ocorrida durante e após a gestação caracterizando a após como mais frequente.

Observou-se que a violência do parceiro íntimo durante a gestação é menor em países mais desenvolvidos do que em países com recursos limitados como Bangladesh,

Tailândia rural e Peru rural (FISCHER *et al*, 2013). Segundo um estudo no oeste do Canadá, 84% sofreram algum tipo de abuso do parceiro antes da gravidez e 70% relataram sofrer abuso durante a gestação (DESMARAIS *et al*, 2014), sendo constatado que essa violência tende a propiciar uma falha no contato entre mãe e filho após o parto (KITA *et al*, 2016a, 2016b). Mulheres submetidas a violência física pelo parceiro após o nascimento possuem três vezes mais chance de desenvolver sintomas depressivos 6 a 8 meses pós-parto (PARYS *et al*, 2015) Verificou-se também um risco de violência doméstica aumentado em 8,4 vezes, por ser mãe solteira ou viver separada do parceiro (FINNBOGADÓTTIR, 2016a, 2016b). Cerca de 52% relataram violência do parceiro 6 a 8 meses após o parto (KABIR *et al*, 2014).

A maioria dos artigos abordam a depressão pós-parto associada a casos de violência do parceiro durante ou após a gestação. Um estudo realizado na Austrália constatou-se que de todas as entrevistadas 16% relataram sintomas depressivos após 12 meses o parto, sendo que 40% também relataram terem sofrido violência do parceiro (WOOLHOUSE *et al*, 2011). J outro estudo traz a relação entre depressão e a violência do parceiro antes, durante e após o parto, destacando que a depressão é maior durante a gestação do que no pós parto (ISLAM *et al*, 2017). Houveram casos em que as mães relataram depressão antes de estarem gestantes (SORBO *et al*, 2014) , no entanto em outro estudo apontou-se uma maior prevalência durante o terceiro trimestre de gestação. (EDHBORG *et al*, 2015). Encontraram-se casos de depressão em adolescentes porém não foram constatados como resultantes de violência do parceiro (ANDERSONePIERCE, 2015). Observou-se que a depressão durante a gestação não depende da idade, paridade ou período gestacional ao contrário da depressão pós natal que varia com a escolaridade e se a gravidez foi desejada ou não (DIBABA , FANTAHUN , HINDIN, 2013). Constatou-se uma negligência quanto ao rastreio da depressão no período pré-natal e uma subnotificação doscasos de violência (DODGSON, FRANCES, CHOI, 2014).

4 | DISCUSSÃO

Dentre os artigos analisados, pode-se observar que a prevalência da violência durante a gestação se articula com eventuais consequências físicas, psíquicas, emocionais, morais e sociais - aspectos que podem fundamentar uma relação casuística da violência como agente desencadeante da depressão. Além disso, constatou-se que o estudo em questão - após engendrar a integração de informações relacionadas a esse tipo de violência - evidenciou a incidência desse ato numa esfera global, considerando-se as particularidades de cada país e de sua nação.

A partir disso, denota-se que a violência contra a gestante corresponde a um problema de saúde pública, condição convergente com os estudos elucidados por Oliveira PS *et al*, 2016. Ademais, é possível inferir que a violência durante a gestação consiste num fato cuja

prevalência é mundial, abrangendo diversos países, nas mais variadas culturas, uma vez que conforme os resultados, 35,2% dos artigos analisados advinham da Ásia, enquanto 29,4% eram da Europa, por 23,5% da América do Norte e África e Oceania somavam 5,8%. O estudo deste trabalho enfatiza as diferentes formas de violência, ressaltando as violências emocional e psicológica como predominantes nos artigos selecionados (KABIR, Nasreen and Edhborg, 2014; WOOLHOUSE, *et al.*, 2011; URQUIA, *et al.*, 2011; FISCHER *et al.*, 2013; SORBO *et al.*, 2014; FINNBOGADÓTTIR, 2016; DESMARAIS *et al.*, 2014; ISLAM *et al.*, 2017; PARYS *et al.*, 2015). Tal aspecto é consonante às informações explanadas no estudos de Reid *et al.* (2007) e Oliveira *et al.* LCQ (2015).

Paralelamente, salienta-se que a agressão praticada pelo parceiro íntimo se configura como o causador mais significativo no que tange aos percentuais da violência contra a gestante (WOOLHOUSE *et al.*, 2011; ISLAM *et al.*, 2017; EDHBORG *et al.*, 2015; KABIR *et al.*, 2014; PARYS *et al.*, 2015; DESMARAIS *et al.*, 2014; FISCHER *et al.*, 2013), uma vez que se constata que tal fato se articula - direta ou indiretamente proporcional às boas condições de vida - com os fatores socioeconômicos, culturais, grau de escolaridade, uso de drogas lícitas e ilícitas, faixa etária e dependência econômica (PARYS *et al.*, 2015; FINNBOGADÓTTIR, 2016; EDHBORG *et al.*, 2015; URQUIA, *et al.*, 2011; WOOLHOUSE *et al.*, 2011; KABIR *et al.*, 2014; KITA, *et al.*, 2016; ANDERSON e PIERCE, 2015), corroborando com os achados de Teixeira *et al.*, 2016. Ainda em relação a este último estudo, convém salientar que as questões de gênero fomentam a intensificação da violência contra a mulher, circunstância que é acompanhada pela constância ou agravamento das agressões durante a gestação (EDHBORG *et al.*, 2015; PARYS *et al.*, 2015; FINNBOGADÓTTIR, 2016; URQUIA, *et al.*, 2011; WOOLHOUSE *et al.*, 2011). Por conseguinte, pode-se ter o reflexo de vários problemas no que se refere à saúde da mulher e da criança.

A violência com parceiro íntimo está associado ao aumento do risco de transtornos de ansiedade, distúrbios alimentares, ataques de ansiedade, nervosismo, problemas de concentração, disfunções sexuais, medo da intimidade, perda de auto-estima, queixas psicossomáticas (...) (PARYS, *et al.*, 2015).

Numa análise mais generalizada, averigua-se que o ato violento se enquadra como um potencializador das repercussões de estresse não somente na mulher, deflagrando o transtorno pós-traumático e transtorno obsessivo-compulsivo, mas também no filho, que pode ser prematuro e/ou nascer com baixo peso (URQUIA, *et al.*, 2011; PARYS, *et al.*, 2015; FINNBOGADÓTTIR, 2016; KITA, *et al.*, 2016; DOGSON, *et al.*, 2014; KABIR, *et al.*, 2014; ANDERSON e PIERCE, 2015). Esta consideração delimita os impactos a longo prazo instituídos pela violência durante a gravidez (PARYS, *et al.*, 2015; FINNBOGADÓTTIR, 2016; EDHBORG *et al.*, 2015; WOOLHOUSE *et al.*, 2011; URQUIA, *et al.*, 2011; KITA, *et al.*, 2016; ANDERSON e PIERCE, 2015)

No que se refere ao panorama das consequências psíquicas por conta da agressão,

é primordial enfatizar a incidência da depressão pós-parto (DPP). Esta, por sua vez, arquitetada-se como um “transtorno de humor que pode começar a qualquer momento durante o primeiro ano após parto” (BECK & GABLE, 2001, p.243). No entanto, quando se trata de gestantes adolescentes a “DPP pode ser deflagrada em 3 meses do período gestacional” (HUDSON, ELEK, & CAMPBELL-GROSSMAN, 2000), condição que se articula com o que foi explicitado no estudo de ANDERSON e PIERCE (2015). Este artigo também enaltece a informação de que a depressão preexistente pode “desencadear a gravidez em idade precoce” (ESHBAUGH, 2006; Schmidt et al, 2006) e “aumento do risco de gravidez de repetição” (BARNET, et al., 2008). Em consonância, evidencia-se que essas informações foram abarcadas nos artigos analisados (ANDERSON e PIERCE, 2015; URQUIA, *et al.*, 2011; WOOLHOUSE, *et al.*, 2011).

Na esfera da lógica epidemiológica, enaltece-se que as diferenças econômicas entre os países estudados culminam em distintos índices de violência, visto que “a prevalência de violência contra mulheres grávidas é menor, 13,3%, nos países desenvolvidos, em comparação com 27,7% nos países menos desenvolvidos” (FINNBOGADÓTTIR, 2016b, p. 2). Além disso, é possível salientar que na maioria dos estudos contemplados, as mulheres vítimas de agressão eram jovens adultas (idade média 20 anos) e múltiparas (KITA, *et al.*, 2016; KABIR, *et al.*, 2014; FINNBOGADÓTTIR, 2016), dado que se encontra em consonância com o explicitado nos artigos por REID et al, 2007.

Diante do que foi exposto, constata-se que é primordial enfatizar a necessidade de fomentar intervenções, na área da saúde, para fundamentar acompanhamento periódico médico e assistencial com o intuito de minimizar os efeitos deletérios causados e potencializados pela violência durante a gestação (PARYS, *et al.*, 2015). Outrossim, destaca-se que é preciso continuar e estimular a elaboração de trabalhos e estudos que abrangem o rastreamento das vítimas de violência gestacional, haja vista que tal estratégia contribuirá - significativamente - para a instauração de medidas intervencionistas precoces e mais eficientes, já que o ser humano tem que ser visto na sua integralidade (Lei Nº 8080/90) e contemplado com o direito inalienável da saúde como valor social (ONU, Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados encontrados para elaboração desta revisão integrativa, é possível afirmar que a violência contra a gestante é um problema de saúde pública com prevalência mundial e que afeta diversas culturas. Os dados epidemiológicos apontam maiores taxas de violência gestacional em países subdesenvolvidos, tendo como maior parte das vítimas, mulheres adultas (idade média de 20 anos) e múltiparas.

Verificou-se que a gestante pode sofrer diversos tipos de violência, no entanto, tem-se um predomínio da violência emocional e psicológica seguido por violência física.

Constatou-se que uma das formas de violência, a agressão exercida pelo parceiro íntimo, é um potencializador das repercussões de estresse tanto para a mãe quanto para o filho. Tais repercussões de estresse podem ser responsáveis pelos distúrbios maternos neurológicos, psicológicos e fisiológicos, além de, oferecer alto risco de prematuridade e baixo peso ao nascer para o filho. Há evidências que, a relação mãe - filho, fica comprometida quando a mãe sofre algum tipo de violência durante o período gestacional.

Tendo como referência os achados para a elaboração desse artigo, é notável que a incidência da depressão pós- parto está associada a casos de violência do parceiro durante ou após a gestação. Os estudos enfatizam que as mulheres submetidas a violência física pelo parceiro após o nascimento da criança possuem três vezes mais chance de desenvolver sintomas depressivos.

Conforme os conhecimentos expostos por esse estudo é válido concluir que a violência gestacional é sim um fator desencadeante para a depressão.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**.5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014, p.155.

ANDERSON C.A., PIERCE L. **Depressive Symptoms and Violence Exposure: Contributors to Repeat Pregnancies Among Adolescents**. J Perinat Educ. 2015; 24(4):225-38.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, DF, 2016.

BRASIL. Congresso Nacional.Lei n. 11.340de 2006. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF.

CUNNINGHAM, F. G. *et al.* **Obstetrícia de Williams**. 23.ed. Porto alegre: AMGH, 2012.

DESMARAIS, S. L.; PRITCHARD A.; LOWDER E.M. *et al.* **Intimate partner abuse before and during pregnancy as risk factors for postpartum mental health problems**. Bmc Pregnancy And Childbirth,abr. 2014.

DIBABA, Y.; FANTAHUN, M.; HINDIN, M. J. **The association of unwanted pregnancy and social support with depressive symptoms in pregnancy: evidence from rural Southwestern Ethiopia**. BMC Pregnancy and Childbirth, 24 jun. 2013.

DODGSON, J.E.; ONEHA, M.F; CHOI, M. **A Socioecological Predication Model of Posttraumatic Stress Disorder in Low-Income, High-Risk Prenatal Native Hawaiian/Pacific Islander Women**. Journal Of Midwifery & Women's Health. Arizona, set. 2014.

DUNCAN, B. *et al.* **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

- EDBORG M; NASRENN HE; KABIR, ZN. **“I can’t stop worrying about everything” – Experiences of rural Bangladeshi women during the first postpartum months.** Int. J. Qual Stud Health Well-being, 14 jan. 2015.
- FINNBOGADÓTTIR, H; DYKES, A,K. **Increasing prevalence and incidence of domestic violence during the pregnancy and one and a half year postpartum, as well as risk factors: -a longitudinal cohort study in Southern Sweden.** Bmc Pregnancy And Childbirth, 2016a.
- FINNBOGADÓTTIR, H; DYKES, A,K; WANN-HANSSON, C. **Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: a longitudinal cohort study in the south of Sweden.** Bmc Pregnancy And Childbirth, 17 ago. 2016b.
- FISHER, J.; TRAN T. D.; BIGGS, B. *et al.* **Intimate partner violence and perinatal common mental disorders among women in rural Vietnam.** Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, 1 mar. 2013.
- VENTURI, G.; RECAMÁN, M.; OLIVEIRA, S. **A mulher brasileira nos espaços público e privado.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.
- FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário Aurélio.** Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1975.
- ISLAM, M. J.; BROIDY, L.; BAIRD, K.; MAZEROLLE, P. **Intimate partner violence around the time of pregnancy and postpartum depression: the experience of women of Bangladesh.** Plos one, 4 mai. 2017.
- KABIR, Z.N.; NASREEN, H; EDHBORG, M. **Intimate partner violence and mental health: Intimate partner violence and its association with maternal depressive symptoms 6-8 months after childbirth in rural Bangladesh.** Global Health Action. Huddinge, Sweden, p. 1-7. 12 set. 2014.
- KITA, S.; HARUNA, M.; MATSUZAKI, M. *et al.* **Associations between intimate partner violence (IPV) during pregnancy, mother-to-infant bonding failure, and postnatal depressive symptoms.** Arch Womens Ment Health. Viena, Austria,p. 623-634. 23 jan. 2016.
- KITA, S.; HARUNA, M.; HIKITA N. *et al.* **Development of the Japanese version of the Woman Abuse Screening Tool-Short.** Nursing & Health Sciences, 18 jul. 2016.
- KLAININ, P.; ARTHUR, D.G. **Postpartum depression in Asian cultures: A literature review.** International Journal Of Nursing Studies, out. 2009.
- LUKASSE, M.; Schroll A,M.;Karro H.*et al.* **Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries.** Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica, 3 mar. 2015.
- MONTEIRO, C.F.S.; VELOSO, L.U.P.; MONTEIRO, M.S.S.; **VIOLÊNCIA CONTRA MULHER DURANTE A GRAVIDEZ: um risco duplo.** In:VI CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL. Teresina, PI, 2009. Anais da 4º mostra de trabalhos em saúde pública, 2010.
- NETO, M. R. L.; ELKIS, H. *et al.* **Psiquiatria básica.** 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

OLIVEIRA, L.C,Q *et al.* **Violência por parceiro íntimo na gestação: identificação de mulheres vítimas de seus parceiros.** Revista Gaúcha de Enfermagem, 2015.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Acesso em 25.jun.2017. Disponível em<<http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>> Acesso em 22. jun.2017.

PUCCIA M.I.R.; Mamede M.V. **Revisão integrativa sobre a violência por parceiro íntimo na gestação.** Rev Eletr Enferm [Internet]. 2012.

REID, V.; MEADOWS-OLIVER, M. **Postpartum Depression in Adolescent Mothers: An Integrative Review of the Literature.** Journal Of Pediatric Health Care, set. 2007.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica.** 9.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SORBO, M.F.; GRIMSTAD, H.; BJØRNGAARD, J.H. *et al.* **Adult physical, sexual, and emotional abuse and postpartum depression, a population based, prospective study of 53,065 women in the Norwegian Mother and Child Cohort Study.** BMC Pregnancy And Childbirth, 8 set. 2014.

TEIXEIRA, S.V.B *et al.* **Intimate partner violence against pregnant women: the environment according to Levine's nursing theory.** Revista da Escola de Enfermagem da Usp, dez. 2015.

URQUIA, M.L.; O'CAMPO, P.J.; HEAMAN, M. I. *et al.* **Experiences of violence before and during pregnancy and adverse pregnancy outcomes: An analysis of the Canadian Maternity Experiences Survey.** BMC Pregnancy And Childbirth, 2011.

VAN PARYS, A.; DESCHEPPER, E.; MICHELSEN, K. *et al.* **Intimate partner violence and psychosocial health, a cross-sectional study in a pregnant population.** BMC Pregnancy And Childbirth, 11 nov. 2015. Springer Nature.

WOOLHOUSE, H.; GARTLAND, D.; HEGARTY, K. *et al.* **Depressive symptoms and intimate partner violence in the 12 months after childbirth: a prospective pregnancy cohort study.** BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates.** 2017. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>> Acesso em 24.jun.2017.

WEBSTER, J.; CHANDLER, J.; BATTISTUTA, D. **Pregnancy outcomes and health care use: effects of abuse.** Am J Obstet Gynecol, 1996.

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO FORMA DE MANIPULAÇÃO DOS CORPOS FEMININOS

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 03/03/2021

Ariene de Sousa de Almeida

Graduanda do 9º semestre do curso de Direito pela faculdade Ideal/FACI, Diretora de Comunicação da Clínica de Direitos Humanos da FACI Ananindeua
<http://lattes.cnpq.br/9746148258949141>

Sandra Suely Moreira Lurine Guimarães

Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Pará
Professora da Faculdade FACI Belém
<http://lattes.cnpq.br/5446022928713407>

RESUMO: Desde o início da humanidade se ouve falar em violência, o primeiro homicídio relatado em um dos livros mais antigos, a bíblia, foi entre Caim e Abel, dois irmãos. No decorrer do tempo, essas violências assumiram múltiplas formas, tornando-se assim um fenômeno difuso, presente em todas as sociedades. Historicamente as mulheres têm sido alvo das mais diversas formas de violência, além de terem sido sistematicamente consideradas inferiores aos homens. O presente estudo, por meio de uma pesquisa bibliográfica, tem como objetivo, discutir uma modalidade específica de violência contra a mulher, qual seja, a violência obstétrica. Dessa forma, buscou-se discutir como a violência a qual a mulher é submetida no momento do

parto, represente uma manipulação violenta do seu corpo, além de comprometer a sua autonomia da vontade, especialmente porque é um momento que ela se encontra em estado de vulnerabilidade. Essa forma de violência tem suas raízes em uma cultura patriarcal, na qual o corpo da mulher é constantemente controlado por homens, especialmente em razão do saber médico. Assim, as mulheres buscam desconstruir o olhar machista sobre si e destacar os seus direitos duramente adquiridos.

PALAVRAS-CHAVE: Parto Humanizado. Violência Obstétrica. Autonomia da vontade.

OBSTETRIC VIOLENCE AS A WAY TO MANIPULATE FEMALE BODIES

ABSTRACT: Since the beginning of humanity, violence has been heard, the first homicide reported in one of the oldest books, the bible, was between Cain and Abel, two brothers. Over time, these violence took on multiple forms, thus becoming a diffuse phenomenon, present in all societies. Historically, women have been the target of the most diverse forms of violence, in addition to being systematically inferior to men. The present study, through a bibliographic search, aims to discuss a specific modality of violence against women, namely, obstetric violence. Thus, we sought to discuss how the violence to which the woman is subjected at the time of childbirth, represents a violent manipulation of her body, in addition to compromising her autonomy of the will, especially because it is a moment that she is in a state of vulnerability. This form of violence has its roots in a patriarchal culture, in which the woman's body is constantly controlled by men,

especially because of the medical saber. Thus, women seek to deconstruct the macho view of themselves and highlight their hard-won rights.

KEYWORDS: Humanized Childbirth. Obstetric Violence.

1 | INTRODUÇÃO

A violência caracteriza-se como um grave fenômeno social cuja manifestação empírica tem sido mais visibilizada, de modo a se tornar objeto de investigação acadêmica, como é o caso da violência obstétrica. Ao longo da história e nos dias atuais, a violência contra a mulher, nas suas mais variadas formas, ganhou caráter endêmico, fazendo-se cotidianamente presente em comunidades e países de todo o mundo, sem discriminação social, racial, etária ou religiosa, embora algumas formas incidam mais em mulheres que se encontram em situação de vulnerabilidade social, psicológica, dentre outras.

Por muito tempo as mulheres vivenciaram completamente subjugadas ao machismo da sociedade, até obter por meio de lutas das mulheres direitos de fala, voto e assim paulatinamente têm conquistado a autonomia da vontade. Todavia, malgrado algumas conquistas, não há que concluir que se tenha alcançado a condição desejável. Isto porque continua imperando na sociedade em que vivemos nos dias atuais, novas formas de violência, ou pelo menos sua visibilidade, como ocorre na hora do parto. Neste momento, é comum que a mulher seja inferiorizada, posto que sequer é ouvida sobre os procedimentos, que tenha seus direitos violados e seu corpo objetificado, o que configura a denominada violência obstétrica, de modo que a autonomia da mulher no momento do parto é completamente negada.

Algumas situações onde ainda podemos destacar o machismo diz respeito ao corpo da mulher, os “padrões” que devem seguir, as importunações sofridas em ambientes públicos, como se fossem troféus onde requerem a “admiração” de outras pessoas. Ser mulher na sociedade brasileira chega a ser um risco, risco de sofrer violências, seja em um ambiente profissional, familiar ou qualquer outro lugar onde está esteja, tanto que faz-se necessário leis que assegurem as mulheres em diversos aspectos, como a Lei Maria da Penha, que visa assegurar a mulher no âmbito familiar, e na própria política, onde há lei destinada a influenciar mulheres a serem candidatas (Art. 93-A, lei 9.504/97), ainda assim, as mulheres ocupam menor espaço na política, talvez pela ficção de que tal cargo seja melhor desempenhado por homens. A violência durante o parto ocorre em diversas formas de manifestações, configurando a violência obstétrica, lugar onde a mulher encontra-se vulnerável dado a situação em que se encontra. São diversos atos praticados no momento do parto, que configuram a violência obstétrica. Trata-se de uma modalidade ainda pouco discutida e, não muito conhecida por grande parte das mulheres e seus familiares. Nesse sentido o presente estudo, por meio de pesquisa bibliográfica, objetiva discutir como a manipulação dos corpos femininos na sociedade, inclusive no momento do parto, onde

configura uma forma específica de violência. Dada a enorme incidência dessa forma de violência, é imperioso o debate tanto acadêmico, quanto na sociedade em busca do parto humanitário, para que o parto traduza em momento de felicidade e não de martírio, que deixa marcas indeléveis no corpo e na subjetividade da mulher. É preciso que fique bastante claro, os limites entre o exercício da sua profissão do médico e a autonomia da mulher e não manipulação naturalizada do seu corpo.

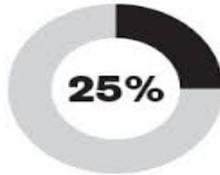
2 | SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Até o final do século XVIII, o parto era uma espécie de ritual que envolvia unicamente mulheres, portanto uma relação simétrica de poder, entre a parturiente e a parteira, realizado no ambiente doméstico. Todavia com o advento do saber-poder médico, o parto que fora um evento natural, fisiológico, e feminino passa a ser um acontecimento médico, artificial, e masculino. No momento do parto, são realizadas várias intervenções sobre o corpo feminino, dentre as quais destaca-se a episiotomia, certamente uma forma de manifestação do biopoder sob a forma de controle sobre o corpo e a vida da mulher e que é realizada sem qualquer consentimento por parte da parturiente. Assim, por meio das técnicas disciplinares do biopoder, como poder que gere a vida como forma de “fazer viver” e “deixar morrer”, as intervenções que ocorrem no momento do parto acarretam a violência obstétrica

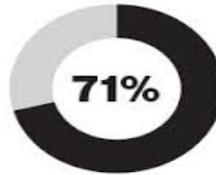
A violência obstétrica é um fenômeno que já ocorre há algumas décadas na América Latina, podendo ocorrer contra a mulher grávida, bem como aos seus familiares em instituições de saúde, em qualquer momento da gravidez, desde as primeiras consultas ao parto ou aborto, incluindo a falta ou a introdução de medicamentos sem o consentimento da gestante. Países como Argentina e Venezuela, avançaram no que diz respeito à matéria, criando leis que definem com clareza o que é a violência obstétrica. No Brasil, somente em 2014 foi proposto um projeto de lei (Lei 7.633/2014) que tratasse sobre a violência, no entanto, até os dias atuais, não há aprovação de tal projeto. O Estado do Tocantins, na falta de lei geral, buscou regulamentar o que seria a violência obstétrica na lei nº 3.385 de 2018, “Art. 2º Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pela equipe multiprofissional do hospital, da maternidade e da unidade de saúde ou por um familiar ou acompanhante que ofenda de forma verbal ou física as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período de estado puerperal”.

O ALCANCE DA VIOLÊNCIA

Vários dos problemas no Brasil ocorrem por tradição. Muitos hospitais persistem em práticas antiquadas



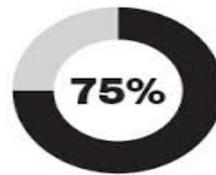
das brasileiras que deram à luz afirmam ter sido desrespeitadas na gestação ou no parto



não tiveram direito a acompanhante. O acompanhamento é previsto em lei desde 2005



não tiveram acesso a procedimentos não medicamentosos para alívio da dor, como banho quente



não receberam alimentação durante o trabalho de parto. A alimentação é aconselhada pela OMS

Fonte: <https://epoca.globo.com/vida/noticia/2015/08/vitimas-da-violencia-obstetrica-o-lado-invisivel-do-parto.html>.

No Brasil, uma a cada 4 (quatro) mulheres já sofreram algum tipo de violência obstétrica, o termo utilizado não agrada alguns profissionais da saúde, que preferem descrever como “imperícia” ou “negligência”, mas não pode afirmar que a descrição é correta quando analisados casos de violência nesse ambiente, apesar de que pode-se destacar a negligência por parte desses profissionais em não oferecer o devido atendimento a paciente e devido aos danos que está podendo sofrer sob responsabilidade do profissional.

A violência contra a mulher é definida como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, causando morte, dano ou sofrimento de ordem física, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher, 1996, p. 6) e a obstetria como “apropriação dos corpos e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, e se

expressa em trato desumanizador, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais” (Dossiê da Violência Obstétrica: Parirás com dor, 2008) podem se dar por abusos verbais e físicos, submetendo as mulheres a métodos que poderão lhe causar dores ou que vão contra sua vontade, como a insistência em um parto normal quando não é possível e a manobra de kristeller, (força “extra” no abdômen para que o parto tenha uma duração mais curta), além da Episiotomia, incisão realizada na vulva, sem o consentimento da paciente, “Quando eu ouvi ele pedindo o bisturi, meu Deus, quase morri! Eu pedi para que não fizesse a episio, mas ele me respondeu: ‘O seguro morreu de velho. Quem manda aqui sou eu.’” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 83).

Alguns estudos revelam que a episiotomia tem efeito de provocar ou agravar incontinência urinária, fecal e de flatos. Há ainda a realização do “ponto do marido”, para deixar a vagina mais apertada, fazendo uma costura além do corte realizado, preservando o prazer masculino, podendo acarretar mais dor durante a relação sexual (para a mulher) e infecção. Outros estudos ainda mostram que mulheres que não sofreram episiotomia tiveram menos trauma no períneo, precisaram levar menos pontos, com uma melhora mais rápida do tecido. Os fatos citados acima chegam a ser irônico tendovista que o parto natural(normal) é o mais indicado, visando, inclusive, a melhor recuperação da mãe, além do que, no parto natural, a mãe busca seguir a vontade do nascituro, buscando um parto mais confortável a ela e ao filho.

Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar revelam que os planos de saúde, no Brasil, fazem três vezes mais cesarianas do que a média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), superando índices do Chile, México e Turquia. O relatório aponta que entre os anos de 2014 e 2015, 85,1% dos 1,1 milhão de partos realizados por planos de saúde foram cirúrgicos. Em boa medida, essa tendência revela uma preocupação não com a figura da mulher, mas sim com a ansiedade dos profissionais de saúde em reduzir o tempo do parto a todo custo, bem como à interpretação errônea de dados de monitoração fetal contínua. De acordo com Knobel e Buchele, o aumento considerável do número de cesarianas nos últimos anos leva a crer que o procedimento passou a ser rotineiro e realizado sem indicação médica séria e precisa.” (Wermuth, Gomes e Nielsson. Pag. 89, 2016). No entanto, em alguns momentos, como pela situação em que o nascituro se encontra ou quando a vida da mãe corre risco, o mais indicado é a realização de uma cesariana, mas apesar disso, os profissionais insistem no parto natural (ou normal), fato que ocorreu na Santa Casa de Misericórdia do Pará, em Belém, onde a família da grávida, que residia no interior do Estado, informou que a criança deveria nascer por meio de cesariana devido a problema que a mesma teria, segundo os jornais de grande circulação do Estado, os profissionais forçaram a mãe a fazer força para que o parto fosse normal, o que acabou acarretando o óbito da criança, após está ter sua cabeça supostamente arrancada, que, segundo laudo do IML (Instituto Médico Legal), o óbito decorreu de asfixia, após o fato, os profissionais precisaram fazer uma cesariana para

retirar a criança, já em óbito, de dentro da mãe, dando a esta, além da cicatriz sentimental, a física, quando ambas poderiam ser evitadas se os profissionais oferecessem mais atenção aos seus pacientes.

As violências tem mais frequentes quando a mãe é menor de idade, pobre e preta, pode-se ainda indagar o fato do uso do Sistema Único de Saúde e pelo esgotamento desse sistema público, no entanto, a Portaria 1.820/09 do Ministério da Saúde assegura à todos, “na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor...”, ressalta-se, ainda, que um tratamento diferenciado e com violência fere, inclusive, o Código de Ética dos profissionais da Saúde, apesar disso, a responsabilidade do Governo não deve ser afastada, tendo em vista que a falta de mais profissionais da saúde para revezar nos plantões e a falta de recursos para que isso seja possível, é de inteira responsabilidade deste.



Fonte: http://sites.uai.com.br/app/noticia/saudeplena/noticias/2013/12/09/noticia_saudeplena,146713/autor-de-documentario-a-dor-alem-do-parto-afirma-que-violencia-obste.shtml.

A violência ainda se estende a falta de privacidade da paciente, bem como a negação de internações nas instituições de saúde, o que ocorreu em novembro de 2019 uma mulher deu a luz em uma calçada após não receber atendimento nos hospitais em Belém do Pará, segundo o jornal O Globo. Segundo os dados do Ministério da Saúde, cerca de 64,86% dos óbitos maternos em 2014 eram de mulheres pretas ou pardas, correspondente a 1.128 mulheres, o que nos leva a questionar se as violências sofridas por essas mulheres não fazem distinção a cor, na maioria das vezes e até classe social, expandindo o racismo ainda no ambiente onde o ser humano em geral deveria se sentir mais assegurado.

3 I AS RAÍZES DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Alguns autores retratam que a passagem bíblica de Gênesis 3, em seu versículo 16, afirma que o parto deve ser um momento de sofrimento para mulher devido ao pecado de Eva ao provar do fruto proibido, em razão disso as mulheres sofrem violência no parto, reforçando a ideia da sociedade machista, que busca cobrir as violências praticadas contra as mulheres na religião e costume. “...uma das obrigações das mulheres era redimir o erro cometido por Eva: devem sofrer com paciência as incomodidades da prenhez e as dores do parto como pena do pecado” (Pe. ARCENIAGA, séc. XVII, apud DEL PRIORI, 2014, p. 115).

A dor do parto pode ser comparada a vários ossos quebrados, o que possivelmente seria o castigo divino, não se tratando das violências praticadas contra as mulheres no momento do parto ou dando a alguém o direito de ferir sua integridade. Vale ainda ressaltar a diferença de mulheres que sofrem a violência obstétrica, o que pode ser desde logo percebido quando faz referência as mulheres pardas ou negras, que em sua grande maioria já sofreram esse tipo de violência, o que nas palavras de Mesquita e Mourão, pode ser definido como “fruto do racismo institucional que tem como resultado a negligência médica”.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), recomenda que a taxa de cesárea varie entre 10% a 15% dos partos hospitalares. Contudo, na contramão dessa indicação da OMS, no Brasil, de acordo com o DATASUS, o percentual de cesárea é de 53,88%, chegando a 55% na população em geral. É preciso ressaltar que esse percentual varia entre os sistemas público e privado de saúde, de modo que apresentam uma ocorrência de aproximadamente 40% e 85% respectivamente. O percentual indicado pela OMS, não é aleatório, e está pautado em estudos que apontam que um nível de cesárea superior a 15% não representa redução da moralidade materna, assim como não resulta em melhores desfechos de saúde para mãe e criança.

Nesta perspectiva, nossa inquietação consistiu em questionar o que justifica que no Brasil, a prática da cesárea que encerra múltiplas formas de violência obstétrica, seja tão reiterada, ao ponto de atingir níveis tão elevados? Uma hipótese provável concerne ao fato do Brasil ser uma sociedade com suas raízes fincadas numa cultura patriarcalista na qual por muito tempo inexistiu a ideia de uma autonomia feminina. Demais disso, o discurso médico de um saber sobre o corpo decide, de forma unilateral, o que é mais adequado no momento do parto sem que haja qualquer participação do sujeito mais interessado, a parturiente

Por essa razão, é preciso considerar, a autonomia feminina, os direitos da mulher instituídos no Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher, que destaca quais os tipos de violências as mulheres estão suscetíveis de sofrer, bem como analisar a falta de responsabilidade no âmbito jurídico dos profissionais da saúde e

do Estado.

4 | CONCLUSÃO

A dominação masculina sobre as mulheres se manifesta sob as mais diversas formas. Uma delas ocorre na manipulação dos seus corpos, como é o caso da violência obstétrica na qual, em regra, a autonomia da mulher é ignorada, sendo submetida aos procedimentos mais invasivos e violentos.

O parto é um momento único na vida de uma mulher, de modo que os profissionais deveriam trabalhar para torná-lo mais natural e humano possível. Assim, algumas vezes, apenas o acolhimento, a atenção, e o mais importante, a humanização pode facilitar o parto e a memória positiva desse momento à mãe. Todavia, grande parte das grávidas, na hora do parto, recebem um tratamento massificado, de modo que ela se sente só, desprotegida e expostas às mais diversas formas de violência. Que vão de ofensas verbais, analgesia, episiotomia dentre outras. Assim, pugna-se pela responsabilização dos profissionais causadores da violência obstétrica, assim como do Estado, garantindo a mulher o direito a justiça contra aqueles que violaram seu corpo.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaina Marques de. Violência institucional em maternidade pública: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2010. Disponível em: <http://www.apublica.org> Acesso em 13/07/2020

ANDRADE B P ;AGGIO CM. **Violência Obstétrica: a dor que cala**. Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas; 2014. Universidade Estadual de Londrina, 27-29 Maio 2014; Londrina, Paraná.

BRASIL. Ministério da Saúde. Óbitos Maternos. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS**, 2017. Disponível em: <http://datasus.gov.br>. Acesso em setembro de 2020

CAVALCANTE, Luciana, “Bebê cuja cabeça teria sido arrancada no parto morreu de asfixia, diz laudo.”– Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2020/11/20/bebe-que-teve-a-cabeca-arrancada-no-parto-morreu-por-asfixia-aponta-laudo.htm?cmpid=copiaiecola>. Acesso em 20/02/2021.

CONSELHO REGIONAL de MEDICINA do Pará investiga caso de mulher que deu à luz em calçada de Belém. Disponível em <<https://g1.globo.com/pa/para/noticia/2019/11/17/crm-do-para-investiga-caso-de-mulher-que-deu-a-luz-em-calcada-de-belem.ghtml>>. Acesso em 02/07/2020.

FONEITE, J; FEO,A; MERLO, J.T. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. Rev Obstet Ginecol Venez. V.72,n.1, 2012.

GUTMAN, Laura. A maternidade e o encontro com a própria sombra. Trad. Luís Carlos C. Cabral. Rio de Janeiro: Best Seller, 2015

KOCH, Camila de Oliveira; MACHADDO, Flávia Stringari. "Na hora de fazer não chorou": sobre violência obstétrica no Brasil. In GOSTINSKI, Aline; MARTINS, Fernanda (Org.) Estudos feministas por um direito menos machista. V.2. Florianópolis: Empório do Direito, 2017

LUZ, Amanda; SILVA, Leilane; AOYAMA, Elisângela; LEMOS, Ludmila. **As diversas faces da violência obstétrica no âmbito hospitalar** - P 2 – 4. Disponível em <https://revista.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/222>. Acesso em 02/07/2020.

MESQUITA, Rebeca [1] MOURÃO, Rosália [2] - **Violência Obstétrica e a Diferença de Raças**. Disponível em <https://www.google.com/amp/s/ambitojuridico.com.br/cadernos/outros/violencia-obstetrica-e-a-diferenca-de-racas/amp/>>. Acesso em 02/07/2020.

TIBURI, Marcia. Branca de neve ou corpos, lar e campo de concentração: as mulheres e a questão da biopolítica In: TIBURI, Marcia ; VALE, Barbara (org) Mulheres, filosofia ou coisas do gênero. Santa Cruz do Sul; EDUNISC, 2008

WERMUTH, Miquel Angelo Dezordi; GOMES, Paulo Ricardo Favarin; NIELSSON, Joice Graciele, "Uma análise biopolítica do parto e da violência obstétrica no Brasil". DOI: 10.5102/unijus.v27i2.4273, Dezembro de 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/311688327_Uma_analise_biopolitica_do_parto_e_da_violencia_obstetrica_no_Brasil. Acesso em 20/02/2021

VIOLÊNCIA Obstétrica "Parirás com dor", 2012. Disponível em https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%2520VCM%2520367.pdf&ved=2ahUKEwiFf-i0YjvAhVbD7kGHR92AYMQFjACegQIHxAC&usg=AOvVaw1TpH8rPyQ7_J6woSYReIHG. Acesso em 22/02/2021

CAPÍTULO 12

CASO CLÍNICO DE PACIENTE COM QUADRO DE DEPRESSÃO PROFUNDA: SURTO PSICÓTICO E TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 01/04/2021

Anna Caroliny Carvalho

Faculdade Única de Ipatinga
Ipatinga – MG

<http://lattes.cnpq.br/5159009688674039>

Danielly Santos Paula

Faculdade Única de Ipatinga
Ipatinga – MG

<http://lattes.cnpq.br/0241727850073934>

Emanuelle Junia Faria

Faculdade Única de Ipatinga
Ipatinga – MG

<http://lattes.cnpq.br/1220166028202440>

Fernanda Cordeiro da Neiva

Faculdade Única de Ipatinga – MG
<http://lattes.cnpq.br/7854540541750078>

Janaina Aparecida Alvarenga

Faculdade Única de Ipatinga
Ipatinga – MG

<http://lattes.cnpq.br/6043403084755311>

Karina Aparecida Silva Duarte

Faculdade Única de Ipatinga
Ipatinga – MG

<http://lattes.cnpq.br/8539153641017661>

Karina Rufino Fernandes

Faculdade Única de Ipatinga
Ipatinga – MG

<http://lattes.cnpq.br/9893859040931516>

Karolanda Menezes Vieira

Faculdade Única de Ipatinga
Ipatinga – MG

<http://lattes.cnpq.br/2405471346432049>

Liliane Martins de Araújo

Faculdade Única de Ipatinga
Ipatinga – MG

<http://lattes.cnpq.br/6875485345494703>

Macon Rodrigues Leal

Faculdade Única de Ipatinga
Ipatinga – MG

<http://lattes.cnpq.br/4026596448295840>

Maria Camila Alves Rodrigues

Faculdade Única de Ipatinga
Ipatinga – MG

<http://lattes.cnpq.br/5358336481717113>

Fabiana Figueiredo Beserra

Faculdade Única de Ipatinga
Ipatinga – MG

<http://lattes.cnpq.br/2605132791449270>

RESUMO: O presente trabalho trata-se de uma revisão de literatura e um estudo de caso clínico do paciente, L.C.A internado em um Hospital do Estado de Minas Gerais, com depressão profunda: surto psicótico e tentativa de autoextermínio. A depressão é sinalizada quando em um período contínuo e prolongado o indivíduo fica com o humor deprimido e há perda de interesse e prazer em quase tudo. Nessa situação são comuns sintomas como: falta de ânimo ou prazer, tristeza, irritabilidade, baixa autoestima, dificuldades de concentração de autoagressão e suicídio. Um

episódio depressivo pode ser classificado como leve, moderado ou grave, isso depende do grau dos sintomas. A doença quando diagnosticada e tratada precocemente reduz maiores consequências sociais e pessoais, sendo de grande importância uma avaliação correta dos profissionais de enfermagem tendo olhar humano com intuito de evitar agravamento da doença. É importante as visitas para que paciente não interrompa o tratamento. O presente trabalho tem por objetivo trazer mais informações sobre a doença, através da realização de um levantamento bibliográfico, destacando a importância da assistência de enfermagem a pacientes com depressão, a fim de evitar agravos dessa patologia que podem chegar até ao suicídio. Foi utilizado para levantamento de dados consultas a exames, histórico da doença pregressa em prontuário e entrevistas com o paciente em seu leito e na unidade de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão, Surto Psicótico, Enfermagem, Suicídio, Exames e Diagnóstico de enfermagem.

CLINICAL CASE OF PATIENT WITH DEEP DEPRESSION FRAMEWORK: PSYCHOTIC OUTBREAK AND ATTEMPTED SELF-EXTERMINATION

ABSTRACT: The present work is a literature review and a clinical case study of the patient, L.C.A admitted to a Hospital in the State of Minas Gerais, with profound depression: psychotic break and attempted self-extermination. Depression is signaled when, in a continuous and prolonged period, the individual is in a depressed mood and there is a loss of interest and pleasure in almost everything. In this situation, symptoms such as: lack of courage or pleasure, sadness, irritability, low self-esteem, difficulties in concentrating self-harm and suicide are common. A depressive episode can be classified as mild, moderate or severe, it depends on the degree of the symptoms. The disease when diagnosed and treated early reduces major social and personal consequences, being of great importance a correct assessment of nursing professionals having a human eye in order to avoid aggravating the disease. Visits are important so that the patient does not interrupt the treatment. The present work aims to bring more information about the disease, by conducting a bibliographic survey, highlighting the importance of nursing care to patients with depression, in order to avoid aggravations of this pathology that can even lead to suicide. Examination consultations, history of previous disease in medical records and interviews with the patient in his bed and in the health unit were used for data collection.

KEYWORDS: Depression, Psychotic Outbreak, Nursing, Suicide, Examinations and Nursing Diagnosis.

1 | INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata-se de uma revisão de literatura e um estudo de caso clínico do paciente, L.C.A internado em um Hospital do estado de Minas Gerais, com depressão profunda: surto psicótico e tentativa de autoextermínio. O estudo de caso e o trabalho foram realizados no período de setembro a novembro de 2019.

A depressão é um transtorno do humor que pode ser de curta ou longa duração e varia entre moderado e profundo. Apresenta humor alterado, perda de interesse e de satisfação pela vida e baixos níveis de energia (CAVALCANTE; MINAYO; MANGAS, 2013).

Essa patologia ocorre em todas as idades, sendo que há um maior percentual entre jovens e idosos. A depressão vem sendo cada vez mais frequente neste século, talvez isso se dê por um melhor resultado de identificação e maior aclaração da mesma (LAFER, 2000).

Os transtornos mentais relacionados ao comportamento, sempre existiram ao longo da história humana. Porém, antigamente, tais transtornos eram vistos como possessão demoníaca ou manifestação dos deuses. Esta então, só ficou reconhecida como doença, com seu estudo a psiquiatria e tratamento, no final do século XVIII com a Revolução Francesa (OVILEIRA LOPES, 2018).

A crise psicótica é uma despersonalização, desrealização, e perda da alteridade relacionada à interrupção na experiência do eu e do outro, do mundo interno e externo e do tempo (RIBEIRO, 2014).

Se não tratada com acerto, a depressão pode durar por um longo tempo, com sério dano à vida do paciente: família, lazer e trabalho, ficam comprometidos, ao mesmo tempo com um risco maior de suicídio (LAFER, 2000).

O suicídio, afeta imensamente a família e a sociedade, suas repercussões geralmente atingem um grande número de pessoas por longo prazo. Estimativas dizem que o número de tentativas de suicídio seja até 20 vezes maior ao número de mortes. O suicídio mata a mesma quantidade de pessoas que os acidentes automobilísticos combinados e as guerras. Comumente a pessoa que tem tentativas suicidas nem sempre querem morrer, a maioria dessabe o que seja morrer. Isto é, o suicida está em uma situação de conflito se quer morrer ou viver; e uma ameaça ou ajuda pode optar a direção tomada (SILVA, 2010).

A depressão tendo um tratamento bem-sucedido reduz o período de longa duração para 8 a 12 semanas. Essa doença, ainda que responda bem ao tratamento instituído, pode cronificar e/ou insistir. Tratamento medicamentoso consiste no fundamento da intervenção terapêutica para reduzir intensidade dos sintomas do episódio atual, a duração e, principalmente, para prevenir o seu ressurgimento (LAFER, 2000).

O trabalho abrange disciplinas do semestre atual e disciplinas já cursadas em semestres anteriores. Sendo elas: Enfermagem Clínica Teórica e Enfermagem Clínica Prática em Campo, por mostrar a avaliação de sinais e sintomas; a Sistematização da Assistência de Enfermagem que auxiliou na realização e compreensão das Evoluções de Enfermagem e Diagnósticos de Enfermagem; Farmacologia, por abordar os medicamentos e seus efeitos no organismo; Psicologia Aplicada à Enfermagem, devido ao tratamento necessário a doença; e Enfermagem em Saúde Mental, por tratar de uma doença mental.

O presente trabalho tem por objetivo trazer mais informações sobre a doença, através da realização de um levantamento bibliográfico, destacando a importância da assistência de enfermagem a pacientes com depressão, a fim de evitar agravos dessa patologia que podem chegar até ao suicídio. Especificamente pretende-se: Definir Depressão; Descrever os principais sintomas de Depressão e surto psicótico; Explicar a etiologia e as

características da patologia estudada; Reconhecer as principais manifestações clínicas; Entender o diagnóstico e tratamento da Depressão; Identificar os cuidados de enfermagem ao paciente.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso, realizado pelos alunos do 5º e 6º período do curso de graduação em Enfermagem, da Faculdade Única do grupo Prominas, com a temática, caso clínico de paciente com quadro de depressão profunda: com surto psicótico e tentativa de autoextermínio. Foi utilizado para levantamento de dados consultas a exames, histórico da doença pregressa em prontuário e entrevistas com o paciente em seu leito, onde esteve internado em um Hospital do estado de Minas Gerais. A pesquisa se deu entre os meses de setembro a novembro de 2019, período em que foi realizada tanto a coleta dos dados do paciente quanto o levantamento bibliográfico por meio de consulta direta no Google Acadêmico, revistas eletrônicas como Scielo, livros disponíveis na biblioteca da faculdade e internet, e-books, site do Ministério da Saúde, utilizando os seguintes descritores: Depressão, surto psicótico, enfermagem, suicídio, exames e diagnóstico de enfermagem. Depois de ler o material pesquisado foi feita inclusão e exclusão de alguns materiais que não atendia o objetivo do trabalho ou que se encontravam incompletos ou que ainda não forneciam informações suficientes para estudo de caso. Os dados do caso clínico foram agrupados e somados com o levantamento bibliográfico no período de setembro a novembro deste ano.

3 | SÍNTESE DO CASO CLÍNICO

L.C.A, 46 anos, solteiro, desempregado, católico, mas não praticante. Naturalidade cidade no estado de Minas Gerais. Diagnosticado com surto psicótico e tentativa de autoextermínio, paciente relata que aproximadamente a nove anos atrás morava com sua mãe sendo muita apegado a ela, tinha emprego fixo e uma vida normal. Sua mãe veio a óbito e sua vida mudou completamente, entrou em quadro depressivo na sua juventude por se sentir sozinho. Tem dois irmãos, mas não tem contato, possui uma madrinha com quem ele confia e consegue ter diálogo. Por não saber lidar com a situação, ocorreu sua primeira tentativa de suicídio, sem sucesso, foi então, internado e diagnosticado com depressão, começou a tratar e ser acompanhado por um programa de saúde no bairro, fazia tratamento medicamentoso, mas não o fez corretamente, portanto, quadro de depressão profunda. Encontrou o mundo das drogas como um refúgio, utilizava álcool e cocaína nos dias que nada mais parecia ter sentido para ter os momentos de prazer. Porém, no dia seguinte batia a ressaca moral por ter gastado todo seu dinheiro e os problemas só aumentando. O pensamento de autoextermínio nunca saiu de sua mente por achar que seria a melhor solução para sua vida, depois disso, ele tentou suicídio mais duas vezes. As tentativas de

suicídios ocorrem devido ele se sentir muito sozinho e inútil a sociedade. Na sua terceira tentativa ele saiu de casa e foi para o trânsito onde se jogou na frente dos carros. Uma pessoa que mora no bairro acionou o SAMU e encaminhou para o hospital, onde não se apresentava confuso, agitado, apenas tinha vontade de morrer. Durante internação paciente relata que irá procurar ajuda e pretende dar continuidade ao seu tratamento. Possui boas condições de higiene corporal e não pratica atividades físicas. Refere não possuir alergia medicamentosa. Se sente sozinho, triste, baixa autoestima, angústia e desânimo. Paciente revela ser consciente, orientado em tempo e espaço, triste e calmo. Deambula sem acompanhante. Corado, hidratado, anictérico, acianótico. Alimentação preservada. Eliminações intestinais e vesical presente no banheiro. Sem presença de lesões no corpo.

4 | EVOLUÇÃO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

19/08/2019 13h50 admitido no setor, trazido pelo SAMU devido a tentativa de autoextermínio, sem acompanhante, lúcido, verbalizando, deambula sem auxílio, espenico em ar ambiente. No momento se encontra tranquilo e cooperativo. Relata ser usuário de drogas e álcool segundo informações colhidas. Desconhece alergia medicamentosa. Eliminações fisiológicas espontânea preservadas, aguardando transferência interna. 18h33 admitida no bloco I, consciente, responsiva, deambulando, com diagnóstico de surto psicótico, nega alergia a medicamentos. Paciente se encontra com acompanhante. Mantendo salinizado fazendo uso de medicações prescritas. Eliminações fisiológicas no banheiro.

20/08/2019 00h30 paciente orientado, afebril, eupneico, cefaleia, usuário de drogas, surto psicótico. 10h00 tranquilo, consciente, responde aos comandos verbais, administrado medicações prescritas. Realizado higiene corporal aspersão. 20h30 tranquilo no momento, responsivo, orientado, aceitou dieta oral e medicação prescrita. Sem contenção física.

21/08/2019 10h00 paciente tranquilo, consciente, respondendo aos comandos verbais, deambula. Medicação realizada conforme prescrição. Higiene corporal de aspersão, no momento sem queixas. 20h00h consciente, eupneico, orientado, responsivo, aceitou dieta oferecida. Eliminações vesicas presente. Sono preservado.

22/08/2019 11h00h paciente lúcido, orientado, cooperativo, deambula. Sem acompanhante. Dieta preservada. Apresentando pele hipocorado, sem queixas de dor no momento. Respira em ar ambiente. Banho aspersão. Eliminações vesicais presente. Eliminações intestinais ausente. 20h30 paciente tranquilo no leito, deambula sem presença de acompanhante. Apresentando eupneico em ar ambiente. Alimentação oral com pouca aceitação. Eliminação vesical presente no banheiro. Segue sem queixas, normotenso, eutérmico, aceitando medicação prescrita.

23/08/2019 10h00 paciente consciente, orientado, cooperativo, tranquilo, sem acompanhante. Acesso venoso periférico em membro superior esquerdo, mantendo pérvio

sem presença de sinais logísticos. Sem queixas no momento. 16h00 paciente queixando abstinência a droga. Fluoxetina não administrada no horário prescrito devido estar em falta na farmácia. As 16h00 administrado medicação Fluoxetina, enfermeira ciente. 18h00 paciente tranquilo no leito. 19h00 paciente sem acompanhante, consciente, tranquilo, verbalizando, deambulando. Aceita dieta. Eliminações fisiológicas presente.

24/08/2019 08h00 paciente tranquilo, orientado, verbalizando. Dormiu parte da noite, aceitou Diazepam. Eliminações espontânea. Deambula, afebril, eupneico. 21h06 tranquilo sem queixas, relata estar se alimentando. Apresentando eupneico, eucárdio, afebril, normotenso sem acesso venoso periférico. Medicação realizada conforme prescrição. Eliminações fisiológicas presente no banheiro.

25/08/2019 20h00 paciente adulto, consciente, verbalizando sem acompanhante. Dieta preservada. Eliminações fisiológicas presente, segundo informações colhidas. Acesso venoso periférico ausente. Medicação realizada conforme a prescrição.

26/08/2019 08h00 paciente tranquilo, verbalizando, deambula. Apresentando afebril, eupneico, segundo informações colhidas eliminações fisiológicas presente sem queixas alérgicas. 20h30 adulto, consciente, tranquilo, verbalizando, deambulando. Eupneico respira em ar ambiente. Dieta por via oral com boa aceitação. Acesso venoso periférico ausente. Eliminações fisiológicas presente. Paciente relata queixa alérgicas pedindo medicação para insônia. Medicação realizada conforme prescrição. Melhora dos sintomas.

27/08/2019 08h00 paciente sem acompanhante, pele íntegra, tranquilo, lúcido, verbalizando. Aceitou medicações prescritas. Higiene corporal em aspersão, sem queixas alérgicas. 20h00 Paciente adulto, sem acompanhante, tranquilo, verbalizando, consciente. Apresentando pele corada sem queixas alérgicas. Dieta por via oral preservada. Eliminações fisiológicas presente. Medicação realizada conforme prescrição.

28/08/2019 08h00 paciente consciente, responsivo, deambulando. Dieta preservada. Eliminações vesicais presente. Sem queixas alérgicas. 20h30 Paciente adulto, sem acompanhante, consciente, deambula sem auxílio. Parâmetros vitais normais, nega alergia. Alimentação deficiente, aceitando só lanche. Eliminações vesicais e intestinais presente. Medicação realizada conforme a prescrição.

29/08/2019 08h00 paciente sem acompanhante, consciente, deambula, tranquilo, responsivo. Dieta preservada. Sem queixas alérgicas. 08h30 alta hospitalar pelo doutor. Aguardando acompanhante para liberar saída. Serviço social ciente. 14h30 paciente liberado com acompanhante.

5 I PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicamento	Nome Genérico	Indicação	Contra Indicação	Reações Adversas
Cetoprofeno 100mgEV12\12H	Cetoprofeno	Anti-inflamatório, analgésico antitérmico.	Na faixa etária pediátrica, insuficiência do coração, fígado e/ou rins, hipersensibilidade ao cetoprofeno, ao ácido acetilsalicílico ou a outros anti-inflamatórios não esteroidais-AINES e paciente que já tiveram ou tem úlcera péptica-hemorragia.	Desconforto gastrointestinal, dor epigástrica, náuseas, vômitos, constipação e diarreias, ulceração gastroduodenal, hemorragia digestiva.
Clonazepam 2mg VO22H	Clonazepam	Síndrome do Pânico, ansiedade, distúrbio bipolar, agorafobia, depressão, tratamento de epilepsia.	Hipersensibilidade aos benzodiazepínicos ou a qualquer dos componentes da fórmula; Insuficiência respiratória grave; Insuficiência hepática grave; Glaucoma agudo de ângulo fechado.	Sonolência, dor de cabeça, cansaço, gripe, depressão, vertigem, irritabilidade, insônia, dificuldade para coordenar movimento ou caminhar, perda de equilíbrio, náuseas, e dificuldades de concentração.
Dipirona Monoidratada 500mgEV6\6H	Dipirona	Este medicamento é indicado como antitérmico e analgésico.	Hipersensibilidade à dipirona ou a pirazolidinas, função da medula óssea prejudicada ou doenças do sistema hematopoiético, gravidez.	Hipersensibilidade, manifestações cutâneas nas mucosas, boca, garganta.
Cloridrato de Fluoxetina 20mg VO8H	Fluoxetina	Tratamento da depressão associada ou não com ansiedade, Transtorno alimentar, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno disfórico pré-menstrual, irritabilidade e disforia.	Alérgicos à fluoxetina ou a qualquer um dos componentes da fórmula, pacientes que estão utilizando outros inibidores da monoaminoxidase – IMAO, menores de 18 anos, mulheres grávidas.	Dor abdominal com cólicas, diminuição do desejo sexual, queda de cabelo, dor torácica, calafrios, tosse, constipação, tonturas, falta ou perda de apetite, fadiga, alteração da concentração ou raciocínio, congestão nasal, prurido na pele, zumbido, vômito, .

Haloperidol 5mgIM12\12H	Haloperidol	Alívio de transtornos do pensamento, delírio-salucinações, agitação psicomotora. Indicado para tratar movimentos incontrolados como: - tiques; - soluços; - náusea e vômito	Doença de Parkinson, pessoas que apresentam sonolência e lentidão, pacientes com sensibilidade exacerbada ao haloperidol ou aos excipientes, pacientes em coma, pacientes com lesão nos gânglios da base.	Tontura, acatisia, discinesia, hipocinesia, discinesia tardia, crise ortostática, hipotensão, Distúrbios do sistema reprodutivo e das mamas: disfunção erétil, aumento do peso.
Carbonato de Lítio 300mgVO8\8H	Lítio	Episódios maníacos nos transtornos bipolares; no tratamento de manutenção de indivíduos com transtorno bipolar, prevenção da mania recorrente; prevenção da fase depressiva e tratamento de hiperatividade psicomotora.	Não use este medicamento se tiver antecedente de alergia ao carbonato de lítio e/ou demais componentes da formulação, gravidez	Náuseas, tremores finos e diarreia; intoxicação de leve, anorexia, vômito, diarreia, reação distônica, sedação excessiva ataxia, polidipsia e poliúria; finalmente.
Cloridrato de Metoclopramida 25mgEV8\8H	Metoclopramida	Distúrbios da motilidade gastrointestinal e -náuseas e vômitos de origem central e periférica, utilizado também para facilitar os procedimentos radiológicos do trato gastrointestinal.	Hipersensibilidade a metoclopramida, em pacientes com feocromocitoma suspeita ou confirmada, em pacientes com histórico de discinesia tardia induzida por neurolépticos ou metoclopramida, doença de Parkinson	Fadiga, sonolência, confusão mental, paralisias, dor de cabeça, tremores, hipertensão, hipotensão, diarreia, constipação e/ou depressão.
Prometazina 50mgIM12\12H	Fenergan	Distúrbios incluídos no grupo das reações anafiláticas e alérgicas. Pode ser utilizado, ainda, na pré-anestesia e na potencialização de analgésicos, devido à sua ação sedativa.	Contra-indicado hipersensibilidade conhecida à prometazina ou outros derivados fenotiazínicos, associação ao álcool e sultoprida, menores de 2 anos.	Alérgias, dispnéia, edema, lesões cutâneas.
Hemifumarato de Quetiapina 100mgVO20H	Quetiapina	É indicado para o tratamento da esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar	Alergia ao hemifumarato de quetiapina ou a qualquer um dos componentes do medicamento	Hipertermia, estado mental alterado, rigidez muscular, instabilidade autonômica e aumento da creatinina fosfoquinase.

Fonte: ANVISA/2019

6.1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: DEPRESSÃO E TENTATIVA DE AUTO EXTERMÍNIO

A depressão é uma doença clínica comum com elevada prevalência e responsável por morbidade importante e custos sociais crescentes. Estima-se que uma em cada cinco pessoas tenha depressão ao longo da vida. As mulheres têm maior risco de sofrer de depressão, enquanto as faixas etárias mais elevadas possuem menor probabilidade de desenvolvê-la (CORREIA; SANTOS; SOBRAL, 2018).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a depressão é reconhecida por um período prolongado e contínuo de tristeza e perda de interesse e prazer em coisas que antes tinha. Nessa situação, são comuns sintomas de baixa autoestima, autoconfiança, fadiga, irritabilidade, visões pessimistas do futuro, ideias de culpa, autoagressão e suicídio (GARRIDO; PINHO et al., 2016).

Um episódio depressivo pode ser classificado como leve, moderado ou grave, depende do grau dos sintomas. Uma pessoa com um episódio leve terá dificuldades para continuar um simples trabalho e atividades do dia-a-dia, mas sem grande prejuízo em seu funcionamento. Já um indivíduo com um episódio grave, é improvável que a pessoa consiga dar realizações a atividades domésticas e sociais (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 2018).

O suicídio pode se desenvolver em indivíduos de diferentes classes sociais, idades, origens e identidades de gênero (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Os Cuidados de Saúde Primários são a porta de entrada para o acesso aos cuidados de saúde, incluindo a depressão. Porém, apenas em uma pequena porcentagem é feito corretamente o diagnóstico, tratamento, terapia, mesmo que estes sejam de fácil acesso (CAVALCANTE; MINAYO; MANGAS, 2013).

6.1 Etiologia

Pessoas com pensamentos suicidas têm o costume de falar sobre morte e suicídio mais do que o normal, dizem se sentirem culpadas, sem esperanças, falta de auto estima e pessimistas sobre a vida e futuro. Essas ideias podem vir de forma verbal, escrita ou até por meio de desenhos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Estima-se que mais de 300 milhões de pessoas sofra com a depressão, havendo uma mudança contínua no humor e respostas emocionais aos desafios da vida, especialmente quando é um episódio de longa duração, com intensidade moderada ou grave, a depressão pode se tornar uma crítica condição de saúde. Ela pode causar à pessoa afetada um sofrimento grande e afastamento no trabalho, escola ou na família, podendo levar na pior das hipóteses ao suicídio. Cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano - sendo a depressão a segunda principal causa de morte em pessoas de 15 a 29 anos de idade (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAUDE, 2018).

Apesar dos conhecidos tratamentos eficazes para depressão, menos da metade das pessoas afetadas no mundo recebe os devidos tratamentos, devido a falta de recursos, falta de profissionais treinados, estigma social associado aos transtornos mentais e a avaliação inexata. Independente dos níveis de renda, pessoas com depressão são constantemente diagnosticadas incorretamente e outras que não possui o transtorno muitas vezes são diagnosticadas de forma inadequada, geralmente com intervenções desnecessárias (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAUDE, 2018).

6.2 Fisiopatologia

A depressão compromete a saúde física e limita a atividade dos indivíduos que a desenvolve. Deve haver obrigatoriamente pelo menos há duas semanas presença de humor depressivo ou perda de interesse/prazer em coisas que antes tinha, além de outros sintomas tais como falta de concentração, perda ou ganho de peso significativo, alterações psicomotoras e de sono e perda de energia (VIEIRA, 2018).

No transtorno depressivo há uma redução no sistema de monoaminas. Estas representam um grupo de neurotransmissores, incluindo nelas: noradrenalina, serotonina, dopamina, entre outros. Alguns autores afirmam que o aumento da perda de células neuronais pode colaborar para a fisiopatologia da depressão, em razão disso, surge o interesse nos efeitos tróficos e anti-apoptótico de drogas antidepressivas (PERITO; FORTUNATO, 2012).

O estresse crônico minimiza a expressão de BDNF e inibe a fosforilação do CREB no giro denteado. O restringimento dos níveis de BDNF em clientes deprimidos está relacionada com o grau da depressão (PERITO; FORTUNATO, 2012).

6.3 Manifestações Clínicas

Podem surgir em diversos quadros clínicos, dentre eles: transtorno de estresse pós-traumático, alcoolismo, doenças clínicas, demência, esquizofrenia, etc. Geralmente pode suceder como resposta a situações/circunstâncias sociais ou estressantes e econômicas adversas. Inclui não apenas alterações do humor (falta de ânimo ou prazer, tristeza, irritabilidade, baixa autoestima, dificuldades de concentração), mas também inúmeros outros aspectos, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono, apetite) (DEL PORTO, 1999).

6.4 Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem

De acordo com a matéria de Sistematização da Assistência em Enfermagem, desenvolvemos diagnósticos voltados aos problemas e diagnósticos de risco, bem como as intervenções e os resultados esperados para cada intervenção, baseado nos seguintes livros: Diagnósticos de Enfermagem (NANDA), Classificações das Intervenções de Enfermagem (NIC) e Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC).

Foi construída uma tabela para melhor compreensão e acompanhamento das intervenções e resultados para cada tipo de diagnóstico referentes ao caso do paciente.

Diagnostico(Nanda)	Intervenções (Nic)	Resultados (Noc)
Auto aversão, relacionada a sentimentos de inutilidade, evidenciado por sentir-se sozinha e inútil a sociedade.	Controle do humor deprimido e perda de interesse em fazer as atividades diárias.	Prevenção a falta de animo, tristeza e autoestima rebaixada.
Risco de autoextermínio, relacionado a inutilidade.	Promoção ao apoio psicológico e oferecendo apoio social.	Prevenção a pacientes a pratica de autoextermínio.
Transtorno de estresse, relacionado a situações estressantes e econômicas.	Encaminhamento para uma Assistência de Saúde, oferecendo um atendimento qualificado.	Promover o paciente a interagir com amigos e familiares.
Instabilidade prejudicada, relacionada ao sofrimento acompanhada do luto.	Promoção ao bem estar, oferecendo apoio emocional encorajando o paciente a expressar sentimentos bons da pessoa falecida.	Apoio familiar, apoio social, habilidades de interação social, expressão de sentimentos.
Solidão experimentada, relacionada ausência de pessoas significativa.	Promover o envolvimento familiar, atividades que melhorem o estado emocional.	Melhora na aparência física e mental, sensação de conforto psicoespiritual.
Comportamento autolesivo, relacionado ao comportamento de automutilação por pensar que seria o melhor para sua vida.	Melhora do sistema de apoio com a promoção do envolvimento familiar, prestar uma escuta ativa criteriosa ao que a paciente expressar.	Prevenção a pratica de autoextermínio, comunicação e envolvimento social.

6.5 Tratamento

O tratamento antidepressivo deve ser tratado como um todo incluindo dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Dessa forma, a terapia deve envolver todos esses aspectos e utilizar a terapia farmacológica, psicoterapia e mudanças no estilo de vida. Apesar de se concentrar mais a psicofarmaterapia, deve-se mencionar que não se trata depressão de forma abstrata, mas sim pacientes deprimidos, contextualizados em seus meios sociais e culturais e compreendidos nas suas dimensões biológicas e psicológica (SOUZA, 1999).

As psicoterápicas podem ser de diferentes tipos, como terapia interpessoal, psicoterapia de apoio, de grupo, de casais e de família, psicodinâmica breve, comportamental, cognitiva comportamental. Os pontos que influenciam no sucesso psicoterápico incluem: motivação, ambiente estável e capacidade para insight (clareza). Mudanças no estilo de vida deverão ser discutidas com cada paciente, para assim encontrarem uma melhor forma para uma boa qualidade de vida (SOUZA, 1999).

Os antidepressivos melhoram os sintomas depressivos de 60% a 70%, por volta de um mês, enquanto a taxa de placebo é em torno de 30%. Em termos de eficácia, em

ensaios clínicos, parece não haver diferenças significativas entre as várias drogas, o que não quer dizer que cada paciente responderá a diferentes antidepressivos da mesma maneira (SOUZA, 1999).

Usualmente é distribuído nas seguintes fases: aguda até 6 meses e preventiva após 6 meses. Na prática, esta divisão tem importância relativa, visto que o medicamento com o qual o paciente melhorou deve ser prescrito nas fases seguintes do tratamento (SOUZA, 1999).

A pergunta mais adequada seria: por quanto tempo deve-se prescrever a medicação? As doses de continuidade devem ser as mesmas ou próximas às doses terapêuticas. Em pacientes idosos, a continuação da terapia pode ser necessária até dois anos após a melhora. Uma taxa de recaída de até 50% é analisada se o tratamento é inadequado, ou nenhum tratamento após resposta inicial é observado (SOUZA, 1999).

O tratamento adequado da depressão não é visto somente na melhora dos sintomas observados na fase aguda, mas também a observação de que os sintomas não voltam no período das recaídas ou enquanto a pessoa permanece vulnerável. Então as seguintes questões devem ser consideradas:

1. Ampliar a dosagem de antidepressivo, observando a resposta e a tolerância do paciente.
2. Retirar as causas contribuintes: ambientais, físicos, outras drogas capazes de causar a depressão, exagero de cafeína, entre outros.
3. Doses apropriadas, por exemplo, de 150 mg ou mais de tricíclicos, por períodos adequados de tempo. Quatro semanas ou mais são necessárias para um efeito ótimo.
4. Se a depressão persistir após quatro semanas de tratamentos medicamentosos, outro antidepressivo deve ser buscado (SOUZA, 1999).

6.6 Assistência de Enfermagem

O portador de doença mental sempre esteve presente no dia-a-dia profissional de enfermagem, independente da sua área (serviço público ou privado, unidade básica de saúde, clínica particular, hospital geral ou especializado ou programa de saúde da família). Embora tenha em vista que os enfermeiros da área de psiquiatria sejam os mais capacitados, é necessário que os profissionais de outras áreas estejam preparados para identificar, orientar e cuidar do cliente portador de deficiência mental (CANDIDO; FUREGATO, 2005).

O enfermeiro tem contato constante e prolongado com os clientes dos serviços de saúde. Ele está em função de identificar os sinais de depressão, fazer o levantamento das possíveis dificuldades do portador, realizar os devidos encaminhamentos e sempre que estiver em conversa com o cliente atuar terapêuticamente. Recomenda-se também a sistematização da assistência para prestação de cuidados de enfermagem seguindo as etapas: avaliação, diagnóstico, identificação de problemas, planejamento, prescrição,

intervenção e evolução. É um processo feito constantemente onde o enfermeiro e a pessoa sob seus cuidados devem ter interações dirigidas à alteração das respostas comportamentais ou físicas, suprimindo as suas necessidades e melhorando sua qualidade de vida (CANDIDO; FUREGATO, 2005).

Para evitar consequências maiores é importante que a anamnese do paciente feita pelo enfermeiro seja especificada, podendo sempre contar com o apoio da família (TREVISAN; GUIMARAES et al., 2016).

O objetivo da enfermagem portanto, é o compromisso com a qualidade de vida no dia-a-dia do cliente em transtorno mental. Nesse sentido, o enfermeiro deve estar preparado para atuar em novos modelos de atenção, assumir novas tarefas e adequar-se às mudanças da atual política de saúde mental (ANDRADE, 2005).

No cuidado deve sempre acolher e respeitar as diferenças do psicótico, ele deve ser recebido como um sujeito humano e não como um sintoma a ser extinto; além disso, a alegria, motivação e criatividade devem estar associadas à atividade terapêutica (ANDRADE, 2005).

7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o caso estudado, percebemos que Depressão é uma doença difícil de lidar, tanto para o paciente quanto para seus familiares que precisam dar todo o seu apoio. É importante que a família seja orientada, que a depressão torna o indivíduo impotente, não conseguindo lutar contra uma pressão que o puxa para baixo sendo uma característica da doença. Vale lembrar que se torna ainda mais difícil por existir rejeição, preconceito, crenças relacionadas a patologia e a falta de informação, fazendo com que a doença seja um fator de exclusão social.

Sendo assim, a enfermagem tem um papel primordial para contribuir na conscientização e na quebra do preconceito que a doença gera. Para isso, temos a obrigação de conhecer melhor a patologia, para bem informar os pacientes e seus familiares.

A assistência de enfermagem ao paciente com Depressão proporciona uma melhora no tratamento, facilita o processo de cura, entende suas necessidades, levando a ele o conforto e trazendo-o de volta ao meio social. Tal assistência deve também focar no tratamento da patologia, fazendo com que os pacientes cumpram o tratamento de forma efetiva e eficaz para que não haja complicações.

A patologia tem seus cuidados especiais, com as orientações adequadas, e acima de tudo com a humanização em prática, podemos ajudar a todos que sofrem com a Depressão.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Rubia Laine de Paula; PEDRÃO, Luiz Jorge. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 737-742, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692005000500019&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 09 outubro 2019.

CANDIDO, M. C. F., & FUREGATO, A. R. F. (2005). Atenção da enfermagem ao portador de transtorno depressivo: uma reflexão. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas** (Edição em Português), 1(2), 01-13. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38627>>. Acesso em: 07 outubro 2019.

CAVALCANTE, Fátima Gonçalves; MINAYO, Maria Cecília de Souza; MANGAS, Raimunda Matilde do Nascimento. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2985-2994, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232013001800023&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 03 outubro 2019.

CORREIA, S., SANTOS, M., & SOBRAL, D. (2018). Depressão: um problema por resolver? **Revista ADSO**, 6(8). Disponível em: <<https://revista.adso.com.pt/revadso/article/view/83>>. Acesso em: 04 outubro 2019.

DE OLIVEIRA LOPES, Jamiel. **Psicologia Pastoral: A Ciência do Comportamento Humano como Aliada Ministerial**. CPAD-Casa Publicadora das Assembleias de Deus, 2018. Disponível em: <<https://www.cpad.com.br/psicologia-pastoral-316313/p>>. Acesso em: 02 outubro 2019.

DEL PORTO, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. **Brazilian Journal of Psychiatry**, 21, 06-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44461999000500003&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 07 outubro 2019.

GARRIDO, M. C. T., de PINHO, S. R., de AGUIAR, W. M., & Dunningham, W. A. (2016). Prevalência de alcoolismo e sintomas depressivos em pacientes da clínica geral na cidade de Salvador- BA. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, 20(1). Disponível em: <<https://revneuropsiq.com.br/rbnp/article/view/193>>. Acesso em: 04 outubro 2019.

LAFER, Beny et al. Depressão no ciclo da vida. **Revista Brasileira Psiquiatria**, v. 22, n. 3, p. 149-52, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22n3/v22n3lv2.pdf>>. Acesso em: 03 outubro 2019.

PERITO, M. E. S., & FORTUNATO, J. J. (2012). Marcadores Biológicos da Depressão. **Revista Neurociências**, 20(4), 597-603. Disponível em: <<https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8235>>. Acesso em: 04 outubro 2019.

RIBEIRO, Juliana Santos Siqueira Vilela et al. O desempenho ocupacional e os sujeitos em primeiras crises do tipo psicótica. 2014. Disponível em: <<http://bdm.unb.br/handle/10483/8098>>. Acesso em: 02 outubro 2019.

SILVA, Liliâne de Lourdes Teixeira. Tentativa de auto-extermínio entre adolescentes e jovens: uma análise compreensiva. 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/GCPA-843QGV>>. Acesso em: 04 outubro 2019.

SOUZA, F. G. D. M. (1999). Tratamento da depressão. **Brazilian Journal of Psychiatry**, 21, 18-23. Disponível em: <<http://bdm.unb.br/handle/10483/21238>>. Acesso em: 07 outubro 2019.

TREVISAN, M., GUIMARÃES, A. P. R., Custódio, S. H., Azevedo Filho, E. R., & de Paula Faleiros, V. (2016). O papel do enfermeiro na recuperação de idosos depressivos. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, (1), 428-440. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5555868>>. Acesso em: 07 outubro 2019.

VIEIRA, Carlos. **Depressão-doença: O grande mal do século XXI**. Editora Vozes Limitada, 2018. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=T4tnDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=+A+depress%C3%A3o+compromet e+a+sa%C3%BAde+f%C3%ADSica+e+limita+a+atividade+dos+indiv%C3%ADd uos+que+a+desenvolv e.+Deve+haver+obrigatoriam ente+pelo+menos+h%C3%A1+dua s+semanas+presen%C3%A7a+de+humor+depressivo+ou+perda+de+interesse/ prazer+em+coisas+que+ante&ots=hqKbKiFuP1&sig=vgBV54sl_I dcCjKJ4yy_381uMdE>. Acesso em: 09 outubro 2019.

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 12/03/2021

Stéfani Machado Romero

Universidade da Região da Campanha,
URCAMP
Bagé – RS
<http://lattes.cnpq.br/7591778522046689>

Sílvia Cristina de Vargas

Universidade da Região da Campanha,
URCAMP
Bagé – RS
<http://lattes.cnpq.br/0804203045431848>

Andrine Gogia Simões Melo

Universidade da Região da Campanha,
URCAMP
Bagé – RS
<http://lattes.cnpq.br/8163690366696203>

Larissa Portella Franck

Universidade da Região da Campanha,
URCAMP
Bagé – RS
<http://lattes.cnpq.br/7074545308214635>

Marina Medeiros de Melo Lemos

Universidade da Região da Campanha,
URCAMP
Bagé – RS
<http://lattes.cnpq.br/7405323299273062>

RESUMO: Este artigo trata da importância do diálogo para a prevenção do suicídio, enfatizando 3 grupos que têm grande influência sobre esse

pensamento e a produção de uma discussão: a família, os amigos e a escola. Foi realizado um diálogo fenomenológico no Instagram, obtendo-se dados significativos sobre a influência negativa da escola, a qual exerce uma socialização inadequada, deixando os alunos abalados com a chegada do final de semana com o isolamento. Outros dados mostraram o medo sentido pelo possível julgamento familiar e, por consequência, uma aproximação maior com o grupo de amigos. A importância da discussão desses assuntos é grande e, abrangê-lo nessa faixa etária, para maior conscientização, é ainda maior. O objetivo é enfatizar a importância do diálogo como prevenção.

PALAVRAS-CHAVE: Diálogo; suicídio; conscientização.

THE IMPORTANCE OF PREVENTIVE DIALOGUE

ABSTRACT: This article approaches the importance of suicide prevention dialogue, emphasizing 3 groups that have a big influence on this thought and the production of a discussion: family, friends and school. A phenomenological dialogue was done on Instagram, generating significant data about the negative influence of school, which performs an inappropriate socialization, making the students feel unstable when comes the weekend with isolation. Other data showed the fear of being misjudged by the family and, consequently, getting closer to the group of friends. The importance of discussing these issues is big and approaching them in this age group, for greater awareness, is even bigger.

The goal is emphasizing the importance of the dialogue as a prevention.

KEYWORDS: Dialogue; suicide; awareness.

1 | INTRODUÇÃO

O presente artigo apresenta uma pesquisa com o método dialético fenomenológico criado no terceiro semestre da faculdade de psicologia URCAMP. Possui como tema gerador a importância do diálogo para a prevenção do suicídio. Justifica-se pela necessidade de conscientização e alerta sobre o diálogo quando há pensamento suicida entre crianças e adolescentes, visto que, é crescente o número de suicídios e suas tentativas.

Tem como objetivo, conscientizar e esclarecer a importância do diálogo preventivo e três meios em que ele pode ser discutido. Como primeiro grupo primário, entra a família, que sofre consequências junto de quem está idealizando o suicídio e enfatiza uma maior importância para o assunto. O segundo grupo primário é o de amigos, que possui grande influência e, às vezes, mais intimidade do que no âmbito familiar. Produzindo assim um poder de convencer e ajudar ainda mais. O âmbito escolar, caracterizado como grupo secundário, tem grande influência na formação do indivíduo, socialização e estímulo de competitividade e/ou igualdade. Esse ambiente, com tantas crianças e adolescentes convivendo diariamente, possui como obrigação e necessidade a valorização do indivíduo em sociedade e o esclarecimento da importância que cada estudante possui, assim como, o acolhimento em caso de necessidade ou ideação suicida, para que o aluno seja encaminhado para um profissional adequado.

Pela ênfase em depressões na atualidade, Maria Rita Kehl, cita em seu livro *O tempo e o cão*:

A infindável listagem dos transtornos poderia incluir também, no centro das depressões, importantes transtornos existenciais, expressos por meio das (poucas) palavras daqueles que se queixam, nos consultórios dos psicanalistas, de que suas vidas não fazem sentido e não valem a dor de viver. (KEHL, 2015, p. 57)

A dor da vida para uma pessoa com tendência suicida é grande e gerada pela falta de motivos para vivê-la. Se no mundo adulto a prevalência de suicídios já é alta, baseando-se na maior sensibilidade e fragilidade a mudanças de uma criança ou adolescente essa prevalência cresce drasticamente. A interferência dos hormônios, relacionamentos familiares, amigáveis ou amorosos e a mudança corporal drástica sofrida na puberdade são um “foguetete” lançado para uma insatisfação física, que sendo de grande importância nessa etapa da vida, gera então, a insatisfação psíquica, sendo ela um estopim para que haja um pensamento suicida.

Não se trata de supor que a alternativa para as depressões seria o domínio egóico e consciente do *objeto* do desejo. O desejo, em psicanálise, é por definição inconsciente – e seu objeto, perdido. A posição do sujeito ante o

objeto (perdido) de seu desejo determina seu lugar no fantasma de onde ele ensaia sua versão inconsciente a respeito do que o outro quer dele. (KEHL, 2015, p. 57)

De acordo com Freud, o suicídio tem por trás uma tendência homicida, em discussão com isso Maria Rita Kehl cita a depressão atual e o fantasma. A opinião alheia tem grande importância para a formação do ego na fase transitória da infância para a adolescência, fase retratada por uma gama enorme de desejos realizados ou não. Os objetos de desejo são variados, instáveis e intensos, a perda do objeto gera uma falsa perda do eu, não tendo o que desejar não se tem o que ser, é uma fase onde se espera muito e se pode fazer muito pouco, gerando assim, uma degradação de si próprio movido a cobranças e uma idealização de morte como solução.

O impulso de cometer suicídio poderá estar relacionado a um impulso de matar alguém mais. O suicídio poderá servir como uma maneira de controlar suas próprias agressões, como uma mudança da agressão contra o *self*, ou como uma maneira de assassinar outra pessoa que foi psicologicamente incorporada pelo indivíduo suicida. (MACKINNON, MECHELS e BUCKLEY, 2018, p.200)

Existem comportamentos infantis e adolescentes que podem colaborar com a procura de sinais e serem pedidos de ajuda, como a automutilação, ansiedade, melancolia ignorada, angústia, entre outros. O acúmulo de sentimentos e comportamentos depressivos pode desencadear a pulsão de morte.

No luto, é o mundo que se torna pobre e vazio; na melancolia, é o próprio Eu. O doente nos descreve seu Eu como indigno, incapaz e desprezível; recrimina e insulta a si mesmo, espera rejeição e castigo. Degrada-se diante dos outros; tem pena de seus familiares, por serem ligados a alguém tão indigno. (FREUD 1914, p. 175 e 176)

Alguns fatores para o amadurecimento da autoestima podem ser citados, como o diálogo familiar sobre a importância do indivíduo nesse meio, a inserção deste em grupos escolares e a socialização com seus pares, já que a mudança da infância para adolescência é seguida pela diminuição da atenção direta de familiares e a formação da personalidade como ponto para a escolha de amigos e grupos de convivência.

Em 2017 foi lançada a série 13 Reasons Why (traduzida no português como – Os 13 porquês) na Netflix, ela traz o suicídio para dentro da escola no mundo adolescente, onde a personagem principal Hannah Baker, interpretada pela atriz Katherine Langford, se suicida e o programa relata seus motivos. Essa série envolve relações familiares, escolares e com os amigos. A protagonista passa por uma mudança drástica de comportamento, um distanciamento dos amigos e uma mudança de rendimento nas aulas. Tenta comunicação com o seu diretor sobre o assunto, o qual o ignora e acaba agravando seus motivos e levando-a ao suicídio.

Foi realizado um Informativo da universidade North western – Illinois, EUA, para

analisar como foram as reações de pais e adolescentes com a série 13 Reasons Why. 58% dos espectadores adolescentes afirmaram que se sentiram mais confortáveis para conversar com seus pais sobre temas difíceis entre os espectadores do pós-show 13 Reasons Why: Beyond the Reasons, 75% dos pais e 72% dos adolescentes e jovens adultos gostariam de ter acesso a mais recursos informativos. O grupo primário de amigos tem grande influência sobre o assunto, já que é nesse grupo, comumente, que chega o assunto de relacionamentos, autoestima, planos, ídolos e influências, podendo assim, esse grupo, auxiliar para que entendam que os objetos de desejos são bons, porém, não estritamente necessários.

Quando, em exacerbada autocrítica, ele pinta a si mesmo como uma pessoa mesquinha, egoísta, insincera, sem autonomia, que sempre buscou apenas ocultar as fraquezas do seu ser, pode ocorrer, pelo que sabemos, que tenha se aproximado bastante do autoconhecimento, e perguntamo-nos apenas porque é necessário adoecer para alcançar uma verdade como essa. (FREUD, 1914, p. 176 e 177)

É importante que cada grupo exerça sua participação para a valorização do indivíduo, estímulo pela procura de ajuda profissional especializada e quebra da ideiação suicida como solução. Para uma vida melhor e demais autovalor.

2 | METODOLOGIA

Para a construção deste, foi feita uma pesquisa de revisão bibliográfica com objetivo exploratório. De acordo com Silveira e Gerhardt (2009), esse tipo de pesquisa tem como objetivo aprofundar os conhecimentos acerca do tema, porém, sem aplicá-los na prática e, portanto, não oferece riscos, sendo que, dentre os benefícios proporcionados pela mesma estão às possibilidades de ampliar os conhecimentos acerca do tema estudado. Foram feitas coletas de dados em livros teóricos e buscas virtuais em fontes confiáveis. Como critério de inclusão, foram usados apenas artigos em português e excluídos os que não eram ou não tratavam do tema abordado. Como forma de analisar os dados, foi feito um fichamento, com as sínteses das principais ideias dos artigos selecionados.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A parte prática teve que ser organizada respeitando os termos de isolamento do Corona vírus, que impediram uma prática de modo pessoal, mas que não foi abalada de um todo pelo grande crescimento das redes sociais. As faixas etárias do trabalho são a infância e a adolescência. Nele, foram colhidos dados que, mostram o público do *Instagram* (Prevenindo o suicídio) aberto a um diálogo preventivo e que não consideram isso um tabu. Grande parte deles não se sente bem quando sua rotina é abalada com os finais de semana e sua maioria tinha acompanhamento direto na página. Além disso, mostrou a escola com uma socialização desorganizada que gera bullying, desigualdade e faz com que

seus alunos não queiram frequentá-la e sintam que seus sentimentos não são valorizados.

4 I CONCLUSÃO

É de grande importância que a conscientização sobre o suicídio seja contínua, a prevenção em seus meios sociais físicos e *on line*. O projeto obteve 117 seguidores no Instagram (Prevenindo o suicídio), entre o período de 17 de abril à 18 de junho, o qual teve postagens com o objetivo de informar, conscientizar e avisar sobre a existência dos canais de ajuda, batendo com os objetivos propostos para a construção deste, construindo ideias e esclarecendomitos sobre o diálogo na família, na escola e com amigos.

REFERÊNCIAS

BUCKLEY, Peter, J., MACKINNON, Roger A., MICHELS, Robert; tradução: DE OLIVEIRA, Soraya, Imon, INTHY, Celeste, / **A entrevista psiquiátrica na prática clínica**; rev: SCHESTATSKY, Gustavo– 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2018. Acessado em: abril/2020

BUSCATO M. .; / **SÉRIE 13 REASONS WHY, ESTIMULOU IDÉIAS DE SUICÍDIO.**; 2017.; Disponível em: <https://epoca.globo.com/saude/check-up/noticia/2017/07/serie-13-reasons-why-estimulou-ideias-de-suicidio-diz-estudo.html>

FREITAS F.; / **SETEMBRO AMARELO, O PAPEL DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO** .; 2019 .; Disponível em:<https://www.fundacaodorina.org.br/blog/prevencao-suicidio>

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (organizadores). Métodos de Pesquisa. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

KARTER E. .; / **Pesquisa Internacional: Como pais e adolescentes reagiram à série da Netflix 13 Reasons Why** .; 2018 Disponível em: <https://13reasonsresearch.soc.northwestern.edu/13-reasons-why-brazil- release.pdf>

KEHL, Maria Rita / **O tempo e o cão: a atualidade das depressões** – 2. ed.– São Paulo: Boitempo, 2015. Acessado em: maio/2020

NOGUEIRA C.; CHAVES I. .; / **Suicídio e Automutilação Entre Adolescentes – Conversando Sobre a Vida.**; 2020. Disponível em:<https://www.redepsi.com.br/2020/01/09/suicidio-e-automutilacao-entre-adolescentes-conversando-sobre-a-vida/>

OPAS.; / **FOLHA INFORMATIVA – SUICÍDIO.**; 2018.; Disponível em:https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839

SALAS P./**O que uma série pode ensinar às escolas sobre bullying e suicídio** .; 2018. Disponível em: <https://novaescola.org.br/conteudo/11777/13-reasons-why-o-que-uma-serie-pode-ensinar-para-as-escolas-sobre-bullying-e-suicidio>

SIGMUND, Freud / **Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos** (1914 – 1916); tradução e notas DE SOUZA, Paulo, César – São Paulo: Companhia de Letras, 2010. Acessado em: maio/2020

WORLD HEALTH ORGANIZATION.;

CAPÍTULO 14

RODA DE CONVERSA SOBRE SUICÍDIO: CONCEPÇÕES, FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO

Data de aceite: 01/06/2021

Naildes Araújo Pereira

Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC)
Itabuna- Ba
<http://lattes.cnpq.br/0025012986064692>

Tayná Freitas Maia

Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC)
Itabuna- Ba
<http://lattes.cnpq.br/4331824906054319>

Rainna Fontes Gonçalves Costa

Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC)
Ibicaraí- Ba
<http://lattes.cnpq.br/3380792931671346>

Soraya Dantas Santiago dos Anjos

Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC)
Itabuna- Ba
<http://lattes.cnpq.br/7530850403135282>

RESUMO: O suicídio é constituído por ato deliberado de autoaniquilação. Entretanto, é considerado um comportamento, caracterizado pela ideação, os planos e o ato propriamente dito. Os fatores relacionados a este comportamento são multifatoriais. A análise de incidência das características psicossociais, permitem que estratégias estejam alinhadas às reais necessidades da comunidade. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem um contato longitudinal com a comunidade, tornando-se a principal porta de entrada do sistema de saúde. Dessa forma, os profissionais devem estar aptos a oferecer cuidado continuado,

entretanto as atitudes dos profissionais frente ao suicídio sofrem influência de preconceitos e estigmas o que pode afetar de modo decisivo no acesso ao tratamento e prevenção. Por esta razão, o objetivo do trabalho é relatar sobre a experiência das profissionais residentes sobre a capacitação “Enfoque na prevenção do suicídio”, com os profissionais de uma Unidade de Saúde da Família, do interior da Bahia. A metodologia utilizada foi roda de conversa pois, permite a integração entre mediadores e participantes, espaço para que todos expressassem suas concepções sobre o suicídio de forma livre. Os mediadores entrevistaram fazendo provocações, sobre mitos e concepções estigmatizantes, reiterando os conceitos, fatores de riscos e de proteção, reforçando a importância da Atenção Primária à Saúde na prevenção do suicídio, notificação obrigatória das tentativas, bem como o fluxo de atendimento intersetorial em casos de alto, médio e baixo, risco.

PALAVRAS-CHAVE: Suicídio; atenção primária à saúde; educação continuada; saúde mental.

CONVERSATION ROUND ABOUT SUICIDE: CONCEPTIONS, RISK AND PROTECTIVE FACTORS

ABSTRACT: Suicide is a deliberate act of self-annihilation. However, it is considered a behavior characterized by ideation, plans and the act itself. The factors related to this behavior are multifactorial. The analysis of the incidence of psychosocial characteristics allows strategies to be aligned with the real needs of the community. The Family Health Strategy (FHS) has a longitudinal contact with the community, becoming

the main gateway to the health system. Thus, professionals must be able to offer continuous care, however, professionals' attitudes towards suicide are influenced by prejudices and stigmas, which can decisively affect access to treatment and prevention. For this reason, the objective of the work is to report on the experience of resident professionals on the training "Focus on suicide prevention", with professionals from a Family Health Unit, in the interior of Bahia. The methodology used was a conversation circle, since it allows the integration between mediators and participants, a space for everyone to express their conceptions about suicide in a free way. The mediators intervened by provoking, about myths and stigmatizing conceptions, reiterating the concepts, risk and protection factors, reinforcing the importance of Primary Health Care in suicide prevention, mandatory notification of attempts, as well as the flow of intersectoral care in cases high, medium and low risk.

KEYWORDS: Suicide; primary health care; continuing education; mental health.

INTRODUÇÃO

O suicídio é constituído por ato deliberado de autoaniquilação. Entretanto, é considerado um comportamento, caracterizado pela ideiação, os planos e o ato propriamente dito. Os fatores relacionados a este comportamento são multifatoriais, e, envolvem interação biológica, psicossociais e culturais para cada pessoa (GOMES; IGLESIAS, CONSTANTINIDIS, 2019).

Os principais fatores de risco são os transtornos mentais, psicológicos, condições clínicas incapacitantes e sociodemográficas, e no contexto atual de pandemia pelo novo coronavírus, a Covid-19, aparece o isolamento social. Estudos apontam a relação entre o comportamento suicida e transtornos mentais, com destaque para a depressão e o uso de álcool e outras drogas psicoativas. (CANTÃO, BOTTI, 2016; BOTEGA, 2014). O histórico da tentativa, é um dos mais importantes fatores de risco, são muito maiores em quantidade quando comparado à mortalidade. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), para cada suicídio de adulto, ocorrem 20 casos de tentativas de suicídio. (BRASIL, 2017; FERREIRA JUNIOR, 2014; BOTEGA, 2014).

No Brasil, dados do Ministério da Saúde do período de 2011 a 2017, revelam que os óbitos por suicídio na população a partir de 10 anos, 27,3% ocorreram na faixa etária de 15 a 29 anos, destes 79,0% ocorrem em indivíduos do sexo masculino, negros com 4 a 11 anos de estudo e situação conjugal solteira, viúva ou divorciada. (BRASIL, 2019). Os métodos mais frequentemente utilizados para o suicídio foram o enforcamento, autointoxicação e o uso de armas de fogo. (WHO, 2019).

Nesta direção, é relevante que destacar que algumas populações são mais vulneráveis e necessitam de maior atenção, entre elas os adolescentes em situação de rua, indivíduos com tentativas prévias, usuários de drogas, população carcerária, vítimas de violência sexual, gestantes, indivíduos de etnia indígena e aqueles de descendência negra (WHO, 2017).

A análise de incidência das características psicossociais permite apontar a importância em adotar estratégias alinhadas às reais necessidades da população como a ampliação e disponibilidade de cuidados em saúde mental que pode influenciar de forma significativa na redução das taxas de suicídio.

A Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS, tem na Estratégia de Saúde da Família (ESF) sua principal forma de organização, atua como principal porta de entrada do sistema de saúde e acompanha longitudinalmente aos indivíduos e famílias, oferecendo cuidados continuados pode favorecer a detecção do risco de suicídio, identificação dos primeiros sinais de ideação suicida bem como a adoção de medidas de prevenção e tratamento, articulação intersetorial e fortalecimento Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). (OMS, 2000; RIBEIRO, 2018).

Compreende-se que a pessoa com comportamento suicida deve ser atendida nos diferentes dispositivos da RAPS, por ser uma condição complexa, multifatorial, que requer uma atenção prolongada com abordagem multidisciplinar.

A abordagem ao tema é por vezes negligenciada pelos profissionais de saúde, quer seja por medo ou pela falta de conhecimento. É compreendido como condição de sofrimento, no qual há uma série de fragilidades e condições desfavoráveis que justificam a tentativa. Há ainda o reconhecimento do suicídio como um sofrimento psíquico, em que tentativa é vista como um desacato à prática profissional, o que pode ser evidenciado no uso às vezes pejorativo do termo “chamar a atenção”, que rotula o ato suicida, bem como desqualifica a demanda dos casos nos serviços (FREITAS & BORGES, 2014).

A dificuldade dos profissionais de saúde em abordar e lidar com as tentativas de suicídio e as falas preconceituosas relacionadas à questão, têm características históricas. Na Grécia antiga, na Idade Média não era aceito. No século XVII e XVIII os filósofos também condenavam, entretanto uma pequena parte começou a associar suicídio a transtorno mental, e, atualmente para a religião é considerada pecado contra Deus (MINOIS, 2001) As atitudes dos profissionais frente ao suicídio sofrem influência de preconceitos e estigmas o que pode afetar as práticas de atenção à saúde e o acesso ao tratamento e prevenção. (FREITAS & BORGES, 2014).

Nesta direção, o presente trabalho tem como objetivo apresentar um relato de experiência sobre a capacitação intitulada “Enfoque na prevenção do suicídio”, com os profissionais de uma Unidade de Saúde da Família do interior da Bahia no ano 2020.

MÉTODO

Trata-se de relato de experiência, com abordagem qualitativa, que embora valorize a descrição, trás a dimensão interpretativa e compreensiva (DALTRO, 2019), realizada pelas trabalhadoras-bolsistas do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) de uma universidade estadual na região sul baiana, durante setembro de

2020, mês denominado, setembro amarelo pelo Ministério da Saúde marcado pelo enfoque nacional da prevenção ao suicídio, tendo ênfase ainda o período pandêmico da Covid-19.

A experiência emerge das vivências das residentes no campo da educação permanente em saúde, através de uma roda de conversa sobre enfrentamento e prevenção do suicídio com os profissionais da uma Unidade Saúde da Família (USF) em um município sul baiano distante a pouco mais de 400 km da capital Salvador. Sua área territorial é de 401,028 km², com uma população estimada de 213.223 habitantes, de acordo com o IBGE, 2019.

O sistema de saúde municipal possui sua estrutura organizacional e administrativa de acordo com a Lei Municipal nº 1.179 de 28/08/1997, com um total de quatro módulos assistenciais, isto é, áreas geográficas integradas pelo conjunto de bairros e os equipamentos de saúde do setor público e privado organizados numa rede hierarquizada segundo níveis de atenção que atendem a população adscrita ao módulo.

A USF, campo da experiência relatada, está localizada no módulo assistencial de saúde IV, composta por duas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), conforme quadro um abaixo.

Equipe	Categoria Profissional
Equipes da ESF	2 Enfermeiras 2 Médicos Generalistas 2 Técnicas de Enfermagem 20 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) 1 Gerente 1 Recepcionista 1 Atendente de Farmácia 1 Auxiliar de Serviços Gerais 1 Digitador
Equipe de Saúde Bucal	1 Cirurgião Dentista 1 Auxiliar de Saúde Bucal
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família	1 Cirurgiã Dentista 2 Enfermeiras 1 Assistente Social 1 Psicólogo 1 Fisioterapeuta

Quadro 1 – Composição das Equipes de Saúde Família, Equipe de Saúde Bucal e Equipe do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UESC segundo categoria profissional e da USF, Itabuna-BA, 2020.

Fonte: CNES/DATASUS, 2020.

Segundo relatório do e-SUS (2021), estão cadastradas 1024 famílias, perfazendo um total de 4144 pessoas. Destes, 550 famílias não possuem acesso a água tratada, vivem em área com lixo a céu aberto, 90 famílias não têm acesso a energia elétrica. 1.070

cidadãos encontram-se desempregados (BRASIL, 2021). Deste modo, o território reproduz as desigualdades sociais, com diversos condicionantes e determinantes de saúde, a saber, água para consumo humano, tratamento do esgoto, destino final do lixo, acesso à energia elétrica, transporte urbano, dentre outros, demonstrando diversos aspectos que afetam diretamente a qualidade de vida e fatores protetores de saúde mental.

DESCRIÇÃO DO RELATO

A pandemia pelo novo coronavírus, a Covid-19, introduziu mudanças na organização e funcionamento da USF apoiada em medidas de biossegurança e distanciamento social a fim de evitar aglomeração e a disseminação da doença.

Neste contexto, a atividade desenvolvida alusiva ao “setembro amarelo”, uma capacitação intitulada “Enfoque na prevenção do suicídio”, através de uma roda de conversa direcionada aos profissionais das duas equipes de saúde da família, atendeu as normas de biossegurança e foi realizada separadamente para cada equipe em dias consecutivos, durante um período de aproximadamente duas horas.

Na APS, as equipes de saúde da família muitas vezes utilizam rodas de conversa com os usuários para educação em saúde. De acordo com Melo & Aragaki (2019) a roda de conversa representa uma estratégia metodológica na construção de processos educativos que proporciona o estabelecimento de relações horizontalizadas, democráticas entre os participantes, onde todos ensinam e aprendem.

A Política Nacional de Humanização (PNH), adota as rodas de conversa pautada nos princípios da inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, transversalidade, autonomia e protagonismo dos sujeitos, ampliando a comunicação entre as pessoas e grupos, rompendo com relações de poder hierarquizadas. (Brasil, 2004).

Na experiência vivenciada, a roda de conversa foi iniciada com a “Dinâmica do espelho” para aproximação entre os profissionais, e reflexões acerca do autocuidado. Em seguida foi estimulado a conversa acerca da temática enfatizando o conceito de suicídio, a epidemiologia da doença, fatores de riscos e de proteção, mitos e verdades, como agir diante de uma situação de risco iminente e o fluxo de encaminhamento de pessoas em situação de risco; dinâmica de perguntas e respostas com a finalidade de avaliar a troca de conhecimentos, e desmistificar alguns mitos que perpassam o tema suicídio; e, construção de um painel com as concepções dos profissionais, e motivos para viver e se amar.

A roda de conversa é um método estruturado como parte da educação popular, estudada e desenvolvida pelo educador Paulo Freire (PARO et.al 2020). Nas rodas de conversa o aprendizado é recíproco, não há professor e alunos e sim atores históricos e sociais críticos e reflexivos diante da realidade que estão inseridos, e aquele que assume o processo de mediação/facilitação rompe com a figura vertical do professor ensina, passando a ser aquele que estimula a troca de saberes, numa relação dialógica e horizontalizada

estimulando a reflexão crítica das práticas, do contexto, o que contribui para construção de novos saberes e práticas.

Deste modo, a metodologia de rodas de conversa assume uma postura ético-política, comprometida com a produção do conhecimento e transformação social, pois, se constrói a partir da negociação entre os participantes, intencionando o surgimento de novas possibilidades num movimento de perceber, refletir, agir e modificar, no qual os sujeitos podem se reconhecer enquanto condutores de suas ações e de suas potencialidades, adequada para a construção de um espaço democrático e plural. (SAMPAIO et. al 2014).

Em relação aos aspectos éticos, por se tratar de um relato de experiência de uma atividade no campo da educação em saúde, a presente produção está isenta de avaliação do comitê de Ética e Pesquisa, de acordo com a Resolução Nº 510/2016¹³ do Conselho Nacional de Saúde.

TECENDO SABERES SOBRE SUICÍDIO E AS POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DA APS NA PREVENÇÃO E NO CUIDADO.

No território adscrito da USF existem pessoas em vulnerabilidade psíquica e social, que convivem diariamente com a presença do tráfico de drogas, violência, uso abusivo de álcool e outras drogas, o desemprego, as precárias condições de trabalho, mostrando-se um terreno fértil para o desenvolvimento dos fatores de risco relacionados ao suicídio.

O estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), no ano de 2010, demonstrou a relação entre desigualdades sociais, desemprego e renda nas taxas de suicídio no Brasil, principalmente entre a população jovem. Desse modo, promover processos de capacitação para os profissionais de saúde acolher os usuários com ideação suicida, ou famílias que sobreviveram às tentativas de suicídio, constitui uma prática relevante para o cuidado ampliado em saúde. (LOUREIRO et.al 2010).

Nesse sentido, a atividade educacional relatada suscitou aspectos importantes para a reflexão dos participantes acerca do suicídio, suas concepções, práticas e experiências com a temática. As perspectivas apresentadas sobre suicídio, suas etiologias, fatores de risco e de proteção, assim como na literatura se mostrou multifatorial e indiscriminado, podendo ocorrer em famílias com diversas configurações ou classes sociais. Como elementos motivadores foram apontados os sentimentos de confusão, tristeza, medo, turbulência mental, sofrimento, decepção, sensação de ser oneroso para familiares e sociedade, sensação da ausência de alternativas para resolução de problemas e por fim a percepção da morte como solução.

Rigo (2013) afirma que a lógica capitalista, caracterizada pelo imperativo do acesso ao consumo, objeto para o gozo e satisfação, não abre espaço para tristeza, falha ou dor, impondo aos sujeitos o dever do sucesso, criando a ilusão de que os objetos de consumo podem obstruir as faltas estruturais. Consequentemente, a família como parte integrante da sociedade tende a reproduzir essa lógica, exigindo que seus membros sejam

bem sucedidos. Assim, como falhas e erros não são permitidos, a população vivencia sofrimentos psíquicos recorrendo ao suicídio, que nesses casos pode configurar como uma saída para se livrar da angústia.

As causas do suicídio apontadas pelos profissionais foram vinculadas a impulsividade, desequilíbrio emocional, violência, dor, trauma, depressão e doenças mentais, além das experiências com perdas por morte de entes queridos, término de relações afetivas e crise econômica que altera os níveis de consumo e determina a perda de bens materiais e/ou patrimoniais.

Os transtornos de humor, a impulsividade estão fortemente relacionados à recorrência de tentativas de suicídio, a depressão figura como um dos diagnósticos mais associados à repetição de tentativas. Por outro lado, a impulsividade, como traço de personalidade, também pode influenciar no comportamento suicida e na recorrência de tentativas. (BARBI, 2018).

A violência como fator ligado ao suicídio ou às tentativas está presentes principalmente nos indivíduos do sexo feminino, e estão relacionadas às vivências de violências físicas, verbais e sexual, perdas interpessoais e dificuldades de relacionamento. Tendo em vista que estas experiências ocorrem em sua maioria no âmbito familiar, os profissionais de saúde devem se manter atentos aos sinais e, sobretudo compreenderem que a violência deixa sequelas, traumas, incapacidades, humilhação e frustração. (CORREIA et. al 2014).

Os participantes relacionaram a prática do suicídio como uma fraqueza, déficit na capacidade de resiliência de cada sujeito, ou mesmo egoísmo, por não pensar no sofrimento que será gerado para os familiares e amigos. Apenas uma integrante afirmou ser falta de Deus. De acordo com Rigo (2013), o sujeito que tenta o suicídio desorganiza a dinâmica familiar, social e médica. Ao dizer não para a vida, contraria as leis cristãs e desafia a lógica capitalista. Portanto, vivenciam o estigma até mesmo nos serviços de saúde, por vezes culpabilizados pelos profissionais e representando incômodo.

Esse sujeito também contraria as leis cristãs, tendo em conta que a sociedade estruturada com estes valores, acredita que “Deus é quem dá a vida é só Ele pode tirar”, e a lógica capitalista, quando através do seu ato transgride a ordem de não fracassar, não sofrer e não ficar triste. Consequentemente, torna-se um indivíduo segregado, pré-julgado e condenado pela sociedade (RIGO, 2013).

Tavares (2013) aborda o impacto do suicídio para os sobreviventes, quer seja nas situações em que foram surpreendidos, gerando sentimentos de raiva e culpa. Ou quando tinham conhecimento do risco, e agora apresentam sentimentos de impotência e fracasso no cuidado com o ente querido, podendo ocorrer também a culpabilização e autoflagelo. Desse modo, os sobreviventes precisam de apoio para elaborar os sentimentos de medo, culpa, raiva, tristeza, ansiedade, vergonha, saudades, ou a negação, depressão, isolamento, não aceitação da ausência, dificuldades em se ajustar e estabelecer novas relações.

Como fatores de proteção, foi citado a participação em grupos religiosos, o acesso às atividades de lazer e o apoio da família. Fatores de proteção são definidos como recursos pessoais ou sociais que atenuam ou neutralizam o impacto do risco psicológico que o indivíduo sofre. Dessa forma, o suporte social sejam apoios formais (posição do indivíduo e o papel na sociedade) ou informais (relação entre os amigos, famílias e vizinhos), um autoconceito positivo, exercícios físicos, resiliência, podem servir de proteção. As medidas protetivas devem ser em todos os níveis, primário (promoção da saúde), secundário (diagnóstico precoce) e terciário (reabilitação) (NOGUEIRA-MARTINS, 2018).

Foi problematizada ainda a atenção aos sinais que podem ser expressos por indivíduos com ideação suicida, fato que dividiu opiniões, pois alguns participantes reforçaram a ausência de sinais, em contrapartida outros provocaram a reflexão sobre a não percepção.

O estudo de Marquettill e Milek (2014) mostra que a maioria dos sujeitos com tentativas de suicídio anunciaram sua intenção, porém, os sinais não foram reconhecidos pela família e profissionais. A identificação de sinais comportamentais que indiquem riscos é considerada uma forma de prevenção eficaz, entretanto exige atenção às sutilezas do cotidiano que sinalizam o percurso suicida através de imagens, gestos e palavras, que muitas vezes prosseguem invisíveis para os outros. O tabu em relação às mortes voluntárias foi apontado como uma possível influência para a não observação e reconhecimento dos sinais.

Os mediadores estimularam o diálogo e as reflexões com ênfase nos mitos e concepções estigmatizantes, conceitos, fatores de riscos e de proteção, a importância da Atenção Primária à Saúde na prevenção do suicídio. Foi ofertado ainda, informações sobre o fluxo de atendimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município para os casos de alto, médio e baixo, risco e a obrigatoriedade da notificação das tentativas de suicídio no Sistema de Informação de notificação de agravos (SINAN).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A roda de conversa como opção metodológica para realizarmos processos educativos com os profissionais da equipe de saúde da família, permitiu a integração entre mediadores e participantes proporcionando uma discussão horizontal e democrática. O desenvolvimento do diálogo trouxe aspectos presentes na literatura científica acerca da temática, no que diz respeito aos fatores de risco e de proteção, mas também elucidou preconceitos e estigmas relacionados ao suicídio, que foram ser observado através das falas que apontam a culpabilização do suicida, vistos como pessoas egoístas, que não pensam no sofrimento que podem causar aos familiares e a comunidade. A problematização das questões levantadas se mostrou promissoras e trouxe à tona a necessidade de incorporar a saúde mental e o suicídio nas ações de educação permanente e educação continuada

na APS. Por fim, a oferta de informação sobre o fluxo de atendimento da RAPS, incluindo a APS como um importante ponto da rede, cumpriu a função de demonstrar as possibilidades de atuação dos profissionais de saúde e o suporte que podem e devem ser acionados para compartilhar o cuidado ao sujeito com riscos de suicídio.

REFERÊNCIAS

BAHIA. Prefeitura Municipal de Itabuna. **Plano Municipal de Saúde: 2014-2017**. Itabuna Secretária Municipal de Saúde, 2014.

BARBI, Karina Borgonovi Silva. **IMPULSIVIDADE E MANIFESTAÇÕES DO COMPORTAMENTO SUICIDA EM PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO**. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, p.116. 2018. Acesso em: 20. ja. 2021. Disponível em:<http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/332680/1/Barbi_KarinaBorgonoviSilva_M.pdf>.

BOTEGA, Neury José. **Comportamento suicida: epidemiologia**. Psicol. USP , São Paulo, v. 25, n. 3, pág. 231-236, dezembro de 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000300231&lng=en&nrm=iso>. acesso em 14 de março de 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS**. Disponível em <http://200.223.84.84:8080/> [Acessado em 3 de março de 2021]

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde, **Boletim Epidemiológico**./Ministério da Saúde, Volume 50; set 2019. Brasília-DF ISSN 9352-7864

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Suicídio, saber agir e prevenir**. Boletim Epidemiológico. Brasília, 2017.

CANTAO, Luiza; BOTTI, Nadja Cristiane Lappann. **Comportamento suicida entre dependentes químicos**. Rev. Bras. Enferm. , Brasília, v. 69, n. 2, pág. 389-396, abril de 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000200389&lng=en&nrm=iso>. acesso em 14 de março de 2021.

CORREIA, Cíntia Mesquita et al .**Representações sobre o suicídio para mulheres com história de violência doméstica e tentativa do mesmo**. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 23, n. 1, p. 118-125, Mar. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000100118&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Mar. 2021.

DALTRO, Mônica Ramos; FARIA, Anna Amélia de. **Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade**. Estud. pesqui. psicol., Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, p. 223-237, jan. 2019 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000100013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 mar. 2021.

FERREIRA JUNIOR, Avimar. **O comportamento suicida no Brasil e no mundo**. Revista Brasileira de Psicologia, 02(01), Salvador, Bahia, 2015.

FREITAS, Ana Paula Araújo de; BORGES, Lucienne Martins. **Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis.** Estud. pesqui. psicol., Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 560-577, ago. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812014000200010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 mar. 2021.

GOMES, Eliene Rocha; IGLESIAS, Alexandra; CONSTANTINIDIS, Teresinha Cid. **Revisão integrativa de produções científicas da psicologia sobre comportamento suicida.** Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande, v. 11, n. 2, p. 35-53, ago. 2019. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000200004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 mar. 2021.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019.** Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/itabuna/panorama>> Acesso em 22/08/2020

LOUREIRO, Paulo R. A; MENDONÇA Mario J. C. de. SACHSIDA, Adolfo. **Os determinantes econômicos do suicídio: Um estudo para o Brasil.** Texto para discussão N° 1487, Ipea, Rio de Janeiro, 2010. Acesso em: 9 de set. 2020. Disponível em:<https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1487.pdf>.

MARQUETTI, F. C.; VILARUBIA, G. V.; MILEK, G. **Percorso suicida: observação e análise de alterações no cotidiano do indivíduo com tentativas de suicídio.** Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, [S. l.], v. 25, n. 1, p. 18-26, 2014. DOI: 10.11606/issn.2238-6149.v25i1p18-26. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/64664>. Acesso em: 4 mar. 2021.

MINOIS, G. (2001). **História de suicídio: morte voluntária na cultura ocidental.** Em ES Shneidman, Compreendendo o suicídio: Marcos na suicidologia do século 20 (p. 13-22). Associação Americana de Psicologia. <https://doi.org/10.1037/10406-001>

NOGUEIRA-MARTINS LA., NOGUEIRA-MARTINS MCF. **Saúde Mental e Qualidade de Vida de estudantes universitários.** Revista Psicologia, Diversidade e Saúde [online]. 2018 [acesso em 2021 Março 04], 7(3), 334-337. Disponível em: 10.17267/2317-3394rps.v7i3.2086.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em Atenção Primária.** Geneva: Organização Mundial de Saúde, 2000. Acesso em 14 fev. 2021.

PARO, César Augusto; VENTURA, Miriam; SILVA, Neide Emy Kurokawa e. **PAULO FREIRE E O INÉDITO VIÁVEL: ESPERANÇA, UTOPIA E TRANSFORMAÇÃO NA SAÚDE.** Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, e0022757, 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000100400&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Mar. 2021. Epub Aug 19, 2019.

RIBEIRO, N. M. et al. **Análise da tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio.** Texto & Contexto - Enferm., Florianópolis, v. 27, n. 2, 2018. Acesso em 01 mar. 2021.

RIGO, Soraya Carvalho. **SUICÍDIO: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA E UM DESAFIO PARA A PSICOLOGIA CLÍNICA, Capítulo III.** In: Conselho Federal de Psicologia. 1ª edição, Brasília, 2013. Acesso em 9 de set. 2020. Disponível em:<<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>>.

SAMPAIO, Juliana et al . **Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano.** Interface (Botucatu), Botucatu , v. 18, supl. 2, p. 1299-1311, 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601299&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Jan. 2018.

TAVARES, Marcelo da Silva Araújo. **SUICÍDIO: O LUTO DOS SOBREVIVENTES, Capítulo IV.**In: Conselho Federal de Psicologia. Suicídio e os Desafios para a Psicologia. 1ª edição, Brasília, 2013. Acesso em 9 de set. 2020. Disponível em:<<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>>.

WHO. **Suicide in the world: Global Health Estimates.** Geneva: World Health Organization, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/suicide-in-the-world>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a global imperative** [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [cited 2017 Sep 19]. 88p. Disponível em: . Acesso em 02 mar. 2021.

CAPÍTULO 15

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y EL CUADRO CLÍNICO: PRINCIPALES AFECTACIONES NEUROLÓGICAS Y NEUROPSICOLÓGICAS DE JÓVENES CON TCE INGRESADOS EN HOSPITAL GENERAL DE HUAMBO, ANGOLA

Data de aceite: 01/06/2021

António Mendes Sambalundo

PhD; DoctorenCiencias Psicológicas
Docente na Faculdade de Medicina.
Universidade José Eduardo dos Santos,
Huambo - Angola.

Luis Felipe Herrera Jiménez

PhD; Doctor en Ciencias Psicológicas
Docente de la Facultad de Psicología.
Universidad “Marta Abreu” De Las Villas” Santa
Clara – Cuba

Ricardo Filipe Julião

MCs em Neurociências. Docente no Instituto
Superior Politécnico da Caála. Huambo- Angola

RESUMEN: La presente investigación consistió en un estudio transversal descriptivo, con el objetivo de precisar las características sociodemográficas y el cuadro clínico. Se hace énfasis en las principales afectaciones neurológicas y neuropsicológicas de jóvenes con TCE ingresados en el Hospital General de Huambo, Angola, en el período de 1 de julio a 31 de diciembre de 2012. El estudio se desarrolló en la base del paradigma cuantitativo, en la muestra participaron 156 pacientes a quienes se les determinaron las características fundamentales de los traumatismos craneoencefálicos y sus secuelas neuropsicológicas. El análisis estadístico de los datos obtenidos en la muestra, demostró el predominio de jóvenes varones, entre los 18 y 23 años de edad, con nivel escolar de secundaria básica, pertenecientes a zonas

suburbanas, que estudian o trabajan. Se observó un número significativo de accidentes con motocicletas, con cifras elevadas de reincidencias y consumo de alcohol. Predominaron limitaciones neuropsicológicas para el cálculo, análisis de semejanza y comprensión, así como niveles altos de ansiedad y depresión como estado.

PALABRAS CLAVE: Sociodemográficas, Traumatismos, Craneoencefálicos, Secuelas e Neuropsicológicas.

SOCIO – DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND CLINICAL PICTURE: MAIN NEUROLOGICAL AND NEUROPSYCHOLOGICAL AFFECTATIONS IN YOUNG PEOPLE WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY HOSPITALIZED IN THE GENERAL HOSPITAL OF HUAMBO, ANGOLA

ABSTRACT: The investigation consisted on a descriptive and transversal study, with the objective of detailing the sociodemographic characteristics and the clinical picture. Emphasis was made in the main neuropsychological and neurological affectations of Young people with traumatic brain injury hospitalized in the general hospital of Humbo, Angola, from July to December 2012. This study was made using as a base the quantitative paradigm, for the sample, 156 patients were used, and ickey more found the main characteristics of the traumatic brain injury and its neuropsychological sequelae. The statistic analysis of the date shoud the prevalence of Young adults between 18 to 23 years old, with a junior high school level that live in the suburbs, and that study or work. It was observed a significant

number of motorcycle accidents which are recurrent as equal as alcohol consumption. In these patients remained neuropsychological limitations for math, analysis, comprehension, and high levels of anxiety and depression.

KEYWORDS: Sociodemographic, traumatic brain injury, neuropsychological sequelae.

INTRODUCCIÓN

Entre las contradicciones de las actuales condiciones de existencia de la humanidad se encuentra el creciente incremento de los accidentes en la mayoría de las naciones del mundo, lo que ha elevado el número de fallecidos y de personas que sobreviven con secuelas físicas, psicológicas y limitaciones para una vida social productiva.

Diversos estudios indican que los traumatismos causados por el tránsito son la principal causa de muerte en personas de 10-24 años a nivel mundial y representan alrededor del 15% de todas las muertes en varones WHO, (2013), Huang, Miranda *et al.* (2010); Patton, Coffey *et al.* (2009).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha llamado la atención a las naciones del orbe respecto a que los traumatismos causados por el tránsito constituyen una epidemia, y está previsto que se incremente en las próximas décadas, por lo cual requiere de una atención prioritaria urgente. WHO (2013), WHO (2009).

La National Head Injury Foundation de los Estados Unidos (*NHIF*) (Campbell, 2000) describe el daño traumático como una lesión al cerebro no de naturaleza congénita o degenerativa, sino causada por una fuerza física externa que puede provocar una disminución del estado de conciencia y que conlleva a alteraciones de las habilidades cognitivas, del funcionamiento físico, del comportamiento y del manejo emocional. Dichas consecuencias pueden ser temporales o permanentes y causar parcial o totalmente discapacidad y desajuste psicosocial.

Existen diferentes clasificaciones de los TCE de acuerdo con la gravedad del paciente. Según la escala de coma de Glasgow se pueden clasificar en graves, moderados o leves, atendiendo al tipo de daño provocado, y en abiertos o cerrados según el mecanismo que los produce y las afectaciones neurológicas que aparecen.

Entre las personas que han sufrido un TCE resultan frecuentes las alteraciones neurológicas y neuropsicológicas; su expresión depende de múltiples factores como son la gravedad del traumatismo, la edad, el estado de salud anterior, la atención médica inmediata. Entre las primeras son comunes las afectaciones motoras, sensitivas, el síndrome postconmocional, las epilepsias secundarias, etc, Harting *et al.* (2011).

En el área neuropsicológica se reconocen las agnosias, las apraxias, las amnesias, las afasias, las alteraciones en las funciones ejecutivas, manifestaciones de ansiedad, depresión, estrés y dificultad en el control inhibitorio, toma de decisiones, Quijano, Arango, Cuervo, Aponte, (2012); Quijano, Cuervo, (2011); Bernal-Pacheco, et al, (2009); Ramírez,

Ostrosky-Solís (2009); Canto, Fernández, Bilbao, Martín, Delgado, (2007); Ariza, Pueyo, Serra (2004).

Se realizó una investigación que consistió en un estudio transversal descriptivo, con el objetivo de precisar las características sociodemográficas y el cuadro clínico. Se hace énfasis en las principales afectaciones neurológicas y neuropsicológicas de jóvenes con TCE ingresados en el Hospital General de Huambo, Angola, en el período de 1 de julio a 31 de diciembre de 2012.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Intervalo de edades.	Cantidad de pacientes del sexo femenino	Cantidad de pacientes del sexo masculino	Total de pacientes
14 – 15 años.	1	18	19 (12,17 %)
16 – 17 años.	4	15	19 (12,17 %)
18 – 19 años.	6	30	36 (23,07%)
20 – 21 años.	1	21	22 (14,10 %)
22 – 23 años.	8	30	38 (24,35 %)
24 – 25 años.	5	17	22 (14,10 %)
Total	25	131	156 (100 %)

Tabla nº. 1. Descripción de la muestra según la edad y el sexo.

En la muestra se debe considerar la presencia de 3 especialistas en neurocirugía que participaron en el estudio.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En la análisis se consideraron los datos de la incidencia de los TCE y secuelas neuropsicológicas.

Edades	Masculinos		Femeninos	
	N	%	N	%
14 -19	64	48,85	10	40,00
20-25	67	51,15	15*	60,00
Total	131	100	25	100

Tabla nº 2. Distribución de los pacientes con TCE por edades y sexos.

Fuente: Base de datos del estudio. $X^2 = 0.353$ $p \leq 0.552^*$. -Significa diferencias significativas.

($P \leq 0.05$) entre grupos de edades del mismo sexo. %- Se determinan sobre la base del total de pacientes de cada uno de los sexos.

En la tabla anterior se puede observar la distribución porcentual de los pacientes con TCE según sexo y grupos de edades. En general se incluyeron 25 mujeres y 131 hombres en el estudio, lo que corrobora que los TCE afectan más al sexo masculino. Debe destacarse que 96 pacientes que corresponden al (61,53 %) incluido en la investigación ya habían sufrido de un TCE, y que 18, equivalente al (11,53 %) de casos, habían pasado por dos episodios de este tipo. La cifra señalada anteriormente se refiere a las personas que recibieron atención médica por el TCE, pues también en la muestra existieron 32 casos correspondientes al (20,51%) en que se registraron caídas, golpes en la cabeza y heridas, con anterioridad al traumatismo actual y que no fueron valoradas clínicamente. Como puede apreciarse, 146 pacientes para el (93,58%) son reincidentes.

Localización	N	%
Frontal	95*	60.90
Fronto-temporal	3	1.92
Fronto- orbital	2	1.28
Fronto-parietal	5	3.21
Parietal	14	8.97
Occipital	16	10.26
Temporal	21	13.46
Total	156	100

Tabla nº 3. Localización de TCE según el área cortical afectada.

Fuente: Base de datos del estudio. *.-Significa diferencias significativas ($p \leq 0.05$) con respecto a las restantes localizaciones. %.- Se determinan sobre la base del total de pacientes.

Los pacientes con localización frontal (60.90 %) se encontraron en una proporción significativamente superior ($p < 0.001$) a las restantes, las cuales apenas lograron alcanzar un porcentaje de alrededor de un (10 %).

Los resultados ofrecidos anteriormente muestran que las áreas frontales son las más dañadas en los pacientes estudiados, aspecto que indica que la función psíquica vinculada con la planificación y verificación de acciones, el control emocional, la memoria operativa y toma de decisiones puede verse afectada. Los datos obtenidos coinciden con reportes investigativos que indican la presencia de afectaciones en las funciones ejecutivas en pacientes con TCE. Quijano y Arango *et al.* (2012), Noreña y Sánchez-Cubillo *et al.* (2010).

ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS EN LA BATERÍA NEUROPSICOLÓGICA BREVE DE HUAMBO

Síndromes neuropsicológicos	SI		NO	
	N	%	N	%
Funciones de orientación	128	82.05	28	17.95
Apraxia y motricidad	118	75.64	38	24.36
Agnosia y percepción	118	75.64	38	24.36
Afasia y lenguaje	111	71.2	45	28.8
Lecto – escritura	130	83.3	26	16.7
Recuerdo inmediato	115	73,7	41	26,3
Recuerdo mediato	105	67,3	51	32,7
Semejanzas y comprensión	142	91,50%).	14	8.98
Cálculo	145	92.9	11	7.1
Atención y memoria operativa	113	72.4	43	27.6
Fluidez verbal	92	59	64	41

Tabla nº 4. Resumen de los resultados obtenidos por los pacientes en la Batería Neuropsicológica.

Fuente: Base de datos del estudio. $\chi^2 = 26.83$ $p \leq 0.01$. % - Se determinaron sobre la base del total de pacientes con TCE.

En la tabla nº 4 se puede apreciar la distribución porcentual de la presencia o no de diferentes tipos de trastornos neuropsicológicos en pacientes con TCE. Se destaca que los porcentos de pacientes con TCE que presentaron los diferentes trastornos neuropsicológicos fueron significativamente superiores ($p < 0.001$) a los de aquellos que no los presentaron.

Dichos por cientos corresponden a más del (70%) de los pacientes, así el cálculo (92,9 %) seguido por el trastorno de la comprensión y semejanzas (91,02 %) y lecto-escritura (83,3 %) estuvieron presentes en mayor porcentaje de pacientes.

CONCLUSIONES

En la muestra de pacientes con TCE estudiados predominaron los jóvenes del sexo masculino, que estudian o laboran de manera independiente, encontrándose un número elevado de los accidentes de tránsito con motocicletas, sin considerar medidas de seguridad, bajo la ingestión de bebidas alcohólicas y con elevadas cifras de reincidencia de los eventos traumáticos.

Predominaron los TCE abiertos, evaluados en la escala de coma de Glasgow como moderados y severos, que necesitaron de una hospitalización mayor de 11 días, requiriendo en muchos de ellos intervención quirúrgica y observando mayor afectaciones en los lóbulos frontales.

Se detectó un predominio de niveles altos de ansiedad y depresión como estado, y niveles medios de ansiedad y depresión como rasgo. También se encontraron dificultades para el cálculo, para la comprensión, flexibilidad y actividad analítico-sintética y en menor proporción limitaciones en la lecto-escritura, orientación y actos motores voluntarios.

REFERENCIAS

Almeida, C., Vieira, O. (2013) - **Calidad de vida de las víctimas de trauma craneoencefálico seis meses después del trauma** 21(4):[08 www.eerp.usp.br/rlae.

Ardila, A. Y Ostrosky F. (2012) – **Guía para el diagnóstico neuropsicológico**. Miami. Universidad Internacional de la Florida.

Ariza, M. Pueyo R. M y Serra, J. M. (2004) – **Secuelas neuropsicológicas de los traumatismos craneoencefálicos**. Revista Anales de Psicología. 20(2):303-316. Servicios de Publicaciones de la Universidad de Murcia. España. ISSN: 0212-9728.

Beltrán, D C. & Solís U. G (2012) - **Evaluación Neuropsicológica en Adolescentes**: Normas para Población de Bucaramanga Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, Vol.12, N°2, pp. 77-93 77 ISSN: 0124-1265.

Betancourt, G; Varela, A. (2011). **Traumatismo craneoencefálico en el adulto**. Tema para la Atención Primaria de Salud. La Habana. Editorial Ciencias Médicas.

Campbell, M. (2009) - **Rehabilitation for Traumatic Brain Injury**. Physical Therapy. Practice in Context United Kingdom: Churchill Livingstone

Canto P.H, Fernández S, Bilbao A, (2007) - **Toma de decisiones en personas con traumatismo craneoencefálico severo**. Trauma Fund. Mapfre; 18 (1):80-6.

Canto P. H.G. (2010) - **Toma de decisiones en personas con traumatismo craneoencefálico severo**: Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones.

Crespo B., T. y Crespo H., E. (2013) - **MOLODI_CE_1 un modelo basado en la lógica difusa para el procesamiento de expertos en la investigación pedagógica**. III Taller internacional la Matemática, la Informática y la Física en el siglo XXI. Universidad de Ciencias Pedagógicas “José de la Luz y Caballero”. Holguín. CD compilación de trabajos. ISBN: 978-959-18-0895-0.

Cronbach, L.J. & Meehl, P.E. (1955) - **Construct validity in psychological tests**. Psychological Bulletin, 52, págs.281-302.

Hartings JA, Bullock MR, Okonkwo DO GT. (2011) - **Re-orientation of clinical research in traumatic brain injury: report of an international workshop on comparative effectiveness research**. J Neurotrauma: published online May 5. DOI:10.1089/neu.1599.

Huang, Lunnen, Miranda, Hyder, (2010) - **Traumatismos causados por el tránsito en países en desarrollo: agenda de investigación y de acción**. Rev. Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 27 (2) Lima versión impresa ISSN 1726-4634

Noreña, D., Sánchez-Cubillo, I. et al. (2010). **Efectividad de la rehabilitación neuropsicológica en el daño cerebral adquirido (II): funciones ejecutivas, modificación de conducta y psicoterapia, y uso de nuevas tecnologías.** *RevNeurol*, 51(1).

Ostrosky-Solís F., Ardila A. Y Rosselli M. (2012) **NEUROPSI (Evaluación neuropsicológica breve en español manual e instructivo).**

Patton GC, Coffey C, et al. (2009). **Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data.** *Lancet*; 374(9693): 881-92.

Pérez L. N. (2012) - **Manual, Neuropsicología Clínica.** La Habana: Editorial. Ciencias Médicas. 304 p, il, tab

Quijano MC y Cuervo MT (2011). **Alteraciones cognitivas después de un trauma craneoencefálico.** *Acta Col. Psi.*; 14 (1):71-80.

Quijano, M. C., Cuervo, M. T. et al. (2012). **Neuropsicología del trauma craneoencefálico en Cali, Colombia.** *Revista Ciencias de la Salud*, 10(1).

Wallace SE, Evans K, Arnold T, Hux K. (2007) - **Functional brain injury rehabilitation: survivor experiences reported by families and professionals.** *Brain Injury*. 21(13-14):1371-1384.

WHO (2013) - **Estadísticas Sanitarias Mundiales.** *Ginebra. Editorial OMS.*

WHO. (2009) - **Global status report on road safety: time for action.** Geneva:

CAPÍTULO 16

A PSICOLOGIA NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: LEVANTAMENTO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 03/03/2021

Mary Lúcia Sargi do Nascimento

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul,
Faculdade de Ciências Humanas / Curso de
Psicologia. Bolsista de Iniciação Científica
CNPq – PIBIC 2019/20
Campo Grande – MS
<http://lattes.cnpq.br/2002540873924574>

Zaira de Andrade Lopes

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul,
Faculdade de Ciências Humanas - Docente
Curso de Psicologia e do Programa de Pós-
Graduação em Psicologia
Campo Grande – MS
<http://lattes.cnpq.br/7872582724663795>

RESUMO: Este estudo é resultado da iniciação científica intitulada “Políticas de enfrentamento à violência contra a mulher – o saber e o fazer da psicologia”, vinculada ao projeto “Políticas públicas e representações sociais sobre o saber, o lugar e o fazer da psicologia no enfrentamento à desigualdade social e à violência”. O objetivo foi levantar produções científicas-acadêmicas sobre a temática. Constituindo-se uma pesquisa teórica de levantamento, fundamentada na teoria das representações sociais. Para coleta de informações utilizou-se os bancos de dados SciELO e Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD), com os descritores: psicologia, políticas públicas, gênero, violência

contra a mulher. Os critérios de inclusão foram: recorte temporal das publicações entre 2005 e 2019, coerência do título com a temática do estudo e ser da área de psicologia. A primeira busca realizada na plataforma SciELO, resultou em 27 trabalhos, dos quais 13 foram incluídos pelo título. A primeira busca na plataforma BDTD, resultou em 172 dissertações e 39 teses, das quais foram incluídas pelo critério previamente citado, 73 dissertações e 24 teses. Após leitura dos resumos dos trabalhos selecionados com nova exclusão daqueles que não atendiam o escopo do estudo, obteve-se 6 artigos, 35 dissertações e 7 teses. Os resultados revelam que a produção sobre a psicologia no enfrentamento à violência contra a mulher está concentrada nos cursos de psicologia e serviço social, sendo a totalidade de trabalhos da psicologia qualitativos. Também se identificou que a psicologia tem buscado compreender mais sobre a prática nas políticas de enfrentamento à violência contra a mulher, e que a região nordeste produziu cerca de 47% dos trabalhos de psicologia analisados. Conclui-se que os estudos sobre a temática ainda são poucos. Revela-se a necessidade de estudos posteriores para investigar com maior profundidade as variáveis que influenciam nas produções e publicações.

PALAVRAS-CHAVE: Gênero, Psicologia, Violência contra a mulher.

PSYCHOLOGY IN FACING VIOLENCE AGAINST WOMEN: SURVEY OF SCIENTIFIC PRODUCTION

ABSTRACT: This study is the result of a scientific

initiation entitled “Policies to confront violence against women - the knowledge and practice of psychology”, linked to the project “Public policies and social representations about the knowledge, place and practice of psychology in the fight against social inequality and violence”. The objective was to raise scientific-academic productions on the theme. Constituting a theoretical survey, based on the theory of social representations. To collect information, the databases SciELO and Digital Library of Theses and Dissertations (BDTD) were used, with the descriptors: psychology, public policies, gender, violence against women. The inclusion criteria were: time frame of publications between 2005 and 2019, consistency of the title with the theme of the study and being from the area of psychology. The first search carried out on the SciELO platform, resulted in 27 works, of which 13 were included by the title. The first search on the BDTD platform resulted in 172 dissertations and 39 theses, of which following the previously mentioned criteria, 73 dissertations and 24 theses were included. After reading the abstracts of the selected works with a new exclusion of those that didn’t meet the scope of the study, 6 articles, 35 dissertations and 7 theses were obtained. The results reveal that the production on psychology in the fight against violence against women is concentrated in the courses of psychology and social work, being the totality of the work in psychology qualitative. It was also identified that psychology has sought to understand more about the practice in policies to confront violence against women, and that the Northeast region produced about 47% of the analyzed psychology works. It is concluded that studies on the theme are still few. It reveals the need for further studies to investigate in depth the variables that influence production and publications.

KEYWORDS: Gender, Psychology, Violence against women.

1 | INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como premissa apresentar as contribuições e articulações da ciência psicológica para os estudos de gênero, como forma de compreender o fenômeno da violência dirigida à mulher e assim subsidiar o debate sobre as políticas para o enfrentamento à violência de gênero. Trata-se da apresentação da primeira etapa do estudo, realizada entre agosto de 2019 e agosto 2020, e se constitui no levantamento da produção científica-acadêmica ocorrida entre o período de 2005 e 2019. Os descritores utilizados foram: “violência”; “Violência contra a mulher”; “Políticas Públicas”, “Gênero”, delimitando ainda o descritor “Psicologia” como *locus* das investigações. As bases de dados utilizadas foram a plataforma da *Scientific Electronic Library Online -SciELO*. Que compreende a biblioteca eletrônica que abrange uma coleção indexada de periódicos científicos brasileiros também a Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD).

Na análise dos resultados, buscou-se verificar quantitativamente as áreas de conhecimento e as regiões do Brasil que concentram o maior volume de pesquisas e publicações. A análise considerou ainda compreender quais as temáticas e quais abordagens teóricas na área da psicologia foram utilizadas, bem como os conhecimentos significativos que pudessem contribuir para as políticas públicas e as ações orientadas para o enfrentamento à violência contra a mulher.

A psicologia, segundo Lane (1981), pode ser considerada uma ciência que estuda o ser humano em suas múltiplas dimensões, mediados pelos processos históricos e culturais. É possível afirmar que preocupação dessa ciência está em estudar os comportamentos que individualizam o ser humano e ao mesmo tempo buscar leis gerais que, considerando as especificidades que caracteriza cada sujeito e das linhas que constituem esse desenvolvimento, a saber: as linhas filogenética, ontogenética, bem como as sociogenética e microgenética, conforme propostos nos estudos de Vygotsky, demarcadas e denominadas por Wertsh (1985).

Salienta-se ainda que, como uma ciência moderna, a Psicologia é também uma prática profissional no Brasil desde 1962, sancionada através da Lei 4.119. Segundo o Código de Ética Profissional do Psicólogo (2005) uma profissão é um corpo de práticas que surge a partir de uma (ou mais) demanda social.

O Código de Ética da Psicologia propõe sete princípios fundamentais, entre eles: o trabalho apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos; contribuir para a eliminação de quaisquer forma de negligência, discriminação, violência, crueldade e opressão; considerar as relações de poder nos contextos em que atua e os impactos dessas relações sobre suas atividades profissionais.

Considerando os compromissos profissionais supracitados é importante considerar que a violência contra a mulher é uma realidade no Brasil e no mundo e é uma forma de violação dos direitos que tem repercussões não apenas físicas, mas também psicológicas, como aponta o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2007).

Estudos estatísticos revelam que a violência contra a mulheres é uma grave condição que afeta centenas de milhares de mulheres diretamente, pois a cada mulher agredida temos inúmeras crianças e outras pessoas que também dão violentadas física, psicologicamente e até economicamente, como será apresentado neste estudo. O Dossiê Violência Contra a Mulheres em dados revela que, conforme o 13º Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2019, a cada dia três mulheres são vítimas de feminicídio no Brasil. Assim o Anuário registrou que os feminicídios corresponderam a 29,6% dos homicídios dolosos de mulheres em 2019¹. Foram registrados 1.151 casos em 2017 e 1.206 em 2018, um crescimento de 4% em números absolutos.

O número de estupros também cresceu no Brasil de 2016 a 2017, passando de 54.968 para 60.018 casos registrados, um aumento de 8,4% em um ano, conforme apontado pelo 12º Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2018².

Esses números apontados revelam a necessidade de produzir conhecimentos que permitam promover ações, subsidiar a formação de profissionais com um saber científico

1 13º Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2019. Coordenação Samira Bueno Renato Sérgio de Lima. Apoio/Patrocinio Edição 2019 do Anuário Brasileiro de Segurança Pública Open Society Foundations - OSF

2 12º Anuário Brasileiro de Segurança Pública - Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2018.

que fundamente sua prática direcionada para a eliminação da violência e demais violações de direitos de mulheres apenas pelo fato de serem mulheres. Assim faz-se urgente compreender a essência da categoria de análise Gênero, a ser tratada na sequência deste artigo.

1.1 Compreensão do conceito de gênero

O clássico artigo de Joan Scott (1995) aponta a confusão gramatical e de significados entre os termos sexo (biológico) e gênero, tendo sido por muitas vezes tais vocábulos considerados sinônimos. Scott demonstra que foi a partir do movimento feminista o termo “gênero” começa a ser utilizado e passou a referir-se a organização social da relação entre os diferentes sexos. Assim, ela nos alerta que o termo gênero, utilizado para revelar e identificar a relação entre homens e mulheres, traz também em sua essência a identificação das relações de poder hierarquizadas entre os femininos e masculinos. Considerando a análise de Scott, analisar as relações que se configuram o poder é primordial nos estudos sobre as desigualdades sociais e da violência contra a mulher.

Ainda conforme Scott (1995), o termo gênero também foi utilizado pelas investigadoras feministas contemporâneas para reivindicar um campo de definição, revelando o caráter inadequado das teorias existentes que buscavam explicar desigualdades persistentes entre mulheres e homens.

Contudo, quase duas décadas depois, a citada pesquisadora observa que, ainda tal concepção não havia sido apreendida. Assim ela propõe que “os significados de sexo e gênero deslizam entre um e outro termo, obscurecendo os limites que foram estabelecidos para mantê-los separados” (Scott, 2012, p. 341).

O termo “gênero”, a partir do movimento feminista e de pesquisadoras nas universidades, tornou-se um apontamento das “construções sociais” dos papéis atribuídos a homens e a mulheres. Logo, “segundo essa definição [o gênero é], uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado.” (Scott, 1995, p. 75)

Scott (1995) aponta que o gênero, como parte constitutiva das relações sociais que se fundam nas diferenças que são percebidas entre os sexos, se divide em quatro elementos que se inter-relacionam: (1) os símbolos culturais - Eva, uma pecadora (de Adão e Eva) e Maria, mulher pura, virgem (mãe de Cristo); (2) as normatizações que expressam as interpretações dos significados dos símbolos - a religião, a educação, a ciência, a lei; (3) as instituições onde as normas e políticas se constituem e veiculam - família, igreja, escola, sistema político; e a (4) identidade subjetiva.

Esses elementos servem como forma de legitimação do gênero. O processo de constituição dos masculinos e femininos vão se formar por meio desses quatro elementos, no processo de socialização. Esses elementos não operam individual e independentemente, mas também não operam simultaneamente, sendo um desafio a pesquisa histórica entender como estes aspectos se relacionam.

A conceituação do termo gênero apesar de ser uma discussão bastante recorrente, não se tornou menos complexa e exaustiva com o passar do tempo, pois o desenrolar do debate fez com que este termo transpassasse o significado que tinha sido proposto pelo movimento feminista. Hoje o termo “gênero” atravessa o espectro político. Gênero não parece ter uso e significado ordinários, é uma categoria analítica ligada ao social e conectada a esfera psico-sexual, e se constitui como espaço de debate (SCOTT, 2012).

Lopes (2009) analisa a importância e objetivo central do artigo de Scott que foi apresentar o conceito de gênero como categoria teórica para a compreensão da história e da mulher nessa história. Aponta também que o artigo traz o caminho tomado e os múltiplos significados atribuídos ao termo pelas várias tendências teóricas da academia, assinala as implicações da utilização do conceito de gênero para a compreensão dos estudos sobre a mulher e, acima de tudo, propõe rever os estudos de gênero nesta área de estudo. Para Lopes (2009, p. 71) o artigo de Scott “identifica em que sentido, ou como a mulher é pensada no desenvolvimento da sociedade.”

1.2 Sociedade, cultura e história na constituição do conceito de gênero

Saffioti (1999) afirma que Gênero não é apenas uma categoria de análise, mas é também uma categoria histórica. No mesmo sentido Scott (2012) afirma que a categoria de gênero desafia uma ordem social, e que pode oferecer uma nova visão sobre as diversas sociedades, culturas, histórias e políticas a serem investigadas.

É corriqueiro deparar-se com a concepção de que a sexualidade é algo absolutamente natural, ignorando a dimensão política e social desse conceito, assumindo erroneamente que todas as pessoas de genitálias similares experienciam seus corpos da mesma forma. Contudo, a ideia de uma sexualidade dada pela natureza é simplista e desconsidera que este conceito ultrapassa a biologia e se cerca de rituais, linguagem, fantasia, símbolos, representações e tantas coisas outras que pertencem fundamentalmente à esfera sociocultural (Louro, 2000, p.8-9).

Louro (2000) considera até mesmo que as concepções de “corpo” e “natural”, sejam, de fato, culturalmente constituídas. As atribuições e expressões de masculinidade, feminilidade, sexualidade, as inscrições de gênero de um corpo são estabelecidas e codificadas a partir de um determinado contexto, isto é, o corpo apenas têm sentido quando em sociedade.

1.3 A violência e a violência de gênero

A violência é um fenômeno que intriga pesquisadores e pesquisadoras à um longo período de tempo. Questionamentos sobre a causa e natureza da violência, principalmente para fins de controle, são repetidos nas mais diversas áreas do conhecimento em busca de respostas efetivas. Hoje sabe-se que a violência não é biologicamente inscrita no ser humano, mas sim a relação complexa entre aspectos biológicos, psicológicos e

socioculturais. (MINAYO, 1994, p.7)

Em se tratando das distinções deste fenômeno biopsicossocial pela ótica de gênero, Minayo (2005) aponta que a vulnerabilidade de homens é maior em se tratando de homicídio, uso de drogas e suicídio. O Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (2010) dispõe que a violência que se perpetua no masculino é referente ao espaço público, enquanto a da mulher se manifesta majoritariamente no ambiente privado e é perpetrada, na maioria das vezes por parceiros íntimos ou (ex)companheiros.

Saffioti (2001) aponta que a violência de gênero é mais ampla conceitualmente quando comparada a violência contra a mulher. O patriarcado é a estrutura em que a categoria “homem” pertence a uma lógica de dominação-exploração que subalterniza outras categorias (mulheres, crianças, adolescentes), isto é, detém poder, que inclui poder de punição - inclusive física - autorizado, ou minimamente tolerado, pela sociedade, e é por essa dinâmica particular que se constitui a violência de gênero. (SAFFIOTI, 2001, p.115)

Lopes (2009, p. 52) em seu estudo sobre a violência contra a mulher, destacou que as investigações no campo da violência desferida contra as mulheres, no decorrer da história, “foram orientando-se pela perspectiva de gênero e culminaram no entendimento de que essa categoria permitiu a compreensão do fenômeno como estrutural, em muitos casos configurando-se na violência de gênero.”

2 | MÉTODO

Este estudo configura-se em uma pesquisa de levantamento sistemático da produção científica, com análise quantitativa e qualitativa dos dados captados. Na continuidade do estudo pretendia-se uma segunda etapa, de março a junho de 2020 para a coleta de dados via entrevistas semi-estruturadas com profissionais atuantes na prática psicológica e acadêmicos(as) de curso de graduação em Psicologia, com objetivo de identificar e analisar suas representações sociais, fundamentando-se na Teoria das Representações Sociais, contudo, com o advento da pandemia de Sars-Cov-2, a metodologia de pesquisa foi alterada, procedendo a análise apenas da produção científica encontrada. E tal etapa será realizada *a posteriori*.

Minayo e Sanches (2003) consideram que não há contradição tampouco continuidade entre quantitativa e qualitativa, pois estas metodologias são distintas por natureza. Enquanto a utilização do método qualitativo permite que se atue com a complexidade de representações, valores, opiniões, processos particulares, o método quantitativo atua com dados, indicadores e tendências observáveis de grandes aglomerados de dados. Resumidamente, ambos os métodos são igualmente científicos, e a decisão quanto a utilização de um ou dos dois deve ser tomada de acordo com a pergunta e as respostas que a pesquisa apresenta.

A realização do levantamento da produção científica ocorreu no período entre junho

e dezembro de 2019. Posteriormente foi feita a seleção e análise dos dados obtidos nos meses de Janeiro e Fevereiro de 2020, por meio de critérios previamente definidos.

O processo de busca da produção ocorreu com a utilização de quatro descritores em duas bases de dados distintas. Os descritores foram: “Psicologia”, “Políticas Públicas”, “Gênero” e “Violência contra a mulher”. As bases de dados utilizadas foram: a plataforma da *Scientific Electronic Library Online* – SciELO, esta é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros, e a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), que constitui um portal que integra e divulga os textos completos das teses e dissertações defendidas nas instituições brasileiras de ensino e pesquisa. Assim no levantamento foram contemplados os artigos científicos e as Teses e Dissertações produzidas no Brasil.

Os critérios de inclusão aplicados foram: recorte temporal das publicações entre os anos de 2005 e 2019, coerência do título com a temática do estudo e ter a origem da produção na área de psicologia. Foi também realizada a leitura dos resumos dos trabalhos que foram aprovados pelos critérios supracitados, buscando a mesma coesão com o tema que foi encontrada no título.

Aos trabalhos em que a leitura do resumo deixava dúvida a inclusão, utilizou-se a busca no corpo do texto pelas palavras “psicologia”, “psicóloga” e “psicólogo”, nos textos que tais palavras apareciam, os trechos referentes foram lidos, e foram incluídos os trabalhos que tinham no corpo do texto, relação com o tema pesquisado.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise quantitativa dos resultados, obteve-se, em um primeiro momento, na plataforma SciELO, 27 artigos, sendo 13 incluídos na investigação a partir da coerência do título com os critérios de seleção e 6 descartados por não atender aos critérios. No banco BDTD, obtiveram-se 172 dissertações, das quais 73 foram incluídas pelo título, e 39 teses, das quais 24 foram incluídas. Totalizando-se 110 trabalhos incluídos pelo critério do título. Em segundo momento, para refinamento dos resultados, utilizando-se como critério a pré-aprovação pelo título e aprovação do resumo, restaram 6 artigos da plataforma SciELO, 35 dissertações e 7 teses disponibilizadas no sítio BDTD.

Da totalidade de trabalhos encontrado nenhum artigo foi escrito ou tem a colaboração de uma profissional de psicologia. Resultando então em 0 artigos, 15 dissertações e 2 teses sobre o tema produzidos pela psicologia, portanto, apenas cerca de 35% dos trabalhos encontrados eram resultantes de estudos no campo da Psicologia.

Considera-se que a produção sobre a temática ainda é insatisfatória, em especial quando consideramos a produção de artigos científicos na base de dados utilizada, que é uma das plataformas de busca mais utilizadas principalmente por graduandas(os). O resultado se mostra significativo para evidenciar a ausência de conhecimentos divulgados

pela área psicológica que trate da violência na perspectiva dos estudos de gênero. Essa revelação demonstra a urgência na mudança de postura da área para referenciar estudos para o fenômeno da violência de gênero, uma vez que nenhum artigo foi de produção da ciência psicológica, pois, como aponta Yamamoto, de Souza e Yamamoto (1999) os parâmetros comumente utilizados para mensurar o vigor científico de uma área, neste caso da área de atuação da psicologia no enfrentamento à violência contra a mulher, são o volume de artigos publicados e disponibilizados em bases de dados de prestígio e o número de citações desses artigos nestas mesmas bases.

Quanto à distribuição temporal da produção sobre o tema, esta é equilibrada, na totalidade dos trabalhos e na psicologia em específico. As produções da psicologia datam entre 2005 e 2018. Quanto à distribuição geográfica, há prevalência da produção e publicação acadêmica na região nordeste do território brasileiro, sendo essa região responsável por cerca de 47% da produção total sobre a temática na ciência psicológica, sendo destaque a Universidade Federal de Pernambuco.

Em se tratando da metodologia de pesquisa dos trabalhos analisados, 100% das produções levantadas no campo da Psicologia classificaram-se como de abordagem qualitativa, ainda que 2 dos 17 trabalhos da área sejam pesquisas documentais complementares, sem utilização de fontes primária como entrevista. Demarca-se que todos os trabalhos da área Psicologia consideram-se produtos do campo da Psicologia Social.

A psicologia social é, segundo Lane (2006, p.8) “estudar o comportamento de indivíduos no que ele é influenciado socialmente”, esta “influência histórica-social se faz sentir, primordialmente, pela aquisição da linguagem.” (Lane, 2006, p.9), ao tomar em conta a explicação proposta, podemos compreender também porque o método de preferência dos trabalhos analisados é qualitativo, pois segundo Minayo (1999) a pesquisa social se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado.

Entre os trabalhos de psicologia, em quatro deles não foi possível identificar uma abordagem teórica específica. Dos 13 restantes, 5 identificaram-se como “construcionistas”, enquanto os oito restantes variaram entre psicanálise, análise de implicação e cartografia, análise institucional francesa, modelo bioecológico do desenvolvimento, redes sociais, teoria da subjetividade e pós-construcionista.

Decorrente da análise qualitativa, foi possível constatar que os trabalhos em psicologia tratam, de forma geral, de entender, majoritariamente através do discurso, a atuação da profissional de psicologia no enfrentamento a violência de gênero/contra a mulher. Conjuntamente, também compreender como é a prática, possibilidade, limites e avanços necessários das Políticas Públicas que não estão limitadas à violência de gênero, mas na intersecção que engloba políticas de educação, saúde pública e saúde mental.

Destaca-se que entre os trabalhos de psicologia, três que propuseram-se a compreender as possibilidades de enfrentamento à violência contra a mulher na perspectiva de intervenções com os homens autores de violência apontando uma orientação diferente

daquela mais utilizada de que a política de enfrentamento à violência contra a mulher, ainda que segundo o Relatório Mapeamento de Serviços de atenção grupal a homens autores de violência contra mulheres no contexto brasileiro, divulgado em 2014, pelo (INSTITUTO NOOS, 2014), a Lei Maria da Penha recomende em seu texto a criação de serviços de atenção aos homens autores de violência

4 | CONCLUSÕES

Conclui-se, portanto, que a Psicologia e suas profissionais ainda têm buscado entender qual sua atuação na área (campo) das políticas públicas para o enfrentamento à violência contra a mulher. Este interesse é relevante, pois como apontava Vasconcelos (1992) o conhecimento é construído dialeticamente, na relação com os outros e com o mundo, e que esta prática está na intersecção entre as práticas e ética da psicologia como ciência e profissão, das proposições legais das políticas públicas que organizam esse fazer e da estrutura patriarcal que faz com que a execução desse trabalho seja árdua e necessite protagonismo.

Além disso, podemos ver no trabalho que são muitas as teorias e perspectivas no interior da ciência (e externa) da psicológica que permite o estudo desta problemática e talvez seja esta a razão de tamanha diversidade teórica, mas que permite o diálogo, pois encontram-se na área de psicologia social.

Outro tópico que deve ser questionado é quanto ao acesso de profissionais que atuam nas instituições e serviços públicos de políticas de saúde ou de assistência social, que estão diariamente em contato com as demandas da realidade, ao conhecimento científico produzido, em especial ao considerar a baixa quantidade de artigos publicados em relação às teses e dissertações encontradas. Kuramoto (2008) atribui esta dificuldade de acesso ao alto custo da assinatura de revistas científicas, mas também considera que as inovações tecnológicas e o movimento que luta pelo livre acesso a literatura científica podem modificar positivamente este cenário.

Kuramoto (2008) aponta ainda que a base de dados utilizada neste trabalho, *SciELO*, foi uma iniciativa pioneira para facilitação do acesso popular as revistas científicas brasileiras.

Por fim, vale ressaltar que este trabalho, assim como o conhecimento por ele produzido, não está concluído, pois como aponta Vasconcelos (1992) o conhecimento se dá em três processos: a sincrese, a análise e a síntese, e sempre é possível que a síntese passe a ser sincrese e reinicie o ciclo. Há também a necessidade de mais estudos sobre o tema, investigando outros elementos e aspectos que não foram ainda contemplados neste e outros estudo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher**. Brasília, 2007.

INSTITUTO NOOS. **Relatório Mapeamento de Serviços de atenção grupal a homens autores de violência contra mulheres**. Disponível em: http://www.noos.org.br/userfiles/file/Relat%C3%B3rio%20Mapeamento%20SHAV_site.pdf em: 30 de outubro de 2020; 2014

KURAMOTO, H; **Acesso livre à informação científica: novos desafios** [Apresentação]. 2008.

LANE, S. T. M.; **O que é psicologia social**. Coleção primeiros passos. São Paulo: Brasiliense, 2006.

LOPES, Z. A.; **Representações sociais acerca da violência de gênero: significados das experiências vividas por mulheres agredidas**. Tese, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto / USP – Dep. de Psicologia e Educação. Ribeirão Preto, 2009.

LOURO, G. L. et al. **Pedagogias da sexualidade**. O corpo educado: pedagogias da sexualidade, v. 2, 1999.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O.; **Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?**. Cadernos de saúde pública, v. 9, n. 3, p. 237-248, 1993.

MINAYO, M. C. S.; **Violência social sob a perspectiva da saúde pública**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. S7-S18, 1994. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 Out. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000500002>.

MINAYO, M. C. S.; **Laços perigosos entre machismo e violência**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 23-26, Mar. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 Out. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100005>.

SAFFIOTI, H. I. B.; **Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero**. Cad. Pagu, Campinas, n. 16, p. 115-136, 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332001000100007&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Out. 2020.

SAFFIOTI, H. I. B.; **Já se mete a colher em briga de marido e mulher**. São Paulo Perspec., São Paulo, v. 13, n. 4, p. 82-91, Dec. 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88391999000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 31 Out. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-88391999000400009>.

SCOTT, J. W. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. Educação & realidade, v. 20, n. 2, 1995.

SCOTT, J. W. et al. **Os usos e abusos do gênero**. Projeto História: Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História, v. 45, 2012.

Vasconcellos, C. S. Metodologia Dialética em Sala de Aula. In: Revista de Educação AEC. Brasília: abril de 1992 (n. 83).

WERTSCH, J. V. **Vygotsky and the social formation of mind**. Cambridge: Harvard Ed., 1985.

YAMAMOTO, O. H.; SOUZA, C. C.; YAMAMOTO, M. E. **A produção científica na psicologia: uma análise dos periódicos brasileiros no período 1990-1997**. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 549-565, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721999000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 31 Out. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-79721999000200019>.

PREJUÍZOS AO DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL DO BEBÊ QUANDO A MÃE APRESENTA DEPRESSÃO PÓS PARTO

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 08/03/2021

Carmen Inês Santos de Souza

Centro Universitário Unigran Capital
Campo Grande, Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/9825211306623303>

Marilene Albuquerque Lara Franco

Centro Universitário Unigran Capital
Campo Grande, Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/1141569488770391>

Elaine Cristina Pettengill

Centro Universitário Unigran Capital
Campo Grande, Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/3401477671373300>

RESUMO: A interação mãe-bebê é a principal responsável pelo desenvolvimento físico e mental da criança, e em casos de depressão pós-parto, as falhas nessa díade podem trazer consequências negativas para ambos. O objetivo é discutir acerca dos prejuízos ao desenvolvimento emocional do bebê quando a mãe desenvolve depressão pós-parto. A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica, com acesso as bases de dados da internet: Scielo, Lilacs, Google Acadêmico e Bireme, com artigos publicados de 2009 a 2019, assim como obras clássicas na área da Psicologia do Desenvolvimento e Psicanálise. Como resultados, verificou-se que os principais prejuízos ao bebê, decorrentes de falhas na maternagem relacionadas à depressão pós-parto são: as psicoses e psicopatologias

como a tendência antissocial, a delinquência e os transtornos alimentares, assim como dificuldades no âmbito social e cognitivo. Desta forma, faz-se necessário uma rede de apoio emocional à mãe para que esta possa atender satisfatoriamente as demandas do bebê, mitigando os efeitos da depressão materna no desenvolvimento emocional da criança.

PALAVRAS-CHAVE: Consequências. Maternagem. Psicopatologias. Vínculo.

THE IMPAIRMENT TO THE EMOTIONAL DEVELOPMENT OF THE CHILD WHEN THE MOTHER DEVELOPS POST-CHILDBIRTH DEPRESSION

ABSTRACT: The mother-child interaction is the main responsible for the physical and mental development of the child, and in the post-childbirth depression cases, failures in this dyad may bring negative consequences for both. The objective of this work is to discuss about the impairment to the emotional development of the child when the mother develops post-childbirth depression. The methodology was bibliographic research, with access to online databases: Scielo, Lilacs, Google Scholar and Bireme, using articles published from 2009 to 2019, as well as classical books in the Development Psychology and Psychoanalysis field. As results, it was shown that the main damages to the child, arising from maternity failures due to post-childbirth depression, are: psychoses and psychopathologies with antisocial tendencies, delinquencies and eating disorders, as well as difficulties in social and cognitive areas. This way, it's necessary to offer an emotional support network to the mother so that she can

satisfactorily meet the child demands, mitigating the effects of maternal depression on the emotional development of the child.

KEYWORDS: Consequences. Maternity. Psychopathologies. Bond.

1 | INTRODUÇÃO

Todo ser humano ao nascer, demanda amparo parental para sobreviver e crescer, sendo a mãe a principal provedora desse cuidado e responsável pelo sucesso no desenvolvimento do bebê. Entretanto, paradoxalmente ao esperado, algumas mulheres podem apresentar essa função comprometida devido a depressão pós-parto (DPP), a qual afeta a interação mãe-filho e gera inúmeras complicações no desenvolvimento social, psicológico e cognitivo do bebê (GREINERT et al., 2018).

Estima-se que 17,7% de mulheres no mundo apresentem DPP, podendo variar de acordo com fatores de saúde materno-infantil e desigualdade social (HAHN- HOLBROOK et al., 2018). No Brasil, foi encontrado um índice de aproximadamente 26,3%, ou seja, em cada quatro mães, mais de uma é acometida pela DPP (THEME FILHA et al., 2016).

O objetivo deste trabalho é discutir sobre os prejuízos ao desenvolvimento do bebê quando a mãe apresenta depressão pós-parto. Este estudo justifica-se em razão de que a DPP proporciona diversos efeitos negativos sobre a mulher e seu filho, em particular, no estabelecimento do vínculo mãe-bebê, no qual o bebê é o mais susceptível aos prejuízos decorrentes da assincronicidade do comportamento dessa díade, como falhas no desenvolvimento ou manutenção de modulação da excitação e na organização de comportamentos atentos e afetivos, visto que nessa idade a mãe é seu regulador externo de estimulação (ARRAIS; ARAUJO, 2018).

De acordo com Winnicott, em casos de DPP, a maternagem fica comprometida, afetando a capacidade da mãe de proteger e estimular a criança, de identificar as reais demandas do bebê, tornando-se menos responsiva, com disponibilidade cognitiva e emocional prejudicadas e assim, conseqüentemente suscetível a cometer falhas na função de suprir as necessidades de interação e suporte (WINNICOTT, 1956; CARLESSO et al., 2014).

Silva (2014), afirma que, de acordo com a Teoria de Vinculação, a ligação mãe-bebê é responsável por fundamentar a construção de bases psicológicas e sociais saudáveis, assim como serve de modelo para os relacionamentos posteriores do sujeito, gerando expectativas acerca de si mesmo e dos outros, podendo influenciar a competência social e o desenvolvimento emocional ao longo da vida. Dessa forma, falhas no vínculo mãe-bebê podem resultar até mesmo em psicopatologias como dependência química, alcoolismo ou desvios de conduta.

A metodologia utilizada neste estudo foi a pesquisa bibliográfica, com acesso as bases de dados da internet: Scielo, Lilacs, Google Acadêmico e Bireme. Também foram

incluídas obras clássicas na área da Psicologia do Desenvolvimento e Psicanálise.

21 DEPRESSÃO PÓS-PARTO

A transição para a maternidade, período este que compreende o início da gravidez e os primeiros meses após o nascimento do bebê, pode ser considerado um dos períodos de maior vulnerabilidade para as mulheres, uma vez que é marcado por grandes mudanças e reorganizações abruptas, sejam elas biológicas, psicológicas e sociais, na qual se faz necessário aprender novas competências, concomitantemente ao desempenho de novos papéis e atividades, de maneira que podem iniciar problemas psicológicos, ou agravar transtornos já existentes (FREITAS et al., 2016).

A Depressão Pós-Parto é caracterizada pela ocorrência de um episódio depressivo maior no período pós-parto, que corresponde habitualmente aos 12 primeiros meses após o nascimento do bebê. Esses episódios de humor podem ter início durante a gravidez ou no pós-parto, cerca 50% dos episódios depressivos maiores no “pós-parto” começam antes do parto (FONSECA; CANAVARRO, 2017).

Embora a DPP seja clinicamente similar em termos de sintomatologia a quadros de depressão ocorridos em outras fases da vida, existem algumas especificidades desta condição clínica, como (DSM-V, 2013): flutuações de humor; preocupações exageradas com o bem-estar do bebê e com a sua própria competência parental; medo de estar sozinha com o bebê, de sair com ele ou de machucar; ansiedade; pensamentos obsessivos sobre fazer mal ao bebê (reportados em cerca de 20-40% das mães); queixas físicas (fadiga, dores de cabeça, falta de apetite); dificuldades de concentração e tomada de decisão e dificuldade em estabelecer ligação com o bebê.

A DPP no Brasil atinge cerca de uma em cada quatro mulheres, sendo esse índice de 26,3%, enquanto que em países como Estados Unidos da América, Austrália e outros países da Europa, onde a maioria da população é branca, de classe média e com boa estrutura socioeconômica, os valores ficam entre 10 e 15% (LOBATO et al., 2011)

Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde), a prevalência de casos de DPP em países de baixa renda ou em desenvolvimento é cerca de 19,8% maior que em países desenvolvidos. O perfil das mulheres que mais apresenta DPP pode ser descrito como sendo de cor parda, baixa condição socioeconômica, antecedentes de transtorno mental, hábitos não saudáveis, como a ingestão excessiva de álcool, e tiveram uma gravidez não planejada (THEME FILHA et al., 2016).

Os fatores de risco com uma associação moderada-forte com a DPP são a histórico prévio de psicopatologia, ansiedade ou depressão pré-natal, neuroticismo, baixa autoestima, acontecimentos de vida estressantes, relação conjugal desestruturada e escasso apoio social. Além destes, podem ser citados ainda nível socioeconômico baixo, ser solteira, violência obstétrica e gravidez não planejada (FONSECA; CANAVARRO, 2017).

Do ponto de vista da construção social e psicológica, ao longo dos anos as mulheres foram induzidas a uma crença sobre maternidade, na qual a mulher deve ser capaz de enormes sacrifícios, além de ser amável, equilibrada e acolhedora em tempo integral, abdicando de suas vontades e necessidades. Entretanto, esse modelo de mãe “perfeita” gera um conflito entre o vivido e o ideal, onde surgem sentimentos contraditórios e instaura-se um sofrimento psíquico que pode se configurar como base para a DPP (AZEVEDO, 2020).

As mudanças no papel da mulher na sociedade, como a inserção no mercado de trabalho, maior independência e alteração nas relações familiares, diminuindo a hegemonia patriarcal, também afetaram a percepção da mulher como mãe, na qual esta possui desejos, interesses e expectativas que não ficam mais restritos a maternidade, mesmo que ainda exista a cobrança da mãe idealizada, criando um sentimento de ambivalência materna, de coexistência em relação ao filho. A incapacidade de encontrar o equilíbrio nessa relação pode resultar em culpa e ansiedade, predispondo assim, a DPP (AZEVEDO, 2017).

3 | DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

Para que o recém-nascido possa se desenvolver de forma adequada, é relevante que haja uma boa interação entre o ambiente e as capacidades do bebê. Contudo se o ambiente não for favorável, não possibilitando as estimulações necessárias, tais como: afetivas, sensoriais e sociais, o desenvolvimento desse novo ser poderá ser comprometido, ocasionando prejuízos em seu desenvolvimento, no âmbito cognitivo, afetivo e relacional (CARLESSO, 2011).

Segundo Spitz (1991), a mãe como cuidadora, desempenha um papel fundamental para o surgimento e desenvolvimento da consciência do bebê e participa de forma vital durante o processo de aprendizagem do recém-nascido. A interação mãe-bebê, é simbolizada por uma constante troca, existente entre esses dois seres únicos. Nessa relação ambos se completam, o bebê oferece a mãe aquilo de que ela necessita e conseqüentemente a mãe retribui com o que a bebê precisa.

Com a inauguração de uma nova vida, a mãe desempenha o papel de interlocutora, ela faz a mediação de toda percepção, ação e todo o conhecimento adquirido pelo bebê. Enquanto a mãe o amamenta, o seu seio, as suas mãos e dedos oferecem ao recém-nascido muitos estímulos táteis e estes possibilitam que ele tenha, aprenda e pratique a percepção e a orientação. Ao falar com seu bebê, a voz maternal oferece ao bebê estímulos vitais, que são fundamentais para o desenvolvimento da linguagem (SPITZ, 1991).

Melanie Klein ressalta a importância das primeiras relações na vida do recém-nascido, voltando a atenção para o lugar da relação do bebê com o seio da mãe, sendo essa a primeira relação objeto da criança com o mundo externo (ANDRADE, 2010).

Esta fantasia inconsciente está constantemente influenciando e alterando a percepção da realidade pelo bebê, assim como a realidade também exerce seu impacto sobre a fantasia. O ambiente, no caso a mãe, pode através de sua adaptação ao filho acentuar as fantasias e os sentimentos de raiva e voracidade, assim como pode atenuá-los através do amor e do cuidado, fortalecendo a crença do objeto bom (SEGAL, 1975).

O desenvolvimento emocional está relacionado as mudanças e vivências que ocorrem com o indivíduo ao longo de sua vida. Sobretudo, no princípio o bebê não constitui uma unidade em si mesmo, de maneira que ao nascer, ele é um ser desintegrado, que percebe desorganizadamente os estímulos do exterior. A mãe é quem assume o papel de estabelecer a ponte entre o ambiente e o bebê como indivíduo, estabelecendo uma dependência absoluta, onde é necessário que a mãe sinta que o bebê é parte dela mesma, sabendo assim como o mesmo está se sentindo, para que assim ela possa atender prontamente suas necessidades. Esse fenômeno é conhecido como preocupação materna primária e tem seu início nas últimas semanas de gestação, sendo uma verdadeira fusão emocional entre ambos (WINNICOTT, 1983).

Nos primeiros seis meses a mãe desenvolve uma importante empatia para as necessidades do seu bebê, colocando-se em seu lugar, no qual surge o desejo e a capacidade de renunciar determinados interesses pessoais, a fim de focá-los na criança, se tornando assim uma mãe suficientemente boa, ou seja, a intenção aqui é que a mãe não “desaponte seu bebê”, embora ela possa e deva desfrutar no sentido de satisfazer suas necessidades instintivas (WINNICOTT, 1987).

Uma importante função da mãe suficientemente boa é o *holding* (sustentação), que é caracterizado pela maneira como o bebê é sustentado no colo da mãe. O modo como esta ação é realizada e vivenciada resulta em uma experiência física que mensura o quanto este bebê é amado e desejado como filho. Quando as condições do *holding* apresentam características satisfatórias de acalento, carinho, firmeza e contato que busque uma ligação entre a mãe e o bebê, a integração do ego da criança, a capacidade de sentir-se “real” vai sendo desenvolvida e processo de maturação é acelerado (LOPES, 2012).

Winnicott propõe três etapas sucessivas para a maturação emocional do bebê que ocorrem por volta dos 4 primeiros meses de vida: a Integração e Personalização, a Adaptação da Realidade e a Crueldade Primitiva. A Integração e a Personalização é a fase de dependência absoluta, nessa fase a mãe suficientemente boa é capaz de oportunizar ao seu bebê nos primeiros meses a quantidade de tensão mental que ele é capaz de administrar (WINNICOTT, 1987).

Na fase da Adaptação à realidade, o bebê toma ciência de que ele e a mãe são duas pessoas e essa realidade fornece a integração do ego, fazendo com que o bebê se adapte à nova realidade. É neste momento que a mãe vai proporcionando pequenas falhas para que o bebê crie elementos da própria realidade que com o passar do tempo construirá a realidade psíquica do mundo externo. (WINNICOTT, 1987). Na terceira etapa de seu

desenvolvimento emocional, a Fase da Crueldade primitiva é caracterizada pelo bebê integrar em um todo as diferentes imagens que tem de sua mãe e do mundo (WINNICOTT, 1987).

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos realizados pelos autores Winnicott (1987), Spitz (1991) e Carlesso (2011) evidenciaram que a DPP está associada a resultados cognitivos e socioemocionais adversos em crianças, que se apresentam desde o nascimento e refletem até a vida adulta destes indivíduos, de múltiplas formas.

Segundo Field (2010) , os primeiros prejuízos observados no vínculo mãe-bebê quando a mãe desenvolve DPP são: menor emotividade positiva, maior hostilidade e irritabilidade; menor envolvimento emocional nas interações; alternância entre distanciamento e intrusividade na relação com a criança; menor contingência na resposta à criança; menos interações face-a-face com a criança (p. ex., vocalizações, sorrisos, imitações, brincadeira); menor envolvimento em atividades enriquecedoras com a criança (p. ex., atividades de leitura, jogos).

Segundo Esteca (2012), a maior hostilidade e irritabilidade provenientes da mãe acometida pela DPP podem causar desconforto ao bebê, levando-o, a um estado excessivo de ansiedade, o que poderá danificar o seu ego imaturo, apesar de que ele seja capaz de experimentar a ansiedade desde o nascer, sendo essa, essencial para o desenvolvimento do ego, segundo a teoria Kleiniana. Entretanto, embora o ego imaturo seja desorganizado de forma ampla, ele possui plena tendência ao crescimento psíquico, físico e a integração, porém, quando a ansiedade é sentida de forma exagerada, está poderá interromper todo o processo de formação simbólica, prejudicando o desenvolvimento emocional da criança.

Ao propor a teoria das posições, Klein, evidencia a importância do processo, que acontece durante as posições: esquizo-paranóide (do nascimento aos seis meses de idade), na qual o manejo bem-sucedido das ansiedades vivenciadas pelo bebê, o leva a uma organização gradual de seu universo psíquico; e a posição depressiva (seis meses aos 2 anos de idade), na qual o bebê reconhece um objeto total e se relaciona com ele, da mesma forma que a mãe se torna um objeto total, o ego do bebê se torna um ego total (SEGAL, 1975).

Quando a posição esquizo-paranóide, se encontra em condições desfavoráveis, como no caso da DPP, a identificação projetiva não acontece normalmente. A parte que fora projetada é estilhaçada e desintegrada em pequeninos fragmentos e estes são consequentemente projetados no objeto que também é desintegrado em partes minúsculas (DELATORRE et al., 2011).

Sendo assim, essa identificação projetiva quando usada em todo seu percurso, se torna patológica, onde estudos realizados sobre esta posição, levam a conjecturar que

os pontos da fixação das psicoses (esquizofrenia) por exemplo, estão relacionados aos primeiros meses de vida do bebê, causando prejuízos em seu desenvolvimento emocional, onde ficam evidentes que as experiências más, sobressaíram as experiências boas do ego. Portanto, para que haja uma passagem para a posição seguinte, que é a depressiva, é primordial, que as experiências vivenciadas pelo bebê, sejam predominantemente boas (CAMARGO, 2015).

Várias são as atividades de prestação de cuidados comprometidas pela DPP, como a amamentação, pois mães deprimidas tem menor probabilidade de continuar amamentando, as rotinas de sono e a prestação de cuidados de saúde à criança, em que as mães apresentam menos cuidados médicos preventivos e maior tendência a buscar cuidados médicos de emergência (O'HARA; MCCABE, 2013).

Uma vez que o bebê, se encontra totalmente dependente dos cuidados que o meio ambiente lhe proporciona, e estes cuidados se tornam precários frente a patologia materna, o recém-nascido poderá apresentar alguns sinais apontando algo errado na interação da díade. Sendo assim, alguns sintomas psicofuncionais poderão emergir, podendo desencadear distúrbios do sono, dificuldades na alimentação e comportamentais da criança (ROBERT- TISSOT et al., 1996; AZEVEDO et al., 2020).

À luz da psicanálise winnicottiana a mãe depressiva não consegue ser para o seu bebê “suficientemente boa”, reverberando no amadurecimento do ego deste bebê, como ocorre em condições de *holding* insatisfatório, no qual há falta de apoio, insegurança, barulhos altos, ausência de aconchego e calor, como comumente ocorre na presença de DPP, e o bebê absorve essas “falhas” de zelo materno, criando desconfiança com o meio externo e causando prejuízos no processo de integração do ego. Ainda, ressalta-se que todas as experiências que afetam o bebê são registradas em sua memória, possibilitando a aquisição de confiança no mundo, ou pelo contrário, a desconfiança, sentimentos estes que possivelmente influenciarão suas relações futuras (WINNICOTT, 1999).

Os processos de maturação que constituem a base para o desenvolvimento emocional da criança são dependentes de condições externas, ou seja, de um ambiente suficientemente bom, que por sua vez é de responsabilidade da mãe, sobretudo, quando isso não decorre de maneira bem-sucedida, as psicopatologias advêm devido as falhas ambientais frequentes (JUSTO; BUCHIANERI, 2010).

As sequelas ou respostas dessas falhas no processo de desenvolvimento irão repercutir de diferentes graus e maneiras, e são diretamente influenciadas pela maneira que o sujeito irá manejá-las, podendo evoluir ou não uma forma de organização patológica. Inúmeros são os distúrbios psíquicos decorrentes de falhas maternas ao longo do desenvolvimento emocional, Winnicott ressalta principalmente as psicoses, o falso *self* e a tendência antissocial (PINTO JUNIOR; SILVA, 2018).

Quando o ambiente que deveria ser suficientemente bom, apresenta falhas importantes, pode conduzir a criança a um estado de privação ou de deprivação, o estágio

de desenvolvimento emocional em que a criança se encontra é quem determina qual dos dois irá acomete-la. A privação diz respeito a falhas que ocorrem na fase mais precoce do desenvolvimento emocional, onde ainda não existe diferenciação do “eu” do “não-eu” e em sua concepção a mãe faz parte dele, ou seja, a fase de dependência absoluta de cuidados maternos. A falha aqui nesse momento do desenvolvimento é a criança jamais ter experienciado um ambiente suficientemente bom. Já na deprivação o bebê apresenta uma certa maturidade do ego, compreendendo que a mãe é um objeto separado dele, sendo esta a fase de dependência relativa. Aqui nessa fase a falha é devido a perda de algo bom, ou seja, o bebê conheceu uma boa provisão ambiental e lhe foi destituído (ONOCKO-CAMPOS, 2018). Tratando-se de mães que apresentam DPP, ambas as falhas podem ocorrer, e a deprivação geralmente resulta-se em uma tendência antissocial, uma vez que em sua base encontra-se uma experiência de zelo materno inicial bom que cessou-se em algum momento de seu desenvolvimento. O meio utilizado para recuperar o que foi perdido de bom é através de ações consideradas antissociais (JUSTO; BUCHIANERI, 2010).

Podemos descrever a tendência antissocial como uma apresentação de conduta, na qual o ambiente se torna alvo da destrutividade do indivíduo, tendo como característica a busca por um recurso ou objeto que possa compelir o ambiente a tornar-se importante, e expressa-se por meio de comportamentos considerados impróprios e perturbados, como roubos, mentiras, agressividade e até mesmo estupros, assassinatos, no aspecto da delinquência (DUCA, 2016).

Quando o indivíduo tem a esperança de recuperar o que lhe foi tomado de bom, manifesta seu pedido de ajuda por meio dessas atitudes, sobretudo, quando a esperança é perdida, ocorre a delinquência (JUSTO; BUCHIANERI, 2010).

Essas práticas delituosas e comportamento antissocial podem ser facilmente atribuídas a cuidados maternos inadequados e falta de vínculo afetivo com a mãe, que podem ser ocasionados pela DPP, na qual a mãe não pôde apresentar-se para o seu bebê como suficientemente boa e conseqüentemente refletiu no desenvolvimento emocional do mesmo (PINTO JUNIOR; SILVA, 2018).

Para melhor compreensão da magnitude dessas conseqüências, basta observar o elevado número de jovens envolvidos com algum tipo de criminalidade, somente no ano de 2017 mais de 24 mil adolescentes se encontravam em conflito com a lei (IBGE; SDH, 2017), e para observar a construção deste cenário, é essencial olhar para a origem da questão, na qual em sua maioria, tratam-se de famílias monoparentais de baixa renda e com mães sem nenhum suporte que um companheiro ou família deveriam propiciar, para que assim desfrutassem de uma maternidade sem complicações (SILVA; MILANI, 2015).

Nos casos em que desde antes ou imediatamente após o nascimento, a díade mãe-bebê não apresenta um relacionamento satisfatório para ambos, como podemos observar nos quadros de DPP, a criança sofre uma privação, na qual comumente resultará em uma psicose, entre elas, estão o autismo e a esquizofrenia (RIANI; CAROPRESO, 2012).

As psicoses constituem-se nos primórdios da vida humana podendo prosseguir até a vida adulta, como a esquizofrenia. Quando o bebê não é nutrido em suas necessidades físicas e emocionais e o ambiente falha; o bebê poderá ser invadido e perturbado pelo mundo externo, o que o levará a apresentar respostas reativas, o que de acordo com autor estas reações, propiciam distúrbios de natureza psicóticas, surgindo no primeiro estágio do desenvolvimento a esquizofrenia, por meio de organizações psicológicas, como por exemplo: adiamentos, distorções, regressões e conflitos nos estágios iniciais, causando uma dependência absoluta do bebê. As dificuldades oriundas dessa adaptação, levam o bebê a uma cisão, na qual permanece em seu próprio mundo interior, não construindo um ego organizado (RIANI; CAROPRESO, 2012).

Um outro reflexo que pode ser observado como consequência dessa díade insatisfatória, são os transtornos alimentares (TA's). Os TA's são desencadeados quando ocorrem falhas na fase oral, nesse estágio a relação que a criança tem com o alimento, diz muito sobre o vínculo mãe-bebê, pois o alimentar (cuidar) / ser alimentado (ser cuidado) é o que inicia a organização da vida psíquica do indivíduo. Dessa forma a atuação da mãe pode influenciar o surgimento ou não dos transtornos alimentares, em casos de DPP o modo como a mãe cuida do bebê nos primeiros meses de vida é comprometido, refletindo como o bebê vai ressignificar através da alimentação, na qual quando não desempenha um bom papel, o bebê não conseguirá ter um controle do ego (FERREIRA, 2019).

Ao longo da vida, as crianças aprendem que a comida é um meio para aliviar as tensões, uma vez que desde o seu nascimento foram ensinadas a receber o alívio pela boca através da mamada, dedos na boca e até mesmo pelas chupetas. Em casos de DPP, muitas vezes a criança que recusa a alimentar-se pode estar demonstrando uma carência de atenção da mãe, está por sua vez, não sabe como corresponder a demanda do bebê e atende todas as necessidades do mesmo com a alimentação, ou seja, quando está criança crescer não saberá distinguir a fome de outras sensações, e irá procurar no alimento o preenchimento do seu vazio interior, sem saber distinguir a fome da sensação de desconforto, trazendo insatisfação e insegurança por não ter clareza acerca de suas próprias necessidades, dificultando o desenvolvimento de seu sentido de self (FERREIRA, 2019).

Essa má organização prematura de sua psique, reflete ainda afetando sua autonomia, podendo perceber-se apenas como uma mera extensão da mãe. O cerne que diz respeito a isso, dá-se devido ao fato de que o vínculo mãe-bebê e as interações ali experienciadas são a base da construção do conceito de si, ou seja, o bebê sempre se olhará pelos olhos da mãe, quando este olhar busca transmitir conforto e estimulação, a criança passa a reconhecer-se e assumir-se como indivíduo, já nos casos de DPP, a mãe se apresenta evitativa, insegura, hostil e assim a criança não consegue formar sua auto-estima e assumir plenamente sua integridade (MOURA et al., 2015).

O reflexo dessa influência, pode favorecer um delineamento de um self de acordo

com o de sua mãe, não percebendo-se como indivíduo, o falso self, porém, em determinado momento da vida, está criança tentará se distanciar da mãe e terá o sentimento de estar incompleta, deixando parte de dele mesmo. O TA surge como uma tentativa de ter domínio de si, estabelecendo uma fronteira entre a mãe e o eu, transferindo para o comer ou para seu aspecto corporal suas ansiedades, inseguranças e faltas, em uma tentativa de tornar-se independente e assumir o controle de algo (SANTANA; HOPPE, 2013).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da pesquisa e dos resultados encontrados, pôde-se observar que o déficit na função materna, derivada da DPP, pode impactar negativamente o desenvolvimento do bebê, dando origem a consequências no aspecto emocional, social e cognitivo, como doenças psicossomáticas, atrasos na linguagem e outros.

Além disso, a incapacidade da mãe em exercer uma maternagem adequada, sem o fornecimento de um ambiente suficientemente bom, no qual o bebê necessita para construir uma psique saudável, pode desencadear algumas psicopatologias, tais como: as psicoses, a tendência antissocial, a delinquência e os transtornos alimentares. Estes prejuízos podem apresentar-se em maior ou menor intensidade, por diferentes aspectos e nuances, podendo ser observados desde a primeira infância até a vida adulta. A repercussão no indivíduo dependerá em sua essência, do momento e nível de suporte oferecido, assim como de seu posterior tratamento.

Em suma, a DPP, é um relevante fator de que inúmeros prejuízos podem ocorrer no desenvolvimento emocional do recém-nascido. No entanto, a presença de uma rede de apoio e suporte emocional significativos, assegurando à mãe o que ela precisa para sentir-se segura e assistida em sua função materna, são aspectos que poderão proteger o vínculo mãe-bebê, resguardando a saúde mental futura da criança.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. **O desenvolvimento emocional primitivo**. 42 f. Tese (Pós-Graduação em Psicopedagogia Clínica) UNIFIEO, Osasco, 2010.

ARRAIS, Alessandra da Rocha; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de; SCHIAVO, Rafaela de Almeida. **Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-Natal Psicológico**. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 38, n. 4, p. 711-729, Oct. 2018

Associação Americana de Psiquiatria (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5**. 5ª.ed. Washington, 2014.

AZEVEDO, A. R. **Amo Meu Filho, mas odeio ser mãe**. 33 f. Monografia (Especialização em Psicologia) – Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

AZEVEDO, E. C. et al. **Leitura materna sobre depressão pós-parto e sintomas psicofuncionais: um caso de psicoterapia mãe-bebê**. Psicologia Clínica, v. 32, n. 1, p. 79-100, 2020.

AZEVEDO, Kátia Rosa; ARRAIS, Alessandra da Rocha. **O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto**. Psicol. Reflex. Crit., Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 269-276, 2006

CARLESSO, J. P. P. **Análise da relação entre depressão materna e índices de risco ao desenvolvimento infantil**. 160 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Santa Maria, 2011.

CARLESSO, J. P. P., SOUZA, A. P. R., MORAES, A. B. **Análise da relação entre depressão materna e indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil**. Revista CEFAC, v. 16, n. 2, p. 500-510, 2014.

CAMARGO, Valdirlene Checheto Vincenzi; CALAIS, Sandra Leal; SARTORI, Maria Márcia Pereira. **Estresse, depressão e percepção de suporte familiar em estudantes de educação profissionalizante**. Estud. Psicol. (Campinas), Campinas, v. 32, n. 4, p. 595-604, 2015.

DUCA, N. D. **Tendência antissocial na visão Winnicottiana**. 62 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação Psicologia) - Curso de Psicologia, Uniderp, Campo Grande, 2016.

ESTECA, F. M. **A mãe e o desenvolvimento infantil nas teorias psicanalíticas**. Revista da Universidade Ibirapuera, v. 4, p. 11-16, 2012.

FERREIRA, D. C. M. **O vínculo mãe-bebê e o desenvolvimento dos transtornos alimentares sobre a óptica psicanalítica**. Revista Internacional de Apoyo A La Inclusión, Logopedia, Sociedad y Multiculturalidad, v. 5, n. 2, p. 40-52, 2019.

FIELD, T. **Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review**. Infant Behavior & Development, v. 33, n.1, p. 1-6, 2010.

FONSECA, A., CANAVARRO, M. C. **Depressão Pós-Parto.: Artmed Panamericana**, 2017.

GREINERT, Bruna Rafaela Milhorini, et al. **“A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ NO CONTEXTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO: ESTUDO QUALITATIVO”**. Saúde e Pesquisa, vol. 11, no 1, p. 81, 2018.

HAHN-HOLBROOK, Jennifer, et al. **“Preditores econômicos e de saúde da prevalência nacional de depressão pós-parto: uma revisão sistemática, meta-análise e meta-regressão de 291 estudos de 56 países”**. Frontiers in Psychiatry, vol. 8, p. 248, 2018.

JUSTO, J. S., BUCHIANERI, L. G. C. **A constituição da tendência anti-social segundo Winnicott: desafios teóricos e clínicos**. Revista de Psicologia UNESP, v. 9, n. 2, p. 115-127, 2010.

LOBATO, G., MORAES, C. L., REICHENHEIM, M. E. **Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática**. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, v. 11, n. 4, p. 369-379, 2011.

LOPES, C. M. B. **As vicissitudes da constituição da função materna: um percurso teórico em Winnicott e Freud**. 113 f. TCC (Graduação) - Curso de Psicologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012.

MOURA, F. E. G. A., SANTOS, M. A., RIBEIRO, R. P. P. **A constituição da relação mãe- filha e o desenvolvimento dos transtornos alimentares.** Estudos de Psicologia, v. 32, n. 2, p. 233-247, 2015.

O'HARA, M. W., MCCABE, J. E. **Postpartum Depression; Current Status and Future Directions.** The Annual Review of Clinical Psychology, v.9, p. 379-407, 2013.

ONOCKO-CAMPOS, R. **Comportamento antissocial nos jovens como sequela da privação: contribuições da clínica winnicottiana para as políticas públicas.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 22, n. 67, p. 1091-1098, 2018.

PINTO JUNIOR, A. A., SILVA, S. M. **O Adolescente em Conflito com a Lei e a Tendência Antissocial: Compreensão e Intervenção à Luz da Psicanálise Winnicottiana,** Revista Brasileira de Adolescência e Conflitualidade, n. 17, p. 82-89, 2018.

RIANI, A., CAROPRESO, F. **O desenvolvimento psíquico precoce e o risco de psicose de uma perspectiva psicanalítica.** Mental, v. 10, n. 19, p. 249-265, 2012.

ROBERT-TISSOT, Christiane, et al. "Avaliação de resultados em psicoterapias breves materno-infantis: relato de 75 casos". Infant Mental Health Journal , vol. 17, n. 2, p. 97–114, 1996.

SANTANA, M. R. M., HOPPE, M. M. W. **A relação materno-filial na anorexia nervosa: um estudo psicanalítico.** Diaphora, Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, n. 13, v. 1, p. 17-25, 2013

SEGAL, H. **Introdução à obra de Melanie Klein.** Rio de Janeiro: Imago, 1975.

SILVA, N. F. F. **Teoria da Vinculação.** 39 f. Tese (Mestrado) – Mestrado Integrado em Medicina, Universidade do Porto, Porto, 2014.

SILVA, C. Y. G., MILANI, R. G. **Adolescência e Tendência antissocial: o Rap como Expressão de uma Privação Emocional.** Psicologia: Ciência e Profissão, v. 35, n. 2, p. 374- 388, 2015.

SPITZ, R. A. **O primeiro ano de vida.** São Paulo: Martins Fontes, 1991.

THEME, M. M. F. et al. **Factors associated with postpartum depressive symptomatology In Brazil: The Birth in Brazil National Research Study.** Journal of Affective Disorders, v. 194, p. 159-67, 2016.

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.** 1ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 1983.

SOBRE O ORGANIZADOR

EZEQUIEL MARTINS FERREIRA - Possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2011), graduação em Pedagogia pela Faculdade de Ciências de Wenceslau Braz (2016) e graduação em Artes Cênicas pela Universidade Federal de Goiás (2019). Especializou-se em Docência do Ensino Superior pela Faculdade Brasileira de Educação e Cultura (2012), História e narrativas Audiovisuais pela Universidade Federal de Goiás (2016), Psicopedagogia e Educação Especial, Arteterapia, Psicanálise pela Faculdade de Tecnologia e Ciências de Alto Paranaíba (2020). Possui mestrado em Educação pela Universidade Federal de Goiás (2015). É doutorando em Performances Culturais pela Universidade Federal de Goiás. Atualmente é professor da Prefeitura Municipal de Goiânia, pesquisador da Universidade Federal de Goiás e psicólogo clínico - ênfase na Clínica Psicanalítica. Pesquisa nas áreas de psicologia, educação e teatro e nas interfaces fronteiriças entre essas áreas. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicanálise, atuando principalmente nos seguintes temas: inconsciente, arte, teatro, arteterapia e desenvolvimento humano.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Adolescência 40, 48, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 76, 80, 142, 143, 185

Adulto 42, 72, 74, 75, 81, 96, 130, 141, 146, 161

Aprendizagem 29, 35, 36, 37, 39, 41, 42, 43, 44, 46, 47, 177

Assassinato social 1, 2, 4

Atenção primária à saúde 145, 152

Atención 89, 90, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 99, 100, 157, 159, 160, 161

Austeridade 1, 4, 6, 10

Autismo 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 88, 181

Autonomia da vontade 116, 117

C

Compreensão 31, 43, 44, 57, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 68, 69, 88, 127, 135, 166, 167, 168, 181, 185

Conscientização 2, 50, 76, 137, 140, 141, 144

Consequências 4, 12, 15, 17, 20, 50, 53, 103, 110, 111, 126, 137, 141, 174, 181, 183

Covid-19 1, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 25, 146, 148, 149

Craneoencefálicos 89, 90, 91, 92, 94, 98, 100, 101, 156, 161

D

Deficiente intelectual 48

Depressão 12, 15, 16, 17, 18, 20, 37, 40, 56, 67, 68, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 125, 126, 127, 128, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 142, 146, 151, 153, 174, 175, 176, 183, 184

Desigualdade social 1, 7, 10, 163, 175

Diabetes mellitus 58, 59, 66, 70, 71

Diagnóstico de enfermagem 126, 128

Diálogo 47, 128, 140, 141, 142, 143, 144, 152, 171

E

Educação continuada 145, 152

Enfermagem 70, 71, 88, 114, 115, 126, 127, 128, 129, 134, 136, 137, 138, 148

Escola 5, 26, 29, 34, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 54, 70, 71, 115, 133, 140, 142, 143, 144, 166

Exames 69, 126, 128

Exercícios físicos 12, 15, 16, 18, 19, 20, 69, 152

Eye tracking 77, 78, 80, 81, 84, 85, 86

F

Fase adulta 72, 74, 75

G

Gênero 18, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 52, 57, 111, 119, 123, 124, 133, 163, 164, 166, 167, 168, 169, 170, 172

Gestação 14, 49, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 178

I

Inclusão 26, 28, 29, 32, 35, 51, 53, 55, 74, 76, 105, 128, 143, 163, 169

Intervenção precoce 77, 78, 82, 83, 84

Isolamento social 2, 12, 15, 16, 17, 18, 146

L

Lúdico 26, 28, 29, 32, 35

M

Maternagem 174, 175, 183

Mediação 36, 37, 41, 43, 45, 46, 149, 177

Mistanásia 1, 2, 3, 4, 6, 10

P

Parto humanizado 116

Programa 29, 76, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 99, 100, 128, 136, 142, 147, 148, 163, 172

Psicoeducación 89, 95

Psicologia 1, 29, 30, 34, 35, 46, 47, 56, 57, 70, 71, 87, 127, 138, 141, 153, 154, 155, 163, 164, 165, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 176, 183, 184, 185, 186

Psicopatologias 174, 175, 180, 183

Q

Quarentena 9, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 24

R

Repercussões psíquicas 58, 61, 66, 69

S

Saúde mental 12, 15, 16, 17, 18, 40, 75, 127, 137, 138, 145, 147, 149, 152, 154, 170, 183

Secuelas e neuropsicológicas 156

Sexualidade 48, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 167, 172

Sociodemográficas 146, 156, 158

Suicídio 56, 104, 125, 126, 127, 128, 133, 138, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 168

Surto psicótico 125, 126, 127, 128, 129

T

TDAH 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47

TEA 72, 73, 74, 75, 78, 79, 80, 81, 82, 84

Traumatismos 89, 90, 91, 92, 94, 96, 98, 100, 101, 156, 157, 161

V

Vínculo 30, 174, 175, 179, 181, 182, 183, 184

Violência contra a mulher 111, 116, 117, 119, 163, 164, 165, 166, 168, 169, 170, 171

Violência obstétrica 116, 117, 118, 119, 120, 122, 123, 124, 176

🌐 www.atenaeditora.com.br
✉ contato@atenaeditora.com.br
📷 @atenaeditora
📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br



CONSCIÊNCIA e ATIVIDADE:

Categories fundamentais da psicologia

 **Atena**
Editora
Ano 2021

2

🌐 www.atenaeditora.com.br

✉ contato@atenaeditora.com.br

📷 @atenaeditora

📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br



CONSCIÊNCIA e ATIVIDADE:

Categories fundamentais da psicologia

 **Atena**
Editora
Ano 2021

2