

{ Tópicos em PSICOLOGIA }

A Sociedade Atual e a Saúde Mental

Resiane Silveira (Org.)



{ Tópicos em PSICOLOGIA }

A Sociedade Atual e a Saúde Mental

Resiane Silveira (Org.)




Editora
UNIESMERO

2022 – Editora Uniesmero

www.uniesmero.com.br

uniesmero@gmail.com

Organizadora

Resiane Paula da Silveira

Editor Chefe: Jader Luís da Silveira

Editoração e Arte: Resiane Paula da Silveira

Imagens, Arte e Capa: Freepik/Uniesmero

Revisão: Respective autores dos artigos

Conselho Editorial

Ma. Tatiany Michelle Gonçalves da Silva, Secretaria de Estado do Distrito Federal, SEE-DF

Ma. Jaciara Pinheiro de Souza, Universidade do Estado da Bahia, UNEB

Dra. Náyra de Oliveira Frederico Pinto, Universidade Federal do Ceará, UFC

Ma. Emile Ivana Fernandes Santos Costa, Universidade do Estado da Bahia, UNEB

Me. Rudvan Cicotti Alves de Jesus, Universidade Federal de Sergipe, UFS

Me. Heder Junior dos Santos, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP

Ma. Dayane Cristina Guarnieri, Universidade Estadual de Londrina, UEL

Me. Dirceu Manoel de Almeida Junior, Universidade de Brasília, UnB

Ma. Cinara Rejane Viana Oliveira, Universidade do Estado da Bahia, UNEB

Esp. Jader Luís da Silveira, Grupo MultiAtual Educacional

Esp. Resiane Paula da Silveira, Secretaria Municipal de Educação de Formiga, SMEF

Sr. Victor Matheus Marinho Dutra, Universidade do Estado do Pará, UEPA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S587t Silveira, Resiane Paula da
Tópicos em Psicologia: A Sociedade Atual e a Saúde Mental -
Volume 1 / Resiane Paula da Silveira (organizadora). – Formiga
(MG): Editora Uniesmero, 2022. 82 p. : il.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-84599-75-8

DOI: 10.5281/zenodo.7187453

1. Psicologia. 2. Sociedade. 3. Saúde Mental. 4. Estudos. I.
Silveira, Resiane Paula da. II. Título.

CDD: 150

CDU: 159.9

Os artigos, seus conteúdos, textos e contextos que participam da presente obra apresentam responsabilidade de seus autores.

Downloads podem ser feitos com créditos aos autores. São proibidas as modificações e os fins comerciais.

Proibido plágio e todas as formas de cópias.

Editora Uniesmero
CNPJ: 35.335.163/0001-00
Telefone: +55 (37) 99855-6001

www.uniesmero.com.br

uniesmero@gmail.com

Formiga - MG

Catálogo Geral: <https://editoras.grupomultiatual.com.br/>

Acesse a obra originalmente publicada em:

<https://www.uniesmero.com.br/2022/10/topicos-em-psicologia-sociedade-atual-e.html>



AUTORES

**Ana Caroline Fonseca Lopes
Ellen Christy Gonçalves Dias
Giulia da Costa Sanital
Hernani Pereira dos Santos
Ionara Dantas Estevam
Júlia Beatriz Ramos Miranda
Marcos Aurélio Fonsêca
Mariana Zagui Egoshi
Rogério Gomes Teixeira
Rosângela Fátima da Costa
Sandra Maria de Vasconcelos Uchoa**



APRESENTAÇÃO

A Psicologia busca a compreensão acerca de como o ser humano cria a sua história, e o papel do psicólogo é utilizar essa ciência para conduzir uma pessoa à autodescoberta, à compreensão sobre as suas dificuldades e a forma com que se relaciona com o seu “mundo interior” e exterior.

A Psicologia, dentre outras, está dedicada a compreender processos como percepção, memória, raciocínio, que influenciam qualquer tipo de comportamento humano, o que no campo dessa Ciência é discriminado como “psicologia básica”, por isso é muito ampla. Por sua amplitude do campo de aplicação, por isso, a Psicologia vem ocupando um espaço de destaque na sociedade.

Desta forma, esta publicação tem como um dos objetivos, garantir a reunião e visibilidade destes conteúdos científicos por meio de um canal de comunicação preferível de muitos leitores.

Esta obra conta com trabalhos científicos de diferentes áreas da Psicologia, contabilizando contribuições de diversos autores. É possível verificar a utilização de muitas metodologias de pesquisa aplicadas, assim como uma variedade de objetos de estudo.

SUMÁRIO

8	Capítulo 1 A PRÁTICA DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NA CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO E NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL <i>Marcos Aurélio Fonsêca; Ellen Christy Gonçalves Dias; Júlia Beatriz Ramos Miranda</i>
31	Capítulo 2 O PROCESSO DE ESTIGMATIZAÇÃO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS: ESTIGMA SOCIAL, ESTIGMA INTERNALIZADO E IDENTIDADE <i>Ana Caroline Fonseca Lopes; Mariana Zagui Egoshi; Hernani Pereira dos Santos</i>
53	Capítulo 3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA ENDOMETRIOSE: REVISÃO INTEGRATIVA <i>Giulia da Costa Sanital; Rosângela Fátima da Costa</i>
68	Capítulo 4 AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA NA PERSPECTIVA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: UM MODELO COLABORATIVO DE ATENDIMENTO CLÍNICO <i>Ionara Dantas Estevam; Rogério Gomes Teixeira; Sandra Maria de Vasconcelos Uchoa</i>
80	AUTORES



Capítulo 1

A PRÁTICA DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NA CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO E NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL

Marcos Aurélio Fonsêca

Ellen Christy Gonçalves Dias

Júlia Beatriz Ramos Miranda



A PRÁTICA DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NA CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO E NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL

Marcos Aurélio Fonsêca¹

Doutorando em Saúde Coletiva pela FIOCRUZ – Instituto René Rachou, professor adjunto da Universidade Federal de Minas Gerais, terapeuta ocupacional na FHEMIG, administrador, gestor público, tutor da Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Instituto Raul Soares, acompanhante terapêutico e supervisor desta prática

Ellen Christy Gonçalves Dias

Especialista em saúde mental, pós-graduanda em Reorganização Sensorial pela Child Behavior Institute of Miami, terapeuta ocupacional, acompanhante terapêutica

Júlia Beatriz Ramos Miranda

Especialista em Saúde Mental pelo COFFITO, terapeuta ocupacional, pós-graduada em saúde mental, acompanhante terapêutica

RESUMO

O Acompanhamento Terapêutico é uma prática que guarda enorme potência clínica em saúde mental e pode ser acionado em casos em que há uma rachadura na relação entre o indivíduo e o corpo social que o impeça de vivenciar plenamente sua liberdade, autonomia e cidadania. Esta pesquisa, de abordagem qualitativa, realizada em um serviço público em Belo Horizonte, teve como objetivos relatar e discutir as construções dos casos clínicos de dois homens, diagnosticados como psicóticos, a partir das intervenções realizadas, das discussões em equipe e das supervisões, por cerca de oito meses em cada caso e, também, compreender o processo de formação profissional em saúde mental, baseado na realização das intervenções clínicas no espaço interno e extra-hospitalar. Os casos apresentam os percursos e mapas dos indivíduos desde a internação até o período pós-alta. Foram analisados os discursos e as habilidades desenvolvidas ou recuperadas durante as intervenções práticas na comunidade e na circulação pela cidade. Os resultados demonstraram as possibilidades de uma clínica diferente, ampliada e significativa para o usuário, a partir

¹ Universidade Federal de Minas Gerais - EEEFTO - Departamento de Terapia Ocupacional - Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha, CEP 31270-901, Belo Horizonte – MG, Brasil - e-mail: mfonseca@ufmg.br

de um projeto individualizado. Concluiu-se que é fundamental a continuidade do desenvolvimento do modelo reformador da saúde mental brasileira, com a necessária inclusão de práticas transformadoras e que a formação de profissionais conscientes e capacitados implica no movimento dos residentes para fora dos limites da instituição, no sentido idêntico ao defendido para os usuários.

Palavras-chave: Saúde Mental; Acompanhamento Terapêutico; Formação Profissional em Saúde; Serviços de Saúde Mental.

ABSTRACT

The therapeutic follow-up has a huge clinical potency in mental health services. It might be applied in cases in which the relationship between the individual and the social fabric is deteriorated, so that it is impossible for the person to enjoy freedom, autonomy, and citizenship. This qualitative research was conducted in a public health service in Belo Horizonte. Its purpose is to report and discuss the building of two psychotic men's clinical cases, from the analysis of clinical intervention, team discussion and eight-month length supervision. This study also aimed to understand the process of mental health professional education, based in clinical interventions in in-patient and out-patient treatment. The cases present individual journeys and maps since hospitalization until post-discharge. Speeches and skills that were developed or recovered due to practical interventions in the community and city walks were analyzed. The results show the possibilities of a different clinical practice, increased and meaningful for the patient, from an individualized project. The conclusion points at the importance of reforming the model of Brazilian mental health care, with the necessary inclusion of transformative practices. Notwithstanding the foregoing, the training of qualified and thoughtful professionals implies the medical residents' move outward the institution's boundaries, in the same direction as the one proposed for the patients.

Keywords: Mental Health; Therapeutic Follow-up Care; Health Human Resource Training; Mental Health Services.

INTRODUÇÃO

Revisitando a constituição histórica da psiquiatria no Brasil, constata-se que vários fatores foram responsáveis pela origem e proliferação dos hospitais especializados, os chamados manicômios. Dentre eles, podemos citar: políticos, sociais, ideológicos, técnico-científicos, financeiros e corporativistas. Nesta perspectiva, a partir da segunda metade do século XIX, sob influência das experiências desenvolvidas em outros países, principalmente da Europa, foi sendo introduzido e valorizado no Brasil o modelo hospitalocêntrico, ainda que muitas diferenças ocorressem em relação aos países dos quais eram importadas as experiências.

Durante o período de proliferação dos manicômios, fortaleceu-se a ideia de que os indivíduos para lá encaminhados eram irrecuperáveis, sendo os critérios utilizados para esta definição atravessados por inúmeros interesses, o que permitiu que a cidadania de milhares de pessoas fosse usurpada. Para justificar as internações, majoritariamente, eram avaliados os riscos que o indivíduo (nomeado “paciente”, denotando passividade) apresentava para si e para os outros, ou seja, os riscos de autoextermínios ou de agressões imotivadas contra terceiros eram reconhecidos como passíveis de controle pelo aparato estatal. Inúmeras “atitudes estranhas” foram, durante décadas consideradas motivos para a segregação, tais como: agressividade, falta de cuidados pessoais, baixa capacidade crítica, desinteresse pela vida ou trabalho, alterações de humor ou de afeto e tantas outras. Isto posto, considerando-se os últimos tempos, já que, nos primórdios, o “tratamento moral”, preconizava que as condutas consideradas apenas como desvios morais poderiam ser motivos admitidos para a internação. Em resumo, o que se pode dizer é que as atitudes e comportamentos que determinavam as internações de longa permanência eram baseadas em como a sociedade via o “doente mental” e o diferente.

A partir da década de 1970, à luz de algumas experiências, internacionais correlatas, constituiu-se o movimento social da “Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB)”, organizado pelos profissionais de saúde mental, usuários, familiares, poucos governantes e a sociedade em geral que, entre outros temas, fomentou a discussão sobre os espaços destinados ao tratamento dos transtornos mentais e as repercussões desta instituição sobre as vidas das pessoas que neles eram mantidos (AMARANTE; NUNES, 2018). Em substituição ao modelo hospitalocêntrico tem sido constituída uma rede de serviços com base no território, inclusive, mas não somente em termos geográficos, que promoveu a reconfiguração da assistência prestada. O marco formal da mudança foi a promulgação da Lei Federal 10.216, de 06.04.2001 (BRASIL, 2001), que dispõe sobre a proteção e os direitos e redireciona a assistência aos doentes mentais, que legitimou a transformação em curso há anos e garantiu a continuidade da valorização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – instituída pela Portaria nº 3088, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, republicada em 2013), com a ampliação e fortalecimento dos serviços substitutivos.

No bojo das transformações propostas, a atenção e a clínica em saúde mental ganharam novos contornos e inúmeras práticas inovadoras foram se constituindo. Entre elas, tem sido expressivo o trabalho do Acompanhamento Terapêutico, que é

realizado por um profissional da área, preferencialmente de nível superior, com experiência clínica, que tem entre suas funções: facilitar a exploração dos espaços públicos e privados, ampliando horizontes do acompanhado em relação à cidade; promover a conexão com o contexto e lhe confere existência; ajudar o indivíduo a transpor obstáculos e a construir mecanismos para lidar com as adversidades da maneira que lhe é peculiar, sem inviabilizar a vida em comunidade; e, favorecer a retomada da participação no processo produtivo (FONSÊCA, 2018).

Este estudo teve origem uma pesquisa realizada durante o processo de formação em serviço dos profissionais de saúde mental, duas terapeutas ocupacionais, quando da realização da Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMPSM). A possibilidade de implementar um processo formativo orientado para a “clínica ampliada”, não restrita aos serviços da rede, mas complementada por práticas em contextos sociais e cotidianos dos usuários na cidade, foi o eixo norteador desta proposta. Nos primórdios da RPB, a ideia da “ampliação” da clínica já se configurava como discurso e prática. Como consequência, foi possível a multiplicação dos cenários clínicos: as ruas, parques e praças, equipamentos sociais, enfim, toda a cidade, foram também adotados como espaços privilegiados para as novas práticas. Iniciou-se, então, um novo modo de fazer clínica, onde usuário e terapeuta experimentavam, juntos, a ausência da proteção antes oferecida pelos muros do hospital.

Nesta direção, foram utilizados para a discussão fragmentos da construção dos casos clínicos de dois homens, com diagnóstico médico de psicose, que vivenciaram de forma diferente a experiência psicótica, desde o momento da crise, com posterior internação em um instituto público situado em Belo Horizonte (MG), passando pelos atendimentos no serviço e pela transição para a alta (com atividades externas), até o período de acompanhamento, no pós-alta. Em ambos os relatos, são apresentadas as intervenções das autoras deste estudo integradas com aquelas realizadas pelos demais profissionais da equipe. Inicialmente, o estudo teve como objetivo relatar e discutir as construções dos casos clínicos a partir das intervenções realizadas, das discussões em equipe e das supervisões clínicas; em um segundo momento, e de modo complementar, o objetivo foi compreender o processo de formação profissional na RMPSM, a partir da realização do Acompanhamento Terapêutico no espaço extra-hospitalar, permeado pelas relações cotidianas na cidade.

REFERENCIAL TEÓRICO

No Brasil, a prática do Acompanhamento Terapêutico surgiu no início da década de 1970, em Porto Alegre, na Clínica Pinel; depois chegou às comunidades terapêuticas do Rio de Janeiro, especialmente a Clínica Vila Pinheiros (neste momento era nomeado “auxiliar psiquiátrico”). Inicialmente, esse profissional se limitava a fazer companhia ao “paciente”, favorecendo sua circulação dentro e fora da clínica. Com o passar do tempo o serviço foi oferecido aos casos externos. O dispositivo era utilizado apenas no momento da crise, como uma maneira de se evitar a internação (EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DE A CASA, 1994, 1997)

Posteriormente, com o reconhecimento do valor clínico da intervenção deste profissional, seu trabalho passou a integrar o tratamento numa perspectiva global e não só no momento da crise. Cria-se, então, a denominação “amigo qualificado” (termo largamente utilizado na Argentina). Com os bons resultados da prática e o desenvolvimento da base teórica, os próprios profissionais escolheram denominar-se Acompanhantes Terapêuticos (AT). Gradativamente, a prática passou a exigir conhecimento específico na área.

Vale ressaltar que o Acompanhamento Terapêutico é um dos dispositivos que pode ser acionado justamente em casos em que há uma rachadura na relação entre o indivíduo e o corpo social que o impeça de realizar trocas. Advoga-se que o AT deve ser prioritariamente um profissional de nível superior (com atuação marcante de terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e psicólogos), devidamente instrumentalizado, clínica e teoricamente, que irá ajudar ao indivíduo a se reapropriar dos espaços da cidade, resgatando a sua história a partir de seus laços com os locais e as pessoas. Não se trata de uma “pedagogia da sociabilidade”. O objetivo não é ensiná-lo a se comportar nos diferentes ambientes ou como se relacionar com os outros, o que seria tão violento quanto a prática manicomial (FONSÊCA, 2004).

O AT participa da rede terapêutica, aqui sob a perspectiva da construção da RAPS, como um dispositivo que poderá ser acionado quando indicado para um Projeto Terapêutico Singular (PTS). Em nossa experiência, as indicações foram especialmente para os casos de psicoses, não se limitando a esse diagnóstico, como já comprovado por experiências exitosas em vários locais. A indicação para o Acompanhamento Terapêutico é feita pelo psiquiatra ou terapeuta que assiste ao

indivíduo e esta é analisada pela equipe técnica da instituição para verificar a viabilidade da proposta.

A presença física do AT funciona como um veículo de circulação do acompanhado no social, sustenta a incongruência deste em relação ao mundo e o que ele lhe oferece, até que o indivíduo possa sustentar uma relação dual, de trocas, voltando a integrar o corpo social, a manifestar desejos, a decidir os próprios rumos, a viver da maneira menos dependente possível. Oferecer ao indivíduo a experiência do desenvolvimento de saídas para seus impasses é bem diferente de impor certos valores sociais supostamente dominantes.

Infelizmente, algumas pessoas com histórico de institucionalização permanecem enlaçados pela lógica manicomial mesmo fora dos muros do manicômio, quando suas rotinas ficam restritas ao trânsito entre suas casas e os serviços. Viabilizar a proposta do Acompanhamento Terapêutico parece ser grande desafio para a rede pública, mas não podemos admitir que é impossível (PALOMBINI et al, 2004). Com a inclusão deste profissional, o contexto de vida do acompanhado poderá ser transformado em algo dinâmico, enriquecido com contribuições do social, proporcionando o trânsito nas ruas, parques, praças, cinemas, museus, shopping-centers etc., e também pode lhe proporcionar o contato com a Cultura em igualdade de condições e, ainda, provocar a desmitificação da “loucura” perante a sociedade. A cidade se transforma no *locus* principal e parte constituinte da experiência (GODINHO; PEIXOTO JÚNIOR, 2019).

No Acompanhamento Terapêutico, todas as atividades propostas devem ser planejadas, com a participação efetiva do indivíduo, e devem indicar objetivos a serem alcançados. Aqui há uma diferença marcante das propostas de circulação desvinculadas de um projeto e do planejamento prévio (prática comum em alguns serviços que se pretendem reabilitadores). Devemos almejar algum resultado a cada passeio, cada saída à rua, cada encontro com a comunidade, cada obstáculo vencido. É um trabalho de amarração, de costura simbólica, desse ser tão fragmentado que é o psicótico. Grande parte do trabalho também se realiza dentro da casa do cliente, às vezes, junto à família; busca-se a reapropriação de espaços (materiais e subjetivos), mudança de posição perante os outros, aumento do poder contratual e de possibilidade de trocas (inclusive, afetivas) e fomento da autonomia possível.

A construção do caso clínico, como assumido neste estudo, supera o simples relato do caso no que se refere a contar a história do indivíduo. O termo construção

vai além da interpretação, quando visa a “um arranjo dos elementos do discurso visando a uma conduta” (FIGUEIREDO, 2004). O caso é produzido com o material advindo das próprias intervenções, do discurso endereçado por aquele que o produz.

Viganò (2010, 1999) ressaltou a dinâmica singular que se estabelece na construção do caso, destacando a delicadeza da clínica feita de pequenos, mas significativos momentos:

Construir o caso clínico é preliminar à demanda do paciente. Em outros termos, é colocar o paciente em trabalho, registrar seus movimentos, recolher as passagens subjetivas que contam, para que o analista esteja pronto a escutar a sua palavra, quando esta vier. E isso pode levar muito tempo. Se houve um trabalho de construção, se foi possível notar, por exemplo, que o paciente fez o mesmo gesto por meses e meses, que um dia ele dá um sorriso e não mais aquele gesto – é preciso registrar que houve uma mudança: aí, então, ele está dizendo que está construindo (VIGANÒ, 1999, p.45).

Viganò (2010, 1999) fez ainda a distinção entre caso clínico e caso social, termos habitualmente presentes no campo da saúde mental, acentuando que o primeiro é condição para que haja o segundo. O caso social é um modo de operação conduzido pelos profissionais que acompanham o usuário em uma construção amparada em um saber que não o autoritário e aponta para um manejo institucional. O caso clínico, no entanto, compreende uma concepção da clínica como discurso que torna ativo o saber do sujeito e privilegia a singularidade em oposição a um entendimento reducionista do adoecimento psíquico. De modo emblemático, “Enquanto o caso social é conduzido pelos operadores, o caso clínico é resolvido pelo sujeito, que é o verdadeiro operador, desde que nós o coloquemos em condições de sê-lo” (VIGANÒ, 1999, p.42).

A formação profissional para compreender a importância e ser capaz de desenvolver esta prática deve ser valorizada e incluída nos projetos pedagógicos dos cursos de formação em saúde mental, mais especificamente nas formações em serviço, como é o caso da residência multiprofissional. Circular ao lado de alguém comumente é identificado com a incapacidade significa recusar esta rotulação e reconhecer que ele é capaz de interagir com os outros em condições semelhantes. Ainda que algumas de suas atitudes não correspondam ao modelo social adotado pela maioria, ele não deve ser visto como alguém em posição inferior, que tem algo a receber e nada pode oferecer. Devemos apostar numa relação de mão dupla e

trabalhar com o respeito às diferenças. Em linhas gerais, tratar-se-á da formação de um novo profissional, capaz de produzir transformações reais, *in loco* no cotidiano das pessoas, o que não menospreza o conhecimento (re) produzido no âmbito dos espaços institucionais de formação tradicionais.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, que utilizou como procedimento metodológico o estudo de dois casos de indivíduos diagnosticados como psicóticos, que foram atendidos durante o período da internação, no momento da atenção à crise, e depois continuaram a ser atendidos no período pós-alta. Os estudos de caso são frequentemente usados no campo da saúde mental (Psiquiatria, Psicologia, Psicanálise e campos afins) por permitirem as associações entre as práticas clínicas e as pesquisas empíricas (SERRALTA; NUNES, ELZIRIK, 2011). O trabalho foi orientado pela perspectiva teórica do Acompanhamento Terapêutico. O estudo foi iniciado pela leitura criteriosa dos prontuários desses indivíduos que se encontravam internados no único instituto público de referência em atenção à crise, localizado em Belo Horizonte, Minas Gerais. Foram acrescentadas ainda as anotações das reuniões de equipe e supervisões clínicas semanais e das intervenções realizadas pelos pesquisadores e demais profissionais da equipe durante cerca de oito meses (em ambos os casos) nos seguintes períodos: no primeiro, compreendido entre março e outubro de 2016 e, no segundo, compreendido entre julho de 2017 a março de 2018. Este estudo foi realizado no âmbito da pesquisa intitulada “Acompanhamento Terapêutico como um dispositivo na saúde mental”, que foi previamente submetida e aprovada pelo Comitê de Ética institucional da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), sob o CAAE 01985618.8.0000.5119, pelo parecer 3.007.507.

Neste trabalho, foram apresentados fragmentos considerados mais significativos para a discussão que se propôs nos dois casos e, para a narrativa dos mesmos, optou-se por utilizar a ordem cronológica dos fatos, descrevendo sinteticamente as intervenções clínicas realizadas à luz da prática do AT. Todas as intervenções desenvolvidas tinham como propósito a ampliação do mapa territorial do indivíduo e entre elas foram incluídas: 1. Realização de atividades externas com finalidade instrumental (como idas ao banco, à escola, à “Farmácia de Minas” e outros serviços públicos); 2. Elaboração e desenvolvimento do quadro de rotinas, com a

intenção de promover a organização das tarefas cotidianas e a autonomia para escolhas; 3. Pesquisa das vagas e visitas aos endereços das pensões, com discussão posterior com o usuário sobre as vantagens e desvantagens da escolha; 3. Estratégias de gestão financeira e auxílio no processo de aquisição dos móveis e bens pessoais; 4. Apresentação e acompanhamento do usuário aos serviços de referência da rede de saúde mental; 5. Realização de atividades externas para reconhecimento do território (circulação pela vizinhança) e dos espaços de lazer e comércio na região; 6. Manutenção da referência técnica para monitoramento permanente (por telefone, caso necessário) visando ao apoio nas eventuais dificuldades no desempenho das atividades cotidianas, e 7. Estímulo e apoio à retomada de laços familiares e sociais. A interpretação dos resultados se deu à luz das teorias sobre a construção do caso clínico, proposta pelo psiquiatra e psicanalista italiano Carlo Viganò, que orienta a produção de um saber na perspectiva do sujeito que sofre do sintoma.

3 RELATOS DE CASOS: RESULTADOS

3.1 O dilema de Lucas: “será que eu dou conta?”

Lucas (nome fictício), 25 anos, morou com sua mãe, que possivelmente tinha algum transtorno mental segundo relatos, até os 8 anos e depois passou a ser criado pela tia. Devido ao histórico de agressões pela tia, o Conselho Tutelar o encaminhou para residir em abrigos para menores. Lucas contou que sairia aos 18 anos, mas brigou com um morador do abrigo e ficou nervoso quando uma funcionária o interpelou. Então, antes de completar a maioridade, ele resolveu fugir e morar nas ruas. Contou ainda de um “possível pai”, que havia lhe buscado no abrigo para passear quando tinha 10 anos, mas não soube detalhar sobre este fato. Ele passou a vivenciar a trajetória de rua e começou a ter passagens breves nos serviços de atenção à crise em saúde mental no final da adolescência.

Em julho de 2014, ele atirou pedras em transeuntes e gritou palavrões na praça onde residia e foi conduzido pela polícia militar ao serviço de Urgência Psiquiátrica do Instituto Raul Soares (IRS), com quadro de agitação psicomotora e em péssimas condições de higiene. De acordo com o prontuário, durante o atendimento ele se recusou ao contato com o médico. Manteve-se cabisbaixo, evitou responder às perguntas e rebatia com outras perguntas, ria, mexia a cabeça e falava no plural: “Não vai soltar nós?” Quando interrogado acerca do “nós”, corrigia e dizia: “eu estava na

Igreja Sara Nossa Terra” (sic). Na enfermaria, Lucas ficou mais tranquilo e contou: “Sou morador de rua, peguei meu papelão. Uma moça estava grávida e aí o gringo riu de mim e atirei pedras nas pessoas e vim parar aqui” (sic). Dois dias depois, Lucas estava pulando, gritando e batendo o corpo contra a parede. Dizia que estava com a sensação de que suas pernas estavam crescendo e que existia um chip dentro dele que o controlava. Esse chip o mandava realizar ações que ele não gostava de fazer. Mandava que ele proferisse xingamentos à equipe de enfermagem e chegou a agredir um funcionário do serviço. Quando interrogado, justificou: “Eu agredi porque a boca dele estava cheia de energia e ele começou a roubar a minha energia, seu dente brilhava muito”; “Tenho que ir embora daqui e não posso perder a oportunidade de ser levado daqui por um senhor que me ofereceu um abrigo” (sic). Lucas apresentava autonomia reduzida para executar Atividades de Vida Diária (AVD), falava pouco e de maneira concreta, apresentava incapacidade para resolver problemas, para planejar e executar ações futuras.

Depois de cerca de 14 meses de internação, a alta ainda não se anunciava como uma tarefa fácil. A luta para a desinstitucionalização durou meses, principalmente no que se referia à obtenção do medicamento atípico (clozapina). Ademais, houve contratempos com o INSS até que ele conseguisse o seu benefício. Enquanto as pendências não estavam resolvidas, foram propostas atividades externas e iniciada a inserção nos serviços da rede e Lucas teve a oportunidade de frequentar o centro de convivência duas vezes por semana. Na reunião de equipe, foi discutido o caso, sendo propostas intervenções nos moldes do trabalho do AT, quando uma das autoras deste trabalho começou a atuar diretamente no caso.

Em junho de 2016, foi feita a visita à pensão próxima ao serviço, para conhecer e conversar sobre os valores. Lucas demonstrou insegurança com a alta, perguntando se depois ele teria que ir aos lugares sozinho, dizendo: “será que eu dou conta?” (de resolver tudo). Ele foi informado de que seria acompanhado no processo de transição. Lucas gostou do local, mas achou caro, dizendo o tempo todo que queria pesquisar os valores de outra pensão em outro bairro onde já havia residido. Suas escolhas foram respeitadas e reforçaram o planejamento já traçado. Lucas apontou literalmente “a saída” dos problemas, a sua saída. Ele se mostrou convicto do lugar, afirmando que poderia usar o metrô.

Uma semana depois, Lucas foi acompanhado à pensão que desejava e chegou ao local facilmente, como havia afirmado. Na volta ao serviço, demonstrava muita

satisfação com todas as questões colocadas, tanto financeiras quanto de bem-estar. Ele demonstrou compreensão sobre suas tarefas, o planejamento financeiro e da rotina diária, entre outros aspectos que seriam importantes para a sua autonomia. Como ficou definido seu endereço de moradia, surgiu uma nova etapa do trabalho, que seria referenciá-lo no território. No dia seguinte, a responsável pela pensão liberou o comprovante de endereço para que pudéssemos abrir o processo da medicação na “Farmácia de Minas”². Dado que Lucas seria morador de outra regional, aos poucos ele seria transferido para a rede de serviços de lá, incluindo o centro de convivência. Ele demonstrou estar muito satisfeito e interessado pelas diversas atividades ofertadas, dando prioridade para as oficinas de música, culinária e atividade física oferecidas pelo centro e, inicialmente, participaria dois dias na semana, durante o período de transição. Depois que recebesse alta, ele poderia frequentar diariamente, de acordo com o seu interesse e suas escolhas.

No ônibus, ao retornar, Lucas viu uma tia e um primo e foi cumprimentá-los. Ele ficou muito feliz quando se reencontraram, o abraçaram, pediram notícias. A tia contou que há muito tempo vinha rezando por ele, que nunca mais o vira, fez várias perguntas, como onde estava morando, como estava a vida dele e se recebia cuidados. Lucas contou que viu a sua mãe há uns quatro anos e a tia respondeu que sua mãe já havia falecido, bem como a tia que o criou. Ele negou, ficou chateado, pensativo. O contato foi rápido e os parentes foram informados de que a alta seria breve e que poderiam fazê-lo uma visita. Do ponto de ônibus até o hospital, Lucas voltou muito chateado, indagando o porquê de sua mãe ter falecido e relatou que quando a visitou ela estava internada num hospital com a glicose muito alta. Contou que sua mãe não tinha juízo e responsabilidade, mas que apesar disso ele gostava dela: “Nossa, eu queria ver minha mãe”; “Como vai ser agora pra eu descobrir o meu pai?”

O passo seguinte foi apresentar o caso em reunião à equipe da Unidade Básica de Saúde responsável pelo acompanhamento de Lucas. O agente de saúde da sua rua se dispôs a cadastrá-lo quando ele mudasse definitivamente para a pensão. No início de maio, começamos as compras de seus pertences. Lucas ficou muito alegre

² Seria necessária o cadastramento e frequência mensal para buscar o medicamento clozapina. A Farmácia de Minas é um programa estadual que distribui medicamentos básicos (atenção primária à saúde), estratégicos (utilizados contra doenças que são problemas de saúde pública), e os do chamado Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), que contempla medicamentos para doenças raras, de baixa prevalência ou uso crônico.

com a compra de roupas e um par de tênis. No momento das escolhas, eram trabalhadas a consciência financeira e a priorização nas despesas. Quanto ao que sentia, ele disse: “Estou na expectativa, né? ... ansioso para ir embora. O sentimento é de dignidade, poder circular lá fora, poder fazer meu dinheiro girar, comprar as minhas próprias coisas, ser independente”. Agora, com o benefício em mãos, um local para morar e referenciado para uma equipe da região que lhe daria assistência, Lucas apenas aguardava a liberação da clozapina, que estava em falta na Farmácia de Minas, para conseguir a tão sonhada liberdade.

Enquanto tínhamos essa pendência, trabalhávamos questões financeiras e de autocuidado, atividades práticas do dia, desde as mais simples como arrumar uma cama até as mais complexas, como resolver coisas no banco, almoçar no restaurante popular, aprender como pegar os ônibus que deveria usar e demais rotinas. Todas as questões estavam sendo resolvidas junto com ele, respeitando seus interesses e decisões. Lucas demandou que pesquisássemos sobre cursos de panificação na cidade. A princípio, seriam cursos de capacitação no SENAC ou do SENAI, mas ambos pediam a declaração de escolaridade, com comprovação de estudo até o 5º ano do Ensino Fundamental. Em contato com três colégios pelos quais ele relatou ter estudado, ele conseguiu uma cópia do histórico escolar. Ele dizia estar ansioso para ir embora “viver a sua vida direito”.

Com a liberação do medicamento, a última etapa para alta, aumentou a expectativa. Durante o percurso, ele perguntou sobre o que a profissional achava dele ir visitar a sua mãe: “Você acha que carece eu ir a Caratinga ver se minha está viva?”. Finalmente, em junho de 2016, Lucas recebeu alta. Ao ser acompanhado à pensão, era visível a alegria e emoção na chegada. Ajudamos na organização do quarto, dos seus pertences e discutimos algumas orientações. Na semana seguinte, Lucas compareceu ao primeiro atendimento ambulatorial e já chegou empolgado mostrando a chave: “É legal ter a chave de casa né? Poder entrar pra dentro a hora que quiser”. Os atendimentos eram realizados junto com a médica residente. Ele relatou estar muito bem fora do hospital, mas ter se sentido inseguro no primeiro dia: “Ah, sei lá, fiquei com medo no primeiro dia, né?; Lá fora é tudo diferente!”; “Ah, sei lá... tenho medo da vida, das responsabilidades.”; “Do portão pra dentro é diferente”. Abordamos sobre isso, sobre o que era bom ou ruim do portão para dentro.

Lucas respondeu que é muito construtivo estar no meio da sociedade, ter o seu espaço: “Lá dentro é melhor. Não tem gente, não tem barulho, carros. Fica escuro e

sossegado. Aí eu durmo". Ele demonstrou ser independente nas AVD, quando se apresentou arrumado, com autocuidado bem preservado. Lucas fazia o uso correto da medicação, buscando e sabendo controlar: "Eu coloco despertador pra 21:30. Sei que é na hora que começa a novela, aí eu olho o relógio pra conferir". Em pouco tempo, ele fez alguns laços sociais no território. Ao ser perguntado como se sentia, respondeu: "Sinto um vazio na cabeça, mas aí eu ando e passa"; "Às vezes eu sinto, quando eu vejo os outros. Se é mãe com filho eu me lembro da minha mãe. Vai significar o vazio se eu achar o meu pai". Lucas continuou bem, compareceu à festa junina do serviço e à do centro de convivência.

Com o tempo, ficou claro que Lucas estava um pouco incomodado com o fato de não estar mais na rua, de ter conquistado de repente tantas coisas em sua vida: "Fiquei muito chique para ir para a rua, lá nos lugares que eu frequentava antes, ganhava doação"; "Passo perto de polícia e eles não me param"; "Não tenho assuntos com meus amigos da rua"; "Eu vou passando com a comida no shopping e todo mundo olha"; "Nem tenho coragem de pegar a sopa da igreja mais."; "Na rua eu estava sem lugar, né?; Agora tenho uma perspectiva muito boa da vida".

Lucas se ausentou de um atendimento e, durante a semana, ele realizou contato telefônico pedindo desculpas pela falta e por ter deixado as profissionais preocupadas. Lucas relatou ter passado mal, que teve medo de pedir ajuda à dona da pensão e ela xingar. Ele contou que limpou tudo sozinho e lavou a roupa de cama que sujou. Mesmo com sintomas do quadro intestinal, afirmou ter tomado sua medicação e foi ao hospital para fazer o hemograma. Lucas contou que buscou o cartão bancário, comprou patins e esta era a sua atividade de lazer nos finais de semana; contou ainda que marcou o dentista na UBS e que estava pagando a caixinha para uma viagem para praia com o pessoal do centro de convivência. Quanto ao curso de panificação, ele estava muito animado e relatou já ter conversado com o dono da padaria próximo à pensão e que este tentaria empregá-lo após o curso. Disse que pensava que as pessoas o achavam estranho por causa do jeito "largado" de ser: "Eu tenho esse jeito, mas não sou especial, doido não. Sou meio largado mesmo, e por ser alto, eu ando mexendo muito". Contou que ia para a cidade de sua mãe saber se ela realmente morreu, mas preferiu discutir com a equipe primeiro e que iria esperar o próximo pagamento.

Em setembro, Lucas chegou muito atrasado, com aparência diferente, assustado, com pensamento acelerado, ansioso, malcheiroso, autocuidado

prejudicado, contestando a informação de que sua mãe estaria realmente morta. Ele afirmou que não estava fazendo uso da medicação há pelo menos uma semana e disse: "Sexta cheguei em casa e vi que só tinha um remédio". Mas olhando a receita que ele trouxe, constatou-se que a data para buscar a medicação já ocorrera há quase quinze dias. Ele não soube explicar, apresentou-se muito confuso, dizendo que não se lembrou que deveria buscar naquele dia. Ao ser questionado, disse que mentiu, mostrando-se culpado com isso e relatou que não conseguia dormir há alguns dias. Ele contou que chorou muito na passarela do metrô, porque viu uma mulher bonita parecida com sua mãe e então atirou seu celular no rio.

Lucas esperou alguns dias, mas procurou novamente a equipe, o que comprovou que instituição era evocada e fazia uma função para ele. A médica considerou que, naquele momento, uma nova internação seria necessária, ao menos para reiniciar o uso correto da clozapina. Não foi trivial convencê-lo a permanecer no hospital, pois Lucas insistiu muito para ir embora, preocupado com o pagamento da pensão e com um empréstimo que teria no banco. Então, ele permaneceu internado por 10 dias e, após a alta, ele foi acompanhado ao centro de convivência. Ficou claro que a referência da equipe para o usuário fora estabelecida, ainda que já houvesse a adesão a outros serviços da rede.

3.2 O mapa de Miguel: desenhando os próprios caminhos

Miguel (nome fictício), 56 anos, nascido no interior de Minas Gerais, solteiro, sem filhos e três irmãos, mudou-se para o estado do Rio de Janeiro ainda criança. Ele é o filho primogênito, sem filiação paterna em sua documentação, sua mãe é falecida (há cerca de dois anos) e possui laços familiares frágeis com irmãos e demais parentes. Miguel afirmava ser "descendente de italiano" e que "havia sido encontrado no mato por chineses que o resgataram, o salvaram e trocaram sua face". Ele relatou que seu pai era jagunço e raramente o via e disse: "ele só ia em casa quando estava com vontade de fazer sexo com minha mãe".

Segundo apurado pela equipe, Miguel era acompanhado inicialmente em regime ambulatorial na cidade de Niterói (RJ), sendo posteriormente encaminhado para o CAPS; durante os últimos dois anos foi internado algumas vezes no hospital psiquiátrico daquela cidade. Ele atuou em profissões e empresas variadas. Foi informado que, à época do surto, ele desempenhava duas funções concomitantes: garçom e segurança. Miguel contou: "eu surtei no trabalho, estava trabalhando muito".

Em Niterói, após o falecimento da mãe, residia inicialmente com os dois irmãos na periferia da cidade, mas tinha desentendimentos constantes com os familiares e com os vizinhos devido aos bailes funk promovidos no local e ainda, segundo ele, ao crime organizado. Os irmãos relataram que ele se colocava em risco, pois frequentemente enfrentava os traficantes da comunidade, questionando sobre o som alto e sobre o comércio de drogas ilícitas na proximidade de sua residência. Miguel afirmava não gostar “de bagunça e de barulho” e, por isso, morou sozinho, em uma pensão. Miguel administrava seu próprio benefício. Ele apresentava delírios persecutórios em relação ao CAPS, relatando: “eles fazem covardia comigo, me dão comida envenenada, me buscam dentro da minha casa para me internar, colocam pen drive no meu remédio, querem me controlar”.

A última internação de Miguel no Rio de Janeiro ocorrera no período 30/03 à 10/07/2017 e, após a alta do hospital psiquiátrico, ele foi primeiramente à sua agência bancária, onde sacou o benefício, alterou a senha e em seguida se dirigiu a um terminal rodoviário, quando comprou uma passagem com destino a Belo Horizonte. Ele informou que possuía “amigos e conhecidos” nessa cidade, mas a informação foi negada pelos familiares. Ao chegar à rodoviária de Belo Horizonte, Miguel apresentou episódio de confusão mental, sendo abordado pelo SAMU, que o conduziu a uma Unidade de Pronto Atendimento para avaliação, e posteriormente, foi encaminhado para o atendimento à crise, em 14/07/2017. No acolhimento, ele disse que “eu estava procurando uma pensão onde poderia ficar, mas me enganaram e acabei passando mal, acho que foi pressão alta, por isso me trouxeram para cá”. Miguel chegou com uma mala com seus pertences, com 563 Reais em mãos, além de seus cartões bancários, cópia de um de seus documentos e alguns medicamentos.

Na internação, uma profissional alertou: “o Miguel só fica no leito... é um caso desafiador”, e em seguida: “melhor nem insistir muito para que ele participe das oficinas, se não ele vai ficar persecutório com você”. Ele passava a maior parte do tempo restrito ao leito, isolado e sem interação com os demais internos. Miguel dizia: “prefiro ficar sozinho, detesto confusão, barulho”. Desde o início da internação, ele se negava a retornar ao CAPS de Niterói, alegando que no serviço “faziam covardia” com ele. Inicialmente, ele recusava participar das oficinas ou de qualquer atividade oferecida e completava “depois eu vou, agora não, estou com sono”. Em seu discurso, predominava o tom persecutório quanto ao serviço carioca e à medicação; ele contava os planos de encontrar uma pensão e residir em Belo Horizonte.

As diretrizes clínicas permitiram a Miguel começar a revelar o que havia de mais peculiar em sua personalidade; ele relatava os empregos que tivera ao longo da vida, sua afinidade com a música e seu gosto pela escrita. Ele ainda permanecia a maior parte do tempo isolado. Foi oferecido um caderno para que ele pudesse se expressar. De repente, o caderno foi rapidamente preenchido por diversos poemas e poesias. Aos poucos, ele começou a participar também das oficinas e permanecia agora a maior parte do tempo no pátio externo da ala. Por outro lado, em alguns momentos dos atendimentos, Miguel demonstrava comportamento erotizado (ainda que discreto). Ele direcionava alguns de seus poemas com conteúdo amoroso à profissional, fazia desenhos e colocava embaixo da porta do quarto de descanso dela, procurava contato físico mais próximo em alguns momentos e citava seu desejo de se relacionar com uma mulher em Belo Horizonte. Era evidente que o manejo da relação terapêutica seria primordial para permitir a continuidade das intervenções.

Sua primeira demanda à equipe foi ir ao banco para sacar seu benefício. Foi planejada uma saída externa para realizar a operação bancária, mas Miguel digitou uma senha inválida; foram realizadas mais três tentativas até que o cartão foi bloqueado. Dado que a senha só poderia ser alterada em Niterói, Miguel permaneceu perplexo e calado durante todo o trajeto de volta, relatando apenas que no CAPS “havam roubado seu dinheiro e alterado sua senha” e “lá minha senha ficava exposta pra todo mundo ver”. No decorrer das semanas posteriores, foram feitas mais duas tentativas para testar novas combinações numéricas tentando encontrar a senha correta. Resolver a falta de acesso ao seu benefício passou a ser uma urgência e poderia ser um argumento para o retorno.

Em novembro de 2017, após quatro meses de internação, mediante estabilização do quadro, foi feito novo contato com o serviço em Niterói. Ao informar ao serviço sobre a iminência da alta, a equipe do CAPS mostrou certa resistência às propostas, informando que não avaliavam como prudente o retorno de Miguel em um ônibus comercial e que mesmo acompanhado ele poderia não chegar ao destino. Outra restrição seria a ambulância para transporte interestadual. Os profissionais do serviço levantaram também a impossibilidade de encontrar um novo endereço para ele, já que seu benefício se encontrava retido, e propuseram comunicar o caso à coordenação de saúde mental.

Diante da longa internação e das dificuldades anunciadas pelo serviço substitutivo, o caso ganhou ênfase na instituição e era o tema de diversas reuniões

de equipe. Foi discutido em vários espaços e foi avaliada a possibilidade de Miguel permanecer em Belo Horizonte, o que era sua demanda desde o início da internação. Agora, o objetivo era reunir as condições para a permanência de Miguel na cidade. O desbloqueio de seu benefício junto ao INSS seria fundamental. Então, durante o último mês da internação, o setting terapêutico para várias intervenções passou a ser a cidade. Embora Miguel tivesse conquistado maior autonomia, ele não possuía referências, nem mesmo conhecia a cidade. Inúmeras saídas externas foram realizadas, prevendo-se a desospitalização e sua inclusão definitiva na rede.

Conhecendo e vivenciando a cidade, ele selecionou uma pensão para residir e, por meio das saídas semanais, Miguel pôde conhecer e aprender a circular na vizinhança. Outros locais precisavam ser apresentados a ele, tais como: serviços de saúde (onde ele seria acompanhado), shopping center, bancos, restaurantes, praças, lojas diversas etc. Diversas atividades foram propostas, como usar o metrô, ônibus e taxi, além de caminhadas pela região onde ele moraria. Miguel passou a ser o protagonista, era ele o responsável por conduzir cada saída. Com o tempo, ele já conhecia as ruas do bairro e caminhava por elas de forma independente, memorizou seu novo endereço e como chegar até ele.

Finalmente, o benefício de Miguel foi desbloqueado e ele acertou a vaga na pensão; em seguida, ele escolheu alguns móveis para o seu quarto. Foi firmado o seu encaminhamento para o serviço de referência e, após quase seis meses de internação, a alta se concretizou.

Com a alta concretizada, a equipe concluiu que Miguel ainda precisaria do trabalho de AT, como proposta de apoiá-lo nas tarefas cotidianas e na circulação pela cidade, para que ele ganhasse mais segurança para realizar os seus interesses. Durante certo tempo o trabalho fluiu, até que suas atitudes com a AT mudaram. Miguel permanecia a maior parte do tempo calado, respondendo com frases simples às indagações, caminhado com certa pressa e sempre à frente. Às vezes, ele fechava a porta para que ela não entrasse. A equipe avaliou que a profissional provavelmente havia sido incluída em suas ideias persecutórias e foi progressivamente afastada do caso. Entretanto, estava claro que o objetivo havia sido atingido, considerando que Miguel demonstrava ter conseguido restabelecer as competências para gerir a própria vida.

Em março de 2018, depois de quatro meses de residência, Miguel reviu seu itinerário e tomou uma decisão inesperada; ele comunicou à dona da pensão que

retornaria ao Rio de Janeiro. Da mesma forma repentina que decidiu viajar para Belo Horizonte há meses, ele contratou um taxi e pediu ao motorista que o conduzisse até Niterói, gastando uma quantia vultosa, que tinha sido acumulada com a retenção do benefício. Soube-se mais tarde que ele voltou a residir com um irmão e a ser novamente acompanhado no CAPS daquela cidade.

DISCUSSÃO

A análise dos casos e dos discursos dos usuários nos permitiu reconhecer que a inclusão psicossocial é uma prática que deve começar dentro do serviço de saúde mental, especialmente naqueles dedicados à atenção à crise, de dentro para fora. (SARACENO, 1996). Neste sentido, as intervenções devem proporcionar a organização necessária para o retorno ao meio social. Sozinhos, os indivíduos terão maiores dificuldades para reassumir ou desenvolver os papéis sociais que os trarão o pertencimento que manifestam desejar. Então, aqui se apresenta a relevância do planejamento a partir de um PTS, com a participação efetiva do usuário e seus familiares. Por definição, cada projeto será único e singular. Ademais, a construção de redes alternativas de cuidado e suporte na comunidade são imprescindíveis para a sustentação desses indivíduos no meio social.

Se analisarmos historicamente as práticas psiquiátricas, percebemos que as funções de cura estiveram aprisionadas pelos mesmos paradigmas: de um lado o paradigma do tratamento e do outro o paradigma do cuidar/tutelar/segregar. As propostas terapêuticas da equipe para Lucas foram muito além da “cura” propriamente dita. Hoje, reformulados pelo campo ampliado da saúde mental, o paradigma do tratamento visa não à cura, mas à “estabilização” e se preocupa em evitar as recaídas. O cuidar valoriza as dinâmicas sociais, privilegia o bem-estar e é caracterizado pelo exercício de ações ativas – intervenções nos lugares de vida, do espaço que irá ocupar, do pertencimento à sociedade. Os resultados nos interrogaram sobre o aumento das capacidades de escolha das pessoas, sobre a extensão de suas relações sociais, sobre a aprendizagem de novas habilidades e sobre o aumento de suas competências. Lucas, ao se tornar protagonista, precisou enfrentar seus próprios pontos de força e fraqueza (para responder à pergunta “será que eu dou conta?”) e construir estratégias para a sua vida, criando suas próprias oportunidades.

O caso de Miguel elucidou a contribuição imprescindível do Acompanhamento Terapêutico como estratégia a ser incorporada e desenvolvida na clínica em saúde mental, demonstrando como essa prática contribuiu para promover autonomia, a construção de vínculos e de redes na cidade. O trabalho do AT foi necessário para possibilitar não somente a desospitalização, tanto para Miguel quanto para Lucas, mas também funcionou como um vetor de circulação social pela cidade, criando ou renovando experiências de apropriação material e simbólica de espaços de vida, onde a prática, o ato em si, foi o instrumento de transformação.

Para a formação do profissional em saúde mental, a inclusão da prática do Acompanhamento Terapêutico como integrante do rol de experiências formativas foi claramente percebida como vantajosa. O serviço no qual este estudo foi desenvolvido, como já foi dito, tem como missão a atenção à crise, e por ser hospitalar prevê, quando necessária, a internação. Ser um serviço modelado para acolher pessoas em regime de internação não o qualifica *ipsis litteris* como manicomial, mesmo porque o manicômio é, antes que as paredes e os muros, uma ideologia. Restou provado que é possível uma prática inclusiva, integrada à rede e direcionada à construção de laços sociais, ainda que partindo de uma instituição hospitalar.

Os resultados da pesquisa demonstraram também que a existência singular de cada pessoa com transtorno mental, tenha ou não o diagnóstico de psicose, exige uma postura crítica dos profissionais, para tratar cada caso como único. Ainda que sejam identificadas semelhanças nos casos, o percurso é individual e marcado pelas subjetividades. A riqueza das discussões e a significativa capacidade de propor intervenções adquiridas pelas residentes referendou o acerto da proposta. Há ainda que se destacar a disposição e o comprometimento para “estar junto” com os usuários, em momentos reais de vida, oferecendo espaço, tempo, recursos e mesmo o próprio corpo para a construção de um outro modo possível de clínica, criando interseções produtivas entre cada ponto da rede, na cidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa demonstraram a importância da continuidade da construção do modelo proposto pela RPB, sustentada pelos pilares definidos desde o início da “luta antimanicomial” brasileira. Ainda que muitos avanços possam ser comemorados, em especial com a constituição e crescimento da RAPS, mesmo que

marcados por desigualdades nos diferentes estados brasileiros, a “luta” ainda está em curso. Prova disto são os permanentes ataques de toda ordem que sofrem os serviços e os profissionais da saúde mental, além das escandalosas tentativas de retrocesso que o campo ainda enfrenta na terceira década do século XXI. Pesquisas como a aqui apresentada são relevantes porque a internação psiquiátrica, pública ou privada, ainda ocorre em várias cidades brasileiras, seja de modo complementar à RAPS ou pela exclusividade do hospital em determinadas regiões. Sendo a internação uma realidade, é mister que nos perguntemos: qual a qualidade e o alcance das intervenções clínicas praticadas durante a internação ou antes e após ela? Como produzir saúde mental em cada ponto da rede, seja este um serviço de saúde ou qualquer outro? Há várias repostas possíveis a estas perguntas e este estudo fez a tentativa de debater certos aspectos para colaborar no sentido destas respostas.

De modo complementar, o estudo revelou que, na construção do caso clínico, a equipe atua para e com o usuário, sua família e a sua rede social, ou, em outras palavras, é o usuário é quem deve definir ou redefinir os seus próprios mapas. À equipe e aos profissionais cabe endossarem as escolhas e caminharem junto ao usuário. É no interior da discussão sobre a apropriação do espaço urbano, do espaço não só como área geográfica, mas também simbólico, no sentido último de território, e nos reconhecidos danos causados pela segregação social que surgem as propostas subversivas da inclusão daqueles destituídos do exercício pleno da cidadania, em seus múltiplos sentidos.

Em última análise, concluímos que houve limitações metodológicas na proposta deste estudo, no sentido em que ele não permite a generalização, sendo necessárias outras pesquisas que envolvam um maior número de indivíduos, e que englobem a perspectiva dos usuários, familiares e do AT, a fim de produzir resultados mais específicos e consolidados sobre o tema. Por outro lado, a pesquisa trouxe à tona parte do amplo espectro de possibilidades de atuação e formação profissional e a importância da contribuição de todos os profissionais da equipe na construção do caso em saúde mental.

REFERÊNCIAS

AMARANTE P., NUNES M.O.; Psychiatric reform in the SUS and the struggle for a society without asylums. **Ciênc Saúde Coletiva**. n .23, v.6, 2018, p.2067-74.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>

BRASIL. **Lei nº 10.2016, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 06 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União. Brasília (DF), 23 dez. 2011.

EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DE A CASA (Org.). **A rua como espaço clínico**. São Paulo: editora escuta, 1994.

EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DE A CASA (Org). **Crise e cidade**. São Paulo: Educ, 1997.

FIGUEIREDO, A. C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. Ano VII, n ° 1, 2004, p. 75-86.

FONSÊCA, M. A. Serviços residenciais terapêuticos: quando compartilhar espaços e estimular a solidariedade tornam-se estratégias terapêuticas. **Revista PROPEC do Instituto de Arquitetos do Brasil**, Belo Horizonte: IAB, ano 1, n. 1, jul./dez. 2004.

FONSÊCA, M. A. Serviços Residenciais Terapêuticos como instrumentos de mudança na saúde mental. **Argum.**, Vitória, v. 10, n. 3, set./dez. 2018, p. 162-175.
<http://10.18315/argumentum.v10i3.20750>

GODINHO, D. M.; PEIXOTO JÚNIOR, C. A. Clínica em movimento: a cidade como cenário do acompanhamento terapêutico. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 31, n. 3, set-dez. 2019, p. 320-327. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i3/5644>

PALOMBINI, A. L. et al. **Acompanhamento terapêutico na rede pública**: a clínica em movimento. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2004.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma prática à espera de teoria. In: PITTA, Ana (Org). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996; p.150-154.

SERRALTA, F. B.; NUNES, M. L. T.; ELZIRIK, C. L. Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. **Estudos de Psicologia**, n. 28, v.4, 2011, p.501-510.

VIGANÒ, C. A construção do caso clínico em saúde mental. **Curinga**, v.13. Belo Horizonte: EBP-MG, 1999, p.50-59.

VIGANÒ, C. Avaliação e evidência clínica na saúde mental. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, 13(3), 2010, p. 469-481.

Capítulo 2

O PROCESSO DE ESTIGMATIZAÇÃO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS: ESTIGMA SOCIAL, ESTIGMA INTERNALIZADO E IDENTIDADE

Ana Caroline Fonseca Lopes

Mariana Zagui Egoshi

Hernani Pereira dos Santos



O PROCESSO DE ESTIGMATIZAÇÃO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS: ESTIGMA SOCIAL, ESTIGMA INTERNALIZADO E IDENTIDADE

Ana Caroline Fonseca Lopes

Bacharel em Psicologia na PUCPR/Londrina e pós-graduanda em Psicologia Fenomenológica e Hermenêutica pelo Instituto Dasein. Atua na área clínica no atendimento para mulheres. E-mail: ana.carolfonseca@hotmail.com.

Mariana Zagui Egoshi

Bacharel em Psicologia pela PUCPR/Londrina e Orientadora Vocacional e Profissional. Atua na área clínica com crianças, adolescentes e adultos a partir da fenomenologia na Abordagem Centrada na Pessoa (ACP). E-mail: marianazaguietegoshi@gmail.com

Hernani Pereira dos Santos

Professor assistente na Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), Câmpus Londrina. Doutor em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), Câmpus de Assis. E-mail: hernani.santos@pucpr.br

Resumo: O processo de estigmatização é um fenômeno psicossocial multifacetado que afeta uma variedade de grupos sociais. Ele está ligado ao preconceito e categorização social, visto que esses processos se desenvolvem a partir da comparação entre juízos de valor positivos ou negativos, podendo ser introjetado na subjetividade do indivíduo. Dessa forma, o objetivo da pesquisa relatada neste capítulo foi identificar como a literatura científica dos últimos 10 anos aborda as questões de estigma e de autoestigma de pessoas com transtornos mentais. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica em três bases de dados – SciELO, BVS Salud e PePSIC, e, após a filtragem, foram selecionados trinta e três (33) artigos. Para a análise, foram elaboradas duas categorias: (a) análise do método e (b) o processo de estigmatização. Este capítulo aborda com maior detalhamento a segunda categoria, a qual foi dividida em três tópicos: I. Percepção sobre o processo de entendimento sobre a saúde/doença mental, II. O uso dos serviços de saúde mental, e III. Identidade e autoestigma. Percebeu-se o consenso na definição de estigma social e estigma internalizado. As pesquisas empíricas demonstraram diversas nuances do processo de estigmatização, que se apresenta, primeiramente, na percepção do indivíduo

acerca de sua saúde mental. O surgimento dos sintomas, a busca pelo serviço de saúde mental, o ato de comunicar isso para a família e amigos é marcado pelo medo que circunda os estereótipos acerca dos transtornos mentais. Quando a pessoa chega, enfim, no serviço de saúde mental passa por diversas intervenções até que se descubra o diagnóstico que rotulará com uma identidade estigmatizada. Compreender-se como alguém com transtorno mental é um caminho marcado por sofrimento devido ao estigma social que, aos poucos, é introjetado em sua subjetividade, desenvolvendo problemas de autoestima e autonomia. Estudos sobre o estigma social se mostram em superior quantidade quando comparados com estudos sobre o estigma internalizado. Através dos poucos resultados encontrados, são comprovadas as consequências negativas do autoestigma em pessoas com transtorno mental, constatando a necessidade de os profissionais da saúde mental direcionarem sua atenção para este fenômeno. Validar esta interferência na experiência de uma pessoa com transtorno mental possibilitará, futuramente, sua participação direta na apreensão do diagnóstico assim como na discussão de alternativas de tratamento e intervenções.

Palavras-chave: Estigma. Transtorno Mental. Psicologia da Saúde.

Abstract: The stigmatization process is a multifaceted psychosocial phenomenon that affects a variety of social groups. It is linked to prejudice and social categorization, since these processes develop from the comparison between positive or negative judgments and may be introjected into the subjectivity of the individual. The objective of the research reported in this chapter was to identify how the scientific literature of the last 10 years addresses the stigma and self-esteem issues of people with mental disorders. Methodology consists in bibliographic research that was conducted in three databases - Scielo, BVS Salud and Pepsic. After filtering, thirty-three (33) articles were selected. For analysis, two categories were elaborated: (a) method analysis and (b) the stigmatization process. This chapter addresses the second category with greater detail, which was divided into three topics: I. Perception about the process of understanding health/mental illness, II. The use of mental health services, and III. Identity and self-stigma. It was perceived a consensus in the definition of social stigma and internalized stigma. Empirical research has demonstrated several nuances of the stigmatization process, which first presents itself in the individual's perception of his mental health. The emergence of symptoms, the search for mental health service, the act of communicating this to family and friends is marked by the fear that surrounds stereotypes about mental disorders. When the person arrives, finally, in the mental health service, she goes through several interventions until the diagnosis that will label with a stigmatized identity will be discovered. Understanding oneself as someone with mental disorder is a path marked by suffering due to social stigma that is gradually introjected into their subjectivity, developing problems of self-esteem and autonomy. Studies on social stigma are in superior quantity compared to studies on internalized stigma. Through the few results found, the negative consequences of self-stigma in people with mental disorder are proven, showing the need for mental health professionals to direct their attention to this phenomenon. Validating this interference in the experience of a person with mental disorder could enable prospectively her direct participation in the seizure of the diagnosis as well as in the discussion of treatment alternatives and interventions.

Keywords: Stigma. Mental Disorder. Health Psychology.

INTRODUÇÃO

O processo de estigmatização é um fenômeno psicossocial complexo e multidimensional, com uma grande variedade de fatores que o constituem e com importantes consequências para a vida social (BAPTISTA; ZANON, 2017; LÓPEZ et al., 2008; VIEIRA et al, 2018). Os estudos sobre este processo remontam às análises de microsociologia de Goffman (1988). Para este autor, o processo de estigmatização está enraizado na maneira como conceitos prévios se transformam em “expectativas normativas” que se aplicam ao diferente, dele ressaltando atributos discriminatórios, geralmente depreciativos. A partir de traços identificáveis (físicos, psicológicos e socioculturais) nestas pessoas fora da norma, criam-se relações de tratamento desigual e de exclusão. Isto se aplica a traços físicos, como deficiências; morais ou de caráter, como a homossexualidade ou diversos transtornos mentais; e socioculturais, como o pertencimento a uma minoria étnico-racial.

Trata-se de um processo complexo porque, embora possa, de início, apresentar-se como um evento unitário, envolve um conjunto de fenômenos: o estigma, as atitudes sociais, o estereótipo, o preconceito, a discriminação, e assim por diante; e, além disso, estes fenômenos estão relacionados a diferentes componentes de ordem cognitiva, afetiva e comportamental (LÓPEZ et al., 2008). Com efeito, todos estes aspectos estão inter-relacionados e se reforçam mutuamente. Por exemplo, estereótipos, preconceitos e discriminações se complementam como fenômenos de ordem cognitiva, afetiva e comportamental.

Reconhece-se, desta forma, a necessidade de se compreender os impactos do processo de estigmatização sobre a saúde mental e autonomia dos sujeitos desde o processo da formação da queixa, abrindo possibilidades para perceber e criar novas formas de lidar com o usuário de serviços de saúde mental. A partir disto, o objetivo desta pesquisa foi o de identificar como a literatura científica dos últimos 10 anos (2009-2019) aborda as questões de estigma e de autoestigma de pessoas com transtornos mentais. O artigo inicia com uma discussão sobre estigma e autoestigma a partir de uma visão psicossocial para, depois, apresentar-se a metodologia, os resultados e a discussão propostos.

As dimensões do estigma e do autoestigma

O processo de estigmatização está ligado ao preconceito, à formação de estereótipos e à categorização social (JODELET, 2001). Estes processos envolvem a

atribuição de categorias a pessoas ou grupos sociais em razão de características específicas que apresentam e, assim, têm base em generalizações (estereótipos) e atitudes (juízos) cognitivas e afetivas, de viés positivo ou negativo (preconceito). No processo de categorização, pessoas e grupos sociais são classificados e distinguidos uns dos outros em razão de suas semelhanças e diferenças. As discriminações que podem ser feitas entre os diferentes grupos sociais são os resultados relevantes deste processo. É importante enfatizar que a identidade do ator social é constituída em referência a estes processos de categorização social. Por conseguinte, as atitudes discriminatórias impactam diretamente em sua autoestima e autoimagem, dado que as imagens negativas que são socialmente veiculadas são, também, por ele interiorizadas. Esta é uma constatação importante para os estudos de discriminação racial, por exemplo, mas valem, também, para uma vasta gama de fenômenos correlatos baseados na categorização e na discriminação sociais (JODELET, 2001).

Goffman (1988) acrescenta a essa análise a ideia de “linguagem de relações”, explicando-a como “um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto ele não é, em si mesmo, nem honroso, nem desonroso” (p. 13). Dessa forma, tanto a ideia de estigmatização como a do autoestigma derivam de uma relação social, a qual implica certas significações que conduzem as pessoas “portadoras” do estigma para o movimento de exclusão (NUNES; TORRENTE, 2009). Vieira et al. (2018) concordam com essa visão ao classificar o autoestigma como um “fenômeno mal adaptativo e psicossocial”; tem-se a concepção de que quanto maior o nível de autoestigmatização, “maior a tendência da pessoa ser convencida de sua inferioridade e de que seus sintomas e doença são intratáveis” (p.3)

Um conceito derivado da noção de estigma, e também classificado como uma de suas consequências, é, portanto, o autoestigma. López et al (2008) associam esse fenômeno principalmente a pessoas com transtornos mentais graves, quando elas “manifestam atitudes similares da população geral, assumindo os estereótipos de periculosidade, incapacidade de ‘condução’ e incurabilidade”, com os efeitos adicionados da própria doença” (p.19). O efeito do recebimento do diagnóstico deve ser considerado (SILVA; BRANDALISE, 2008), pois, ao ser rodeado de referências sociais negativas, o paciente internaliza esses significados na própria identidade, acarretando um autoconceito definido por outros, e não por si mesmo.

Pode-se acrescentar, ainda, segundo López et al. (2008), que o processo de autoestigmatização culmina em uma “desmoralização real”, assim tendo como suas

expressões “sentimentos de vergonha e diminuição da autoestima” (LOPEZ et al., 2008, p.19), o que, por sua vez, agrava o isolamento social do sujeito e a inibição na busca por ajuda psicológica (BAPTISTA; ZANON, 2017).

Essas circunstâncias podem estar relacionadas, ainda, em determinadas condições, a sintomas de ansiedade e de depressão (FREUND, 1990; MOREIRA; SLOAN, 2002). No caso específico do estigma e da discriminação sobre pessoas com transtornos mentais, Campo-Arias e Herazo (2015) sugerem uma correlação com o risco de suicídio, por conta da dificuldade de acesso aos serviços e da vulnerabilidade a situações emocionalmente difíceis para estes sujeitos estigmatizados. São fatores mediadores os recursos de proteção de que dispõe o sujeito, ao longo de sua vida, e que são determinados por sua posição social (FREUND, 1990; UNGAR, 2011; 2013). Dentre estes recursos, encontram-se os espaços de reconhecimento e de validação social (COSTALAT-FOUNEAU, 2008; HONNETH, 2003). Os espaços onde pessoas com transtornos mentais frequentam e criam vínculos, como clínicas-escola, hospitais e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), podem ser facilitadores de um processo inclusivo e promotor de saúde, mas podem, também, reforçar sentimentos de exclusão e de rejeição (VIEIRA et al., 2018). Importantes agentes para o empoderamento destes indivíduos são a equipe e a família dos usuários (LÓPEZ et al., 2008).

METODOLOGIA

Este estudo consistiu em uma pesquisa bibliográfica acerca da literatura científica dos últimos 10 anos que abordam as questões de estigma e de autoestigma de pessoas com transtornos mentais. Concebe-se que a pesquisa bibliográfica necessita de um “conjunto ordenado de procedimentos de busca por soluções, atento ao objeto de estudo, e que, por isso, não pode ser aleatório” (Lima & Mioto, 2007, p.39). O pesquisador deve estar em constante vigilância para fundamentar teoricamente o objeto do estudo. É um processo contínuo composta, resumidamente, em quatro etapas: a) elaboração do projeto, b) investigação das soluções, c) análise explicativa das soluções, e d) síntese integradora.

Para isso, foram definidas três bases de dados: SciELO, BVS Salud e PePSIC. O segundo passo foi organizar as combinações a partir de cinco palavras, sendo elas: estigma, autoestigma, diagnóstico, transtorno mental, paciente (Tabela 1). Os critérios de inclusão utilizados na coleta de dados foram: artigos em português, produzidos nos

últimos 10 anos – 2010 a 2020. Foram excluídas, por esta razão, monografias, teses e dissertações.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De início, a pesquisa bibliográfica com as nove combinações de palavras-chave forneceu o total bruto de dez mil duzentos e trinta (10.230) resultados, de acordo com os critérios de inclusão adotados. De acordo estes dados, o banco de dados que gerou o maior número de resultados foi o BVS Salud, ao passo que o PePSIC teve o menor número de resultados. As combinações que menos geraram resultados foram aquelas que continham a palavra “autoestigma”, contrastando daquelas que possuíam a palavra “estigma”, expondo a relevância contextual de uma palavra da outra, uma vez que possuem significados diferentes. Além disso, revela que o número de estudos sobre o processo de estigmatização são mais densos quando comparados ao processo de autoestigma. Todavia, o maior número de resultados proveio das combinações “Diagnóstico + Transtorno Mental” e “Diagnóstico + Paciente”, certificando que estudos sobre o diagnóstico envolvendo transtorno mental e o paciente são múltiplos, e que a inserção dessa palavra-chave foi muito relevante para esta revisão

A partir dos quatrocentos e sessenta e três (463) resultados selecionados, foi realizada mais uma peneiragem, descrita como a terceira etapa desta pesquisa. Buscando selecionar apenas os artigos mais relevantes de cada combinação de palavra dos três bancos de dados, foram analisados os conteúdos contidos nos resumos, títulos e palavras-chave tratavam sobre o processo estigma e/ou autoestigma de pessoas com transtornos mentais. Assim, o número de resultados reduziu para trinta e três (33).

Análise do método

Essa categoria foi importante, porque os resultados demonstram a pluralidade de formas ao abordar o processo de estigmatização, tanto em pesquisas empíricas quanto práticas. Diante disso, os 33 artigos levantados foram dispostos da seguinte forma: vinte e sete (27) artigos descreveram a metodologia empregada, sendo que dezoito (18) foram considerados pesquisas empíricas, nove (9) foram considerados pesquisas teóricas; os seis (6) restantes, como não descreveram a metodologia, foram considerados ensaios críticos.

Inicialmente, serão discutidos os métodos de cunho empírico. Um dos primeiros dados interessantes é que mais da metade caracterizaram seu método como qualitativo, orientados, de forma geral, pelos estudos de Minayo (2006). Compreende-se que utilizar dessa metodologia em pesquisas com seres humanos proporciona aos pesquisadores incorporarem o significado e a intencionalidade “aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas” (MINAYO, 2006, p. 22-23).

Percebeu-se, no entanto, que a maioria desses artigos se apoiaram em outras características metodológicas, como: ser exploratória, multicêntrica e descritiva (BARDIN, 2011; MARTIN et al., 2006). Das pesquisas não caracterizadas dessa forma, uma se intitulou pesquisa-intervenção, duas se intitularam como estudo transversal, uma como trabalho de campo, duas como estudo de caso e uma como estudo da experiência cotidiana.

Os artigos que trouxeram fundamentações teóricas incorporadas nos procedimentos priorizaram teorias de cunho construtivista, sócio-histórica e antropológica, revelando a importância do contexto social ao abordar o processo de estigmatização em pessoas com transtornos mentais. Segundo Martins et al. (2013), a pesquisa histórico-social é associada à síntese dialética de todas as abordagens, englobando relações e comportamentos sociais, assim como toda a dinâmica social. Volz et al. (2015) utiliza também do estudo da experiência cotidiana de Stecanella (2009), pois entende que este tipo de metodologia ajuda a “escavar o cotidiano” em busca do oculto, muitas vezes conservado por interpretações convencionais e abordagens tradicionais.

Outro aspecto levado em conta na análise foram os participantes e os instrumentos das pesquisas práticas. Dez pesquisas utilizaram como participantes pessoas com transtorno mental, quatro pesquisas utilizaram como participantes pessoas com transtorno mental mais familiares e/ou trabalhadores do serviço de saúde mental, e quatro pesquisas utilizaram como participantes pessoas que possuem contato direto ou indireto com uma pessoa com transtorno mental. Além disso, três tipos de instrumentos de coleta de dados foram utilizados: a entrevista semiestruturada, escolhida pela maioria dos pesquisados; o grupo focal; e escalas e testes aprovados pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI), como a Escala de Autoestigma na Procura de Ajuda (SSOSH), Escala de Estigma Social

em relação a Ajuda Psicológica (SSRPH), e o Questionário de Atribuição para Crianças (AQ-8-C).

Uma das justificativas para o uso demasiado das entrevistas semiestruturadas foi encontrada no trabalho de Nascimento e Leão (2019). Argumentando através de Minayo (2006), elas entendem o instrumento como uma privilegiada coleta de informações, “dada a possibilidade de revelar, por meio da fala, as condições estruturais, os sistemas de valores, as normas e as simbologias” (p. 106). Salles e Barros (2013) pontuam a relevância da entrevista ao destacar a fala dos autores sociais, isto pois eles vivenciaram a realidade estudada pelo pesquisador como sujeitos, antes de serem interpretados como objetos de estudo. A partir disso, compreende-se a relevância de ter a pessoa com transtorno mental como participante central de uma pesquisa que busca compreender vivências, e, principalmente, quando essas vivências estão ligadas a fatores estigmatizantes.

O último aspecto a ser discutido das pesquisas empíricas se refere às análises de dados empregadas. As mais diversas formas de análise apareceram nas pesquisas, sendo elas: Análise Estatística, Análise Interpretativa Fenomenológica, Análise do Discurso, Análise Narrativa, Análise Descritiva, e Análise de Conteúdo na categoria temática. Acompanhando-as, alguns autores receberam destaque devido seu olhar crítico ao fenômeno do estigma e saúde mental, como, por exemplo, Erving Goffman, Patrick Corrigan, Graham Thornicroft e Franco Basaglia. A grande quantidade de caminhos e escolhas metodológicas pode, ao mesmo tempo, auxiliar no olhar de um fenômeno, e distrair o pesquisador, prejudicando-o na discussão de resultados. Pensando nisto, é nítida a dedicação dos pesquisadores em investir tempo e cuidado na descrição das metodologias e na escolha análise de dados que melhor contemplasse sua pesquisa.

Partindo para análise dos artigos teóricos, o primeiro dado relevante é a variedade dos métodos escolhidos pelos pesquisadores, sendo eles: Revisão bibliográfica ou Revisão sistemática de literatura, Levantamento de notícias, Estudo de corte transversal extraído de um projeto de intervenção, Pesquisa documental, Método descritivo, Adaptação transcultural de uma escala. Ao contrário das pesquisas empíricas analisadas, notou-se que as pesquisas teóricas não buscaram um referencial teórico para fundamentar seus passos na construção dos procedimentos, fato esse notado pela ausência de autores na construção do método.

Isso não significa, entretanto, que a metodologia dos artigos em questão não foi bem desenvolvida. Os instrumentos utilizados, por exemplo, foram múltiplos, atingindo, assim, muitas informações a serem exploradas. Foram empregadas bases de dados (Web of Science, Pubmed, Psycinfo, LILACS, SciELO, Periódicos CAPES e BVS-Psi), jornais, reportagens, blogs, dispositivos legais, pesquisas-fonte, enunciados de processos judiciais e uma escala de estigma. Para além de bons instrumentos de coleta de dados, é necessário priorizar alguns critérios de inclusão e exclusão, levando em conta parâmetros temáticos, linguísticos, cronológicos e as principais fontes (LIMA; MIOTO, 2007), etapa esta priorizada em todas as pesquisas empíricas selecionadas.

Destacaram-se, nessas pesquisas, diferentes tipos de análise de dados, reforçando as multiplicidades de olhares sobre um mesmo fenômeno. Estão entre elas: Análise descritiva, Análise de contexto, Análise estatística (SPSS 17), Análise do discurso foucaultiana, Análise reflexiva, Adaptação transcultural, Análise reflexiva na perspectiva lógico-histórica, e Análise comparativa. Nesse ponto, tanto as pesquisas teóricas quanto as pesquisas empíricas demonstram depender tempo à procura da melhor forma de análise de dados; todavia, as primeiras se pautam mais em comparações de dados, enquanto as segundas buscam interpretar os resultados à luz de uma teoria específica.

Processo de estigmatização

Nesta categoria, entraram os seis ensaios críticos selecionados. É relevante pontuar que o conjunto de artigos selecionados aborda, em algum nível, o processo de estigmatização. As definições de estigma e autoestigma foram contempladas, em sua maioria, pelo autor Erving Goffman, seguido dos trabalhos de Patrick W. Corrigan e Amy C. Watson e outros autores associados, Bruce G. Link e Jo C. Phelan, e, com menos trabalhos citados, Emily Martin. Sendo assim, foi possível sintetizar uma ideia geral dos conceitos supracitados: o estigma público ou social possui raiz sociológica, sendo “um processo inerente à interação social e caracterizado por categorias como rotulação, status social, ‘desviante’ e ‘normal’” (GOFFMAN, 1963 *apud* SOARES et al, 2011, p.636); enquanto que, o estigma internalizado – autoestigma, é um fenômeno psicológico que se desenvolve pela incorporação dos estereótipos negativos na subjetividade do indivíduo estigmatizado, provocando isolamento, diminuição da

autoestima, vergonha, autorreprovação, dentre outros (CORRIGAN, 1998, CORRIGAN; WATSON; BARR, 2006).

Ademais, percebeu-se que, para além do estigma, as pesquisas brasileiras discutem a interferência de outros fatores no processo de estigmatização, propondo, inclusive, intervenções em diversos contextos sociais. Pensando nisso, esses conceitos foram enquadrados em três tópicos, os quais serão desenvolvidos abaixo.

I. Percepção Sobre O Processo De Entendimento Sobre A Saúde/Doença Mental

O estudo de Havrelhuk e Langaro (2020) é o único que aborda uma visão fenomenológica sobre a psicopatologia, assemelhando-se às ideias sobre a psicopatologia crítica de Moreira (2004). Buscando compreender a doença como “um fenômeno que se realiza no núcleo da existência do sujeito” (p. 42), elas resgatam autores existencialistas e analisam as vivências de Lino fora do enquadramento diagnóstico e sintomático da esquizofrenia. Merleau Ponty (1966) utiliza a pintura deformada de Cézanne como metáfora para descrever o transtorno mental: “Não assinalar nenhum contorno seria privar os objetos de sua identidade. Assinalar somente um significaria sacrificar a profundidade, quer dizer, as dimensões que nos facilita a coisa” (p. 25). Os “múltiplos contornos” de uma doença mental, portanto, devem ultrapassar o entendimento mecanicista médico, considerando o indivíduo em sofrimento na sua totalidade enquanto ser-no-mundo.

A experiência do adoecimento, pesquisada por Serpa Junior et al (2014), foi considerada um caminho para aproximar as narrativas de quem sofre do conhecimento técnico exercido pelos psiquiatras no processo diagnóstico. Infelizmente, as “construções narrativas dos usuários parecem não produzir efeitos sobre as construções narrativas dos psiquiatras e vice-versa” (p. 1073), demonstrando a restrição dos segundos a uma Psicopatologia Descritiva. Menezes e Santos (2012), em seu ensaio teórico com perspectiva foucaultiana, consideram que o diagnóstico diz mais sobre identificação da loucura do que sua compreensão, construindo um grupo oprimido e previamente categorizado de doentes mentais. Isso justifica um dos achados sobre a experiência do sofrimento: “Algumas vezes é de fora para dentro, por ação ou olhar de um outro, por uma intervenção médica, ou mesmo pelo estigma que a vivência de adoecimento surge para o usuário” (SERPA JUNIOR et al, 2014, p.1071).

Foucault (2009) postula que a existência de um grupo de doentes mentais só se concretizou pela existência da dualidade normal *versus* anormal, onde a normalidade deriva da normatividade. O que revelaria a participação ou não de pessoas nesse grupo seria a presença de determinados sintomas patológicos, sintomas esses entendidos como um “constructo social, cultural e historicamente relativo e não como algo absoluto e universal” (COUTINHO, 2009, p. 16). Posto isso, e, sabendo que a loucura sempre fora etiquetada de forma negativa, é evidente o preconceito sofrido por esse grupo social. Silva e Marcolan (2018), ao darem voz aos indivíduos com transtornos mentais, se depararam com uma trajetória de sofrimento, que começa com o aparecimento dos sintomas e continua mesmo após o tratamento.

A maioria dos artigos selecionados abordava os transtornos mentais de forma geral, indicando que, independentemente do diagnóstico, o indivíduo é tratado de forma estigmatizante. No entanto, alguns estudos trouxeram as perspectivas isoladas dos transtornos mais graves, com a esquizofrenia, o transtorno bipolar e transtornos com sintomas psicóticos, indicando que, quanto maior a gravidade, maior a desinformação, interferindo diretamente no grau de discriminação social sofrida pela pessoa portadora (GASPARDINI et al, 2013; MOURA et al, 2019).

A partir disso, pode-se indagar a razão pela qual as redes de apoio de um indivíduo com transtorno mental podem ser caracterizadas como frágeis. Segundo Barbosa et al (2018), as representações sociais negativas acerca dos transtornos mentais dificultam, por exemplo, no aceite do diagnóstico pela família. Os desdobramentos podem ser vários: culpa pelo aparecimento da doença, insegurança, afastamento, vergonha; e, a não superação desses sentimentos pode dificultar a relação com a pessoa diagnosticada. O estudo de Aragão (2018) comprova a necessidade do apoio social na melhora dos sintomas e bem-estar psicológico, enquanto não possuir uma rede de apoio deixa o indivíduo que sofre exposto e propenso a crises frequentes e tendência suicida.

II. O Uso Dos Serviços De Saúde Mental

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, que teve em início em 1970, buscou romper com o modelo tradicional de tratamento manicomial, exigindo direitos legais e um acompanhamento digno para os portadores de transtorno mental. Entretanto, mesmo com a alteração das leis, os serviços de saúde mental e os usuários carregam as marcas deixadas pelo hospital psiquiátrico (JUNIOR; VENTURA, 2014), como a

“síndrome da institucionalização”, proposta por Franco Basaglia, e abordada por Filho (2011) em seu ensaio crítico.

A pesquisa realizada por Salles e Miranda (2016) com antigos pacientes do Hospital Estadual Teixeira Brandão, expõe a dificuldade dessas pessoas em se desligarem do modelo manicomial, o qual tomava partido em todas as áreas de suas vidas. Em sua análise, levantam a vivência de “mortificação do eu”, de Goffman (1974), simbolizando as rupturas e desconexões da vida do sujeito, que, mesmo fora da colônia, possuem dificuldades em experienciar uma vida mais autônoma, uma vez que a instituição detinha essa função. Ainda no mesmo estudo, as autoras exploraram o processo de mudança para a cidade em um novo estilo institucional: o CAPS e as residências terapêuticas. Observou-se em seus relatos algumas resistências em deixar a colônia, isto porque lá os pacientes exerciam algumas atividades específicas e que não haviam sido substituídas na cidade; portanto, é de extrema importância que a equipe de saúde esteja atenta às necessidades e dificuldades nesse novo ambiente.

Por outro lado, Martins et al. (2013) realizaram um estudo aprofundado sobre implantação de residências terapêuticas em um município do Rio de Janeiro, demonstrando que o impacto da reforma psiquiátrica e os novos serviços de saúde atingem não só os usuários, como também a população em geral. Os autores partem do princípio de que o estigma social dirigido aos portadores de transtorno mental atua negativamente no processo autônomo desses usuários, colocando barreiras na promoção de cidadania, quando, por exemplo, resistem à implantação de um novo serviço de saúde mental. Efetivar as novas alternativas do processo de desinstitucionalização significa abandonar também crenças e papéis sociais do modelo psiquiátrico, pois reproduzi-los significa manter os mesmos mecanismos repressivos, agora fora dos manicômios (AMARANTE, 2007 *apud* SALLES; MIRANDA, 2016).

O último item a ser desenvolvido nesse tópico é referente a relação dos indivíduos com transtorno mental com a terapia medicamentosa. Borba et al (2018) identificam que 49% dos entrevistados não aderiram ao uso dos medicamentos, e, dentre os vários motivos, estão: falta de recurso financeiro, modificações na aparência, diminuição dos sintomas e a falsa sensação de cura, longo período de uso, falta de apoio e acompanhamento. Cabe refletir que, hoje, o processo de medicalização deixou de ser visto como a única alternativa possível: a participação ativa do paciente nas novas formas de atenção à saúde interfere no modo em que

percebem seu diagnóstico, e, conseqüentemente, influenciam na aderência ou não da medicação como tratamento (POMBO, 2017).

III. Identidade e Autoestigma

A inclusão e exclusão social podem ser consideradas como um processo bilateral entre a sociedade e a pessoa excluída em busca de garantia de direitos e acesso (SALLES; BARROS, 2013; WEBER; JURUENA, 2017). No caso de pessoas com transtornos mentais, significam melhores tratamentos, instituições de saúde mental adequadas, um sistema educacional amplificado e leis que garantam a efetividade dessas medidas inclusivas (SANCHES; OLIVEIRA, 2011; CARVALHO; PERUCCHI, 2016). Os artigos que trataram desse processo, entretanto, exteriorizaram um resultado de exclusão generalizada devido ao estigma sofrido por essas pessoas. Guarniero, Bellinghini e Gattaz (2012), a título de exemplo, ao realizarem um levantamento de notícias acerca do tratamento da esquizofrenia pela mídia, encontram como resultado a) a falta de escuta do portador da doença e de seu sofrimento, b) a banalização do transtorno, e c) o reforço constante de características negativas estigmatizantes que etiquetam indivíduo com esquizofrenia.

Transmitir e reforçar tais estereótipos em veículos midiáticos apresenta efeitos tão graves quanto a falta de informação. Uma pesquisa sobre o linchamento ocorrido em Morrinhos, contra uma moradora com transtorno mental, expõe as sérias consequências da desinformação, visto que o episódio ocorreu após ser nutrido por boatos. O acontecimento pode ser categorizado como um sofrimento social, produto de uma violência compulsória originária da estrutura social presente, a qual limita as vivências e possíveis ações do indivíduo (FARMER, 2004 *apud* LEAL; MARTIN, 2019).

Menezes e Santos (2012) compreendem que a identidade, ao mesmo tempo em que confirma o caráter diferenciado de um indivíduo, estipula certa representação social que possibilita seu pertencimento em grupos. O resultado é a representação identitária, a qual permite ao indivíduo, através de conhecimentos e crenças pessoais e sociais, a “ideia da existência de uma estrutura cognitiva que favorece a concepção de um sentimento de identidade” (DESCHAMPS; MOLINER, 2009 *apud* MENEZES; SANTOS, 2012, p.8).

O estigma social, quando internalizado pelo indivíduo, provoca uma ruptura em sua própria subjetividade, a qual é substituída por uma “identidade deteriorada”, como

descrito por Goffman (1988). Na medida em que a pessoa estigmatizada cria consciência, concorda e aplica a si mesmo os estereótipos assumidos socialmente, sua autoestima diminui realçando sentimentos de vergonha e desvalorização (CORRIGAN, 1998; CORRIGAN et al, 2006). Como revela a revisão de literatura de Felicissimo et al (2013), os poucos estudos existentes sobre a ligação entre estigma e autoestima, confirmam uma correlação negativa entre ambos. E, infelizmente, faltam construções e validações de instrumentos para mensurar as consequências do estigma internalizado (SOARES et al, 2011). Todavia, foi encontrada uma adaptação transcultural brasileira da Escala de Estigma Internalizado de Transtorno Mental – ISMI-BR, produzida por Ronzani et al (2017), demonstrando a relevância gradual que o assunto está ganhando no Brasil.

Outra influência do estigma social e internalizado está na retirada de autonomia do indivíduo. Tem-se a ideia de que pessoas com transtorno mental não seriam responsáveis o suficiente para tomarem as próprias decisões; Weber e Jurema (2017) comentam também que a oposição liberdade *versus* responsabilidade “poderia fazer crer que as pessoas que se comportam irresponsavelmente em estruturas restritivas, atuariam, em condições de liberdade, de maneira irresponsável” (p. 645). Entretanto, incentivar a autonomia deve ser a base do processo de desinstitucionalização, e, o estudo realizado por Alves et al (2018) confirma essa prerrogativa indicando como efeitos a melhora na autogestão de renda, melhor desenvolvimento das atividades do cotidiano e maior poder de negociação.

Arelada à falta de autonomia individual, há a desvalorização desse indivíduo no mercado de trabalho. Para além do preconceito, estima-se que “prejuízos na esfera da formação e da socialização tenham enfraquecido a construção de habilidades técnicas e competências sociais muito valorizadas no atual mercado de trabalho” (ASSUNÇÃO; LIMA; GUIMARÃES, 2017, p. 10). Essa barreira deve ser vencida, uma vez que, como demonstrado na pesquisa de Wagner, Borba e Silva (2015), a inclusão ocupacional possibilita um novo sentido para existência e resgata a cidadania do sujeito que será reconhecido socialmente pelo seu trabalho. Com sua identidade positivada, é possível que seu destino social se altere, propiciando não só a inclusão social, como também a forma como o indivíduo se percebe no mundo (VOLZ et al, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos caminhos trilhados por esta pesquisa, é possível delinear algumas conclusões importantes. Este estudo demonstrou que o assunto tem sido tema de muitas discussões na área de saúde mental. O número de pesquisas práticas realizadas indica a necessidade em ouvir as experiências individuais daqueles que vivenciam um transtorno mental. Esses relatos possibilitam aos profissionais: a) encararem o indivíduo para além de um conjunto de sintomas, b) refletirem acerca do uso demasiado do diagnóstico, c) buscarem intervenções no nível social e individual que minimizem o sofrimento causado pelo estigma e sua internalização.

Através das pesquisas empíricas, por sua vez, foi possível compreender as diversas nuances do processo de estigmatização, o qual se apresenta, primeiramente, na percepção do indivíduo acerca de sua saúde mental. O surgimento dos sintomas, a busca por um serviço de saúde mental, o ato de comunicar isso para a família e amigos é marcado pelo medo que circunda os estereótipos acerca dos transtornos mentais. Quando a pessoa chega, enfim, no serviço de saúde mental, passa por diversas intervenções até que se descubra o diagnóstico que rotulará como uma identidade estigmatizada. Compreender-se como alguém com transtorno mental é um caminho marcado por sofrimento devido ao estigma social que, aos poucos, é introjetado em sua subjetividade, desenvolvendo problemas de autoestima e autonomia.

Estudos sobre o estigma social se mostram em superior quantidade quando comparados com estudos sobre o estigma internalizado. Através dos poucos resultados encontrados, são comprovadas as consequências negativas do autoestigma em pessoas com transtorno mental, constatando a necessidade de os profissionais da saúde mental direcionarem sua atenção para este fenômeno. Validar esta interferência na experiência de uma pessoa com transtorno mental possibilitará, futuramente, sua participação direta na apreensão do diagnóstico assim como na discussão de alternativas de tratamento e intervenções.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. F et al. Ser autônomo: o que os serviços de saúde mental indicam? **Rev Gaúcha Enferm.**, Pelotas, v.39, n.1, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.63993>. Acesso em 27/08/2022.

ARAGAO, Ellen Ingrid Souza et al. Padrões de Apoio Social na Atenção Primária à Saúde: diferenças entre ter doenças físicas ou transtornos mentais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2339-2350, July 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.21012016>. Acesso em 27/08/2022.

ASSUNCAO, Ada Ávila; LIMA, Eduardo de Paula; GUIMARAES, Mark Drew Crosland. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, e00166815, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00166815>. Acesso em 27/08/2022.

BAPTISTA, M. N.; ZANON, C. Por Que Não Buscar Terapia? O Papel do Estigma e Sintomas Psicológicos em Universitários. **Paidéia (Ribeirão Preto) [online]**. 2017, v. 27, n. 67, pp. 76-83. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-43272767201709>. Acesso em 27/08/2022.

BARBOSA, D. J. et al. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS TRANSTORNOS MENTAIS. **Rev. Enferm. UFPE [online]**, Recife, v. 12, n. 6, p.1813-1816, jun., 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a234783p1813-1816-2018>>. Acesso em 27/08/2022.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2011.

BORBA, Letícia de Oliveira et al. Adesão do portador de transtorno mental à terapêutica medicamentosa no tratamento em saúde mental. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 52, e03341, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017006603341>. Acesso em 27/08/2022.

CARVALHO, S. M. de; PERUCCHI, J. “Não Converso com Demente”: Intersecções entre Direito e Saúde Mental. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 36, n. 3, p. 584-596, Sept. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001332014>. Acesso em 27/08/2022.

CAMPO-ARIAS, A.; HERAZO, E. El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio, **Revista Colombiana de Psiquiatria**, v. 44, n. 4, p. 243-250, out.-dez. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.04.003>>. Acesso em 27/08/2022.

CORRIGAN, P. W. The Impact of Stigma on Severe Mental Illness. **Cognitive and Behavioral Practice**, 5, 201-222, 1998. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1077722998800060?via%3Dihub>>. Acesso em 27/08/2022.

CORRIGAN, P. W., WATSON, A. C., BARR, L. The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. **Journal of Social and Clinical Psychology**, 25(8), 875-884, 2006. Disponível em: <https://guilfordjournals.com/doi/10.1521/jscp.2006.25.8.875>. Acesso em 27/08/2022.

COSTALAT-FORNEAU, A.-M. Identité, action et subjectivité: Le sentiment de caacité comme régulateur des phases identitaires, **Connexions**, v. 89, n. 1, 2008. Disponível em: <<https://www.cairn.info/revue-connexions-2008-1-page-63.htm>>. Acesso em 27/08/2022.

COUTINHO, R. S. R. **O diagnóstico em perspectiva: reflexões sobre a prática da Psiquiatria**. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Instituto Universitário de Lisboa, 2009. Disponível em: < <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/1795/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado%20-%20MAMI%200709%20-%20Rodolfo%20Coutinho%20-%20O%20Diagn%C3%B3stico%20em%20Perspectiva-Reflex%C3%B5es%20sobre%20a%20pr%C3%A1tica%20da%20psiquiatria.pdf>> Acesso em 27/08/2022.

FELICISSIMO, F. B. et al. Estigma internalizado e autoestima: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, 15(1), 116-129. São Paulo, SP, jan.-abr. 2013. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000100010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 27/08/2022.

FILHO, N. F. V. Sofrimento e desinstitucionalização. Construindo redes de apoio em saúde mental. **Revista Mal Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. Xi, n. 1, p. 309-333, mar. 2011. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482011000100012&lng=pt&nrm=iso Acesso em 27/08/2022.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2009.

FREUND, P. E. S. The expressive body: a common ground for the sociology of emotions and health and illness, **Sociology of Health & Illness**, v. 12, n. 4, p. 452-477, 1990. Disponível em: < <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11340419>>. Acesso em 27/08/2022.

GASPARINI, D. et al. A DOENÇA MENTAL NA ÓTICA DE INDIVÍDUOS PSICÓTICOS: SUAS FALAS E REPRESENTAÇÕES GRÁFICAS. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 5, n. 1, pp. 3421-3432, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750897027>. Acesso em 27/08/2022.

GOFFMAN, I. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1988.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos** (D. M. Leite, Trad.). São Paulo: Perspectiva, 1974.

GUARNIERO, F. B.; BELLINGHINI, R. H.; GATTAZ, W. F. O estigma da esquizofrenia na mídia: um levantamento de notícias publicadas em veículos brasileiros de grande circulação. **Rev. psiquiatr. clín. [online]**. 2012, vol.39, n.3 [cited 2020-05-23], pp.80-84. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000300002>. Acesso em 27/08/2022.

HAVRELHUK, Jucimar; LANGARO, Fabíola. História de Lino: a psicopatologia na perspectiva da fenomenologia e do existencialismo. **Rev. abordagem gestalt.**,

Goiânia, v. 26, n. 1, p. 39-52, abr. 2020. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672020000100005&lng=pt&nrm=iso . Acesso em 27/08/2022.

HONNETH, A. **Luta por reconhecimento**: a gramática moral dos conflitos sociais. Trad. Luiz Repa. São Paulo: Ed. 34, 2003

JODELET, D. Os processos psicossociais da exclusão. In: SAWAIA, B. B. (Org.). **As artimanhas da exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. 2ª Ed. Petrópolis: Vozes 2001, p. 53-66.

JUNIOR, R. C.; VENTURA, C. A. O tratamento dos portadores de transtorno mental no Brasil – Da legalização da exclusão à dignidade. **R. Dir. sanit.**, São Paulo, v.15, n.1, p. 40-60, mar./jun. 2014. Disponível em: < <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v15i1p40-60>>. Acesso em 27/08/2022.

LEAL, F. M.; MARTIN, D. O linchamento em Morrinhos (boato, estigma e violência). **Saude soc.**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 186-197, dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180567>. Acesso em 27/08/2022.

LIMA, T. C. S. de; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: uma pesquisa bibliográfica. **Rev. katálisis**, Florianópolis, v. 10, n. spe, p. 37-45, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 de julho de 2020.

LÓPEZ, M. et al. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: una estrategia compleja basada en la información disponible, **Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.**, v. 28, n. 101, p. 43-83, 2008. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100004&lng=es&nrm=iso. Acesso em 27/08/2022.

MARTIN, D. et al. Noção de significado nas pesquisas qualitativas em saúde: a contribuição da antropologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 178-180, 2006. Disponível em: <<http://bit.ly/2IWZ83N>>. Acesso em: 6 jul. 2020.

MARTINS, G. da C. S. et al. O estigma da doença mental e as residências terapêuticas no município de Volta Redonda-RJ. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 327-334, June 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200008>. Acesso em 27/08/2022

MENEZES, J. E. X. de; SANTOS, D. N. dos. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 4, n. 2, p. 152-160, dez. 2012. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2012000200008&lng=pt&nrm=iso Acesso em 27/08/2022.

MERLEAU-PONTY, M. La doute de Cézanne. Em Merleau-Ponty (Org.), **Sens et non-sens**, Paris: Nage, 1966, pp. 15-44.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.

MOREIRA, V. O método fenomenológico de Merleau-Ponty como ferramenta crítica na pesquisa em psicopatologia, **Psicologia: Reflexão & Crítica**, v.17, n. 3, 447-456, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722004000300016>. Acesso em 27/08/2022.

MOREIRA, V.; SLOAN, T. **Personalidade, Ideologia e Psicopatologia Crítica**. São Paulo: Escuta, 2002.

MOURA, H. D. de S. et al. TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: SENTIMENTOS, ESTIGMAS E LIMITAÇÕES. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 13, p. 1-6, 2019. Disponível em: < <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.241665>>. Acesso em 27/08/2022.

NASCIMENTO, L. A. do; LEÃO, A. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.26, n.1, jan.-mar. 2019, p. 103-212. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000100007>. Acesso em 27/08/2022.

NUNES, M.; TORRENTÊ, M. de. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. **Revista de Saúde Pública [online]**. 2009, v. 43, pp. 101-108. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000800015>>. Epub 04 Ago 2009.

POMBO, M. F. Da recusa à demanda de diagnóstico: novos arranjos da medicalização. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 3, p. 5-20, 2017. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000300002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 27/08/2022.

RONZANI, T. M. et al. Adaptação transcultural brasileira da escala de estigma internalizado de transtorno mental - ismi-br. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Belo Horizonte, v. 10, n. 1, p. 25-34, jun. 2017. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202017000100004&lng=pt&nrm=iso . Acesso em 27/08/2022.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Representações sociais de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e pessoas de sua rede sobre doença mental e inclusão social. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1059-1071, Dec. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000400009>. Acesso em 27/08/2022.

SALLES, A. C. R. R.; MIRANDA, L. DESVINCULAR-SE DO MANICÔMIO, APROPRIAR-SE DA VIDA: PERSISTENTES DESAFIOS DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 28, n. 2, p. 369-379, agosto de 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-03102016v28n2p369> . Acesso em 27/08/2022.

SANCHES, A. C. G.; OLIVEIRA, M. A. F. de. Educação inclusiva e alunos com transtorno mental: um desafio interdisciplinar. **Psic.: Teor. e Pesq., Brasília**, v. 27,

n. 4, p. 411-418, dezembro de 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000400004> . Acesso em 27/08/2022.

SERPA JUNIOR, Octavio et al. Experiência, narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e a do usuário. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1053-1077, Dec. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000400005>. Acesso em 27/08/2022.

SILVA, R. S.; BRANDALISE, F. O efeito do diagnóstico psiquiátrico sobre a identidade do paciente, **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 16, n 2, p. 123-129, jul.-dez. 2008. Disponível em: < <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v16n2p123-129>>. Acesso em 27/08/2022.

SILVA; T. C. M. F.; MARCOLAN, J. F. PRECONCEITO AOS INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO MENTAL COMO AGRAVO DO SOFRIMENTO. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 12, n. 8, p. 2089-2098, ago., 2018. Disponível: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i8a234776p2089-2098-2018>>. Acesso em 27/08/2022.

SOARES, R. G. et al. A mensuração do estigma internalizado: revisão sistemática da literatura. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 16, n. 4, p. 635-645, Dec. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/pthF84SR3LXpNXKqX586xvG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 27/08/2022.

STECANELA, N. O cotidiano como fonte de pesquisa nas ciências sociais. **Conjectura**, v. 14, n. 1, p. 63-75, 2009. Disponível em: <https://www.ucs.br/site/midia/arquivos/cotidiano.pdf>. Acesso em 27/08/2022.

UNGAR, M. The social ecology of resilience: addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct, **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 81, n. 1, p. 1-17, 2011. DOI: 10.1111/j.1939-0025.2010.01067.x

UNGAR, M. Resilience, Trauma, Context, and Culture, **Trauma, Violence, & Abuse**, v. 14, n. 1, p. 255-266, May 2013. DOI: 10.1177/1524838013487805

VIEIRA, G. L. S. et al. Concepções de usuários de um CAPS sobre o tratamento e inclusão, **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 30, 2018, <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30187474>. Acesso em 27/08/2022.

VOLZ, Pâmela Moraes et al. A inclusão social pelo trabalho no processo de minimização do estigma social pela doença. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 877-886, Sept. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015130040> . Acesso em 27/08/2022.

WAGNER, L. C.; BORBA, E. C.; SILVA, M. S. INCLUSÃO OCUPACIONAL: PERSPECTIVA DE PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 20, n. 1 p. 83-94, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000022418> . Acesso em 27/08/2022.

WEBER, César Augusto Trinta; JURUENA, Mario Francisco. Paradigmas de atenção e estigma da doença mental na reforma psiquiátrica brasileira. **Psic., Saúde & Doenças, Lisboa**, v. 18, n. 3, p. 640-656, dez. 2017. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36254714002>>. Acesso em 27/08/2022.

Capítulo 3

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA ENDOMETRIOSE:
REVISÃO INTEGRATIVA**

*Giulia da Costa Sanital
Rosângela Fátima da Costa*



ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA ENDOMETRIOSE: REVISÃO INTEGRATIVA³

Giulia da Costa Sanital

*Graduanda em Psicologia, Centro Universitário de Santa Fé do Sul, SP, UNIFUNECS,
Giulia-sanital@hotmail.com.*

Rosângela Fátima da Costa

*Docente do Centro Universitário de Santa Fé do Sul, SP, UNIFUNECS,
rgcosta1961@gmail.com*

RESUMO

A endometriose é caracterizada pela presença de tecido, semelhante ao endométrio, na parte externa da cavidade uterina que causa desconforto físico e psicológico à mulher. É uma doença crônica, inflamatória cujo diagnóstico geralmente é tardio e, por isso, ocasiona desconforto físico provocado por dores na região abdominal, além de sofrimento psíquico em função dos sentimentos que surgem nesse processo, principalmente com relação à infertilidade. Nesse sentido, esse artigo tem como objetivo elucidar os aspectos psicológicos acarretados às mulheres pela endometriose. É uma pesquisa qualitativa desenvolvida por meio de revisão integrativa da literatura nos bancos de dados Google Acadêmico, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online), acessado por meio da BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), com consulta a revistas científicas, dissertações de mestrado e doutorado, periódicos relacionados ao tema, além de manual da área com materiais publicados entre 2010 e 2020. Como a endometriose é uma doença psicossomática por afetar tanto o físico como o emocional, os aspectos psicológicos encontrados nas mulheres são: baixa autoestima, imagem corporal alterada, comportamentos agressivos, isolamento social, depressão e ansiedade. Tudo isso é muito prejudicial porque pode resultar em sérias consequências, a saber, perdas do emprego, do (a) companheiro (a), estudos e planos futuros. Por ser uma doença complexa que envolve múltiplas facetas, deve haver intervenção terapêutica multiprofissional às mulheres afetadas, cujo foco é a saúde física e mental.

Palavras-chave: Endometriose. Desconforto físico. Sofrimento psíquico.

ABSTRACT

³ Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Psicologia do Centro Universitário de Santa Fé do Sul, SP, UNIFUNECS do ano de 2020.

Endometriosis is characterized by the presence of tissue, similar to the endometrium, on the external part of the uterine cavity causing physical and psychological discomfort to the woman. It is a chronic, inflammatory disease, without cure, usually having its late diagnosis causing physical discomfort due to the pain it presents, in addition to psychological suffering due to the feelings that arise in this process, especially with regard to infertility. In this sense, this article aims to elucidate the psychological aspects caused by endometriosis to women. It is a qualitative research, which was developed through an integrative literature review, with the use of consultation with scientific articles, master's and doctoral dissertations and journals in reference databases on the subject. Endometriosis is a psychosomatic disease because it affects both the physical and the emotional. The psychological aspects found in women range from low self-esteem, altered body image, including aggressive behaviors and social isolation to depression and anxiety, and, as a consequence, they may experience losses such as employment, partner, studies and future plans. Because it is a complex disease that involves multiple facets, multiprofessional therapeutic intervention should be used in the affected women, with physical and mental health as the main focus.

Keywords: Endometriosis. Physical discomfort. Psychological. Psychic suffering

1 INTRODUÇÃO

Endometriose é a formação do tecido funcional, semelhante ao endométrio, que se localiza fora do útero, sendo mais comum expandir-se para o peritônio pélvico, ovários e septo retovaginal, e dificilmente é encontrado no pericárdio, pleura e sistema nervoso central (NÁCUL; SPRITZER, 2010).

Segundo os autores acima, o quadro clínico da mulher com endometriose é bastante variável, por isso pode ser tanto assintomática, apresentando infertilidade, quanto apresentar sintomas de cólicas severas, dor intensa durante a relação sexual, dor pélvica acentuada e ovulatória, sintomas urinários ou evacuatórios durante o ciclo menstrual e fadiga crônica.

No mundo, há cerca de 70 milhões de mulheres acometidas pela endometriose e é uma das principais causas de internação em países industrializados. Já no Brasil, houve 71.818 hospitalizações por endometriose no período de 2009 a 2013. A epidemiologia não é a única que ocasiona impacto, mas a especificidade da doença pode ser progressiva resultando em dor e, ainda, ser incapacitante, caso em que é necessária a cirurgia para retirada de órgãos, como: útero, tubas, ovários, intestino, entre outros (PODGAEC, 2014).

Segundo Oliveira, Brilhante e Lourinho (2018), no Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, estimava-se que de 7 a 10 milhões de mulheres tinham endometriose em 2006.

Para Podgaec (2014), a endometriose é uma doença crônica, inflamatória, dependente de estrogênio que decorre durante o período da reprodução feminina, qualificado pela presença de tecido endometrial, glândula e/ou estroma, fora da cavidade uterina.

Algumas mulheres acometidas pela endometriose são assintomáticas. No entanto, as que apresentam sintomas ocorrem em diferentes intensidades, entre os quais se destacam: dismenorreia, dor pélvica crônica, infertilidade, dispareunia de profundidade, sintomas intestinais e urinários cíclicos, como dor ou sangramento ao evacuar/urinar durante o período menstrual. A inespecificidade do quadro clínico e a dificuldade de acesso a métodos diagnósticos especializados influenciam na demora no diagnóstico da endometriose (PODGAEC, 2014).

Bento e Moreira (2018) expõem que algumas mulheres com endometriose sentem grande dor, que margeia o intolerável, e essa dor só é respeitada e entendida por quem as vivencia. As dores não as fazem se afastar apenas do trabalho, estudo, amigos, família e companheiros, mas também do gozo de viver, o que propicia até a ideação suicida. Essas mulheres que sentem vontade de desistir da vida em razão dos sintomas que a endometriose acarreta normalmente não confidenciam a ninguém esses desejos discretos, mas estes podem ter a força de levar à interrupção da vida.

Historicamente, a sociedade impôs às mulheres que sentir cólicas menstruais é uma situação normal e elas precisam ser fortes para senti-las, serem mais resistentes à dor do que os homens. Isso exige a superação de limites e, ainda que o corpo esteja padecendo de cuidados, elas questionam-se sobre esse sentimento e colocam as sensações à prova (BENTO e MOREIRA, 2018).

No estudo que Bento e Moreira (2018) realizaram, em análise comparativa, mulheres relataram que sentiram dor de fratura óssea, cálculo renal e até de parto e estas, no entanto, não foram tão intensas quanto às cólicas menstruais. Ressaltaram também que suas dores são subestimadas pelos seus companheiros e até familiares.

Oliveira, Brilhante e Lourinho (2018) relacionam a endometriose à depressão e à ansiedade, o que influencia na qualidade de vida das mulheres acometidas pela doença.

Compreende-se, por meio deste estudo, que há relação significativa entre a endometriose, a depressão e a ansiedade, já que níveis mais elevados destes estados são encontrados em mulheres com dor crônica que induz ao sofrimento psíquico. Tendo em vista o sofrimento físico, mental, relacional e funcional vivenciados na doença, a pergunta norteadora dessa pesquisa é: quais os aspectos psicológicos apresentados pelas mulheres acometidas pela endometriose?

Nesse sentido, esta pesquisa tem como finalidade elucidar os aspectos psicológicos causados às mulheres pela endometriose.

2 METODOLOGIA

O artigo descrito teve como base pesquisa qualitativa, que se desenvolveu por meio de revisão integrativa da literatura, com a utilização de consulta a livros e periódicos de referência para o tema. Utilizaram-se as bases de dados Google Acadêmico, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Eletronic Library Online), acessados por meio da BVS (Biblioteca Virtual de Saúde).

Os descritores da pesquisa foram: Aspectos psicológicos endometriose, Psicologia e endometriose, Endometriose. Os critérios de inclusão adotados incluíram pesquisas de 2010 a 2020, textos completos selecionados por título e artigos em idioma nacional. Logo, foram excluídos textos em idioma estrangeiro, repetições entre as bases de dados e trabalhos não relevantes sobre o tema.

Após levantamento de dados, as seleções seguiram as etapas de leitura, fichamento e interpretação das referências para dar início à escrita do artigo de conclusão de curso.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio das pesquisas, foi possível encontrar com o descritor “Aspectos psicológicos e endometriose”, na base de dados Scielo, um artigo; na Lilacs, 11 artigos; e no Google Acadêmico, 1.050 artigos. Com o descritor “Psicologia e endometriose”, obtiveram-se, na base de dados Scielo e na Lilacs, cinco artigos; e no Google Acadêmico, 1.250. Já com o descritor “Endometriose”, na base de dados Scielo, foram encontrados 219 artigos; na Lilacs, 415; e no Google Acadêmico, 7.030.

A partir da pesquisa, foi efetuada uma análise aprofundada dos artigos por meio de critérios de inclusão e exclusão para melhor ajustamento do assunto, sendo assim, selecionados 13 artigos para a execução deste trabalho de conclusão de curso. O quadro 1 resume os artigos encontrados e selecionados em cada base de dados.

Tabela 1. Total de artigos selecionados de acordo com a base de dados e descritores

BASE DE DADOS	DESCRIPTORES	Nº DE ARTIGOS		
		Nº DE ARTIGOS	SELECIONADOS PARA ESTUDO E AVALIAÇÕES	Nº DE ARTIGOS USADOS
GOOGLE ACADÊMICO	Aspectos psicológicos	1.050	5	1
	endometriose			
	Psicologia e	1.250	9	2
	endometriose			
	Endometriose	7.030	10	1
LILACS	Aspectos psicológicos	11	7	0
	endometriose			
	Psicologia e	5	5	0
	endometriose			
	Endometriose	415	15	3
SCIELO	Aspectos psicológicos	1	1	0
	endometriose			
	Psicologia e	5	6	4
	endometriose			
	Endometriose	219	12	2
TOTAL		9.986	70	13

Fonte: da própria autora

Logo após a essa seleção, foram analisados: autor, título, ano de publicação e periódico de publicação, conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1. Apresentação dos artigos selecionados quanto aos autores, título, ano de publicação e periódicos.

NÚMERO DE ARTIGOS	AUTOR (RES)	TÍTULO	ANO DE PUBLICAÇÃO	PERIÓDICOS
-------------------	-------------	--------	-------------------	------------

1	NÁCUL, A. P; SPRITZER, P. M	Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose	2010	Rev. Bras Ginecol Obstet
2	VILA, A. C. D.; VANDENBERGHE, L.; SILVEIRA, N. A.	A vivência de infertilidade e endometriose: pontos de atenção para profissionais de saúde.	2010	Psic., Saúde & Doenças
3	SÃO BENTO, P. A.; MOREIRA M. C	Não há silêncio que não termine: estudo informativo sobre endometriose e seus sinais/sintomas	2014	Rev enferm
4	SILVA, M. P. C, MARQUI, A. B. T.	Qualidade de vida e endometriose: um estudo de revisão	2014	Rev Bras Promoç Saúde
5	BARBOSA, D. A. S.; OLIVEIRA, A. M	Endometriose e seu impacto na fertilidade feminina	2015	Rev. Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde
6	DONATTI, L.	Endometriose, um estudo correlacional: estratégias de enfrentamento (coping), depressão, stress e dor	2015	Tese de Mestrado. PUC SP
7	SILVA, M. P. C; MEDEIROS, B. Q; MARQUI, A. B.	Depressão e ansiedade em mulheres com endometriose: uma revisão crítica de literatura	2016	Interação psicol
8	QUINTERO, M. F.; VINACCIA, S.; QUICENO, J. M	Endometriose: aspectos psicológicos	2017	Rev. chil. obstet. ginecol.
9	SÃO BENTO, P. A.; MOREIRA M. C	A experiência de adoecimento de mulheres com endometriose: narrativas sobre violência institucional	2017	Ciênc. saúde coletiva
10	BENTO, P. A. S. S; MOREIRA, M. C. N.	Quando os olhos não veem o que as mulheres sentem: a dor nas narrativas de mulheres com endometriose.	2018	Physis: Revista de Saúde Coletiva
11	OLIVEIRA, L. A. F; BRILHANTE, A. V.	Relação entre ocorrência de	2018	Rev. Bras. Promoç. Saúde

	M; LOURINHO, L. A.	endometriose e sofrimento psíquico		
12	BONFIM, M. S	Vivências socioafetivas de pacientes com endometriose: uma compreensão psicanalítica clássica	2019	Tese de Mestrado UFAmazonas
13	GONZALES, G.; INOCENTE, G.; SOARES, M.	Intervenção em grupo para mulheres com endometriose	2019	Psic., Saúde & Doenças

Fonte: Da própria autora

São Bento e Moreira (2014) apontam que o atraso de diagnóstico está associado à negligência de sintomas como cólicas menstruais, regras intensas e dores durante ou após a relação sexual. Sintomas que não se reconhecem como algo incomum, mas normalizados ao encargo da essência de ser mulher.

Apesar da endometriose não ser considerada como doença maligna, é de difícil diagnóstico e sem cura, por isso ocasiona danos à vida da mulher e aos familiares com os quais convive. Dependendo do estágio e da forma como a patologia se apresenta, pode tornar a acometida desanimada, abatida em decorrência de dores físicas e emocionais que a impedem de realizar atividades diárias. (BARBOSA E OLIVERIA, 2015)

Oliveira; Brilhante e Lourinho (2018) reforçam esse pensamento afirmando que o descobrimento da doença é um evento importante e marcante na vida de uma mulher, entretanto, há necessidade de diagnóstico preciso para iniciar as intervenções de estratégias de enfrentamento para o sofrimento psíquico enquanto o tratamento físico não se inicia.

Sobre esse tema, Vila; Vandenberghe; Silveira (2010) alegam que:

[...] o impacto do diagnóstico pode evocar o estigma cultural da infertilidade e a atribuição irracional de culpa à paciente por não ter prevenido a doença. As tendências contemporâneas na teoria psicanalítica e as críticas sociais revistas na discussão podem subsidiar um acompanhamento psicológico mais adequado da mulher infértil. De qualquer forma, o profissional de saúde deve estar preparado para o impacto emocional do diagnóstico na paciente e levá-lo em conta no acompanhamento (VILA; VANDENBERGHE; SILVEIRA, p. 225, 2010).

Ainda, segundo os autores, a falta de atividade física, a exposição a produtos tóxicos, carência de vitaminas e falta de fibras na dieta são hábitos de vida das mulheres que podem agravar o diagnóstico da patologia.

Assim como Barbosa e Oliveira (2015) citaram acima, Bonfim (2019) reafirma que a mulher, quando recebe o diagnóstico de endometriose, sente estranhamento e certa desorganização psíquica, o que é explicado pela necessidade de se privar de sonhos e desejos, entre os quais se destaca a maternidade.

Quintero, Vinaccia e Quinceno (2017) asseguram haver associação entre infertilidade e os níveis de cortisol, que são menores em mulheres com a patologia, além de apresentarem a dor incapacitante como antecipador da desregulação do eixo. No entanto, a terapia hormonal indicada não interfere no cortisol, e seus níveis são consequência de processos fisiológicos, não de eventos estressantes como é conhecido. Nesse sentido, Bonfim (2019) compreende que o sofrimento e o desespero despertados pelas alterações das formas que a endometriose possui e a incapacidade de gerar filhos precisam ser ressignificados.

Verifica-se que a baixa autoestima, imagem corporal alterada e comportamentos agressivos induzem ao isolamento social, pois as acometidas não entendem sua dor e isso gera a elas frustração. Os tratamentos hormonais orais têm a extinção do agonista do hormônio liberador de gonadotrofinas, que provocam distúrbios psiquiátricos (QUINTERO; VINACCIA; QUINCENO, 2017).

Oliveira, Brilhante e Lourinho (2018) reiteram que o estado emocional da mulher pode intensificar ou enfraquecer a doença, não afetando só fisicamente, mas no convívio familiar e social, a vida sexual e a relação conjugal em decorrência do comprometimento com a doença.

Donatti (2014), Oliveira, Brilhante e Lourinho (2018) corroboram o pensamento de que a endometriose é uma doença psicossomática, visto que os sintomas abalam o físico e o emocional de forma concomitante.

Para as autoras Quintero; Vinaccia e Quinceno (2017), a endometriose está relacionada a distúrbios emocionais, à somatização e aos sentimentos de incerteza que influenciam na falta de percepção de controle e, conseqüentemente, abalam a saúde mental. Assim, verifica-se que ansiedade e a depressão são os distúrbios mais comuns na endometriose e tendem a ocorrer em conjunto, porém foram encontrados altos níveis de ansiedade nas acometidas.

Segundo Oliveira; Brilhante; Lourinho (2018), na endometriose, os

[...] quadros frequentes de dor, da infertilidade e do diagnóstico tardio são razões que contribuem para que as pacientes elevem os níveis de ansiedade e depressão. Apesar de a ansiedade e a depressão serem transtornos clinicamente diferentes, é comum as pessoas apresentarem ambos concomitantemente. (OLIVEIRA; BRILHANTE; LOURINHO, p. 5, 2018).

Em relação a isso, Silva; Medeiros e Marqui (2016) confirmam que as acometidas pela endometriose possuem níveis altos de depressão e ansiedade, o que evidencia a necessidade de tratamento psicológico, ou seja, apenas tratamento médico e/ou cirúrgico não é suficiente para suprir as necessidades de saúde dessas mulheres.

Donatti (2014), afirma que quanto maior a intensidade de dor durante a menstruação e dor crônica, maior será a depressão e, quanto mais grave o stress apresentado, maior a percepção de dor crônica. Ainda segundo a autora, quando há dor severa há predomínio do stress psicológico, porém, a dor ocorre mesmo em mulheres que não têm stress.

Verifica-se, contudo, que o sofrimento físico causado pelos sintomas provoca impacto negativo na vida pessoal da mulher, visto que prejudica as relações afetiva e familiar e o desempenho profissional, o que restringe e modifica o convívio diário, além de diminuir a qualidade de vida, o que resulta em problemas com a autoestima (OLIVEIRA; BRILHANTE; LOURINHO, 2018).

Bento e Moreira (2018) confirmam as autoras acima relatando em seus estudos que as dores apresentadas pelas acometidas são banalizadas pelos companheiros que, no começo, compreendem as dores e o sofrimento, mas, depois de certo tempo, afastam-se, perdem a paciência e abusam em seus julgamentos.

Segundo Silva, Medeiros e Marqui (2016), a dor e a infertilidade trazem considerável perturbação na vida conjugal, social, profissional e na capacidade reprodutiva de mulheres com endometriose. Sendo assim, essa situação crônica afeta a vida das mulheres no que se refere à vida profissional, relações interpessoais em geral e planos futuros de concepção.

Assim, as acometidas pela endometriose dispõem de redução na qualidade de vida induzida por aspectos físicos e psicológicos (OLIVEIRA; BRILHANTE; LOURINHO, 2018).

Comprovando esse pensamento, os autores Quintero, Vicaccia e Quinceno (2017) afirmam que alguns fatores podem tanto aumentar como diminuir a percepção

de qualidade de vida. A melhor qualidade de vida está relacionada à renda, escolaridade, em seu estudo/trabalho e ter parceiro. Já a qualidade de vida inferior está diretamente ligada à frequência e intensidade de dor, disfunção sexual, comorbidades, muitas consultas ou cirurgias realizadas e dispareunia, assim como a catastrofização, depressão e ansiedade.

Silva e Marqui (2014) também se referem à endometriose como condição ginecológica complexa que causa diminuição na qualidade de vida que implica significativas perturbações na vida profissional, social e conjugal por consistir em doença crônica.

Oliveira, Brilhante e Lourinho (2018) sustentam que o Ministério da Saúde do Brasil criou o Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas para o Tratamento da Endometriose, pela Portaria SCTIE/MS n. 69, de 06 de novembro de 2006, no qual enfatiza que o tratamento medicamentoso ou cirúrgico visa à diminuição da dor e à eliminação dos focos endometrióticos, promovendo apenas tratamento dos sintomas físicos. Todavia, as mulheres necessitam de suporte psicológico para a terapêutica da ansiedade e da depressão apresentadas a fim de obter melhoria da qualidade de vida.

Ainda, segundo as autoras, a doença possui aspectos físicos, psicológicos e sociais e, caso haja tratamento físico e psicológico, os benefícios podem surgir e uma intervenção terapêutica de grande excelência pode ser construída.

Nesse sentido, Silva; Medeiros e Marqui (2016) corroboram o pensamento acima afirmando que a atenção às pacientes não deve se focar apenas na doença, mas na mulher como um todo, num atendimento holístico, uma vez que é afetada por dificuldades emocionais, sexuais e sociais causadas pela endometriose. Com isso, o componente essencial para o tratamento dessa condição ginecológica é o acompanhamento psicológico.

O controle dos sintomas é uma proposta para tratamento e não a cura, pois a EDM (endometriose) é recorrente e progressiva em 30% a 60% dos casos (SÃO BENTO; MOREIRA, 2014).

Por afetar a mulher em muitos aspectos da vida, outras ações são importantes para minimizarem o sofrimento daquelas que vivenciam o problema. Ações como o aconselhamento, a psicoeducação e o apoio são estratégias de cuidado relevantes, no entanto, em razão da falta de conhecimento dessas ações, essas mulheres buscam grupos e recursos da internet para serem acolhidas e entenderem melhor o problema.

Em relação a isso, Donatti (2014) enfatiza que a endometriose é uma doença de múltiplas facetas, que afeta a vida das pacientes em diversos níveis e, por isso, precisa ser cuidada nessa mesma dimensão, devendo ser assistidas em igual proporção, física e psiquicamente, para que o tratamento atinja níveis mais satisfatórios e a paciente possa alcançar o bem-estar.

Para autora, as mulheres com endometriose que têm estratégias positivas de enfrentamento possuem maior adaptação ao stress e melhor quadro em relação à depressão, os quais, em níveis mais severos, causam maior vulnerabilidade emocional (DONATTI, 2014).

Contudo, a abordagem terapêutica da endometriose varia, dependendo da queixa da paciente, se possui dor pélvica ou infertilidade, embora, muitas vezes, essas queixas estejam associadas. Os tratamentos mais difundidos atualmente são a cirurgia, a terapia de supressão ovariana ou a associação de ambas (NÁCUL; SPRITZER, 2010).

A esse pensamento Gonzales, Inocente e Soares (2019) acrescentam que é de grande importância que mulheres com endometriose tenham intervenção multiprofissional em grupo de psicoterapia, pois essa ação dispõe de grande potencial para aliviar sintomas de dor, depressão e ansiedade, além de aumentar o comportamento adaptativo.

Desse modo, a dor crônica vivida pelas mulheres afetadas pela endometriose, segundo São Bento e Moreira (2017), ressalta a impotência da medicina na compreensão e tratamento da patologia que nem sempre é detectada pelos exames e não há outro testemunho de sua existência além da palavra de quem sofre sua dor, pois não sente apenas a lesão, mas o ser humano no singular.

4 CONCLUSÃO

A endometriose é o desenvolvimento do endométrio fora da cavidade uterina e pode se apoderar de outros órgãos, causando à mulher dor e sofrimento que são negligenciados e até subestimados pelos médicos, o que pode vir a ocasionar o diagnóstico tardio. Quando consegue o diagnóstico, a mulher sofre com a desorganização psíquica decorrente da privação dos sonhos que a doença poderá lhe trazer e há necessidade de iniciar as intervenções de caráter psicológico e físico. Junto

com o diagnóstico surge o estigma cultural da infertilidade, advinda do nível em que a doença se encontra.

Vista como uma doença psicossomática por afetar tanto o físico como o emocional, a endometriose influencia na saúde mental da mulher, uma vez que as dores, o diagnóstico tardio e a infertilidade são acompanhados da ansiedade e/ou depressão. Quanto maior a dor crônica, maior a depressão causada; quanto mais grave o estresse, maior a percepção de dor.

Portanto, o sofrimento decorrente dos aspectos psicológicos encontrados nas mulheres com endometriose influencia no convívio familiar, social, na vida sexual, conjugal, no rendimento e desempenho de atividades cotidianas. Elas relatam baixa autoestima, imagem corporal alterada, comportamentos agressivos, isolamento social, sentimentos de incerteza, falta de percepção de controle, diminuição na sua qualidade de vida, ansiedade e depressão. Podem ocasionar, em alguns casos, perdas de emprego, companheiro, estudos e planos futuros.

Apesar de ser considerada uma doença sem cura, possui como tratamento físico o uso de hormônios e a eliminação dos focos endometrióticos por meio de cirurgia; e como tratamento psicológico, a intervenção pode ocorrer em forma de aconselhamento, psicoeducação, apoio e terapia individual ou grupal. Por ser uma doença de múltiplas facetas, deve ter manejo multiprofissional, necessitando de terapêutica física e psíquica, visando ao bem-estar e equilíbrio emocional da mulher.

No decorrer dessa pesquisa, observou-se que são poucos os artigos científicos que abrangem a temática dos aspectos psicológicos associados à endometriose, e para os interessados em obter olhar mais aprofundado sobre essa área, recomenda-se a busca por novas pesquisas que lhes traga a possibilidade de visão mais abrangente sobre o assunto tratado.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, D. A. S.; OLIVEIRA, A. M. Endometriose e seu impacto na fertilidade feminina. **Rev. Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde**, Goiás, v.1, n. 01: jul-dez, 2015. Disponível em: <<https://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaICS/article/view/116/95>>. Acesso em: 13 jun. 2020.

BENTO, P. A. S. S.; MOREIRA, M. C. N. Quando os olhos não veem o que as mulheres sentem: a dor nas narrativas de mulheres com endometriose. **Physis**, Rio de Janeiro v. 28, n.3, e280309, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000300604&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 set. 2020.

BONFIM, M. S. **Vivências sócio afetivas de pacientes com endometriose**: uma compreensão psicanalítica clássica, Tese de mestrado da UFA, Manaus, 2019. Disponível em: <<https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/7401?mode=full>>. Acesso em: 13 jun. 2020

DONATTI, L. Endometriose, um estudo correlacional: estratégias de enfrentamento (coping), depressão, stress e dor. Tese de mestrado PUC, São Paulo, 2015. Disponível em: <<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/15390>>. Acesso em: 13 jun. 2020.

GONZALES, G.; INOCENTE, G.; SOARES, M. Intervenção em grupo para mulheres com endometriose. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 20, n. 2, p. 512-524, ago. 2019. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862019000200019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 jun. 2020.

NÁCUL, A. P.; SPRITZER, P. M. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. **Rev. Bras Ginecol Obstet.**, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n6/v32n6a08.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

OLIVEIRA, L. A. F.; BRILHANTE, A. V. M.; LOURINHO, L. A., Relação entre ocorrência de endometriose e sofrimento psíquico. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, out/dez, 2018. Disponível em <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8755/pdf>> Acesso em 11 jan. 2020.

PODGAEC, S. **Manual de endometriose**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014. Disponível em: <<http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/13162/material/Manual%20Endometriose%202015.pdf>> Acesso em: 11 jan. 2020

QUINTERO, M. F.; VINACCIA, S.; QUICENO, J. M. Endometriose: aspectos psicológicos. **Rev. chil. obstet. ginecol.** Santiago, v. 82, n. 4, p. 447-452, outubro 2017. Disponível em <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000400447&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 11 de junho 2020.

SAO BENTO, P. A. de S.; MOREIRA, M. C. N. A experiência de adoecimento de mulheres com endometriose: narrativas sobre violência institucional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 3023-3032, set. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002903023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Jun 2020.

SÃO BENTO, P. A.; MOREIRA M. C. Não há silêncio que não termine: estudo informativo sobre endometriose e seus sinais/sintomas. **Rev enferm UFPE**. Recife,

fev., 2014. Disponível em: <
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9694/9752>>.
Acesso em: 15 jan. 2020.

SILVA, M. P. C, MARQUI, A. B. T. Qualidade de vida e endometriose: um estudo de revisão. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 27(3): 413-421, jul./set., 2014. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2932/pdf>> Acesso em: 11 jan. 2020.

SILVA, M. P. C; MEDEIROS, B. Q; MARQUI, A. B. T. Depressão e ansiedade em mulheres com endometriose: uma revisão crítica de literatura. **Interação psicol.**, Curitiba, v. 20, n 2, mai/ago, 2016. Disponível em: <<https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/viewFile/34308/30007>> Acesso em: 11 jan. 2020.

VILA, A. C. D.; VANDENBERGHE, L.; SILVEIRA, N. de A. A vivência de infertilidade e endometriose: pontos de atenção para profissionais de saúde. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 11, n. 2, p. 219-228, 2010. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862010000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 jun. 2020.

Capítulo 4

AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA NA PERSPECTIVA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: UM MODELO COLABORATIVO DE ATENDIMENTO CLÍNICO

Ionara Dantas Estevam

Rogério Gomes Teixeira

Sandra Maria de Vasconcelos Uchoa



AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA NA PERSPECTIVA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: UM MODELO COLABORATIVO DE ATENDIMENTO CLÍNICO

Ionara Dantas Estevam

Universidade Potiguar/Ecossistema Ânima

LABAVAPSI- Laboratório de Avaliação Psicológica

Rogério Gomes Teixeira

Psicólogo Clínico, Natal/RN

Sandra Maria de Vasconcelos Uchoa

Psicóloga Clínica

Clínica La Vie, Natal/RN

RESUMO: Este capítulo tem como refletir a respeito da aplicabilidade das técnicas e métodos da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) no processo de Avaliação Terapêutica (AT), tem como base de compreensão, o método misto de Avaliação Psicológica. Com isso, o estudo centra-se tanto na experiência clínica dos autores associados e à associação com seus princípios teóricos, técnicos e éticos das respectivas estratégias do binômio avaliação psicológica e abordagem de tratamento psicoterápico. Em termos normativos, no qual este capítulo pretendeu refletir, também se orienta na Resolução nº 009/2018, publicada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2018), na sua definição sobre Avaliação Psicológica, expressa no artigo 1º como um “processo estruturado de investigação de fenômenos psicológicos, composto de métodos, técnicas e instrumentos, com o objetivo de prover informações à tomada de decisão, no âmbito individual, grupal ou institucional, com base em demandas, condições e finalidades específicas”; e no artigo 2º, que destaca a possibilidade de avançar/inovar as fontes de informação capaz de ser utilizada na Avaliação Psicológica, buscando prover a tomada de decisão dos seus resultados, com sua devida fundamentação técnica e científica. De forma geral, considera-se que este capítulo seja relevante para prática clínica integrando Avaliação Psicológica, Avaliação Terapêutica e Terapia Cognitivo-Comportamental, buscando brevidade do processo avaliativo e terapêutico associada à atuação nas políticas públicas de saúde mental e os serviços-escolas de psicologia.

Palavras-chave: Avaliação Psicológica; Terapia cognitivo-comportamental; Model clínico.

Introdução

A avaliação psicológica (AP) enquanto processo clínico, na última década, tem alcançado a sua meta de avançar na sua aplicabilidade nos aspectos éticos de benefícios, equidade, justiça e metodológicos com o aumento de pesquisas, criação de testes psicológicos e processos objetivando uma prestação de serviço de qualidade para a sociedade brasileira.

A Resolução nº 009/2018, publicada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2018), configura-se como um desses avanços conceituais e metodológicos, ao definir Avaliação Psicológica, no seu artigo 1º como um “processo estruturado de investigação de fenômenos psicológicos, composto de métodos, técnicas e instrumentos, com o objetivo de prover informações à tomada de decisão, no âmbito individual, grupal ou institucional, com base em demandas, condições e finalidades específicas”.

No seu artigo 2º, a Resolução 09/2018, avança/ inova também, ao referenciar as fontes de informação que podem ser utilizadas na AP, sendo estas Fontes Fundamentais, que devem obrigatoriamente ser a base do Psicólogo para prover a tomada de decisão dos seus resultados, e Fontes Complementares, que podem ser técnicas, instrumentos não psicológicos, documentos técnicos “desde que devidamente fundamentados na literatura científica psicológica e nas normativas vigentes do Conselho Federal de Psicologia (CFP)”.

A discussão dos avanços dessa Resolução não se esgota por aqui, mas para efeito deste estudo, ressaltamos que esses dois artigos da Resolução destacados acima constituem na premissa que motivou a prática psicológica que aqui será apresentada, assim como a escrita deste artigo e proporcionam um leque para que o Psicólogo trace seus processos de AP com um arsenal de instrumentalização maior, respaldado no seu conhecimento teórico.

O objetivo deste artigo é apresentar e discutir a aplicabilidade das técnicas e métodos da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) no processo de Avaliação Terapêutica (AT), utilizando-se de método misto de AP. Essa tríade se fez pertinente por ser fundamentada na experiência clínica dos autores, por conseguinte nos parâmetros teóricos, técnicos e éticos das respectivas estratégias da avaliação psicológica e da abordagem de tratamento psicoterápico (TCC).

Avaliação Terapêutica

Avaliação Terapêutica (AT) é, substancialmente, uma abordagem de avaliação colaborativa semiestruturada e um modo de intervenção terapêutica breve fundamentada na avaliação psicológica. Criada por Stephen Finn, a AT é guiada em seis passos, que configuram os procedimentos a serem seguidos de modo colaborativo, tais como: 1) sessões iniciais, 2) sessões de testes padronizados, 3) sessões de intervenção, 4) sessões de resumo e discussão, 5) entrega da devolutiva por escrito e 6) sessões de acompanhamento (Finn, 2017). Uma característica peculiar da AT é que os objetivos norteadores da avaliação são formulados em colaboração com o cliente com questões a serem respondidas no processo da avaliação.

Poston e Hanson (2010) realizaram uma meta-análise de 17 estudos publicados e demonstraram empiricamente a eficácia da avaliação psicológica como uma intervenção terapêutica. Além da meta-análise, diversas pesquisas internacionais foram realizadas na mesma temática, com foco na eficácia e nos benefícios para os clientes. De modo geral, observou-se que os clientes que foram submetidos a AT apresentaram redução dos sintomas, aderência ao processo e uma melhor aliança terapêutica. (Finn, Fisher e Handler, 2012).

A AT surgiu como uma intervenção inovadora e promissora, combinando os benefícios conceituais da avaliação psicológica, com técnicas psicoterapêuticas baseadas em evidências. Nesse sentido, a TCC, com sua forte evidência empírica, tem muito a contribuir na oferta de técnicas e manejo terapêutico, com o processo semiestruturado por Stephen Finn.

Por que utilizar a TCC?

A TCC apresenta diversas publicações científicas e práticas consistentes, evidenciando ser eficaz como intervenção para os problemas de saúde mental. É uma abordagem estruturada, de curta duração, com foco no presente, direcionada para a solução de problemas atuais e a modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais. (J. Beck, 2021). Ademais, a TCC compartilha a premissa básica de que os transtornos mentais e o sofrimento psicológico são mantidos por fatores cognitivos.

Hofmann et.al (2012), realizaram uma revisão das meta-análises que sustentam a eficácia da TCC, identificaram 269 estudos meta-analíticos e revisaram 106 meta-análises, constatando que a TCC possui uma base de evidências muito forte.

Considerando os modelos de *práxis* baseada em evidências, o uso dos princípios cognitivos-comportamentais na AT representa um grande potencial, conciliando a estruturação do processo avaliativo terapêutico com as técnicas e métodos da TCC, em especial no terceiro passo, as sessões de intervenção.

A interface da AT e TCC

A TCC tem como perspectiva a participação ativa e colaborativa do cliente. O terapeuta e o cliente decidem, em conjunto, a agenda terapêutica, a ordem das demandas para o foco terapêutico, o planejamento e a prescrição de atividades. Este estilo de atuação da TCC é semelhante na AT, que propõe um modo colaborativo e ativo do cliente em várias fases do processo de avaliação.

Na AT, o motivo da avaliação é um ponto relevante que necessita ser discutida com o cliente e, de maneira interativa, a elaboração das metas ou objetivos do processo avaliativo. Com este mesmo raciocínio, na visão geral do tratamento, a TCC foca nos objetivos específicos.

As sessões da TCC são estruturadas, independente do diagnóstico ou estágio do tratamento, que contempla uma parte introdutória, intermediária e final. O trabalho do terapeuta é conduzir a terapia com a maior eficiência possível para ajudar os clientes a se sentirem melhor o mais rápido possível. Aderir a um formato-padrão facilita esses objetivos. (J. Beck, 2021). Na AT a estruturação das sessões segue os 6 passos e todos os encontros seguem um planejamento prévio. Apesar da organização na estrutura da sessão, a TCC e a AT são flexíveis e individualizadas. Além disso, a AT e TCC apresentam também em comum, o foco no comportamento-alvo, orientada para objetivos e na resolução de problemas.

Usando técnicas da TCC no processo de AT

A TCC oferece ao clínico uma ampla gama de técnicas cognitivas e comportamentais, utilizadas com foco no problema, na estrutura da intervenção e em

resultados a curto prazo (Leahy, 2019; Wright, 2019). Na estruturação das sessões da AT, existe uma diversidade de métodos e técnicas da TCC que podem ser aplicáveis, desde que estejam em consonância com os objetivos avaliativos propostos. Além disso, o uso de baralhos da TCC pode ser um recurso facilitador.

Neste estudo, lançou-se mão dos seguintes recursos da TCC:

- **Psicoeducação:** a proposta é ensinar ao cliente estratégias de aprendizagem sobre temas que são relevantes para ele no processo terapêutico. A TCC é essencialmente educativa para tornar o processo compreensível. (J. Beck, 2021).
- **Descoberta Guiada:** é o uso de questionamentos que faça o próprio cliente a responderem às suas crenças disfuncionais. O terapeuta estimula o cliente, com o recurso do questionamento socrático, para que ele verifique a validade e a evidência da crença.
- **Seta ou Flecha Descendente:** o terapeuta direciona o cliente para a identificação das crenças.
- **Registro de Pensamentos Disfuncionais:** é uma atividade comum proposta na TCC, onde o cliente registra, no primeiro momento, em três colunas, a situação, pensamentos automáticos e emoções. Com o passar do tempo terapêutico, o terapeuta adiciona mais colunas, que comumente é a resposta adaptativa e resultados.
- **Plano de Ação:** é um exercício para que o cliente tenha adesão ao que está sendo discutido e proposto para execução durante a semana com foco na tomada de decisão.
- **Teste Empírico de Evidências:** recurso utilizado para que o cliente identifique o que há de favorável ou contrário à sua crença. Este recurso é poderoso na modificação de crenças.
- **Balança Decisional:** técnica que auxilia o cliente em situações ambivalentes.
- **Resolução de Problemas:** este recurso envolve a especificação do problema, projeção de soluções possíveis, a seleção de uma solução, a implementação e avaliação de sua efetividade.
- **Treino Assertivo:** pode ser utilizado para demonstrar um ponto de vista alternativo para o cliente, para elucidar os fatores que interferem na expressão

emocional apropriada e, anda, para extrair uma resposta do cliente. (Tomas, 2014).

Exemplo Clínico

Abaixo segue um exemplo clínico de um processo avaliativo terapêutico, conciliando a estruturação da AT, proposto por Stephen Finn, com a aplicação de técnicas e métodos da TCC.

Fernanda (nome fictício), 18 anos, sexo feminino, solteira, brasileira, ensino médio completo e estudante. Agendou atendimento para uma avaliação psicológica com o objetivo de compreensão das questões emocionais. Fernanda relata que está sem perspectiva e tem a sensação que está sem rumo. Fica muito ansiosa e preocupada com as cobranças familiares sobre o seu futuro profissional. A psicoterapeuta encaminhou Fernanda para uma avaliação, com intuito de aprimorar as estratégias clínicas. Foi discutido com Fernanda, no primeiro encontro, que estaríamos realizando uma avaliação não tradicional, com foco colaborativo e com metas específicas. Todo o processo terá mensuração de resultados e monitoramento do progresso.

Nas sessões iniciais foi esclarecido e discutido os objetivos da cliente, assim como todo o levantamento básico de dados conforme um psicodiagnóstico tradicional. O avaliador utilizou como roteiro, com foco na compreensão da problemática apresentada, as perguntas úteis sugeridas por Wright (2019) para o início do processo, que podem ser ampliadas e adaptadas, considerando a perspectiva do cliente. Neste contexto, destaca-se alguns dos questionamentos que o autor supracitado apresenta: *Quais pensamentos, comportamentos ou fatos fazem esse problema piorar ou melhorar? Qual o ponto central que está influenciando as mudanças na intensidade dos sintomas? O que precisaria mudar para que os pensamentos, comportamentos e sentimentos causassem menos problema? O que faz disso um problema para o cliente?*

Após a compreensão preliminar do caso e estabelecido os objetivos da avaliação, iniciou-se uma psicoeducação sobre o modelo cognitivo de Beck, que permeará etapas seguintes. Com as sessões iniciais resolvidas, avançamos para a sessão dos testes padronizados. Nesta etapa foram selecionados instrumentos psicológicos que se alinham com os objetivos da cliente e estão favoráveis no Sistema

de Avaliação de Testes Psicológicos (Satepsi), bem como escalas ou inventários de domínio público que são usados comumente em TCC como fontes complementares. Os recursos avaliativos e de monitoramento utilizados foram: Escala de Pensamentos Depressivos – EPD (Carneiro e Baptista, 2015), Inventário de Depressão de Beck - BDI-II (Werlang, Gorenstein, Argimon e Wang, 2010), Inventário de Percepção de Suporte Familiar – IPSF (Baptista, 2009), Escala de Percepção de Suporte Social - IPSUS-A (Cardoso e Baptista, 2013), Inventário Breve de Sintomas (BSI), Escala de Avaliação de Impulsividade – EsAvi (Ávila-Batista e Rueda, 2012), As Pirâmides Coloridas de Pfister (Villemor-Amaral, 2005), Inventário de Personalidade NEO Revisado - NEO PI-R (Nunes, Flores-Mendonza, Nascimento e Primi, 2008), Escala dos Pilares da Resiliência – EPR (Cardoso e Martins, 2013), Teste Não Verbal de Inteligência - G-38 (Boccalandro, 2018), Questionário de Esquemas de Young (YSG-S3) e Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD).

Após a experiência de cada instrumento, Fernanda era questionada se teria algum comentário a fazer, se emergiu alguma lembrança, pensamento ou emoção no decorrer da execução da atividade. No término da aplicação da EPD, observou-se que Fernanda ficou emocionada e neste momento foi usado o recurso da TCC, o questionamento socrático, com o objetivo de compreender, em termos cognitivos, aquele momento específico. Fernanda relatou que as indagações do instrumento a fez lembrar algumas questões da experiência de vida, do que ela vivenciou. No final desta sessão, Fernanda foi instruída e levou para casa, para preenchimento durante a semana, o Registro de Pensamento Disfuncional (RPD) e a Lista de Verificação de Distorções Cognitivas.

Na sequência, após superada a fase de testagem padronizada, iniciou-se o planejamento das sessões de intervenção de Fernanda. Para as sessões de intervenção foi seguido a estruturação proposta por Finn (2015), e com princípios cognitivos-comportamentais.

Quadro 1: Estrutura de questionamentos destinada a intervenção na TCC.

- 1. Planeje com antecedência:** como você pode obter o comportamento problemático *in vivo*? Escolha uma pergunta de avaliação que melhor explique por que você está conduzindo esta sessão.
- 2. Observe e nomeie o comportamento problemático:** Pergunte à cliente como ela pensa sobre isso / o descreve. Adote as palavras do cliente. Desenhe conexões de como o problema aparece fora da avaliação. Desenhe conexões para as questões de avaliação do cliente.

3. Explore o contexto que conduz ao comportamento problemático: Quando começou? A quais funções adaptativas o comportamento serve ou serviu no passado? Quais são os custos? Quais são os fatores necessários e suficientes para produzir o problema? O que o provoca? O que o reforça / mantém?

4. Imagine soluções para o comportamento do problema *in vivo*: Como o contexto pode ser alterado em uma sessão para bloquear soluções mal-adaptativas ou eliciar estratégias mais adaptativas? Primeiro pergunte à cliente quais pensamentos ela tem.

5. Teste as soluções propostas *in vivo*: Peça ao cliente para observar os resultados e, em seguida, adicione suas observações.

6. Continue revisando as soluções propostas até que o cliente sinta algum sucesso na implementação de comportamentos mais adaptativos.

7. Discuta como implementar soluções fora das sessões: Faça "experimentos mentais" sobre como diferentes contextos podem afetar o novo comportamento. Visualize outros refinamentos. Faça um plano para tentar a nova solução no contexto de vida. Peça ao cliente para relatar o que aconteceu.

Fonte: Finn (2015); elaboração dos autores (2022).

Nas sessões de intervenções de Fernanda, analisou-se os resultados da fase de testes padronizados, concomitantes com as observações registradas em sessões anteriores, e planejou-se mecanismos para evocar as experiências difíceis que ela precisaria focar, em seguida, ajudá-la a reestruturá-las cognitivamente. Foi debatido com Fernanda os achados na etapa anterior, como os pontos fortes e fracos. Em consonância com Fernanda, foi revisada a lista de metas, com foco na intervenção. Com os registros dos pensamentos (RPD) realizados por Fernanda, foi possível que identificássemos as distorções cognitivas em algumas situações e propuséssemos alternativas funcionais. Fernanda foi extremamente colaborativa e teve uma fácil adesão ao modelo cognitivo. Ela se surpreendeu ao constatar a percepção distorcida que tinha de si e do ambiente a sua volta, ou seja, ela conseguiu perceber, no próprio relato, a intensidade de suas disfunções de pensamento.

Além disso, Fernanda apresentou indícios de que não se sentia amada ou querida pelo seu núcleo familiar e pares de iguais. Com a técnica da seta ou flecha descendente aplicada, Fernanda constatou uma crença de desamor. Na percepção dela, ninguém a amava, não se sentia querida por ninguém.

Em outro momento, foi colocado como pauta a tendência de uma postura reservada e não impositiva de Fernanda quanto ao seu ponto de vista identificado no NEO-PI-R. Fernanda não se posicionava nos eventos considerados relevantes para ela, tendo uma postura passiva e, conseqüentemente, ficava mais preocupada e apreensiva com as rumações de pensamentos.

Em situações mais graves, Fernanda ficava desaminada e triste com a sua falta de habilidade em se posicionar, confirmando a alta probabilidade para sentir desesperança, desânimo e tristeza, dados coletados no NEO-PI-R. Nesta ocasião, iniciou-se um treino assertivo das situações apresentadas por ela, assim como a busca de evidências dos pensamentos automáticos negativos.

No final das sessões de intervenção, verificou-se que a combinação dos resultados dos testes padronizados, com os registros observados, somados a possibilidade de intervenção focada em questões essenciais e específicas foram benéficas para Fernanda.

Na etapa seguinte, nas sessões de resumo e discussão, Fernanda recebeu o resultado na mesma ordenação de níveis postulada por Finn (2017). No primeiro momento, chamado de nível 1, foi apresentado somente os achados que confirmaram o que Fernanda pensa sobre ela. Por exemplo, ela já sabia que tinha uma necessidade de ser amada, de atenção, de carinho.

No momento seguinte, nível 2, Fernanda tomou conhecimento dos achados que ampliavam o modo incongruente como ela se percebia. Ao mesmo tempo que tinha a necessidade de ser amada, não acreditava no amor de ninguém. E no terceiro momento, nível 3, Fernanda teve a devolutiva dos achados novos para ela, os quais apontavam o modo como ela reagia a qualquer tentativa de mudança. Por exemplo, ao contrário do que Fernanda acreditava, ela era muito querida e amada, mas idealizava um modo de amar que ninguém atenderia. Não foi fácil para Fernanda, mas ela reconheceu as evidências e iniciou-se uma flexibilização para esta questão. Além disso, as questões consideradas relevantes foram estruturadas em um Plano de Ação para *follow-up*.

Por fim, Fernanda recebeu o documento formal por escrito do processo avaliativo e uma Carta, de estrutura livre, que sintetizava toda experiência do processo. Seguindo o protocolo proposto por Finn (2017), a carta carrega um valor terapêutico, que retrata o método do trabalho colaborativo realizado.

Considerações Finais

O objetivo deste artigo foi apresentar um exemplo clínico de uma prática que suscitasse a discussão da viabilidade na aplicação das técnicas e métodos da TCC no contexto avaliativo terapêutico visando incorporar produções com princípios

empíricos e ampliar o leque de possibilidades técnicas para os psicólogos e psicólogas.

A Avaliação Terapêutica, como proposta de intervenção breve, apresenta uma visão relacional da Avaliação Psicológica, uma postura avaliativa de compaixão, um tratamento especial com a testagem, a busca contínua de ajuda ao paciente e a flexibilidade no processo sem perder a estruturação do método.

A Terapia Cognitivo-Comportamental com seu arsenal empiricamente sustentado pode proporcionar mais ferramentas em todas as etapas de AT. Adicionalmente, em algumas situações com o paciente pode se fazer necessário técnicas de Entrevista Motivacional, para que se mantenha o foco nas metas estabelecidas no início do processo.

Consideramos relevante nessa prática integrada da tríade AP, AT e TCC, a possibilidade de uma brevidade do processo avaliativo e terapêutico, que ao pensar nas perspectivas de atuação nas políticas públicas de saúde mental, viabilizaria um número maior de usuários assistidos, tanto nas redes de atenção a saúde, quanto nos serviços-escolas de psicologia.

No Brasil ainda existem poucas publicações sobre a temática, mas acreditamos que essa junção sintetiza o tratamento, à luz das melhores práticas, com relevância nas questões idiossincráticas do paciente. Cabe ainda considerar que, em casos específicos, o próprio processo de AT já será suficiente para a melhora do cliente, em outros, se fará necessário à recomendação de um tratamento mais duradouro.

Referências bibliográficas

Beck, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 3ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2021.

Butler, A. C., Chapman, A. J., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. **Clinical Psychology Review**.

De Saeger, H., Bartak, A., Eder, E. E., & Kamphuis, J. H. (2016). Memorable experiences in Therapeutic Assessment: Inviting the patient's perspective following a pretreatment randomized controlled trial. **Journal of Personality Assessment**, 98(5), 472–9

Finn, Stephen. **Pela perspectiva do cliente: teoria e técnica da avaliação terapêutica**. São Paulo: Hogrefe, 2017.

Finn, S. E. (2015). The history of and recent thoughts about assessment intervention sessions in Therapeutic Assessment. **The TA Connection**, 3(2), 4–11.

HOFMANN, S. G. et al. The efficacy of CBT: a review of meta-analyses. **Cognitive Therapy Research**, v. 36, n. 5, p. 427–440, 2012.

Leahy, R. L. **Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

Scaduto, Alessandro Antonio; Cardoso, Lucila Moraes; Heck, Vanessa Stumpf. Modelos Interventivo-Terapêuticos em Avaliação Psicológica: Estado da Arte no Brasil. **Aval. psicol.**, Itatiba, v. 18, n. 1, p. 67-75, 2019.

Villemor-Amaral, Anna Elisa de; Resende, Ana Cristina. Novo Modelo de Avaliação Psicológica no Brasil. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 38, n. spe, p. 122-132, 2018.

Villemor-Amaral, Anna Elisa. Perspectivas para a Avaliação Terapêutica no Brasil. **Aval. psicol.**, Itatiba, v. 15, n. 2, p. 249-255, ago. 2016.

Wright, J. H. et al. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

Poston, J. M., & Hanson, W. E. (2010). Meta-analysis of psychological assessment as a therapeutic intervention. **Psychological Assessment**, 22(2), 203–212. doi:10.1037/a0018679

Smith JD, Eichler WC, Norman KR, Smith SR. The effectiveness of collaborative/therapeutic assessment for psychotherapy consultation: a pragmatic replicated single-case study. **J Pers Assess**. 2015;97(3):261-70. doi:10.1080/00223891.2014.955917. Epub 2014 Sep 25. PMID: 25257898.

TOMAS, Ana Carolina Tourinho; CARVALHO, Marcele Regine de. Treino assertivo para a depressão: uma revisão bibliográfica. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 103-111, dez. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872014000200006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 set. 2021. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20140016>.

AUTORES

}

Ana Caroline Fonseca Lopes

Bacharel em Psicologia na PUCPR/Londrina e pós-graduanda em Psicologia Fenomenológica e Hermenêutica pelo Instituto Dasein. Atua na área clínica no atendimento para mulheres. E-mail: ana.carolfonseca@hotmail.com.

Ellen Christy Gonçalves Dias

Especialista em saúde mental, pós-graduanda em Reorganização Sensorial pela Child Behavior Institute of Miami, terapeuta ocupacional, acompanhante terapêutica.

Giulia da Costa Sanital

Psicóloga graduada em 2020 pelo Centro Universitário de Santa Fe do Sul - SP (UNIFUNEC) e pós graduada em 2022 pela faculdade Inspirar em Análise do Comportamento Aplicada. Atualmente psicóloga na empresa ABAcadabra.

Hernani Pereira dos Santos

Professor assistente na Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), Câmpus Londrina. Doutor em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), Câmpus de Assis. E-mail: hernani.santos@pucpr.br

Ionara Dantas Estevam

Doutora em Psicologia social; Coordenadora do Mestrado em Psicologia na UnP.

Júlia Beatriz Ramos Miranda

Especialista em Saúde Mental pelo COFFITO, terapeuta ocupacional, pós-graduada em saúde mental, acompanhante terapêutica.

Marcos Aurélio Fonsêca

Doutorando em Saúde Coletiva pela FIOCRUZ – Instituto René Rachou, professor adjunto da Universidade Federal de Minas Gerais, terapeuta ocupacional na FHEMIG, administrador, gestor público, tutor da Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Instituto Raul Soares, acompanhante terapêutico e supervisor desta prática.

Mariana Zagui Egoshi

Bacharel em Psicologia pela PUCPR/Londrina e Orientadora Vocacional e Profissional. Atua na área clínica com crianças, adolescentes e adultos a partir da fenomenologia na Abordagem Centrada na Pessoa (ACP). E-mail: marianazaguegoshi@gmail.com

Rogério Gomes Teixeira

Psicólogo Clínico.

Rosângela Fátima da Costa

Possui graduação em Psicologia pela Universidade de Uberaba (1984), graduação em Licenciatura Plena em Psicologia pela Universidade de Uberaba (1984), graduação em Pedagogia com Administração Escolar de 1º e 2º G. pela Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Jales (1986) e mestrado em Educação Área de Concentração Ensino Superior pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (2004). Atualmente é docente no Centro Universitário de Santa Fé do Sul (UNIFUNEC). Tem experiência na área de Psicologia, atuando principalmente nos seguintes temas: terapia cognitivo-comportamental, intervenção escolar, práticas investigativas, TCC, neuropsicologia, dificuldades. aprendizagem, psicomotricidade. Supervisora de estágio em psicologia e promoção da saúde em terapia cognitiva comportamental e em psicologia e intervenção escolar.

Sandra Maria de Vasconcelos Uchoa

Psicóloga Clínica.




Editora
UNIESMERO

ISBN 978-658459975-8



9 786584 599758