

CAMILA MUGNAI VIEIRA
DANIELLE ABDEL MASSIH PIO
ANA CAROLINA NONATO
ORGANIZADORAS

PESQUISAS EM SAÚDE MENTAL
**ENFOQUE NOS
PROCESSOS
DE CUIDADO**

VOLUME 1



PESQUISAS EM SAÚDE MENTAL

Enfoque nos Processos de Cuidado

Volume 1





AVALIAÇÃO, PARECER E REVISÃO POR PARES

Os textos que compõem esta obra foram avaliados por pares e indicados para publicação.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Bibliotecária responsável: Maria Alice Benevides CRB-1/5889

Pesquisas em saúde mental: enfoque nos processos de cuidado
– Volume 1 [recurso eletrônico] / [orgs.] Camila Mugnai
Vieira, Danielle Abdel Massih Pio, Ana Carolina Nonato.
1.ed. – Curitiba-PR, Editora Bagai, 2023.

Recurso digital.

Formato: e-book

Acesso em www.editorabagai.com.br

ISBN: 978-65-5368-178-1

1. Saúde Mental. 2. Saúde Pública. 3. Pesquisa sobre Serviços
de Saúde. I. Vieira, Camila Mugnai. II. Pio, Danielle Abdel
Massih. III. Nonato, Ana Carolina.

10-2023/07

CDD 613

Índice para catálogo sistemático:

1. Saúde Mental 613

 <https://doi.org/10.37008/978-65-5368-178-1.10.01.23>

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra sem autorização prévia da **Editora BAGAI** por qualquer processo, meio ou forma, especialmente por sistemas gráficos (impressão), fonográficos, microfílmicos, fotográficos, videográficos, reprográficos, entre outros. A violação dos direitos autorais é passível de punição como crime (art. 184 e parágrafos do Código Penal) com pena de multa e prisão, busca e apreensão e indenizações diversas (arts. 101 a 110 da Lei 9.610 de 19.02.1998, Lei dos Direitos Autorais).

Este livro foi composto pela Editora Bagai.

 www.editorabagai.com.br

 [/editorabagai](https://www.instagram.com/editorabagai)

 [/editorabagai](https://www.facebook.com/editorabagai)

 contato@editorabagai.com.br

Camila Mugnai Vieira
Danielle Abdel Massih Pio
Ana Carolina Nonato
Organizadoras

PESQUISAS EM SAÚDE MENTAL

Enfoque nos Processos de Cuidado
Volume 1



1.ª Edição - Copyright© 2023 dos autores
Direitos de Edição Reservados à Editora Bagai.

O conteúdo de cada capítulo é de inteira e exclusiva responsabilidade do(s) seu(s) respectivo(s) autor(es). As normas ortográficas, questões gramaticais, sistema de citações e referencial bibliográfico são prerrogativas de cada autor(es).

<i>Editor-Chefe</i>	Cleber Bianchessi
<i>Revisão</i>	Os autores
<i>Diagramação</i>	Lucas Augusto Markovicz
<i>Capa</i>	Alexandre Lemos
<i>Conselho Editorial</i>	Dr. Adilson Tadeu Basquerote – UNIDAVI Dr. Anderson Luiz Tedesco – UNOCHAPECÓ Dra. Andréa Cristina Marques de Araújo - CESUPA Dra. Andréia de Bem Machado – UFSC Dra. Andressa Grazielle Brandt – IFC - UFSC Dr. Antonio Xavier Tomo - UPM - MOÇAMBIQUE Dra. Camila Cunico – UFPB Dr. Carlos Alberto Ferreira – PORTUGAL Dr. Carlos Luís Pereira – UFES Dr. Claudino Borges – UNIPIAGET – CABO VERDE Dr. Cledione Jacinto de Freitas – UFMS Dra. Clelia Peretti – PUCPR Dra. Daniela Mendes V da Silva – SEEDUCRJ Dr. Deivid Alex dos Santos – UEL Dra. Denise Rocha – UFU Dra. Elnora Maria Gondim Machado Lima - UFPI Dra. Elisângela Rosemeri Martins – UESC Dr. Ernane Rosa Martins – IFG Dra. Flavia Gaze Bonfim – UFF Dr. Francisco Javier Cortazar Rodriguez - Universidad Guadalajara – MÉXICO Dra. Geuciane Felipe Guerim Fernandes – UENP Dr. Helder Rodrigues Maiunga - ISCED-HUILA - ANGOLA Dr. Helio Rosa Camilo – UFAC Dra. Helisamara Mota Guedes – UFVJM Dr. Humberto Costa – UFPR Dr. João Hilton Sayeg de Siqueira – PUC-SP Dr. Jorge Carvalho Brandão – UFC Dr. Jorge Henrique Gualandi – IFES Dr. Juan Eligio López García – UCF-CUBA Dr. Juan Martín Ceballos Almeraya – CUIM-MÉXICO Dr. Juliano Milton Kruger - IFAM Dra. Karina de Araújo Dias – SME/PMF Dra. Larissa Warnavin – UNINTER Dr. Lucas Lenin Resende de Assis - UFLA Dr. Luciano Luz Gonzaga – SEEDUCRJ Dr. Luiz M B Rocha Menezes – IFTM Dr. Magno Alexon Bezerra Seabra - UFPB Dr. Marciel Lohmann – UEL Dr. Márcio de Oliveira – UFAM Dr. Marcos A. da Silveira – UFPR Dra. Maria Caridad Bestard González - UCF-CUBA Dra. Maria Lucia Costa de Moura – UNIP Dra. Marta Alexandra Gonçalves Nogueira – IPLEIRIA - PORTUGAL Dra. Nadja Regina Sousa Magalhães – FOPPE-UFSC/UFPEl Dra. Patricia de Oliveira - IF BAIANO Dr. Porfírio Pinto – CIDH - PORTUGAL Dr. Rogério Makino – UNEMAT Dr. Reiner Hildebrandt-Stramann - Technische Universität Braunschweig - ALEMANHA Dr. Reginaldo Peixoto – UEMS Dr. Ricardo Caica Ferreira - UNITEL - ANGOLA Dr. Ronaldo Ferreira Maganhotto – UNICENTRO Dra. Rozane Zaionz - SME/SEED Dra. Sueli da Silva Aquino - FIPAR Dr. Tiago Tendai Chingore - UNILICUNGO – MOÇAMBIQUE Dr. Thiago Perez Bernardes de Moraes – UNIANDRADE/UK-ARGENTINA Dr. Tomás Raúl Gómez Hernández – UCLV e CUM – CUBA Dra. Vanessa Freitag de Araújo - UEM Dr. William Douglas Guilherme – UFT Dr. Yoissell López Bestard- SEDUCRS

SUMÁRIO

CUIDADORES DE FAMILIARES COM TRANSTORNOS MENTAIS: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.....11

Ana Patrícia Fleitas Cano | Camila Mugnai Vieira

CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO TERRITÓRIO: A PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS SOBRE SEU PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-INTERVENÇÃO26

Pamela Tosta Soares | Danielle Abdel Massih Pio

ABUSO SEXUAL INFANTIL: REVISÃO DA LITERATURA SOBRE INTERVENÇÕES DA CLÍNICA PSICANALÍTICA53

Fernanda Pastirik Martins | Camila Mugnai Vieira

DESENVOLVIMENTO DA RESILIÊNCIA DOS USUÁRIOS NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE MENTAL: PESQUISA BIBLIOGRÁFICA.....81

Naiara Regina Alves da Silveira | Camila Mugnai Vieira

PSICOTERAPIA EM CASOS CLÍNICOS COM CONFLITIVA CONJUGAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA..... 110

Bruno Roça Pereira | Ana Carolina Nonato | Danielle Abdel Massih Pio

TOUCH SKIN X TOUCH SCREEN: UMA ANÁLISE DO BRINCAR CONTEMPORÂNEO 131

Márcio Oldack Silva | Ana Carolina Nonato | Danielle Abdel Massih Pio

AUTORES PARA VOLUME 1 149

SOBRE AS ORGANIZADORAS..... 150

ÍNDICE REMISSIVO 151

PREFÁCIO

Na etapa municipal da 16ª Conferência Nacional de Saúde (CNS 8+8), “Saúde é Democracia”, achei importante ouvir novamente na internet o discurso de abertura da 8ª CNS feito pelo seu coordenador, professor Sergio Arouca. Descobri vários pontos não destacados em outros momentos, porém o que mais me impactou foi, ao citar a definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), dizer: “...não é simplesmente ausência de doença” – em um determinado instante, por qualquer forma de diagnóstico médico ou qualquer tipo de exame, não ser constatada doença na pessoa. Para a OMS, saúde deve ser entendida como bem-estar físico, mental e social... E também ausência de medo, citando o Professor Cinamon como autor da inclusão do medo. Prossegue: “É não estar todo tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência de um governo contra seu próprio povo para que sejam mantidos interesses que não sejam do povo.” Em 1986, ainda não havíamos saído da ditadura; havia um governo civil eleito indiretamente, mas as marcas da violência, suas cicatrizes e sequelas eram vividas. Havia a violência da pobreza.

Se o discurso estivesse datado como de 2022, a essa definição seriam acrescidos: a pandemia, o luto, o pouco caso e a negligência de irresponsáveis dirigentes; o medo do desemprego, da fome, da falta de moradia, das drogas, do acesso à saúde e da violência doméstica. Todos estes medos, ousou dizer, de alguma forma podem transverter em “depressão”, que precisa ser ouvida, que precisa ser acolhida, precisa de uma atenção, precisa da interdisciplinaridade, da intersetorialidade e da solidariedade. Ilusão pensar que apenas a médica ou o médico, a psicóloga ou o psicólogo, a enfermeira ou o enfermeiro, que qualquer profissional de saúde, sozinho, possui esta capacidade.

Isso tem certa proximidade com um personagem de Lima Barreto: *“Xisto Beldroegas, funcionário da Secretaria dos Cultos, vivia obsedado com os avisos, portarias, leis, decretos e acórdãos. Certa vez, foi atacado de uma pequena crise de nervos porque, por mais papéis que consultasse no arquivo, não havia meio de encontrar uma disposição que fixasse o número exato de setas que atravessam a imagem de S. Sebastião, em Gonzaga de Sá.”* Assim acontece na falta de responsabilização no matriciamento, no adoecimento mental dos profissionais de saúde, na elaboração de um olhar aquém do biológico, na invisibilidade ao diferente, no olhar fragmentado de quem precisa de cuidados e na dificuldade de reintegração.

As organizadoras deste e-book, Camila Mugnai Vieira, Danielle Abdel Massih Pio e Ana Carolina Nonato, mostram o trabalho paciente, compartilhado, construtor de novos e novas observadores do mundo ao seu redor, profissionais futuros que terão a responsabilidade, enquanto da saúde, de não serem arrogantes, especialistas em nuances de seres humanos.

O cuidado em saúde mental precisa de compromisso, de desconstruir a indiferença, desconstruir as relações de poder desumanas. Os trabalhos apresentados mostram que existem diferentes experiências aplicadas que devem estimular e dar fôlego de serem provadas. O grande desafio é de serem continuadas, não estanques. Agora, como dar continuidade se a cada troca de gestor e coordenador existe mais ou menos “simpatia pelas horas não trabalhadas”, desperdiçadas? As pressões vêm de todos os lados: nos municípios, vereadores, prefeitos e candidatos futuros a isto ou aquilo ficam indignados. Além da dificuldade em tornar permanente, é preciso estabelecer um contrato. Sim, um contrato de transparência e informação para ter um bom serviço de saúde mental; é preciso existir um espaço “oficial” na agenda para debater, aprender, trocar ideias, saber o que existe de novo. Acredito que esquecemos deste “pedaço”, da necessidade de mostrar a todas as instâncias de poder, que não vamos ter bons serviços sem ter como rotina a Educação Permanente em Saúde (EPS). Ela tem que fazer

parte da estrutura: a população tem que saber, a imprensa... Ela tem que ser um contrato a ser respeitado.

Tenho, no entanto, esperança, que foi o sentimento mais citado pelos brasileiros como o mais marcante de 2022. Os textos de formação mostrados apontam a possibilidade concreta de ir em frente, em ter avanços. As experiências aqui mostradas e seus resultados são norteadores.

Maria Cecília Cordeiro Dellatorre

Formada pela Famema em 1975, Médica sanitaria e Coordenadora do PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento) no Vale do Ribeira/SP; Docente de Saúde Coletiva Famema, Mestre em Saúde Coletiva pela UEL/PR.

Participante do grupo que elaborou a portaria Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência em 2001 e da Política Nacional de Atendimento às Urgências, o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), em 2003.

APRESENTAÇÃO

A Faculdade de Medicina de Marília (Famema) é uma instituição pública do Estado de São Paulo, localizada em cidade do mesmo nome. Apresenta cursos de graduação em Medicina e Enfermagem e diversos em pós-graduação: Especialização em Psicoterapia Psicodinâmica, Residências Multiprofissionais e Residências Médicas (*lato sensu*), Mestrado Profissional “Ensino em Saúde” e Mestrado Acadêmico “Saúde e Envelhecimento” (*stricto sensu*).

Todos os capítulos aqui apresentados são frutos de pesquisas de seus autores e orientadores realizadas nestes contextos. Assim, esta obra representa a força científica da instituição, além da valorização da Saúde Mental enquanto campo de cuidado, ensino, pesquisa e extensão.

Ao reunirmos os conteúdos, voltamo-nos às Áreas de conhecimento propostas nas diversas Diretrizes Curriculares Nacionais e na organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, este livro é dividido em dois volumes, o primeiro com foco em pesquisas sobre os processos de cuidado e o segundo em gestão e formação em saúde mental.

Este primeiro volume é denominado “Enfoque nos processos de cuidado”. Seus conteúdos versam sobre perfis sociodemográficos de cuidadores familiares de pessoas com transtornos mentais, cuidado no território, identificação e cuidado em situações de violência e desenvolvimento de resiliência em diversos contextos de cuidado em Saúde Mental.

Diante do exposto, a presente publicação contribui com pesquisas e reflexões que favorecem, direta ou indiretamente, a valorização da Saúde Mental enquanto espaço potente, visando o fortalecimento de profissionais e serviços, além do atendimento integral às necessidades de saúde dos usuários, nossos parceiros nesta jornada.

Este livro pode ser utilizado por profissionais de saúde, gestores, serviços, educandos ou outras pessoas que tenham interesse na temática e desejem uma maior aproximação com a realidade do cuidado no SUS.

Agradecemos o Departamento de Educação e Desenvolvimento Humano da Faculdade de Filosofia e Ciências da UNESP, campus de Marília, pelo apoio para publicação de artigos e livros resultantes de pesquisas científicas, após proposta ter sido contemplada na chamada n. 02/2022.

Boa leitura!

CUIDADORES DE FAMILIARES COM TRANSTORNOS MENTAIS: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Ana Patrícia Fleitas Cano¹
Camila Mugnai Vieira

O conceito de família difere entre as várias culturas e vem sofrendo alterações ao longo do tempo. Segundo Borba et al. (2008), a família é conceituada como um sistema que envolve crenças, valores, conhecimentos e práticas que visam à promoção da saúde de seus integrantes, como também à prevenção e ao tratamento em caso de doenças, ou seja, a família é o primeiro grupo social do qual o indivíduo faz parte, é nela onde se vivencia o aprendizado, o cuidado, os sentimentos como afetos, proteção, lealdade, as relações sociais, etc.

Quando duas pessoas se unem para constituir uma família, não esperam que possa surgir em seu meio uma pessoa com transtorno mental, a menos que exista um histórico ou herança familiar. Este fato em si causa um intenso impacto neste grupo; porém, cada família irá lidar de maneira distinta com esta situação, dependendo da posição hierárquica na qual este indivíduo se encontra (ROSA, 2011).

Qualquer modificação sofrida em apenas uma das partes da família pode provocar alterações no seu sistema, desequilibrando o ciclo familiar. Portanto, o adoecimento de um de seus integrantes é considerado um rompimento, pois provoca mudanças nos papéis e em sua estrutura, impondo uma nova dinâmica familiar, além de implicar cuidados ao membro adoecido (BRITO, 2009).

De acordo com Teixeira (2005), quando um membro da família adoce, todos os demais são afetados. O que era tido como uma atividade normal, corriqueira, passará por alterações; as funções terão que

¹ Agradecimento à Residência Integrada Multiprofissional da Famema.

ser desempenhadas por outras pessoas devido a um dos integrantes abdicar do seu papel para prestar cuidado ao doente.

Quando a família se depara com um de seus membros diagnosticado com transtorno mental, é comum a ocorrência de sentimento de culpa, recaindo este peso, em especial, sobre as mães. As mesmas podem sentir isso como uma experiência penosa pelo fato de não haver cumprido com êxito e competência o seu papel, vivenciando sentimentos de fracasso, fragilidade e frustrações diante das expectativas às quais o filho não poderá corresponder (SILVA; SANTOS, 2009). Este fato implica na dificuldade para aceitar a nova realidade familiar imposta pelo adoecimento do filho e, em geral, o mecanismo de defesa que a família manifesta é o da negação da doença.

O adoecimento implica no cuidar, que é definido como uma ação, o ato de dispensar o cuidado para si ou a outrem. Portanto, a pessoa que desempenhará esta tarefa recebe o nome de cuidador, sendo ele o responsável pelo cuidar, dar suporte ou assistir a alguma necessidade da pessoa cuidada, visando à melhoria da sua saúde (LEITÃO; ALMEIDA, 2000).

Estudos apontam que a família é quem assume a responsabilidade de prestar o devido cuidado, arcando com as exigências do tratamento, sendo este ato de cuidar delegado a poucos ou a um único membro, denominado cuidador principal. Culturalmente, esta tarefa é atribuída a um membro familiar do sexo feminino. Em geral, o paciente elege o seu cuidador de acordo com dívidas de reciprocidade, vínculo, personalidade, entre outros (BRITO, 2009).

Segundo Melman (2001), conviver diariamente com pessoas que sofrem de transtorno mental grave, inclusive cuidá-las, implica em uma série de encargos físicos, emocionais, econômicos e sociais. Diversas obras referem que o papel de cuidar é desgastante e, em razão disso, torna-se necessário conhecer quem são os cuidadores, seu contexto familiar e social, de modo a compreender e auxiliar nas suas estratégias

de cuidado, buscando amenizar esse desgaste, prevenindo problemas de saúde física e emocional (FERREIRA et al., 2012).

A responsabilidade do cuidado ao indivíduo com transtorno mental no período que antecedeu a Reforma Psiquiátrica era atribuída à instituição hospitalocêntrica, destinando à família apenas o identificar da desorganização e dos comportamentos inadequados, encaminhamento do paciente, visitas periódicas e informação do histórico da enfermidade aos profissionais (BORBA et al., 2008).

No Brasil, durante o ano de 1964, o governo disponibilizou aos manicômios particulares recursos públicos que eram destinados ao tratamento psiquiátrico no país. Com a crise econômica da década de 1970 e início dos anos 1980, houve a necessidade de realizar cortes nos altos custos destes manicômios. Na mesma época, aconteciam diversas manifestações, protestos e greves devido aos maus tratos que os internos sofriam dentro das instituições, fato que contribuiu para a Reforma Psiquiátrica, um movimento que buscava reformular a política de saúde mental no país (COLLETTI et al., 2014).

A Reforma Psiquiátrica defende o processo de desinstitucionalização, com conseqüente substituição dos manicômios por novos dispositivos de acolhimento e tratamento, surgindo assim: os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o Hospital-Dia, o Programa de Residência Terapêutica, os leitos psiquiátricos em Hospital Geral. Formas de tratamento que rompem com os paradigmas do modelo asilar (BORBA et al., 2008, p. 589).

Segundo Oliveira e Furegato (2012), o processo de desinstitucionalização considera o contexto familiar um espaço privilegiado para o cuidado e essencial no plano terapêutico de cada pessoa com transtorno mental, sendo necessário o preparo dos serviços e profissionais de saúde para atender a esta clientela, como também ampliar os cuidados para os seus familiares.

A abordagem com os familiares é de suma importância, visto que quando um membro adoece, a família adoece. Assim, devem ser descritas e observadas as interações e a dinâmica que a família apresenta diante de um membro considerado limitado e, por vezes, dependente.

Considerando o exposto, a presente pesquisa visou traçar o perfil sociodemográfico e o contexto de vida do familiar cuidador, identificar as repercussões do adoecimento, tratamento e internação de seu familiar e investigar a quais serviços públicos voltados ao cuidado o familiar cuidador teve acesso e se estes atenderam às suas necessidades.

MÉTODO

Este estudo consistiu em uma pesquisa descritiva, de natureza quanti-qualitativa. Trata-se de um recorte de uma pesquisa maior intitulada: “Qualidade de vida: um olhar para o familiar cuidador de pessoas com transtornos mentais”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos de uma Faculdade de Medicina do interior do estado de São Paulo, sob parecer nº 1.539.352.

Após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, o convite para a participação foi realizado pelas pesquisadoras durante o horário de visita aos familiares, na própria enfermaria, quando as pesquisadoras explicaram os detalhes do estudo e fizeram o convite. Foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao cuidador, respondidas as suas dúvidas, e o termo foi preenchido e assinado por aqueles que aceitaram participar. Além disso, estes receberam uma cópia do Termo assinada pelas pesquisadoras. Os participantes receberam os instrumentos e os responderam na presença das pesquisadoras na seguinte sequência: questionário sociodemográfico, questionário sobre a situação do cuidado, e avaliação do atendimento. Quando necessário, as pesquisadoras auxiliaram na compreensão dos instrumentos, sem interferirem nas respostas do participante.

Participaram 30 cuidadores principais, familiares de pessoas acometidas por um transtorno mental. Os critérios de inclusão foram:

ser o cuidador principal do paciente internado na enfermaria psiquiátrica; ter algum grau de parentesco com o mesmo, ter mais de 18 anos de idade e não ser remunerado pelo cuidado ao familiar. Esta pesquisa foi realizada na Enfermaria Psiquiátrica de um Hospital Geral, localizada em um município de pequeno porte, situado no interior do estado de São Paulo.

Foram utilizados três questionários semiestruturados, autoaplicáveis, que os participantes preencheram para que fossem identificados os aspectos sociodemográficos, a situação de cuidado e a avaliação do atendimento oferecido aos cuidadores durante o período de internação do familiar acometido por um transtorno mental.

- 1. Questionário Socioeconômico, Cultural e Demográfico: instrumento baseado em Silva (2016) para identificação do perfil socioeconômico, cultural e demográfico do cuidador e participante da pesquisa. É constituído de 16 questões, sendo 14 perguntas fechadas e duas abertas;
- 2. Questionário sobre a situação de cuidado ao familiar com transtorno mental: foi especificamente elaborado para este estudo, buscando identificar e investigar o conhecimento do familiar cuidador sobre o diagnóstico da patologia que acomete seu familiar, assim como os cuidados que eram dispensados e serviços utilizados. Contendo 18 questões, sendo 14 perguntas fechadas e quatro abertas;
- 3. Avaliação do Atendimento aos familiares: para caracterizar os aspectos referentes ao atendimento prestado aos familiares de pacientes internados (informações, esclarecimentos, contato com profissionais, sugestões para o serviço etc.), foi criado um instrumento especificamente para este estudo, que consiste em oito questões, sendo sete perguntas fechadas e uma pergunta aberta.

Os dados dos instrumentos de cunho quantitativo foram analisados segundo estatística descritiva. As respostas às questões abertas tiveram seu conteúdo analisado mediante repetidas leituras, das quais

foram abstraídas ideias centrais, feitas categorizações pertinentes para posterior interpretação e discussão à luz da literatura.

RESULTADOS

Foram entrevistados 30 cuidadores principais de familiares internados com transtorno mental. Do total, 25 cuidadores eram do sexo feminino. A faixa etária dos participantes foi em média de 50,5 anos de idade, com um desvio padrão de 16,4. Em relação à escolaridade, a predominância foi o 1º grau incompleto (40%). Em sua maioria, eram casados (43,3%) e possuíam filhos dependentes (50%). Todos os participantes possuíam religião, tendo como predominância a religião evangélica (66,7%). Segundo Oliveira e Furegato (2012), o incentivo às práticas religiosas ou à espiritualidade dos familiares pode ser considerado terapêutico, visto que poderá contribuir para o aumento da autoestima e a sensação de bem-estar, características da resiliência.

No momento da pesquisa, alguns dos cuidadores consultados encontravam-se desempregados (36,7%), fator este que poderia desencadear a sobrecarga financeira ao ter de abdicar do emprego para cuidar do familiar adoecido (COLLETI et al.,2014). A renda principal dependia de si próprio, enquanto o paciente não possuía nenhuma remuneração (43,3%). Na maior parte, a renda familiar era menor que um salário-mínimo (46,7%), sendo que esta renda não incorporava nenhum benefício ou auxílio.

Notou-se que tanto cuidadores quanto os pacientes não possuíam plano de saúde e que consideravam que as suas condições financeiras eram “pouco suficientes”, seguidas de “insuficientes” diante de suas necessidades. Os cuidadores relataram realizar tratamento voltado para sua saúde nas mais diversas especialidades (60%), porém a maioria referiu não fazer tratamento voltado para saúde mental (80%).

Tabela 1 – Diagnósticos apontados pelos cuidadores participantes desta pesquisa

Diagnósticos	Frequência	Porcentagem
Borderline	1	3,3%
Bipolar	1	3,3%
TOC	2	6,7%
Depressão	3	10%
Esquizofrenia	14	46,7%
Sem diagnóstico	9	30%

Fonte: elaborado pelas autoras

Em relação à situação do cuidado ao familiar, o diagnóstico que apresentou maior frequência foi a Esquizofrenia, sendo estes pacientes egressos de outras internações em diversos hospitais da região. A pesquisa identificou o período da internação neste serviço sendo, em média, de 8,3 dias.

Sobre o grau de dependência, a maioria dos cuidadores identificou seus familiares como sendo “parcialmente dependentes” (50%), ou seja, o familiar consegue desempenhar algumas atividades, porém necessita do cuidador para desempenhar outras. A segunda opção mais assinalada foi “totalmente dependente” (33,3%), que indica que o cuidador necessita despender maiores cuidados em razão da total dependência do familiar cuidado.

No aspecto de entendimento do cuidador em relação ao caso de seu familiar, a maior parte considerou como sendo “muito grave” (46,7%), seguido de “moderadamente grave” (40%), podendo ser considerado um alto índice relacionado à gravidade do caso na percepção do cuidador. Houve destaque da opção “crise aguda” (50%), entendida como uma desestabilização decorrente de inúmeros fatores. Em sua maioria, o cuidador referiu que o familiar não colocou em risco sua própria vida, assim como não colocou em risco a vida de outras pessoas, apesar de outros participantes terem assinalado que o familiar se colocou em risco, como também expôs ao risco outras pessoas.

Tabela 2 – Atividades cotidianas realizadas pelos pacientes relatadas pelos seus cuidadores

Sobre o paciente	Frequência
Estuda	6
Trabalha	6
Frequenta igreja	18
Participa de atividades em clube	1
Pratica atividades físicas	3
Possui círculo social	9
Atividades do lar	1
Permanece em casa	12

Fonte: elaborado pelas autoras

Dentre as atividades que os pacientes desenvolviam, de acordo com as informações dos cuidadores, destacavam-se frequentar a igreja, seguido de permanecer em casa, sendo que este item implicava em não realizar ou colaborar com as atividades diárias.

Tabela 3 – Cuidados dispendidos pelos participantes em relação ao familiar adoecido

Sobre o cuidado	Frequência
Medicações	22
Cuidados com higiene e banho	9
Cuidados com situações de risco à própria vida	17
Cuidados com situações de agressividade aos outros	5
Acompanhamento a consultas, outros atendimentos	22
Acompanhamento a escola, trabalho, passeios	8
Cuidados com a dieta alimentar	19
Nenhum	3

Fonte: elaborado pelas autoras

A pesquisa apontou um maior número de pacientes com comorbidades (53,3%), o que nos leva a supor que o cuidador demanda de muito tempo com idas frequentes a consultas médicas acompanhando o familiar, implicando em mudanças nos hábitos da família e podendo comprometer ainda mais a renda familiar.

Segundo os cuidadores, os pacientes realizavam, na maioria, atendimento ambulatorial, no Ambulatório de Saúde Mental deste mesmo complexo hospitalar, onde se situa a Enfermaria Psiquiátrica na qual foi realizada a pesquisa. Logo após o Ambulatório de Saúde Mental, outro serviço que se destacou foi a Estratégia de Saúde da Família (ESF), na qual são oferecidos serviços de atendimento clínico.

Sobre o parentesco com o familiar, o que predominou foram pacientes filhos destes cuidadores (43,3%). Em geral, moravam com os familiares (93,3%), não dividindo os cuidados com mais ninguém (53,3%). Predominou um cuidado de mais de oito horas diárias (56,7%), por um período de seis meses a dois anos e meio (33,3%). A pesquisa observou que os entrevistados se consideravam cuidadores por opção própria (76,7%).

No que concerne à avaliação do atendimento para os familiares, os cuidadores apontaram ser a primeira vez que acompanhavam a internação neste serviço (66,7%). Em sua totalidade, consideravam terem sido recebidos de maneira adequada e respeitosa, sendo esclarecidos sobre normas e condutas do local.

Este serviço oferecia um grupo voltado para as famílias como forma de amenizar suas angústias, responder a possíveis dúvidas e prestar maiores esclarecimentos. Entretanto, durante o período desta pesquisa, a maioria dos cuidadores (83,3%) mencionou não ter participado do grupo. As justificativas para isso foram que o familiar havia sido internado recentemente, que não foram informados sobre a existência do mesmo, que ainda não haviam sido convidados, entre outros motivos. Após serem esclarecidos pela pesquisadora sobre a dinâmica do grupo, os participantes consideraram ser de suma importância o contato com este recurso, buscando reduzir o estresse, possíveis conflitos, proporcionando a troca de conhecimentos, bem como a própria compreensão sobre o familiar.

Os cuidadores referiram maior contato com alguns profissionais, tais como: médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem. Os participantes avaliaram o atendimento aos cuidadores como ótimo (60%).

Quanto à solicitação de sugestão para melhorias no serviço, observou-se um alto índice de familiares que não responderam (60%), referindo não haver no momento nenhuma sugestão de melhoria para o serviço, enquanto 33,4% manifestaram suas sugestões. A análise de conteúdo destas sugestões gerou seis categorias de propostas para implementação no serviço: 1) Melhores orientações por parte da equipe; 2) Mais festividades; 3) Garantia de privacidade; 4) Tempo de visita estendido; 5) Alimentação compatível com rotina e 6) Visita domiciliar esporádica.

A primeira categoria está voltada para orientações. Neste aspecto, os familiares demonstraram uma necessidade de obter por parte dos profissionais esclarecimentos, maiores informações a respeito do seu familiar, detalhes da doença que o acomete, a evolução no período da internação, entre outros assuntos, como forma de reduzir suas angústias e amenizar possíveis sentimentos de culpa.

A segunda categoria refere-se às festividades ou comemorações, no sentido de aproximar profissionais, familiares e pacientes, possibilitando a interação entre ambos, tornando as idas do cuidador ao serviço não apenas voltadas a discutir sobre a doença e os sintomas, mas também para um momento de descontração, tendo em vista que muitos cuidadores deixam de participar de momentos de lazer em razão dos cuidados a serem prestados.

A terceira categoria está relacionada à garantia de privacidade entre os familiares e os profissionais durante a abordagem. O cuidador encontra-se, neste momento, fragilizado com a condição do seu familiar e a falta de privacidade pode fazer com que este se sinta exposto perante os demais e até mesmo que não expresse situações pertinentes por se sentir envergonhado.

A quarta categoria está associada ao tempo de permanência junto ao familiar internado; os cuidadores consideraram o período da visita de uma hora insuficiente. Como possibilidade, houve sugestão para que o horário de visitas se estenda por, no mínimo, uma hora e meia, permitindo que estejam por um tempo maior junto aos seus familiares.

A quinta categoria está vinculada à alimentação, tendo em vista que o paciente, em seu domicílio, possui um hábito alimentar diferente daquele no período de internação. Uma das participantes afirmou que acredita que o alimento ao qual o paciente está habituado, se consumido durante o período da internação, pode vir a colaborar com a sua melhora.

A sexta categoria refere-se à visita domiciliar como forma de acompanhamento. Esta dinâmica possibilita aos profissionais observar mais de perto as dificuldades dos cuidadores, vivenciar os hábitos da rotina familiar e os serviços da rede especializada próximos à residência, além de proporcionar intervenções pertinentes no momento.

Cabe ressaltar que uma das participantes não apresentou nenhuma sugestão, e sim parabenizou a todos da equipe pelo serviço prestado aos cuidadores e familiares, demonstrando a sua valorização do trabalho oferecido pelos profissionais deste serviço.

Sabe-se que muitas destas sugestões não dependem apenas de um setor, mas de todo um complexo institucional. Porém, cabe aos profissionais avaliar a cada dia quais as possíveis melhorias a serem realizadas e, dentro das possibilidades, oferecer um atendimento acolhedor e diferenciado, visto que estes familiares não dispõem de suportes terapêuticos fora deste contexto.

DISCUSSÃO

Alguns dados apontados pela pesquisa voltados para o perfil do cuidador coincidem com o trabalho de Teixeira (2005), como a predominância do sexo feminino, estado civil, entre outros. Os resultados demonstram a sobrecarga financeira devido ao desemprego, ao fato

de a renda familiar depender de si próprio, não podendo contar com auxílios ou remunerações do paciente. O fator financeiro termina por impossibilitar cuidados voltados para sua própria saúde, como dispor de um plano de saúde, ou convênio médico, além do Sistema Único de Saúde (SUS), quando necessário, caracterizando as condições financeiras da família como “pouco suficientes”, diante de tamanha necessidade.

Outro aspecto importante demonstrado na pesquisa foi o índice de pacientes “parcialmente dependentes”, seguido por um número preocupante de “totalmente dependentes”, que implicam na sobrecarga do cuidador. Caso não seja estimulada a autonomia do paciente, poderá vir a ocorrer uma mudança no grau de dependência por parte do paciente perante o cuidador, pois, além de desempenhar suas atividades, o cuidador precisa desenvolver outras que o familiar adoecido não realiza.

De acordo com Brito (2009), muitas vezes o familiar adoecido é quem escolhe o familiar cuidador, de acordo com dívidas de reciprocidade e por afinidade. Ao contrário do que pode ser observado em outros estudos, a pesquisa mostrou que os cuidadores o são por “opção própria”.

No que diz respeito ao local de tratamento, a pesquisa identificou o “Ambulatório de Saúde Mental” e a “Estratégia Saúde da Família” como os serviços mais utilizados. Questiona-se as razões pelas quais estes pacientes não estão em atendimento em outros serviços referenciados para atender a esta demanda, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Alguns dos participantes residem fora desta cidade e relataram que o município de origem não oferece uma atenção especializada para o familiar adoecido, nem para o familiar cuidador, o que leva à procura massiva do Ambulatório de Saúde Mental.

Conforme preconiza o ideário da Reforma Psiquiátrica, o apoio aos familiares e pessoas com transtorno mental deve ser realizado na rede, ou seja, nos Centros de Atenção Psicossocial, nas Unidades da Estratégia de Saúde da Família, entre outros serviços (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008). Nota-se a necessidade de investimentos em políticas públicas locais mais efetivas, que propi-

ciem o acesso de fato à rede de atenção psicossocial, assim como na formação de profissionais para atuarem na área de saúde mental nestas cidades e nas Unidades locais.

Destaca-se também a importância de estes serviços acolherem as angústias e os conflitos que as famílias perpassam durante o período em que se dedicam aos cuidados dos seus membros. De acordo com Borba et al. (2008), os serviços de atenção à saúde mental devem incluir os familiares nas ações que visem à inserção social, respeitando a individualidade dos sujeitos, promovendo a cidadania e buscando diminuir o estigma.

Isso indica a necessidade de implantação efetiva dos serviços substitutivos preconizados pela Reforma Psiquiátrica, como os Centros de Atenção Psicossocial, sendo estes o apoio para as Unidades de Atenção Básica (UAB), além de promoverem a articulação da rede, assim como outros serviços pertencentes à rede de atenção psicossocial, que disponibilizam atividades para o paciente e seus familiares, oferecendo espaços de escuta e acolhimento, desenvolvendo habilidades e potencialidades de ambos e promovendo a reinserção na comunidade, estratégias estas que buscam amenizar o sofrimento psíquico dos afetados e eliminar estigmas.

O local onde foi realizada a pesquisa disponibiliza um Grupo de Família, em que os familiares podem esclarecer possíveis dúvidas com os profissionais, compartilhar dificuldades vivenciadas, constituindo um espaço de escuta, buscando reduzir o estresse e sanar angústias. Ocorre, porém, que a maioria não tem aderido ao recurso ofertado, o que leva a reflexões sobre a organização do serviço em termos de horários, convites, incentivo às famílias e divulgação do mesmo. Após orientações da pesquisadora sobre o funcionamento deste grupo, os participantes relataram que, apesar de não terem participado destes encontros, consideraram ser de suma importância, possibilitando um espaço de acolhimento, demonstrando que outros familiares vivenciam

semelhanças no cuidado, podendo amenizar o sentimento de culpa que paira sobre os cuidadores.

Segundo Borba et al. (2008), a participação da família em grupos de familiares onde são discutidos os fatores complexos referentes à situação produz benefícios, no sentido de mostrar aos familiares que eles não estão sozinhos, que as dificuldades vivenciadas são pertinentes aos demais familiares que ali se encontram.

CONCLUSÕES

Os resultados indicaram cuidadores familiares com um perfil sociodemográfico semelhante ao da literatura, sendo a maioria de mulheres, casadas, desempregadas ou “do lar” que cuidam de seus filhos adoecidos, a maioria com pouca ajuda de outras pessoas, com uma carga horária extensa dedicada ao cuidado, morando com o familiar adoecido, que consideram moderadamente ou totalmente dependentes, muitos apenas saindo de casa para tratamentos médicos. As dificuldades financeiras desta população também foram evidenciadas.

Percebe-se a necessidade de maiores investimentos na área de Saúde Mental, com a implementação de serviços referenciados ainda não disponíveis, ações mais efetivas na Atenção Básica, articulações intersetoriais, capacitações para os profissionais e ampliação das ações voltadas às famílias.

O estabelecimento de vínculo entre familiares cuidadores e os profissionais é fundamental para o sucesso do tratamento, assegurando possíveis intervenções diante das suas fragilidades, identificando suas potencialidades, amenizando seu sentimento de culpa e angústias, tornando o cuidado menos desgastante e mais efetivo.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BORBA, L. O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L.P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo v.21, n.4, p. 588-594, 2008.
- BRITO, D. C. S. Cuidando de quem cuida: estudo de caso sobre o cuidador principal de um portador de insuficiência renal crônica. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 603-607, 2009.
- COLLETI, M. et al. A Reforma Psiquiátrica e o papel da família no restabelecimento de um sujeito psicótico. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 123-135, 2014.
- FERREIRA, H. P. et al. O impacto da doença crônica no cuidador. **Rev. Bras. Clin. Med.**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 278-284, 2012.
- LEITÃO, G. C. M.; ALMEIDA, D. T. O cuidador e sua qualidade de vida. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 80-85, 2000.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. (7ª ed.). São Paulo: Atlas, 2012.
- MELMAN, J. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2001.
- OLIVEIRA, R. M.; FUREGATO, A. R. F. Um casal de idosos e sua longa convivência com quatro filhos esquizofrênicos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 618-625, 2012.
- ROSA, L. C. S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. (3ª ed.). São Paulo: Cortez, 2011.
- SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 127-134, 2008.
- SILVA, E. T. **Psicoeducação**: influência sobre a qualidade de vida. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Marília, Marília, 2017. (No prelo).
- SILVA, G.; SANTOS, M. A. Álbum de família e esquizofrenia: convivência em retrato. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 83-91, 2009.
- TEIXEIRA, M. B. Qualidade de vida de familiares cuidadores do doente esquizofrênico. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 58, n. 2, p. 171-175, 2005.

CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO TERRITÓRIO: A PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS SOBRE SEU PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-INTERVENÇÃO

Pamela Tosta Soares
Danielle Abdel Massih Pio

INTRODUÇÃO

Em 1988, como resultado dos movimentos da Reforma Sanitária e da VIII Conferência Nacional de Saúde, o Brasil traz em sua Constituição Federal a saúde como um direito das pessoas e dever do Estado, criando assim o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem a proposta de priorizar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde tendo como diretrizes a descentralização, atendimento integral e a participação popular (BRASIL, 1988).

Nessa perspectiva, em 1994 é criado o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente reconhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o objetivo de reorientar o modelo assistencial de saúde a partir da Atenção Básica. Sua expansão e qualificação tem como base os princípios e diretrizes do SUS e suas especificidades são a proximidade da comunidade e territorialização (BRASIL, 1997, 2012).

Inserido neste contexto de reformas e transformações da sociedade, o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, fundado ao final dos anos 70, tem características próprias e figura em um contexto internacional de ruptura com o modelo asilar, muito influenciado pela Reforma Italiana. Ressalta-se que a Reforma Psiquiátrica é um processo político e social, que por sua complexidade é composto por diversos atores e, desse modo, incide em vários territórios, perpassando outras camadas até chegar ao imaginário social e à opinião pública

(BRASIL, 2005). Sendo assim, pode-se inferir que é “[...] no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança” (BRASIL, 2005, p. 6).

Nesse contexto, são as Conferências Nacionais de Saúde Mental e, em especial, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, que consolidam a Reforma Psiquiátrica como política oficial do SUS e propõem a conformação de uma rede articulada e comunitária de cuidados para as pessoas com transtornos mentais. A Reforma Psiquiátrica propõe a reinserção social dos portadores de transtorno mental no contexto comunitário, sinalizando a necessidade de reestruturação dos dispositivos de saúde que, preferencialmente, mantenham o indivíduo o mais próximo possível da sua família.

Essa proposta vem ao encontro de um dos princípios da Atenção Básica, que é o de possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, inclusive dos usuários que demandam cuidados em saúde mental. A ESF desenvolve ações em um território geograficamente conhecido, o que possibilita aos profissionais de saúde que ali trabalham uma maior proximidade com os usuários, e isso favorece a formação de vínculo, a possibilidade de conhecer a história de vida dessas pessoas e os seus vínculos com o território onde moram, relações familiares e outros elementos do contexto de vida (BRASIL, 2013).

Assim, pode-se dizer que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa (BRASIL, 2013). Com o objetivo de aumentar o escopo de ações, a resolubilidade e trazer apoio técnico e pedagógico às equipes de Saúde da Família, o Ministério da Saúde propõe a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) sob a proposta de garantir suporte à ESF, buscando qualificar a assistência e a gestão no âmbito da Atenção Básica (BRASIL, 2008).

O NASF, criado em 2008 por meio da Portaria nº 154/GM (BRASIL, 2008), pauta-se no modelo teórico de Apoio Matricial proposto por Campos (1999); deste modo, a relação terapêutica passa a ser a

linha reguladora do processo de trabalho e as chamadas equipes de referência seriam responsáveis por realizar o acompanhamento longitudinal do processo saúde-doença-intervenção de cada paciente (CAMPOS; DOMITTI, 2007; FIGUEIREDO; ONOCKO-CAMPOS, 2009).

Em 2017, através da Portaria 2.436, que reformula a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no tocante às mudanças que afetam o NASF, destaca-se a alteração de sua nomenclatura que retira o termo “apoio”, passando a denominá-los Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), propondo que as equipes multiprofissionais passem a complementar não só as equipes de Saúde da Família, mas também as equipes de Atenção Básica.

No texto da nova PNAB, a descrição das equipes NASF-AB não menciona o apoio como uma metodologia de trabalho. Constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica (BRASIL, 2017, p. 68).

A Atenção Básica, como um serviço essencial no paradigma atual da Saúde Mental, seria uma das responsáveis pela assistência à demanda dos chamados transtornos mentais leves, que, segundo o Ministério da Saúde, correspondem a cerca de 9% da população. Neste sentido, o Apoio Matricial em Saúde Mental seria potente para propiciar maior consistência através do suporte técnico pedagógico, realizado a partir de discussões clínicas conjuntas com as equipes ou mesmo intervenções conjuntas concretas (consultas, visitas domiciliares, entre outras), nas quais os profissionais de apoio podem contribuir para o aumento da capacidade resolutiva das equipes, qualificando-as para uma atenção ampliada em saúde que contemple a totalidade da vida dos sujeitos (BRASIL, 2011). Percebe-se que, deste modo, o acolhimento é construído coletivamente e, como ressalta a Política Nacional de Humanização (PNH), possibilita “[c]riar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre

as pessoas” (2013, p. 7), o que corresponde ao conceito de ambiência, que é de suma importância no acolhimento.

Por meio do Apoio Matricial e da responsabilização compartilhada pelos casos, é possível distinguir as situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana, que podem ser acolhidas pela equipe de referência e por outros recursos sociais do entorno; demandas que necessitam de atenção especializada da Saúde Mental, oferecidas na própria unidade ou, de acordo com o risco e a gravidade, que necessitam de encaminhamento à Rede de Atenção à Saúde Mental.

Pode-se perceber que isso favorece a construção de novos dispositivos de atenção em resposta a diferentes necessidades dos usuários, evitando, por sua vez, práticas que levem à psiquiatrização e à medicalização do sofrimento (FIGUEIREDO; ONOCKO-CAMPOS, 2009).

Nesse mesmo sentido, como abordam alguns autores (COSTA; PAULON, 2012; JORGE et al., 2015; BOSSATO et al., 2021), destaca-se a importância do protagonismo do usuário, ou seja, da pessoa assistida em um serviço de saúde mental, compreendendo sua relevância para a construção coletiva de projetos terapêuticos, considerando que o protagonismo “[...] requer a constituição de espaços em que os usuários possam experimentar a capacidade de pensar, sentir e decidir sobre suas vidas singulares, em meio ao coletivo que constituem e que os constitui subjetivamente” (COSTA; PAULON, 2012, p. 581); deste modo, observa-se a importância da clínica.

A discussão orientada pela clínica ampliada propõe uma compreensão ampla do processo saúde-doença na qual os profissionais assumam um compromisso com a singularidade de cada sujeito, levando em consideração suas vivências e pautando-se na horizontalidade. Utiliza, portanto, diversas estratégias, como a escuta, o vínculo, o acolhimento e a territorialização, trabalhando com a construção conjunta de propostas ao invés de prescrições que não valorizam a história do sujeito (BRASIL, 2007).

Isso desperta a necessidade de definir amplamente o processo saúde-doença, considerando os modos de ser e fazer dos sujeitos envolvidos no cuidado. Em contraposição, sobre a definição de saúde como “[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades [...]”, proposta pela OMS (1946, s/p), Caponi (2003) faz uma advertência ao olhar para a característica utópica e subjetiva do conceito, salientando que sua adoção poderia justificar práticas arbitrárias de controle e exclusão de tudo que se desviasse dessa ideia; além disso, reflete sobre a impossibilidade de uma vida sem angústias e conflitos. Ampliando a discussão, Onocko-Campos e Campos (2006) defendem uma concepção de saúde em que o produzir saúde seja em relação; isto é, pressupõe vínculo do sujeito com o serviço e os profissionais que nele trabalham, de forma que o seu cuidado e o plano terapêutico sejam pensados em cogestão com o usuário. Segundo Cecílio (2014), a cogestão do cuidado é uma ideia central ao se discutir cuidado em saúde e existem muitos desafios quanto à sua aplicação no cotidiano das equipes, como a forma promover um cuidado no qual coloca-se a dimensão técnica do trabalho a serviço das estratégias de vida do usuário.

Esse modo de fazer tem a autonomia como um de seus preceitos mais importantes, e esse conceito refere-se a “[...] um processo de co-constituição de maior capacidade dos sujeitos compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos” (ONOCKO-CAMPOS; CAMPOS, 2006, p. 670). Nesse sentido, o acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da PNH do SUS (BRASIL, 2010).

Nos serviços de saúde, devido a vários fatores, nota-se a produção de indiferença em relação às necessidades, diferenças e sentimentos do usuário, o que traz a enganosa sensação de que não se envolver protege do sofrimento trazido pelo outro. No entanto, o isolamento enfraquece a possibilidade de criar laços coletivos de onde pode surgir a invenção de forças, resistências e perspectivas originadas desses

encontros e potencialidades. Sendo assim, o acolhimento, como diretriz operacional, requer uma atitude de mudança no fazer em saúde e implica o protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde (BRASIL, 2010).

Dessa forma, considerando a importância da realização de práticas em saúde mental na Atenção Básica, do cuidado no território, da autonomia e da co-construção de estratégias de cuidado que representem e considerem o desejo e a necessidade dos usuários, busca-se compreender nessa pesquisa a percepção dos usuários acerca do seu sofrimento psíquico, como eles foram acolhidos pela rede de atenção à saúde e, para além disso, quais estratégias eles vislumbram para a construção de práticas cuidadosas em saúde, considerando a especificidade do campo da saúde mental.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa voltada à compreensão de fenômenos e experiências humanas. Minayo (2006) define as metodologias qualitativas como capazes de incorporar significado e intencionalidade como dependente dos atos, das relações e das estruturas sociais, tanto em sua origem como em sua transformação, como construções humanas significativas. O cenário de enfoque da pesquisa é a rede municipal de saúde de um município de médio porte do interior paulista, que conta, atualmente, com 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 40 Unidades de ESF como Atenção Básica e apoiadas por equipes de NASF, compostas por nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, profissionais de educação física, psicólogos e assistentes sociais.

As USFs de escolha foram duas unidades que são cenários de prática da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, inclusive de uma das autoras da pesquisa. A escolha destes dois cenários justifica-se pela elevada demanda de apoio direcionada ao NASF para atenção à

saúde mental, com encaminhamentos frequentes dos profissionais, solicitando recursos teóricos e técnicos para as ações em saúde mental local.

Os participantes da pesquisa foram sete usuários adultos, com idade entre 20 e 60 anos, selecionados a partir de uma lista organizada pelas unidades, na qual constavam os usuários que faziam uso de medicações psicotrópicas. Foram incluídos usuários pertencentes a duas Unidades de Saúde da Família que correspondiam à demanda em saúde mental ou diretamente envolvidos em ações de medicalização do sofrimento psíquico. Foram excluídos os pacientes que não estavam dentro da faixa etária estabelecida ou que não caracterizavam esta demanda específica. Além disso, foram excluídos os usuários que apresentavam limitações cognitivas que inviabilizavam a participação na pesquisa ou que se negassem a contribuir com esta. A amostragem foi intencional, em que se procurou, de forma aleatória, definir participantes das duas unidades. O fechamento amostral ocorreu por saturação teórica, que pode ser definido pela não inclusão de novos participantes a partir do momento em que o pesquisador avaliar certa repetição nos dados coletados, respondendo aos objetivos da pesquisa (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Para a coleta de dados, foi utilizada entrevista semiestruturada, contendo dados de identificação (dados sócios demográficos), seguida de uma questão disparadora: “A Sra. poderia me falar sobre sua experiência desde o início de seu adoecimento, incluindo o cuidado desejado e o cuidado recebido pelos serviços e pela equipe de saúde?”. Para auxiliar o desenvolvimento da entrevista, foi utilizado um roteiro, organizado de acordo com os objetivos do estudo. As entrevistas foram realizadas de forma individual e em locais reservados e agendados previamente nas Unidades de Saúde ou no domicílio após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer nº 1.262.715. O projeto também foi aprovado previamente pelo Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa (COMAP), da Secretaria Municipal da Saúde local.

Todos os participantes da pesquisa participaram de forma livre e voluntária, com assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O referencial metodológico utilizado foi a Análise de conteúdo, modalidade temática (BARDIN, 2010; MINAYO, 2007), que consiste em identificar os núcleos de sentido de acordo com o objetivo determinado (MINAYO, 2007). A utilização dessa análise caracteriza-se por três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados com inferência e interpretação. Na primeira fase, a pré-análise, se estabeleceu o primeiro contato com os documentos; no caso, as entrevistas transcritas, com leituras do material obedecendo às regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exaustividade.

Durante a segunda etapa, os dados foram analisados, classificados e categorizados. Nessa etapa, os dados foram analisados, sendo classificados em grandes temáticas definidas por núcleos de sentidos encontrados, nas quais buscou-se a descrição do conteúdo de forma clara. Após essa fase, foi realizado o tratamento dos resultados com inferência e interpretação, em que os dados foram interpretados e analisados criticamente, fazendo uso de um conjunto de técnicas de análise de comunicação e visando obter indicadores que permitam a inferência de conhecimento (BARDIN, 2010).

As participantes da pesquisa foram identificadas pela letra ‘E’, seguida de um numeral (E1 a E7) para garantir o caráter confidencial ou a segurança do anonimato. A ordem numérica não se encontra relacionada com a ordem da realização das entrevistas.

Os temas que emergiram das análises das entrevistas foram: “Determinantes Psicossociais do processo de adoecimento”; “Lógicas implicadas no acesso” e “Acolhimento; Considerações sobre Vínculo e Co-Construção de possibilidades de cuidado”. Como referencial teórico de análise, foram utilizados os modelos de Acolhimento, Clínica Ampliada, PNH, Reforma Psiquiátrica, Matriciamento em Saúde Men-

tal e Apoio Matricial, e Necessidades de Saúde, considerando as diretrizes do NASF, as Políticas Públicas em Saúde e a Psicologia da Saúde.

Os resultados serão apresentados e discutidos a seguir, dispostos inicialmente por uma caracterização dos participantes e das categorias temáticas analisadas sob a luz do referencial teórico proposto.

Caracterização das Participantes

As sete participantes se caracterizaram por estar na faixa etária entre 31 e 58 anos, com média de idade de 49 anos. De forma não intencional, as entrevistadas foram do sexo feminino. Em relação à escolaridade, três mulheres possuíam o primeiro grau incompleto; as outras quatro concluíram o segundo grau, sendo que uma delas possuía o ensino técnico.

No tocante à ocupação, três das mulheres apontaram desenvolver atividades dentro do lar; as outras quatro referiram trabalhar como autônomas, desenvolvendo atividades de manicure, artesã, diarista e vendedora de produtos.

Quanto ao estado civil, seis mulheres declararam estar casadas e uma referiu ser divorciada. A renda familiar das entrevistadas variou de R\$900,00 a R\$7.000,00, com uma média de R\$2.670,00. Nenhuma das entrevistadas morava sozinha, com uma média de três moradores por residência. Em relação à religião, quatro das entrevistadas declararam ser evangélica, e as outras três, católicas.

DETERMINANTES PSICOSSOCIAIS DO PROCESSO DE ADOECIMENTO

A maioria das mulheres relacionou o seu processo saúde-doença ou seu sofrimento a fatos, fases do ciclo da vida, relações de gênero desiguais, conflitos conjugais, afastamento da família, perdas de familiares próximos, violência intrafamiliar e sexual; enunciando,

assim, o que havia de subjetivo, consciente e significativo para elas, como nos casos relatados a seguir:

Sim, desde a infância eu tenho uma família muito turbulenta, pai agressivo, e quando eu digo agressivo, é agressivo de chegar a bater, espancar, e dizer em situações que até mataria a família, sabe? Meu pai não bebia, não fumava, mas eu fui criada nesse ambiente. Ele por si já é uma pessoa super agressiva, a gente não podia sair de casa, sabe, uma infância, uma adolescência bem presa, como presidiários, eu fui criada assim, ai depois que eu casei, eu tive minha vida normal, eu fui conhecer o mundo e depois de oito anos de casada, eu apreciei uma cena na casa dos meus pais, que eu visitava semanalmente, todos os domingos, eu apreciei meu pai espancando minha mãe, na minha frente e do meu esposo, e naquele dia eu surtei. (E06)

É que, quando eu era pequena, eu fui violentada pelo meu cunhado, marido da minha irmã. (E07)

Meu marido e eu, a gente brigava muito, ele aprontava, a minha sogra também judiava muito de mim, eu morava com ela, eu não colocava para fora, então eu fui ingerindo, fui ingerindo. (E02)

Partindo-se da dimensão ético política que a atenção à saúde deve ser construída a partir de uma perspectiva na qual os sujeitos possam falar sobre si, entende-se que o adoecimento se dá a partir da relação do sujeito com seu contexto social, história de vida e os significados que este atribui às situações vivenciadas (BRASIL, 2009).

Como foi visto nos relatos, as mulheres, quando indagadas sobre a relação que faziam entre seu sofrimento e sua história, na sua maioria, construíram um significado, mostrando que o adoecimento não está desconectado de suas vidas e que, quando é dado espaço e importância para isso, elas são capazes de falar por si.

Segundo Onocko-Campos e Campos (2006), essa apropriação do sujeito sobre si e sobre os determinantes do processo saúde-doença estão relacionados ao processo de coprodução de autonomia, possível através do acesso à informação e da utilização desse conhecimento criticamente, de forma que o sujeito tenha elementos para realizar uma reflexão sobre o mundo e sobre si, e agir sobre a sua rede de dependências. Para que esse olhar sobre o sujeito aconteça e esses espaços existam nos serviços de saúde, emerge como necessário o rompimento com a tendência da medicina tradicional em objetificar o sujeito, guiada por uma busca intensa pela racionalidade e cientificidade nas intervenções.

Fala-se da ampliação da clínica e na busca de outro *setting*, colocando o sujeito no centro da relação. Esse movimento chamado de clínica ampliada (BRASIL, 2007) se apresenta como um “novo” modo de fazer, buscando superar as dicotomias existentes na clínica tradicional. Assim, aponta-se para a existência de dois paradigmas em confronto: O Biomédico e o da Ampliação da Clínica, modelos de atenção coexistentes e que se fazem presentes nas práticas e condutas profissionais e, desse modo, também na demanda dos usuários.

Uma crítica importante à clínica tradicional reside no fato de que esta costuma fragmentar o sujeito e não o enxergar de forma total e integral: “[...] [a] clínica coloca o médico em contato com indivíduos completos e concretos, e não com seus órgãos ou funções” (CANGUILHEM, 2009, p. 29).

Nessa tendência de definir objetivamente a saúde por meio de constantes funcionais e médias estatísticas, produz-se o apagamento do corpo subjetivo (CANGUILHEM, 2009). Dor, sofrimento e prazer, referências inevitáveis quando falamos de saúde, só podem ser acessadas pelo discurso do sujeito que as sente, o que indica a necessidade de falar na primeira pessoa, porém o discurso médico insiste em falar na terceira pessoa (CAPONI, 2003). Portanto, é possível afirmar que há uma parte do corpo humano vivo que é inacessível aos outros, podendo ser acessada, pura e exclusivamente, pelo seu titular

(CANGUILHEM, 2009). Assim, pode-se concluir que a forma como a clínica vem sendo feita age de forma a não valorizar o saber do sujeito, reforçando a sua passividade e não atuando, portanto, através da corresponsabilização e de modo a aumentar a autonomia do sujeito (ONOCKO-CAMPOS; CAMPOS, 2006).

LÓGICAS IMPLICADAS NO ACESSO E ACOLHIMENTO

As entrevistadas relataram que o primeiro acesso ocorreu por meio de um profissional médico ao trazerem o percurso pelo qual haviam entrado na Rede de Atenção à Saúde. Além disso, grande parte das entrevistadas deu início ao cuidado com profissionais particulares, sendo eles psiquiatras e clínicos generalistas, que foram indicados por terceiros ou conhecidos e familiares.

Dentre os motivos que as entrevistadas trazem para essa entrada pelo setor privado, encontra-se a dificuldade de acesso devido ao tempo de espera para ser atendido no SUS, como o caso desse relato:

Isso foi no começo porque a gente não queria esperar pelo SUS, porque demora muito. (E02)

Esses resultados e esse relato fazem refletir sobre duas temáticas ligadas entre si, com seus desdobramentos e implicações no processo de cuidado: uma que se refere à dificuldade de acesso e tempo de espera – apesar da entrada da maioria dessas mulheres no sistema de saúde ter ocorrido há muito tempo – e outra que diz respeito ao exercício da clínica, ao olhar e traduzir a demanda do usuário.

A questão apontada ainda é uma realidade do sistema público de saúde, sendo o número de consultas para especialistas ainda insuficiente. Isso pode ser explicado por um gerenciamento que não visa às necessidades de saúde do usuário, mas também desvenda a discussão sobre um acesso que consiga compreender que as necessidades do sujeito vão além do que trazem, muitas vezes, elas aparecem e

são modeladas condicionadas pelas ofertas que os serviços trazem. Como menciona Cecílio “A demanda pode ser por consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames ‘as ofertas mais tradicionalmente percebidas pelos usuários’ as necessidades podem ser bem outras” (2001, p. 116).

Dessa forma, pode-se pensar que essas mulheres, na sua procura pelo médico, estavam em busca da oferta que julgavam ser a mais rápida e possível para o seu sofrimento, corroborando a hipótese da predominância do modelo biomédico, nas ofertas e no imaginário da população que procura por esses serviços. Este fato pode ser esclarecido por Cecílio (2001), quando este afirma completando o que foi discutido acima, em serviços onde impera a lógica biomédica, a patologização da vida e a medicalização do sofrimento psíquico, provavelmente, haverá uma população que demanda por esses serviços e por estas práticas, completando um ciclo vicioso, alimentado pelos profissionais e usuários.

De todas as entrevistadas, apenas uma iniciou o cuidado na Unidade de Saúde da Família, e nesse relato foi possível perceber a importância de outros profissionais envolvidos no cuidado e do acompanhamento longitudinal:

Foi aqui na unidade, a maioria das vezes foi as enfermeiras da unidade, que me medicava, dava um apoio, que conversava, tal, ai depois foi a médica, foi ela que chegou nesse foco depois de idas e vindas pra unidade e alguns exames, algumas consultas com muita frequência ela chegou nesse ponto e disse: Não (Fulana) seu problema é a falta de serotonina no cérebro, por isso que você está tendo tudo isso, foi aonde que deu uma amenizada, agora recente eu fiz um acompanhamento com a psicóloga. (E06)

Esse último relato em contraposição aos outros, que revelam um cuidado médico centrado, aponta para uma importante discussão sobre a importância do acolhimento e do papel de toda a equipe na promoção do cuidado, pois a equipe trabalhando conjuntamente oferece

um rol maior de saberes e práticas para compreender a complexidade apresentada nos atendimentos (CECÍLIO, 2001).

Além disso, a entrevistada fala de um acolhimento, que foi e que pode ser realizado por todos, configurando-se como uma forma de atuação que propõe apoio contínuo a pessoa em todo seu processo de atendimento no serviço, indo além do acesso. Esse encontro entre profissional e usuário, em que as necessidades são negociadas e construídas conjuntamente, buscando a produção do vínculo, está intimamente ligado ao conceito de acesso e acolhimento (CECÍLIO, 2001).

AS POSSIBILIDADES DE VÍNCULO A PARTIR DOS MODELOS DE CUIDADO

No tocante ao cuidado recebido, o médico novamente é o profissional mais mencionado nesse percurso do cuidado. O que chama a atenção nas falas é a representação do cuidado sendo guiada pelo modelo de relação estabelecida. O cuidado pode ser avaliado como satisfatório, positivo, reconhecendo a importância do vínculo, possível através da relação e da terapêutica envolvida, como nesse relato:

[...]Jera uma médica ela tinha o mesmo nome que o meu, e eu fiz um ano de psicanálise, mas sem medicação, só pra dormir, porque eu tinha muita insônia[...]então eu sempre superei, então depois que eu passei por ela, ela sempre falava você enfrenta esse problema com o que tá te fazendo medo hoje, então você vai forçar, você vai fazer, então você vai superar isso, foi superando essas coisas que eu fui, tudo que eu faço é superando o medo, pra mim sair daquela coisa. (E01)

Ao discutir-se este aspecto do cuidado levantado, percebe-se que o termo abrange práticas de saúde que envolvem muitos elementos, isto é, para que as práticas de saúde sejam cuidadosas, está implícito que, nos serviços, ocorra: o acolhimento, a autonomia dos sujeitos envolvidos, as necessidades de saúde, a responsabilização, acessibilidade e afeto. Ele é construído a partir da necessidade de quem demanda o

atendimento e da disponibilidade de quem o recebe, acolhe, escuta, essa relação de vínculo é “[...]a circulação de afeto entre as pessoas a partir da disposição de acolher de uns e da decisão de buscar apoio de outros.” (CAMPOS, 2003, p. 28).

E6 falou sobre o cuidado recebido quando teve acesso ao atendimento psicológico, realizado na Unidade Básica de Saúde, devido à necessidade percebida pela médica:

Como eu nunca tinha passado por psicólogo eu imaginava que eles iriam cobrar algo de mim, falar você tem que mudar alguma coisa na sua rotina, mas não é assim, como que eu vou explicar pra você, eu procurei a psicóloga achando que ela ia fazer algumas cobranças pra mim melhorar, só que foi diferente, ela me ouvia, eu cheguei lá e foi completamente diferente do que eu imaginei, então eu desabafava, eu contava a ela e saía de lá aliviada. Eu fui tirando um pouco de uma carga pesada na minha cabeça, no corpo, mesmo não sendo o que eu achava, que psicólogo teria que por tipo umas regras pra gente, mas não foi nada disso, mas mesmo dela ouvir, fazer com que eu desabafasse, colocasse pra fora o que eu vivi, o que eu sinto, foi legal. (E06).

As usuárias, quando falavam sobre o cuidado baseado nos elementos acolhimento e vínculo, relataram uma relação entre elas e um trabalhador de saúde capaz de construir outras possibilidades de vida e superação. Segundo Merhy (1999), essa abordagem assistencial é produzida através de um trabalho vivo em ato, no qual quando duas pessoas se relacionam “[...]atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes[...]de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação”. (MERHY, 1999, p. 308).

Por outro lado, a outra representação emergente se refere a um cuidado medicamentoso. Percebeu-se que algumas das entrevistadas ao se referirem ao cuidado deram ênfase à medicação, com a expectativa de melhora focada somente na explicação biologicista

do seu sofrimento. Trazem uma concepção que se liga à clínica tradicional, com enfoque biomédico:

[...] porque ela falou assim pra mim eu não sei se eu entendi certo, se é verdade, eu acredito que seja, ela falou que conforme o remédio que você toma para depressão, cada um localiza, um toca no humor, outros tocam em outros fatores que você tá precisando, ela falava assim, esse vai fazer você melhorar no que você tá, no humor, você vai levantar, você vai ficar disposta, vai voltar a ser o que você era. (E03)

[...] eu tô indo bem com ele, mas ele prende um pouco meu intestino, mas ele me deixa bem, nossa ele me deixa super bem, me dá ânimo, me dá pique, sabe, fico animada eu faço as coisas, tenho pensamentos bons, não vem aqueles pensamentos negativos, só que ele me acelera, eu sinto que ele me acelera, mas se eu não tomar ele eu não faço nada, não aguento, me dá um desânimo nossa, e outra tô ficando agora com a minha mãe, eu tenho que tomar remédio. (E04)

Esses discursos trazidos com tanta naturalidade pelas usuárias trazem à luz, um fenômeno chamado de medicalização social, que se configura por ser, “[...] um processo sociocultural complexo que vai transformando em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que eram administrados de outras maneiras, no próprio ambiente familiar e comunitário [...]” (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010, p. 3616).

Como nos traz Carvalho e Dimenstein (2004), esse aumento significativo do consumo de medicamentos, está atrelado a uma indústria farmacêutica lucrativa, mas também a uma necessidade e uma demanda pela prescrição de medicamentos, devido a crença atual de que estes trariam a “tão sonhada” felicidade e o bem-estar, e que os problemas devem ser abolidos de forma rápida. Nesse cenário, o medicamento aparece como a principal ferramenta terapêutica, gerando uma supervalorização do papel e do instrumental tecnológico da Medicina, provocando, cada vez mais, a perda da capacidade das pessoas em buscar alternativas singulares para a resolução de seus problemas.

Salienta-se que a gestão do cuidado em substituição ao reducionismo dos programas de assistência verticalizados, considera o processo de saúde-doença interligados coletivamente, de modo que para alcançar uma nova dimensão, respeitando a subjetividade e impulsionando o protagonismo do usuário, é imprescindível romper com a assistência tecnicista e tradicional, ou seja, “[...]o ato de cuidar perderia parte da dimensão utilitarista[...]” (CUNHA et al., 2017, p. 18) tornando tangível a incorporação de determinantes sociais, o reconhecimento do indivíduo, e especialmente, a responsabilização da pessoa na construção do seu próprio destino.

Além disso, percebe-se como as práticas de saúde que não visam o empoderamento e a autonomia das mulheres, promovem o enfraquecimento desse saber e do protagonismo no cuidado/tratamento. Para exemplificar, uma usuária traz a compreensão terapêutica de sua melhora, no entanto, ressalta a importância dada ao saber do profissional de saúde, enfatizando o cuidado medicamentoso, como a prática primordial que não poderia ser abandonada no cuidado:

Eu procurei um psiquiatra muito bom, graças a Deus ele foi muito bom para mim, ele foi muito, muito bom[...] porque ele falou assim, ele sentava ali e conversava com você, fazia por tudo pra fora, entendeu? Ai ele falou pra mim, me explicou que essas coisas eu tinha que por pra fora, você não pode guardar, e ele falou para mim que 90% das pessoas quando veem que tão melhorando abandonam o medicamento depende muito da gente. Então assim, eu nunca parei, nunca fui assim de arriscar parar com o medicamento, tem uns que param mesmo e quando voltam, volta pior né? Então é isso. (E02)

Essa mesma usuária refere que toma o medicamento há muitos anos e que gostaria de diminuir a medicação. Mas, quando questionada se ela havia falado desse desejo e dúvida com o médico, indignada, responde:

Não, por que acho assim, a gente é paciente e acho que quem deve ver isso é o médico você entendeu, por isso que eu não

falei nada, e outra, eu não questiono médico, eu acho que quem tem que entender disso é o próprio médico não é a gente. (E02)

É importante questionar as relações até então colocadas, baseadas no saber poder, mediadas pela relação e por uma conduta padrão em resposta a diferentes situações trazidas, esse modelo prescritivo, no qual o profissional de saúde se coloca em um lugar de autoridade e com um saber inquestionável e inabalável a quem se deve respeito e obediência, não proporciona espaço para o saber e conhecimento de si (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004).

CO-CONSTRUÇÃO DE POSSIBILIDADES DE CUIDADO

Ao serem questionadas sobre as estratégias que achavam importantes para o cuidado em Saúde Mental na USF, a maior parte das entrevistadas levantaram ideias de estratégias coletivas, como reuniões ou grupos conduzidos por profissionais, grupo de trocas de experiências e de vivências, em que os usuários tivessem uma identificação, um sofrimento em comum, como nesse relato:

[...]Je também se o médico chamasse todas as pessoas que tem esse transtorno né, que tem essa doença mental e fazer uma reunião conosco né? Cada um compartilhando o que já fez, viveu o que melhorou, o que tá passando, acho que também ajuda, ver que outras pessoas tem o mesmo problema. Que já deram a volta por cima é um testemunho que a pessoa dá de vida né, porque é difícil para gente que passa, igual eu tive esse transtorno psicótico né, é difícil você sair daquilo né, porque naquele momento aquilo lá é uma verdade para você, você vive dentro daquilo, como se fosse uma realidade. Tem pessoas que não conseguem sair desse quadro né, fica alucinando né, tendo visões, porque o medicamento ele dá um suporte, mas cinquenta por cento tem que ser você e 50 a medicação, porque se você não se ajudar. (E07)

Falaram sobre a sensação de pertencimento mobilizada pela configuração grupal, além de maior compreensão, entendimento mútuo e trocas de experiências:

[...]Jeu acho que é uma coisa que a saúde deveria oferecer, um grupo, fazer um grupo de pessoas que tenham um mesmo problema, assistido por uma psicóloga, é muito importante, ali naquele grupo, naquele momento, é todo mundo igual, todo mundo tem a mesma coisa, e todo mundo tem alguma coisa pra falar, alguma coisa pra oferecer, tanto de bom quanto de ruim né, mas é muito mais de bom né, são experiências que também viveu, eu descobri que não era só eu que tinha aquilo, então foi muito bom descobrir que tinham pessoas que também tinham os mesmo sintomas, que sentiam as mesmas coisas, entendeu, porque dá impressão que você está morrendo com aquilo, que aquilo é só seu, e não é né tem outras pessoas que também sentem, e formas de ajuda, posso fazer isso, posso fazer aquilo, eu acho interessante isso. (E04)

Sugeriram também grupos específicos de atividades manuais, como o crochê, e grupos de convivência, como relatado abaixo:

[...]Jeu quero muito aprender a fazer crochê, eu não fazia antes porque tinha um problema de visão muito sério, perdi a visão esquerda, mas depois foi por um milagre de Deus eu voltei a enxergar, então eu posso tirar uma carta, eu posso fazer de tudo agora, então assim eu queria aprender a fazer crochê, uma coisa boa né? (E02)

Além das conformações grupais, uma usuária fala sobre a possibilidade de especialistas que atendessem a população, priorizando as áreas médicas de maior demanda:

No postinho eu sinto falta de especialidades, médicos especialistas né, só clínico geral eu acho que fica muito vago, eu acho que teria que ter uns 3 médicos assim para atender a população nas áreas que mais afetam, naquela região ali

que tem mais caso de puérpera, um ginecologista né, onde tem maior parte de saúde mental, um psiquiatra. (E07)

Essa usuária traz como sugestão, que se adote um modelo parecido com o que seria a Unidade Básica de Saúde (UBS), ao sugerir que na unidade tenham médicos especialistas. Essa possibilidade não está prevista na Atenção Primária tendo em vista a atual conformação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), mas é uma discussão importante. Na proposta atual o que se apresenta para dar resposta a essas demandas que extrapolam o saber da equipe mínima de saúde da família é o Apoio Matricial, que seria uma ferramenta para agenciar a instrumentalização das equipes, promovendo também a ampliação da clínica, pois muitas vezes a produção excessiva de encaminhamentos, às diversas especialidades, fragmenta o trabalho e despersonaliza o cuidado, que na USF pode ser feito de forma contextualizada.

Ao acessar esses discursos, vimos que eles apontam predominantemente para o desenvolvimento de tecnologias, que Merhy (2005) classifica como “leves”, referentes a produção de vínculo, acolhimento, uma nova forma de gerir e organizar os processos de trabalho. Isso pode ser percebido quando as usuárias sugerem os grupos, as ações de educação em saúde, os espaços de socialização, oficinas terapêuticas (práticas de atividades manuais) e autocuidado, como possibilidades de cuidado em Saúde Mental.

O modo como devem ser desenvolvidas estas atividades vai ao encontro da descrição das taxonomias de necessidades de saúde, proposta por Cecílio e Matsumoto (2006), quando colocam que o trabalho terapêutico deve ter como objetivo aumentar a capacidade de autonomia do usuário, concebendo o indivíduo como sujeito com condições de escolher seu modo de conduzir a vida.

Quatro das mulheres referiram já ter tido experiência em grupo anteriormente, e três delas descreveram experiências positivas, de encontro de pessoas, trocas, aprendizados, acolhimento, sentimento de pertencimento, e o grupo promove a mescla de mundos distin-

tos, transformando o singular no plural, se antes ouvia-se o outro, no grupo ouve-se outros (BARROS, 1997). Essa possibilidade de enunciar seus desejos e construir estratégias demonstra um caminho que segue em direção a práticas que visam o empoderamento e ao reconhecimento ou construção da autonomia.

Por outro lado, houve duas usuárias que disseram que não gostariam de participar de nenhuma atividade na USF. Uma justifica não sentir disposição para nenhuma socialização, atribuindo ao seu estado emocional:

[...]Por enquanto eu não tenho vontade de conversar com ninguém, sabe, que nem pra marcar consulta, tinha que passar por reunião ali, e eu não gostava de passar por reunião, e eu dizia, marca com a doutora, que eu não queria participar da reunião, então eu me fecho muito sabe, eu comentava com a doutora, que eu queria que existisse um remédio assim pra ficar bem, mas é a longo prazo né? (E05)

Em outro caso, a entrevistada inicia falando sobre a importância do psicólogo, salientando que a medicação é a estratégia mais importante, imprescindível, acrescentando que viveu experiência negativa prévia com o formato coletivo de atendimento, esclarecendo que não sentia confiança em colocar suas questões em grupo:

[...]Então o psicólogo é importante (pausa), mas você realmente, não tá tendo, eu não estou pegando medicamento. Desde janeiro, desde dezembro, não tem medicamento, aí eu fui e peguei a receita, eu posso, graças a Deus ir lá e comprar, mas é um medicamento meio caro, e quem não pode, quem não pode tá sem, então revolta, então uma coisa mais importante é isso, você ter o medicamento, o mais importante, não pode faltar o medicamento, sabe, porque o dinheiro a gente sabe que tem. (E03)

Nesses casos em que o sujeito está passando por um momento em que não consegue ver possibilidades, ou que sobrepuja a importância da medicação a todas as outras formas de cuidado, sem referir experiências

positivas no cuidado ou nem sequer vislumbrá-las, é importante nos atentarmos para o significado dessas informações sobre o cuidado ofertado. Mesmo que pensado e construído de forma a promover a autonomia, o empoderamento, vínculo e confiança, nunca atingirá todas as pessoas. O novo modo de fazer clínica propõe uma mudança de olhar para além do que o sujeito apresenta de igual - a sintomatologia objetiva das doenças e o diagnóstico de modo que enxerguemos o que ele apresenta de diferente, de subjetivo, vivências, relatos verbais e não verbais, sinais e sintomas que se expressam apenas nele (BRASIL, 2009).

Dessa forma, a clínica ampliada busca ver os sujeitos de modo singular, assumindo a responsabilidade pelos usuários dos serviços de saúde e buscando ajuda em outros setores quando necessário, abrindo diversas possibilidades de intervenção. Para estruturar essas ações e viabilizar amplo olhar para os sujeitos e coletivos, existe o Projeto Terapêutico Singular (PTS), um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, a partir de uma discussão coletiva.

Foi bastante usado em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe, valorizando outros aspectos além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários. Na sua construção todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e definir propostas de ações. O PTS é uma ferramenta gerencial, por proporcionar um espaço coletivo, no qual os trabalhadores podem falar de seu sofrimento e dificuldades para lidar com determinada situação (BRASIL, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao olhar para os processos de saúde presentes, identificou-se o quanto existiam pessoas nos territórios, sozinhas com suas dores, sofrimentos, angústias e histórias. Na relação de respeito e afeto construído a partir do contato entre a pesquisadora e as participantes, momento definido por um encontro, a possibilidade de acolher

aquele outro e valorizar sua história, foi adotada desde a primeira entrevista. Por isso, quando perguntavam: “eu não sei se é isso que você quer saber, se quiser posso parar de falar”, foi esclarecido que aquele era um momento de dar voz ao que consideravam ser importante para seu processo. Nessa relação com o outro, ao entrar em contato com o que existe de singular em suas vidas, foi possível refletir sobre as suas dificuldades, seus desejos, com vistas a atingir novos caminhos e perspectivas de vida.

Assim, foi percebido que essas mulheres possuíam o conhecimento sobre si, elas puderam falar por elas mesmas e fazer a conexão entre suas vivências e seu sofrimento, trazendo à tona recursos para participação do processo de cuidado que contempla uma clínica ampliada. No entanto, quando relatam sobre o caminho percorrido em busca de ajuda pelo seu sofrimento, a procura esteve dirigida a um médico, por meio do atendimento individual, demonstrando um modelo de cuidado biomédico, fragmentado, sem entender de forma ampliada a complexidade de sentidos possíveis para a “queixa” trazida.

E, dentro dessa perspectiva, é importante ressaltar a riqueza dessa relação produtora de autonomia para a clínica, em que, por meio do vínculo, pode-se desenhar um campo de propostas terapêuticas. Isso ficou evidente no momento da construção de propostas como possibilidades de estratégias coletivas, nas quais estava presente a demanda por relações, encontros, aprendizados, trocas, pertencer a um grupo, reconhecer e compartilhar vivências, um desejo em considerar a alteridade e a constituição de uma rede de suporte. Esses relatos apontam para o desenvolvimento de estratégias que estejam implicadas com o fortalecimento dos usuários consigo, mas também pensando em estratégias preventivas e promotoras de saúde para o coletivo.

Nesse sentido, essa pesquisa reforça a importância da criação de condições, de espaços que possibilitem construir novos sentidos para

o cotidiano das pessoas em sofrimento, estimulando a capacidade de cada um instituir normas que amplie suas perspectivas.

A clínica com enfoque no sujeito e sua subjetividade, produtora (e reconhecedora) da autonomia, corresponsabilização e empoderamento tem que ser realizada em cogestão entre usuários e profissionais. Só é possível construir práticas a partir da necessidade de para quem elas são feitas, ou seja, a partir do usuário. Todo o arsenal teórico existente sobre saúde, organização do processo de trabalho, gestão da clínica, protocolos e manuais, tudo isso não se sustenta sem a micropolítica que devemos exercer no cotidiano, no investimento para criação de espaços de escuta, vínculo, coprodução de autonomia e corresponsabilização, ocorram eles, na rua, no consultório, na recepção ou no centro comunitário. É preciso aprender a fazer com a força e potência do usuário, chamando-o para construir junto modos de viver a vida: possíveis, autônomos e singulares, não capturados em práticas exclusivamente medicalizantes.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2010.

BARROS, R. D. B. Dispositivos em ação: o grupo. In: SILVA, A. E. et al. (Org.). **Saúde Loucura** 6. São Paulo: Hucitec, p.183-191, 1997.

BOSSATO, H. R.; DUTRA, V. F. D.; AZEVEDO, A. L. de; CAVALCANTI, P. C. da S.; LOYOLA, C. M. D.; OLIVEIRA, R. M. P. de. Protagonismo do usuário na assistência em saúde mental: uma pesquisa em base de dados. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 58, p. 95-121, jan-jun., 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1150759>. Acesso em: 05 jul. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 07 jun. 2021.

BRASIL. Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF]. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 24 jan. 2008. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-154.htm>. Acesso em: Acesso em: 07 jun. 2021.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. [Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)]. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017. p. 68.

BRASIL. In: CHIAVERINI, D. H. et al (org). Brasília, DF: **Ministério da Saúde**: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 236 p. 2011.

BRASIL. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília. Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. 2005.

BRASIL. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**: clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciê. Saúde Coletiva**, RJ, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde paidéia**. SP: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G.W.S. DOMITTI, A.C. **Apoio matricial e equipe de referência**: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. In: **Cad. Saúde Pública**, RJ, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. rev., RJ: Forense Universitária, 2009.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. (Org.) **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 55-77, 2003.

CARVALHO, L. F.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. **Estudo Psicol.** Natal, v. 9, n.1, p. 121-129, 2004.

CECILIO, L. C. O. et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. In: **Cad. Saúde Pública**. RJ, v. 30, n.7, p.1502-1514, jul., 2014.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO R, MATTOS R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. RJ: IMS, p. 113-126, 2001.

CECÍLIO, L. C. O.; MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (Org.) **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. RJ: Cepsc, IMS, Uerj, Educs, p.37-50, 2006.

COSTA, D. F. C.; PAULON, S.M. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo Social. **Saúde debate**, RJ, v.36, n.95, p.575-82, dez., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a09v36n95.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2021.

CUNHA, A. T. R.; VILAR, R. L. A.; MELO, R. H. V.; SILVA, A. B.; RODRIGUES, M. P. Percepções de usuários sobre humanização na estratégia saúde da família: um estudo ancorado na Teoria da Dádiva. **Revista Ciência Plural**, 2017, v.3, n. 3, p. 16-31. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/13094/9350>. Acesso em: 05 jul. 2021.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde Mental na Atenção Básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciênc. coletiva**, v. 14, n. 1, p. 129-138, fev, 2009.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**. RJ, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan., 2008.

JORGE, M.S.B.; LIMA, L. L.; PENHA, J. C. Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.24, n.1, p.112-120, mar., 2015. Disponível: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Cv8N9pGTPk8Qjc-dHP9hnKsq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 jul. 2021.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais, **Ciênc. saúde coletiva**, v.4 n.2 RJ, p. 305-314, 1999.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface**: Botucatu, v. 9, n. 16, p.161-177, fev. 2005. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/MERHY,%20Emerson%20Elias/1010>. Acesso em: 07 jun. 2021.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. SP: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2021.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, p. 669-688, 2006.

Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde** (OMS/WHO) 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 07 jun. 2021.

TESSER, C. D.; NETO, P. P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**; p.3615-3624, 2010.

ABUSO SEXUAL INFANTIL: REVISÃO DA LITERATURA SOBRE INTERVENÇÕES DA CLÍNICA PSICANALÍTICA

Fernanda Pastirik Martins¹
Camila Mugnai Vieira

INTRODUÇÃO

Segundo o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2002, todo ano mais de um milhão de pessoas perdem suas vidas e muitas outras sofrem lesões não fatais, resultantes de violência autoinfligida², interpessoal ou coletiva, evidenciando que a violência está entre as principais causas de morte relacionadas à faixa etária de 15 a 44 anos (OMS, 2002).

A OMS faz a associação da intencionalidade com a prática do ato propriamente dito, independentemente do resultado produzido, quando define violência como sendo:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002, p. 5).

A Assembleia Mundial da Saúde, mediante a declaração da resolução WHA 49.25 de 1996, que indica a violência como um dos principais problemas de saúde pública, solicitou à OMS o desenvolvimento de uma tipologia da violência caracterizando-a, assim como, os vínculos existentes entre os mesmos.

¹ Agradecimento ao Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo/Famema

² Direcionadas a si mesmo.

A tipologia desenvolvida divide-se em três categorias, seguindo o padrão de quem comete o ato de violência, sendo estas divisões: 1) violência autoinfligida, sendo subdividida em comportamento suicida e autoabuso³; 2) violência interpessoal, sendo subdividida em violência da família e de parceiro íntimo, 3) violência comunitária⁴; e 4) violência coletiva, sendo subdividida em violência social, política e econômica (OMS, 2002).

A OMS (2002) faz a divisão da natureza dos atos violentos, em: 1) violência física; 2) violência sexual; 3) violência psicológica; e 4) violência envolvendo privação ou negligência.

Segundo o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2002), a violência sexual é definida como:

Qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejados, ou atos direcionados ao tráfico sexual ou, de alguma forma, voltados contra a sexualidade de uma pessoa usando a coação, praticados por qualquer pessoa independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer cenário, inclusive em casa e no trabalho, mas não limitado a eles. A coação pode abranger diversos graus de força. Além da força física, ela pode envolver intimidação psicológica, chantagem ou outras ameaças - por exemplo, a ameaça de dano físico, de ser demitida de um emprego ou de não obter um emprego. A coação também pode ocorrer quando a pessoa agredida é incapaz de dar seu consentimento, por exemplo, enquanto está embriagada, drogada, adormecida, ou é mentalmente incapaz de entender a situação. A violência sexual inclui o estupro, definido como a penetração forçada - fisicamente ou por meio de alguma outra coação, mesmo que sutil - da vulva ou do ânus, utilizando o pênis, outras partes do corpo ou um objeto. A tentativa de fazê-lo é conhe-

³ O primeiro inclui pensamentos suicidas, tentativas de suicídio e suicídio completado, o segundo inclui atos como a automutilação.

⁴ A violência interpessoal ocorre em grande parte entre os membros da família e parceiro íntimos, normalmente, mas não exclusivamente, dentro de casa, e a violência comunitária ocorre entre pessoas sem laços de parentesco (consanguíneo ou não), e que podem conhecer-se ou não, geralmente fora de casa.

cida por estupro tentado. O estupro de uma pessoa cometido por dois ou mais perpetradores é conhecido como estupro cometido por gangue. A violência sexual pode incluir outras formas de agressão, envolvendo um órgão sexual, inclusive o contato forçado entre a boca e o pênis, a vulva ou o ânus (2002, p. 147).

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde de 2002, traz formas e contextos de violência sexual, e realiza a seguinte divisão (OMS, 2002, p. 147-148):

Estupro dentro do casamento ou namoro; estupro cometido por estranhos; estupro sistemático durante conflito armado; investidas sexuais indesejadas ou assédio sexual, inclusive exigência de sexo como pagamento de favores; abuso sexual de pessoas mental ou fisicamente incapazes; abuso sexual de crianças; casamento ou coabitação forçados, inclusive casamento de crianças; negação ao direito de usar anticoncepcionais ou adotar outras medidas de proteção contra doenças sexualmente transmitidas; aborto forçado; atos violentos contra a integridade sexual das mulheres, inclusive mutilação genital feminina e exames obrigatórios de virgindade; e prostituição forçada e tráfico de pessoas com fins de exploração sexual.

O abuso sexual infantil, segundo a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (ABRAPIA), é definido como:

O abuso sexual é uma situação em que uma criança ou adolescente é usado para gratificação sexual de um adulto ou mesmo de um adolescente mais velho, baseado em uma relação de poder que pode incluir desde carícias, manipulação da genitália, mama ou ânus, exploração sexual, “voyeurismo”⁵, pornografia e exibicionismo,

⁵Segundo a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas, voyeurismo é uma tendência recorrente ou persistente a olhar pessoas envolvidas em comportamentos sexuais ou íntimos, tais como despir-se, isso usualmente leva à excitação sexual e masturbação e é realizado sem que a pessoa observada tome conhecimento.

até o ato sexual com ou sem penetração, com ou sem violência física (ABRAPIA, 2002, p. 8).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990, define no Art. 4, Inc. III: “violência sexual, entendida como qualquer conduta que constranja a criança ou o adolescente a praticar ou presenciar conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso⁶, inclusive exposição do corpo em foto ou vídeo por meio eletrônico ou não” (BRASIL, 2017, p. 182).

Diante da definição é possível identificar que o abuso sexual se divide em: abuso sexual sem contato físico e abuso sexual com contato físico.

Segundo a ABRAPIA (2002, p. 9), dentro do grupo referente ao abuso sexual sem contato físico, existem algumas formas, sendo elas:

Abuso sexual verbal: conversas abertas sobre atividades sexuais destinadas a despertar o interesse ou a chocar; telefonemas obscenos: prevalentemente realizado por adultos, especialmente do sexo masculino, podendo gerar ansiedade na criança, no adolescente e na família exibicionismo: obtém como intenção chocar a vítima, o exibicionista é, em parte, motivado por esta reação, a experiência pode ser assustadora para a vítima.; voyeurismo: gratificação através da observação de atos ou órgãos sexuais de outras pessoas; e outros: mostrar para crianças fotos ou vídeos pornográficos, como também, fotografar crianças nuas ou em posições sedutoras com objetivos sexuais.

A ABRAPIA (2002, p. 10), relata outras formas agora em referência ao abuso sexual com contato físico:

Atos físicos-genitais: incluem relações sexuais com penetração vaginal, tentativa de relações sexuais, carícias nos órgãos genitais, masturbação, sexo oral e penetração

⁶ Todos os atos que implicam contato da boca com o pênis, com a vagina, com os seios ou com o ânus, os que implicam manipulação erótica destes mesmos órgãos pelo respectivo parceiro, os que implicam introdução do pênis no ânus ou no contato do pênis com os seios, e os que implicam masturbação mútua.

anal; e pornografia e prostituição⁷: são essencialmente casos de exploração sexual visando fins econômicos.

A ABRAPIA ainda traz algumas terminologias sobre o abuso sexual infantil, como: atentado violento ao pudor, que se caracteriza como o ato de constranger alguém a praticar atos libidinosos, sem penetração vaginal, utilizando violência ou grave ameaça; incesto, sendo a relação de caráter sexual quando existe um laço familiar, direto ou não, ou mesmo uma relação de responsabilidade; assédio sexual, caracterizado por propostas de contato sexual, fazendo uso da posição de poder do agente sobre a vítima (ABRAPIA, 2002).

Outra diferenciação acerca do abuso sexual é relacionada ao contexto em que ocorre, se é familiar ou não, sendo: intrafamiliar, caracterizado pela relação incestuosa, que representa a maioria dos casos, nos quais os principais responsáveis por tais atos podem ser, por exemplo, pai, padrasto, tio e avós; e o abuso sexual extrafamiliar, em que o abusador não é um familiar, porém na maioria das vezes, também é alguém que a vítima já conhece, tendo relação de confiança e afetividade.

Diversos documentos nacionais e internacionais dispõem sobre a proteção da criança e do adolescente contra qualquer forma de abuso sexual e determinam penalidades, não apenas para os que praticam o ato, mas também para aqueles que se omitem de realizar notificações de suspeitas e denúncias da situação constata. Dentre eles, estão o ECA (1990), a Constituição Federal de 1988, o Código Penal Decreto-Lei nº 2.848, de 1940, a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança de 1989 e a Declaração dos Direitos da Criança de 1959.

As vivências de abuso sexual geram intensas repercussões nas vítimas, segundo o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da OMS de 2002, “a debilitação da saúde causada por abuso infantil constitui uma parcela significativa da carga global de doenças” (OMS, 2002, p. 69).

⁷ A terminologia prostituição é considerada inadequada, já que crianças não se prostituem e sim são prostituídas.

O Protocolo de Atenção Integral a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência de 2012, relata os danos causados por estas vivências, em que os “maus-tratos na infância não provocam apenas traumas psicológicos reversíveis, mas também danos permanentes no desenvolvimento e funções cerebrais” (UNICEF, 2012, prólogo).

A ABRAPIA (2002, p. 46), cita algumas mudanças súbitas e permanentes no comportamento das vítimas, como:

Altos níveis de ansiedade; imagem corporal distorcida; sentimento de menos-valia; distúrbio no sono; distúrbio na alimentação; enurese noturna; comportamento agressivos, apático ou isolado; regressão a um comportamento infantilizado; comportamento sexualmente explícito; desconfiança; ideia e tentativas de suicídio; autoflagelação; choro sem causa aparente; fugas de casa; e dificuldade de concentração, entre outros.

Segundo o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da OMS de 2002, “existem evidências de que a maior parte das doenças encontradas nos adultos - inclusive cardiopatia isquêmica, câncer, doença pulmonar crônica, síndrome do intestino irritável e fibromialgia - estão relacionadas a experiências de abuso durante a infância.”. Ainda relata que outras vítimas “apresentam graves sintomas psiquiátricos, como depressão, ansiedade, abuso de substâncias, agressão, sentimento de vergonha ou enfraquecimento cognitivo” (OMS, 2002, p. 69).

Em função disto, medidas de suporte emocional e social à criança e ao adolescente vítima de abuso sexual e aos seus familiares devem ser proporcionadas pelos órgãos oficiais de proteção. São necessários atendimentos especializados de equipes multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, agentes comunitários, entre outros.

O Protocolo de Atenção Integral a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência de 2012, traz sobre o apoio psicológico ao citar que:

Diz respeito aos aspectos emocionais que a criança/adolescente, seus pais e familiares tenham em relação

à violência sofrida. Todos poderão necessitar receber apoio psicológico. O apoio psicológico visa proporcionar uma experiência terapêutica (trabalhar a autoestima, o processo de percepção, valores e a identidade de si mesma e em relação ao adulto, entre outros), a fim de minimizar o impacto e os efeitos negativos do acontecimento traumático (UNICEF, 2012, p. 42).

O atendimento psicanalítico é uma das possibilidades de suporte para a vítima de abuso sexual. A constituição da clínica psicanalítica infantil percorreu um caminho até sua estruturação como a temos atualmente, assim como o conceito de infância foi se modificando.

Segundo Costa (2010), a análise com crianças teve seu ponto de partida com o caso do pequeno Hans, publicado por Sigmund Freud em 1909, sendo caracterizado pela mediação de Max Graf, pai do pequeno Hans, com Sigmund Freud que o supervisionava, encontrando-o efetivamente apenas uma única vez.

Costa (2010) relata que Sigmund Freud ao analisar o Pequeno Hans, pretendia comprovar seus estudos sobre a sexualidade infantil escrito em *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade* de 1905. Com este estudo, Sigmund Freud demonstrou que a realidade psíquica da criança se assemelha à do adulto em suas angústias, fantasias e desejos.

Um fundamento técnico da clínica psicanalítica adulta é a utilização da associação livre⁸, entretanto, para o atendimento infantil se fez mais efetivo a utilização do recurso lúdico, uma vez percebido que por este meio a criança conseguia expressar seu mundo emocional, “se deixarmos a criança livre, ela brinca com o que encontrar à sua frente, sendo esse o modo natural de se expressar” (COSTA, 2010, p. 19).

⁸Método que consiste em exprimir indiscriminadamente todos os pensamentos que ocorrem ao espírito, quer a partir de um elemento dado (palavra, número, imagem de um sonho, qualquer representação), quer de forma espontânea.

Sigmund Freud, em 1908, no artigo “O poeta e o fantasiar” introduziu a ideia de que a brincadeira da criança corresponde à fantasia⁹ no adulto.

Entre 1920 e 1940, a psicanálise infantil se desenvolveu com as primeiras analistas, Hermine von Hug-Hellmuth, Anna Freud e Melanie Klein.

Segundo Costa (2010), Hermine Von Hug-Hellmuth tinha como prática a visita domiciliar, com o objetivo de observar as crianças em suas atividades lúdicas, em análise fazia uso de jogos e desenhos, pois estes seriam recursos para elaboração de situações difíceis e traumáticas. No entanto, desaprovava a análise em crianças muito pequenas, as quais ainda não tinham passado pela fase do Complexo de Édipo¹⁰. Sua prática era influenciada por questões pedagógicas.

Segundo Aberastury (1982) e Costa (2010), Anna Freud tinha um posicionamento pedagógico, estudava o comportamento infantil no jardim de infância, pesquisava quais eram os brinquedos mais utilizados nas diferentes etapas do desenvolvimento, considerava que crianças não tinham a capacidade de realizar a transferência¹¹. Realizando previamente um trabalho não analítico, considerava que as crianças não tinham consciência de sua enfermidade, trabalhava na conquista da confiança da criança e fazendo uso apenas da transferência positiva.

Em contraponto ao postulado por Anna Freud, Melanie Klein (1934), refere que a capacidade de transferência surge espontaneamente na criança, devendo esta ser interpretada, tanto a transferência positiva como a negativa, desde o primeiro momento, como o analista não deve assumir o papel de educador.

⁹ Roteiro imaginário em que o sujeito está presente e que representa, de modo mais ou menos deformado pelos processos defensivos, a realização de um desejo e, em última análise, de um desejo inconsciente.

¹⁰ Conjunto organizado de desejos amorosos e hostis que a criança sente em relação aos pais. Sob a forma dita positiva, o complexo apresenta-se como a história de Édipo-Rei: desejo da morte do rival que é a personagem do mesmo sexo e desejo sexual pela personagem do sexo oposto. Sob a sua forma negativa, apresenta-se de modo inverso: amor pelo progenitor do mesmo sexo e ódio ciumento ao progenitor do sexo oposto. Na realidade, essas duas formas encontram-se em graus diversos na chamada forma completa do complexo de Édipo.

¹¹ Designa em psicanálise o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles, e eminentemente, no quadro da relação analítica

Assim como, funda sua técnica de análise embasada pela atividade lúdica, a qual “foi considerada por ela a expressão simbólica da fantasia inconsciente. Ela afirmou que pelas brincadeiras a criança traduz de modo simbólico suas fantasias, seus desejos e suas experiências vividas” (COSTA, 2010, p. 30).

Melanie Klein, em 1927, no X Congresso Internacional de Innsbruck, apresentou o artigo “Os estágios precoces do conflito edipiano”, trazendo a noção de que o conflito edipiano tem origem por volta dos seis meses de idade, “logo, chegou-se à conclusão de que o Édipo e o supereu existiam desde a mais tenra idade tendo suas raízes muito antes da segunda fase oral, o que aponta uma estruturação muito precoce do aparelho psíquico” (COSTA, 2010, p. 33).

Ainda segundo Klein, as relações no início da vida se dão de forma não integrada, “logo, ela considerava os mecanismos de projeção¹² e introjeção¹³ básicos a todos os processos correlatos à construção do mundo interno de objetos, do eu e do supereu” (COSTA, 2010, p. 33).

Para ela o campo de ação do psicanalista é o das fantasias inconscientes, o que a diferencia de qualquer abordagem pedagógica — lugar ocupado por Anna Freud — no sentido de não buscar conduzir a criança quanto às identificações valorizadas pelo analista, mas permitir que ela consiga atingir plena capacidade de expressão de suas potencialidades (COSTA, 2010, p. 34).

Melanie Klein coloca ênfase de sua teoria sobre o mundo interno da criança, que se constitui desde seu nascimento, como um sistema integrado. É uma perspectiva estrutural da concepção do sujeito, destacando duas posições: a posição esquizoparanóide e a posição depressiva.

Segundo Melanie Klein (1946-1963), a posição esquizoparanóide se dá do nascimento aos seis meses, obtendo como característica

¹² Operação pela qual o sujeito expulsa de si e localiza no outro – pessoa ou coisa – qualidades, sentimentos, desejos e mesmo “objetos” que ele desconhece ou recusa nele.

¹³ Processo evidenciado pela investigação analítica. O sujeito faz passar, de um modo fantástico, de “fora” para “dentro”, objeto e qualidades inerentes a esses objetos.

o desenvolvimento do eu, sendo este pelo processo de introjeção e projeção, onde a primeira relação de objeto é estabelecida com o seio, sendo este bom ou mal, neste momento os impulsos destrutivos e a angústia persecutória estão acentuados, como o processo de onipotência, idealização, negação e controle interno e externo.

Nesta posição, a criança não obtém a concepção de um terceiro de forma total, o mesmo se relaciona com objetos parciais, assim como, não apresenta a vivência de ambivalência, uma vez que está cindido, demonstrando medo de aniquilação em decorrência da persecutoriedade.

Outro processo apresentado por Melanie Klein (1946-1963) é a posição depressiva iniciando no segundo trimestre do primeiro ano, com a ocorrendo de mudanças no psiquismo da criança apontando o desenvolvimento do eu. A relação da criança com o mundo externo passa a ser diferente, aumentando a capacidade de se expressar emocionalmente e de se comunicar, sua organização sexual avança e os impulsos e desejos orais predominam neste período, como as uretrais, anais e genitais.

É nesta posição que a criança reconhece terceiros como objeto total, separado dele e passa a vivenciar a ambivalência.

Em toda sua teoria, Melanie Klein faz o resgate do lugar da criança no discurso psicanalítico, dando ênfase no brincar.

Sigal (2011) entende o brincar como o “campo de experiência, com alto valor criativo e reconhecimento da realidade”. Segundo Duarte:

crianças diferentes ou a mesma criança, em situações diversas, falam através de desenhos, do brincar e do jogar, com todo seu corpo. Em gestos, expressões faciais, olhares, ruídos, escolhas de objetos, espaços e tempos, o processo de comunicação vai ocorrendo (DUARTE, 2010, p. 141).

Duarte (2010, p. 141) relata que o brincar se assemelha ao sonho, pois “através da atividade lúdica há a revelação de fantasias, e pela forma como são executadas mostram como funciona o indivíduo que sonha e brinca”, sendo o brincar a linguagem através da qual a criança demonstra o que ocorre em seu mundo interno, Duarte reafirma isto

ao dizer que “o brincar equivale à linguagem verbal, ao símbolo, que ao mesmo tempo mostra, revela e esconde, resistindo, ou seja, ao resistir mostra escondendo” (DUARTE, 2010, p. 142).

Sendo assim, a atividade lúdica pode demonstrar aspectos mais primitivos da criança, trazer questões subjetivas as quais não seriam possíveis alcançar nesta etapa do desenvolvimento se não por meio deste recurso.

o brincar abrange a comunicação não-verbal e a pré-verbal, e pode, então, ser o equivalente à metáfora em um estágio primitivo, no qual ainda as palavras não são capazes de substituir as ideias, e o pensamento se manifesta de modo quase que concreto (DUARTE, 2010, p. 143).

Segundo Duarte (2010, p. 143), “o brincar está ligado à constituição subjetiva.”, pois dá a possibilidade de que a criança experiencie o mundo, ofertando a possibilidade de dominar seus medos, angústias e elaboração de conflitos internos, o brincar “nos indica como acontece o desenvolvimento e nos aponta não só para os avanços e progressos, mas também para as inibições, as dificuldades e as patologias” (DUARTE, 2010, p. 143).

No brincar “a linguagem é usada com menor repressão. Sendo assim, o acesso ao inconsciente é mais direto, com menos barreiras” (DUARTE, 2010, p. 150). Este é um ponto importante para o atendimento de crianças vítimas de abuso sexual pois possibilita que seja identificado e possível de ser trabalhado o processo de elaboração desta situação, propiciando um desenvolvimento saudável, haja vista que “o desenvolvimento simbólico e emocional que uma criança alcança na psicoterapia marca toda sua vida” (DUARTE, 2010, p. 151).

MÉTODO

Esta pesquisa se refere a um estudo de revisão bibliográfica, na qual as buscas foram realizadas nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Index Psi Periódicos Técnico-Científicos

(INDEXPSI), os artigos indexados na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), os termos utilizados foram: “abuso”, “molestamento”, “maus-tratos”, “violação”, “violência”, “sexual”, “criança”, “menor”, “infância”, “infantil” e “psicanalise”, resultando na estratégia de busca: ((abuso\$ or Molestamento or Maus-Tra-
tos or violacao or violencia) and (sexua\$ and (crianca\$ or menor\$ or infancia or infant\$))) and (psicanali\$).

A estratégia teve como objetivo responder à seguinte questão: como a clínica psicanalítica tem realizado os atendimentos de crianças vítimas de abuso sexual? Foram encontrados 100 (cem) artigos, excluindo-se teses, dissertações e livros, foram lidos todos os títulos, excluíram-se os artigos repetidos em decorrência de publicações em outros idiomas e por constarem em mais de uma base de dados.

Para a seleção, utilizou-se os critérios a seguir: artigos disponíveis na língua portuguesa, textos que obtinham como metodologia o estudo de caso, os artigos os quais não tinham interface com o âmbito jurídico e que tratavam exclusivamente de crianças, seguindo o estabelecido pelo ECA, onde pelo art. 2º da Lei 8069/90, considera-se criança a pessoa até doze anos de idade incompletos, assim como, não foi possível delimitar período de busca e restringir para apenas textos disponíveis na íntegra e gratuitos, uma vez que a amostra se apresentou muito pequena na inclusão destes critérios, inviabilizando uma análise consolidada.

Realizou-se a leitura dos respectivos resumos e artigos que não preenchiam o critério de atender ao objetivo deste trabalho, foram excluídos. A amostra final foi composta por 8 (oito) artigos.

RESULTADOS

Os resultados da pesquisa são apresentados em quadros que apresentam a síntese de cada artigo.

Síntese dos artigos selecionados

Quadro 1- Do segredo à revelação. Caso Z.: da sombra ao arco-íris.

Continua

	OBJETIVO	LOCAL	PARTICIPANTE	INSTRUMENTO	PROCEDIMENTO DE COLETA/ DESENVOLVIMENTO DA EXPERIÊNCIA	PROCEDIMENTO DE ANÁLISE	RESULTADO	CONCLUSÃO
1.	Aclarar a atuação profissional neste caso clínico.	Consultório.	Os pais, o paciente denominado Z, de 11 anos, psicóloga escolar, pedagoga e assistente social educacional.	Materiais para realização de desenhos, não- interpretação, o modo interpretativo e o modo de investigação, educacional.	Anamnese objetiva e subjetiva, atendimento familiar e individual, consultas, estudos e processo interdisciplinar, incluindo a escola, a psicóloga escolar de Z., a pedagoga e assistente social Interação terapêutica familiar e psicoterapia individual de Z., com sessões três vezes por semana, no	Escuta analítica, interpretação dos diálogos, dos desenhos e do jogo.	Observação sobre suas transformações corporais, verbalização acerca dos incômodos relacionados ao corpo e a vergonha por olharem-no como do gênero oposto, predileções por jogos de	Relacionava-se melhor com companheiros, colegas da escola, familiares e saía de sua casa com mais frequência, passeava e brincava; rendimento escolar apresentou melhoras, diminuição da ansiedade persecutória, os pais mais à vontade na presença de Z. e

Quadro 1- Do segredo à revelação. Caso Z.: da sombra ao arco-íris.

Conclusão

	OBJETIVO	LOCAL	PARTICIPANTE	INSTRUMENTO	PROCEDIMENTO DE COLETA/ DESENVOLVIMENTO DA EXPERIÊNCIA	PROCEDIMENTO DE ANÁLISE	RESULTADO	CONCLUSÃO
1					mínimo.		características femininas, mostrava-se menos desconfortável para falar do que lhe fazia sentir-se triste e sobre a sua culpa.	referiam-se menos culpados, mais cuidadosos com o bem-estar do filho, dedicando-se mais ao lar e à família.

Quadro 2 –Suspeita de abuso sexual: um caso de psicoterapia de uma criança de cinco anos.

Continua

	OBJETIVO	LOCAL	PARTICIPANTE	INSTRUMENTO	PROCEDIMENTO DE COLETA/ DESENVOLVIMENTO DA EXPERIÊNCIA	PROCEDIMENTO DE ANÁLISE	RESULTADO	CONCLUSÃO
2.	Discutir sobre a ocorrência real do abuso sexual ou a manifestação da conflitiva edípica, como também, as reações frente a esta realidade e realizar uma revisão teórica	Setting terapêutico.	Pai e o paciente de 5 anos, filho único de pais separados.	Vínculo terapêutico, interpretações, materiais para atividade lúdica e contratransferência.	Sessões de psicoterapia psicanalítica e atividade lúdica.	Interpretação da sessão.	Dificuldade de realizar o atendimento de uma criança pequena sem comprovações físicas, a importância da contratransferência, obrigação de	Comprovação de que o paciente estava sofrendo abuso sexual.

Quadro 2 –Suspeita de abuso sexual: um caso de psicoterapia de uma criança de cinco anos.

Conclusão

	OBJETIVO	LOCAL	PARTICIPANTE	INSTRUMENTO	PROCEDIMENTO DE COLETA/DESENVOLVIMENTO DA EXPERIÊNCIA	PROCEDIMENTO DE ANÁLISE	RESULTADO	CONCLUSÃO
2	sobre conflitiva edípica, contratransferência e abuso sexual.						proteger o paciente em situação de abuso, ser cauteloso, para não realizar interferência de algo que pode não ser verdadeiro, não alertar o abusador acerca da suspeita e exigir confirmações e não receber o segredo de maneira que a criança possa se sentir segura acaba.	

Quadro 3 – O abuso sexual infantil e a comunicação terapêutica: um estudo de caso.

	OBJETIVO	LOCAL	PARTICIPANTE	INSTRUMENTO	PROCEDIMENTO DE COLETA/ DESENVOLVIMENTO DA EXPERIÊNCIA	PROCEDIMENTO DE ANÁLISE	RESULTADO	CONCLUSÃO
3.	Realizar uma análise do processo psicoterápico de uma criança que sofreu abuso sexual.	Clinica-escola de psicologia de uma instituição pública de ensino.	Paciente do sexo masculino, seis anos quando o atendimento ocorreu e será chamado pelo nome fictício de Cléber.	Coleta de dados no decorrer do atendimento psicológico realizado com a criança, bem como transcrições das sessões e registros das supervisões do caso.	As supervisões do caso foram realizadas semanalmente, a fim de discutir os acontecimentos de cada sessão realizada. Estas discussões eram permeadas pela orientação psicanalítica.	Análise de dados foi realizada a partir de uma análise qualitativa do conteúdo das sessões.	O paciente conseguiu retomar características que havia perdido, podendo citar a criatividade, a espontaneidade e a possibilidade de ser criança.	Necessidade de fazer uso do processo terapêutico para auxiliar as crianças que foram abusadas sexualmente e seus familiares que se sentem desamparados, sendo necessária a articulação deste trabalho com outras instituições envolvidas no desenvolvimento emocional da criança abusada. A realização de outros estudos de que envolvam diretamente toda a família.

Quadro 4 – Violência sexual: as marcas na representação da imagem corporal da criança vitimizada.

Continua

	OBJETIVO	LOCAL	PARTICIPANTE	INSTRUMENTO	PROCEDIMENTO DE COLETA/DESENVOLVIMENTO DA EXPERIÊNCIA	PROCEDIMENTO DE ANÁLISE	RESULTADO	CONCLUSÃO
4.	Analisar a imagem corporal de crianças vítimas de violência sexual a partir do Desenho da Figura Humana.	Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância - CRAMI.	Quatro crianças, sendo dois meninos e duas meninas, com idades entre sete e nove anos e que sofreram violência sexual por parte do pai, Do padrasto e de uma pessoa próxima à criança.	Dados sobre os atendimentos psicológicos da criança, informações sobre os atendimentos individuais ou em grupo, dados da sessão, técnicas projetivas, procedimentos lúdicos, gráficos, Descrições de comportamentos, manifestações da criança nas Tarefas propostas, teste do Desenho da	Coletaram os dados contidos nos prontuários.	Primeiramente os dados foram Organizados de modo a descrever a história de vida de cada criança e, posteriormente, foi analisado o material gráfico, seguiu o método clínico qualitativo psicanalítico, articulando a história de vida e a interpretação do DFH. Elaborada uma síntese conclusiva integrando a análise de todos	As crianças são atendidas no CRAMI desde 2011, a duração mínima da psicoterapia foi de um ano e 6 meses, e duas crianças estavam sendo atendidas até outubro de 2013, quando da análise dos dados. O agressor é uma pessoa do convívio das crianças. Apresentaram descontentamento e ansiedade em	O processo psicoterápico facilitou a elaboração da experiência e contribuiu para o ajustamento social das crianças. Relevante uma ação conjunta entre os serviços de saúde e educação. A escola deve atentar aos comportamentos inapropriados e às condições físicas das crianças. Sugere-se novas pesquisas a aumentar os fatores

Quadro 4 – Violência sexual: as marcas na representação da imagem corporal da criança vitimizada.

Conclusão

	OBJETIVO	LOCAL	PARTICIPANTE	INSTRUMENTO	PROCEDIMENTO DE COLETA/ DESENVOLVIMENTO DA EXPERIÊNCIA	PROCEDIMENTO DE ANÁLISE	RESULTADO	CONCLUSÃO
4				Figura Humana (DFH) presente nos prontuários das crianças e entrevistas, Relatórios e cartas de encaminhamento Do Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS.		os prontuários.	Relação ao desenvolvimento de seu corpo e incapacidade para compreender o excesso de excitação vivido como traumático.	de proteção e reduzir os fatores de risco à saúde física e psíquica da criança vitimizada.

Quadro 5 – Seguindo adiante... criativamente a possibilidade de (re)construção após uma vivência de incesto

	OBJETIVO	LOCAL	PARTICIPANTE	INSTRUMENTO	PROCEDIMENTO DE COLETA/ DESENVOLVIMENTO DA EXPERIÊNCIA	PROCEDIMENTO DE ANÁLISE	RESULTADO	CONCLUSÃO
5.	Apresentação do conceito de resiliência e abordar a perceptiva da possibilidade de superação do evento traumático.	Setting terapêutico.	Mãe e a paciente, uma menina por volta de 10 anos, filha de pais separados.	Uso de papel e tinta e brincadeiras e jogos.	Sessões de atendimento clínico e sessão de uma vez por mês da responsável para realização de um acompanhamento.	Interpretação do conteúdo da sessão.	Mãe e filha mantiveram a integridade psíquica, a paciente tem capacidade de resiliência e boa qualidade de vínculo.	Não houve continuidade no atendimento da paciente, por razões não especificadas.

Quadro 6 – Quem ampara o desamparo? uma experiência em supervisão coletiva.

	OBJETIVO	LOCAL	PARTICIPANTE	INSTRUMENTO	PROCEDIMENTO DE COLETA/DESENVOLVIMENTO DA EXPERIÊNCIA	PROCEDIMENTO DE ANÁLISE	RESULTADO	CONCLUSÃO
6.	Apresentar a evolução do tratamento, o material clínico e a experiência do grupo de supervisão.	Atendimento clínico no setting terapêutico e local de supervisão sendo o Seminário Clínico do IEPP.	Um menino de 12 anos, altura e peso proporcionais, no entanto parece ter estatura baixa para a idade e a mãe adotiva.	Vínculo terapêutico, associações livres e jogos.	Formação de vínculo, tolerância aos seus sons, silêncios, idas ao banheiro, do respeito ao seu tempo e continência às ansiedades da figura materna.	A partir dos sentimentos contratransferências do grupo de supervisão.	Preocupação do grupo de supervisão em relação a família adotiva, da não continuidade no tratamento e da repetição da história.	A supervisão coletiva aliviou as contratransferências da terapeuta e conteve suas ansiedades diante do caso. Mediante o acolhimento técnico e afetivo à terapeuta e ao paciente, houve o estabelecimento do processo da psicoterapia.

Quadro 7 O abuso sexual: estudos de casos em cenas incestuosas.

	OBJETIVO	LOCAL	PARTICIPANTE	INSTRUMENTO	PROCEDIMENTO DE COLETA/DESENVOLVIMENTO DA EXPERIÊNCIA	PROCEDIMENTO DE ANÁLISE	RESULTADO	CONCLUSÃO
7.	Compreender os processos mentais relativos ao funcionamento psíquico de vítimas dessa violência, partir da perspectiva da teoria psicanalítica, além do impacto do processo traumático no funcionamento psíquico.	Serviço de atendimento voltado para vítimas de violência, localizado em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul.	Duas meninas encaminhadas pelo Conselho Tutelas, a primeira de 10 anos e a segunda de 12 anos.	Hora de Jogo Diagnóstica e entrevistas para a ratificação e complementação dos resultados achados nos testes, sendo os testes projetivos, <i>Rorschach</i> e o teste do desenho <i>House-Tree-Person</i> (HTP).	Avaliação Psicológica, sendo composta de 6 a 10 encontros, mais a Entrevista Devolutiva, com sessões de 45 minutos de duração, após o término de todo o processo, os sujeitos foram encaminhados para atendimento psicológico no próprio serviço.	Pesquisa qualitativa realizada por meio de Estudo de Casos Múltiplos.	Família: violência e negligência. Estela, fragilidade nos vínculos, vaidosa, prolixa, extrovertida, ansiosa, colaborativa, interação superficial, pouco controle das conflituosas, detinha tempo na organização do brincar, brincar egocêntrico, dificuldade de identificação, tendência para brincar com situações de dificuldade, capacidade criativa limitada, dificuldade de integrar elementos novos, baixa tolerância a frustração, comportamento impulsivo, desejo de satisfação imediata, estado de choque ou angústia, dificuldade com a realidade, necessidade de controle e desconfiança, posicionamento superior, mecanismos obsessivos, conflito com a sexualidade, dificuldade com a figura de autoridade, resistência em se colocar de forma autêntica, confusão referente ao masculino e feminino e dificuldade de internalização de vivências afetivas satisfatórias. Lauren, escasso repertório do seu ego, brincadeira estereotipada, comportamento obsessivo, esforço de controle, ansiedade geral e busca por controle, conflito na área sexual, baixa capacidade de apreensão do todo, dificuldades cognitivas, atitude estereotipada e defensiva, integridade estrutural, identidade preservada, diante do feminino havia um controle afetivo eficaz e relacionamento apresenta conflito.	Funcionamento das duas meninas se caracterizava por uma dinâmica psíquica associada ao enfrentamento do trauma, porém sustentada em experiências dissociativas, que tornavam o processo identificatório ambivalente entre amor e agressão ao objeto, impedindo a internalização de uma representação coesa das figuras parentais, afetando a capacidade simbólica dos sujeitos, podendo posteriormente organizar-se como uma estrutura limítrofe. O atendimento psicoterápico é um recurso indispensável.

Quadro 8 - Violência e abuso sexual infantil: uma proposta clínica.

	OBJETIVO	LOCAL	PARTICIPANTE	INSTRUMENTO	PROCEDIMENTO DE COLETA/DESENVOLVIMENTO DA EXPERIÊNCIA	PROCEDIMENTO DE ANÁLISE	RESULTADO	CONCLUSÃO
8.	Discutir abuso sexual a partir do conceito de violência com seus aspectos históricos e contextuais, a partir da noção de desamparo, questões relativas à constituição de sujeito, com enfoque na sexualidade e propor modalidade de atendimento clínico às crianças.	Consultório.	Os pais e o paciente de 2 anos e 10 meses.	Sessões livres e a ideia Winnicottiana do brincar livre como vertente orientadora.	Vínculo terapêutico, entrevista com os responsáveis e sessões livres com a criança.	Interpretação dos atendimentos.	Percepção de um brincar com repetição, comportamento ansioso, beirando um brincar estereotipado, desta forma, o seu brincar denunciava uma perturbação exacerbada.	É relevante trabalhar aspectos relativos a confiança em uma criança que vivenciou situações de abuso sexual, auxiliando a significar e simbolizar o trauma.

DISCUSSÃO

Ao analisar os conteúdos das pesquisas, constatou-se uma multiplicidade de objetivos, tais como: aclarar a atuação profissional, verificar a ocorrência do abuso sexual, avaliar o processo terapêutico, analisar a imagem corporal da criança vítima de abuso sexual, compreender o funcionamento psíquico e os impactos do evento traumático, assim como, apresentação e reflexão de conceitos e noções de: violência, abuso sexual, desamparo, sexualidade, complexo de Édipo, contratransferência e resiliência. Entretanto, observa-se de comum o foco centrado na vítima.

Sobre os locais de realização das pesquisas, surgiram 3 variações, sendo o consultório (ERLICH, 2001; TERRA, 2011; JUNQUEIRA, 2001; KLARMANN, et al., 2007; JUNQUEIRA, 2002), serviços de atendimento especializado a vítimas de abuso sexual, como o Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância – CRAMI (AVOGLIA; GARCIA; FRIZON, 2015) e o Serviço de atendimento voltado para vítimas de violência, localizado em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul (MALGARIM; BENETTI, 2007) e clínica-escola de psicologia de uma instituição pública de ensino (MEDEIROS, 2013). Observou-se a predominância dos atendimentos clínicos em consultórios.

Os participantes das pesquisas selecionadas variaram em termos de idade de 2 anos a 12 anos. Em relação ao gênero, as pesquisas apresentaram a predominância do gênero masculino em relação ao feminino, sendo 7 masculinos (ERLICH, 2001; TERRA, 2011; MEDEIROS, 2013; AVOGLIA; GARCIA; FRIZON, 2015; KLARMANN, et al., 2007; JUNQUEIRA, 2002) e 5 femininos (AVOGLIA; GARCIA; FRIZON, 2015; JUNQUEIRA, 2001; MALGARIM; BENETTI, 2007).

Apesar de esta ser uma pequena amostra da realidade, sendo aquela relatada nas pesquisas selecionadas, não está de acordo com os dados epidemiológicos apresentados na população, pois “somente 1

em cada 4 garotas e 1 em cada 100 garotos têm o abuso sexual sofrido denunciado” (ABRAPIA, 2002, p. 7).

Segundo ABRAPIA (2002), uma pesquisa realizada nos Estados Unidos apontou que 1 criança é sexualmente abusada a cada 4 segundos, sendo 1 em cada 3 meninas e 1 em cada 4 meninos são abusados sexualmente antes de obterem 18 anos, ainda traz o dado de que no Brasil cerca de 165 crianças ou adolescentes sofrem abuso sexual por dia ou 7 a cada hora.

Nas pesquisas apresentadas foram apontados como contribuintes para o processo terapêutico: figura materna e paterna, psicóloga escolar, pedagoga, assistente educacional.

Foi possível identificar que os abusos sexuais sofridos foram cometidos por pessoas próximas as vítimas, como: figura paterna, padrasto. Estes resultados vão ao encontro dos dados apresentados pela ABRAPIA (2002, p. 7), que “90% das vítimas são abusadas por pessoas que elas conhecem, confiam e amam”.

Com relação aos instrumentos utilizados para coleta de dados, houve uma unanimidade em relação ao uso de recursos lúdicos, sendo eles estruturados como jogos e não estruturados, passíveis de maior projeção, como materiais gráficos, papéis, lápis de cor, tinta, massa de modelar, lápis preto.

Possivelmente esta escolha se mostra dominante em decorrência do brincar ser considerado uma atividade de sentido, sendo uma via para a manifestação e elaboração de situações traumáticas para o ego, assim como para a expressão de fantasias e desejos de forma simbólica (ABERASTURY, 1982).

Conjuntamente foram utilizados como instrumentos, procedimentos de coleta e procedimentos de análise de dados técnicas do fazer psicológico, que se embasaram no vínculo terapêutico, na interpretação do conteúdo verbal e não verbal apresentado nas sessões clínicas, na contratransferência, assim como, foram utilizadas técnicas psicológicas para melhor compreensão do caso, como, anamnese psicológica

objetiva e subjetiva, atendimento clínico familiar, grupal e individual, entrevistas, avaliações, hora de jogo diagnóstica e alguns recursos de técnicas projetivas, como o teste *House, Tree, Person* (H-T-P)¹⁴, Teste de *Rorschach*¹⁵ e Desenho da Figura Humana (DFH)¹⁶.

No que diz respeito aos resultados obtidos pelos estudos selecionados, os participantes apresentaram com frequência incômodo, desconforto e dificuldade em questões relativas à sexualidade posteriormente a vivência traumática do abuso sexual (ERLICH, 2001; AVOGLIA; GARCIA; FRIZON, 2015; MALGARIM; BENETTI, 2011). Como resultado mediante estar no processo terapêutico, apresentaram o retorno de características anteriormente perdidas como criatividade, espontaneidade, possibilidade de ser criança, maior possibilidade de fala referente a seus sentimentos, integridade psíquica, capacidade de resiliência (ERLICH, 2001; MEDEIROS, 2013; AVOGLIA; GARCIA; FRIZON, 2015).

Alguns resultados apontaram aspectos negativos do comportamento e do funcionamento psíquico dos participantes em decorrência do trauma vivenciado, como: incapacidade para compreender o excesso de excitação vivido, fragilidade nos vínculos, interação superficial, dificuldade de identificação, capacidade criativa limitada, dificuldade de integrar elementos novos, baixa tolerância a frustração, dificuldade de internalização, escasso repertório, comportamento obsessivo, atitude estereotipada e defensiva, perturbação exacerbada (AVOGLIA; GARCIA; FRIZON, 2015; MALGARIM; BENETTI, 2011; JUNQUEIRA, 2002).

Duas pesquisas selecionadas trouxeram resultados sobre dificuldades neste tipo de atendimento, tendo uma delas se referido à

¹⁴ Estimula a projeção de elementos da personalidade e de áreas de conflito dentro da situação terapêutica, permitindo que eles sejam identificados com o propósito de avaliação e usados para o estabelecimento de comunicação terapêutica.

¹⁵ Consiste em dar respostas sobre com o que se parecem as dez pranchas com manchas de tinta simétricas, a partir das respostas, procura-se obter um quadro amplo da dinâmica psicológica do indivíduo.

¹⁶ Composto por dois desenhos da figura humana (masculino e feminino). A criança faz cada um dos desenhos numa folha apropriada, a correção é realizada pelo total de pontos adquiridos pela criança em cada um dos desenhos, pela avaliação quantitativa e qualitativa.

preocupação da não continuidade no tratamento e à repetição desta vivência no contexto familiar (KLARMANN, et al., 2007) e a outra à dificuldade no atendimento da criança vítima de abuso sexual quando esta é muito pequena, tendo em vista neste caso a ausência de comprovações físicas (TERRA, 2011).

Por fim, as pesquisas trouxeram como conclusões, a melhora dos sintomas e das relações sociais e afetivas dos participantes mediante o processo terapêutico (ERLICH, 2001), salientaram a importância do processo terapêutico para auxílio na elaboração, ressignificação e simbolização do evento traumático e apontaram a importância da articulação com outros serviços os quais estão ligados à rede de apoio desta criança, identificando como principal, os relacionados ao meio educacional (MEDEIROS, 2013; AVOGLIA; GARCIA; FRIZON, 2015; MALGARIM; BENETTI, 2011). Também indicaram importância de se trabalhar o vínculo no processo terapêutico, uma vez que a confiança se mostra necessária para conseguir se estabelecer um processo o qual seja terapêutico (JUNQUEIRA, 2002).

Nas pesquisas que apresentaram um caso com a intenção de avaliar o fato de ocorrência do abuso sexual, surgiu como resultado a comprovação do fato (TERRA, 2011). Destacaram a necessidade da realização de outros estudos nesta área, os quais possam estar envolvendo também de forma mais efetiva o contexto familiar (MEDEIROS, 2013).

CONCLUSÃO

Pode-se afirmar que os objetivos propostos foram atingidos, pois os artigos selecionados contemplaram a pergunta desta pesquisa, ao apresentar com casos clínicos os manejos técnicos da clínica psicanalítica no atendimento de crianças vítimas de abuso sexual.

Houve algumas limitações na realização desta pesquisa, como a restrição ao idioma da língua portuguesa, e a dificuldade em constituir uma amostra mais ampla pela própria falta de estudos publicados na área.

Em suma, a psicoterapia surge como suporte emocional à vítima do abuso sexual, para os familiares e ainda para terceiros os quais estejam envolvidos neste processo, uma vez que na psicoterapia é disponibilizado um espaço de escuta e fala sensível, sendo uma ferramenta facilitadora do processo de elaboração do trauma vivenciado, contribuindo para o ajustamento emocional e social. O brincar mostrou-se como principal meio de comunicação entre criança e terapeuta, sendo a via direta de expressão de seu mundo inconsciente.

REFERÊNCIAS

149º WORLD HEALTH ASSEMBLY. **Prevention of violence:** a public health priority. Geneva, 1996.

ABERASTURY, A. **Psicanálise da criança:** teoria e técnica. Tradução Ana Lúcia Leite de Campos. Porto Alegre: Artmed, 1982.

ASSEMBLEIA GERAL DA ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** Paris, 1948.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - ABRAPIA. **Abuso sexual:** contra criança e adolescente. Revisão e atualização Lauro Monteiro Filho; projeto gráfico e ilustrações Gian Calvi. 3 ed. Petrópolis, RJ: Editora Autores & Agentes & Associados, 2002.

AVOGLIA, H. R. C.; GARCIA, V. P.; FRIZON, V. C. Violência sexual: as marcas na representação da imagem corporal da criança vitimizada. **Boletim de psicologia**, São Paulo, v. 65, n. 142, p. 29-43, jan. 2015. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432015000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 jun. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

BRASIL. **Decreto-Lei n. 2.848, 07 de dezembro de 1940.** Código Penal. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente.** Lei Federal n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Versão atualizada de 2017. Rio de Janeiro: CEDECA Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2017.

BRASIL. **Violência contra crianças e adolescentes:** análise de cenários e propostas de políticas públicas. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2018.

COSTA, T. **Psicanálise com crianças**. 3 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

DECLARAÇÃO Universal dos Direitos das Crianças. Disponível em <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/c_a/lex41.htm>. Acesso em: 21 jun. 2018.

DUARTE, I. P. A comunicação na psicoterapia de crianças: o simbolismo no brincar e no desenho. In: CASTRO, M. G. K.; STÜRMER, A. **Crianças e adolescentes em psicoterapia: a abordagem psicanalítica**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

JUNQUEIRA, M. F. P. S. Seguindo adiante... criativamente a possibilidade de (re)construção após uma vivência de incesto. **Psicologia Clínica**. Rio de Janeiro. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. v. 13, n 2, 2001.

JUNQUEIRA, M. F. P. S. Violência e abuso sexual infantil: uma proposta clínica. **Cadernos de psicanálise**. Rio de Janeiro, n. 18, v. 21, p. 209-226, 2002.

KLARMANN, et al., Quem ampara o desamparo? uma experiência em supervisão coletiva. **Psicoterapia Psicanalítica**, local. n. 9, p. 79-88, 2007.

KLEIN, M. **Inveja e gratidão e outros trabalhos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

KRUG, E. G. et al. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Organização Mundial da Saúde: Genebra, 2002.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário da psicanálise**. Tradução de Pedro Tamem. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

MALGARIM, B. G.; BENETTI, S. P. C. O abuso sexual: estudos de casos em cenas incestuosas. **Estudos de psicologia**. Campinas, v. 28, n. 4, p. 511-519, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2011000400011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jun. 2018.

MEDEIROS, A. O abuso sexual infantil e a comunicação terapêutica: um estudo de caso. **Pensando famílias**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 54-62, jul. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2013000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 jun. 2018.

ONU. **Convenção sobre os Direitos da Criança**. Disponível em https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10120.html. Acesso em: 21 jun. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed, 1993.

RIWKA, S. Do segredo à revelação. Caso Z: da sombra ao arco-íris. **Psychê** [Internet], 2001, v. 8, p. 57-78. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30700805>. Acesso em: 21 jun. 2018.

SIGAL, A. M. O jogo, uma forma de acesso ao inconsciente, sua importância diagnóstica na infância. **Boletim online**. São Paulo, n. 19, 2011. Departamento de Psicanálise Sedes-

Sapientiae. Disponível em: http://www.sedes.org.br/Departamentos/Psicanalise/index.php?apg=b_visor&pub=19&ordem=12. Acesso em: 17 set. 2018.

TERRA, L. Suspeita de abuso sexual: um caso de psicoterapia de uma criança de cinco anos. **Revista Brasileira de Psicoterapia**. Rio Grande do Sul, v. 13, n. 2, p. 133-145, 2011.

DESENVOLVIMENTO DA RESILIÊNCIA DOS USUÁRIOS NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE MENTAL: PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Naiara Regina Alves da Silveira¹
Camila Mugnai Vieira

INTRODUÇÃO

A saúde mental passou por grandes transformações nas últimas décadas e o processo histórico do conceito de ‘loucura’ está relacionado com essas mudanças, juntamente com a interferência das concepções místico-religiosas, filosóficas e os avanços das ciências médicas. Até chegar ao cenário atual, a loucura instigou e assustou pelo desconhecimento de sua origem e tratamento: todos os indivíduos que apresentavam comportamentos diferentes e não produtivos eram considerados loucos e banidos da sociedade, gerando ações de isolamento e exclusão social.

Grandes nomes da psiquiatria clássica como Morel, Kahlbaum, Harcker e Kraepelin começaram a nomear a loucura como doença mental, Bleuler em 1906 traçou um marco substituindo o termo *dementia precox* por *esquizofrenia* (SADOCK; SADOCK; RUIZ; 2017) e com isso os estudos em psiquiatria seguiram nesse direcionamento, levando o que antes era um mistério para a compreensão das ciências. Nesse contexto, o tratamento das doenças psiquiátricas se restringia ao modelo manicomial, em que por meio da internação psiquiátrica era oferecido às pessoas, sem condições civis, um espaço que não fossem julgadas por não seguir a normatividade do pensamento (BARROSO; SILVA, 2011).

¹ Agradecimento ao Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo/Famema

Com o tempo, esse modelo de tratamento se mostrou crônico e desumano, os doentes não eram considerados sujeitos com afetos e emoções; ignorava-se seu contexto familiar, econômico e social; a reintegração familiar e comunitária se tornava cada vez mais difícil após as longas internações. De forma que, através de movimentos sociais de pacientes, familiares e profissionais da saúde, deu-se início às ideias de desinstitucionalização, por meio da Reforma Psiquiátrica, primeiramente nos países da Europa e depois de duas décadas, no Brasil.

O movimento da Reforma Psiquiátrica eclodiu na década de 70, concomitante a alguns movimentos e mudanças importantes que ocorreram no âmbito da saúde geral no país, mas somente com a criação do Serviço Único de Saúde (SUS), através da Lei 8.080 de 19/09/1990 que tudo se transformou em política pública. Um divisor de águas do SUS encontra-se na concepção de saúde, pois ela deixou de ser somente ausência de doenças, tornando-se um bem-estar integral, considerando o físico, o mental e o social (BRASIL, 1990), o que contribuiu para a compreensão do contexto histórico-social dos movimentos da Reforma Psiquiátrica no país.

O tratamento psiquiátrico proposto na Reforma é baseado em uma rede de atenção à saúde mental como parte integrante do SUS e seus diferentes níveis de atenção à saúde, oferecendo tratamento em liberdade e com serviços substitutivos para o modelo manicomial. Essa rede é composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência e leitos em Hospitais Gerais, com uma gestão pública e de controle social fiscalizador.

Em 2010, o Brasil contava com 1.600 CAPS implantados, tendo um crescimento de aproximadamente 600 em 4 anos (BRASIL, 2011). Entre 2011 e 2015, ocorreu a implantação de mais 708 CAPS, somando o total de 2.328 (BRASIL, 2016) e em 2020, as informações eram de aproximadamente 2.661 CAPS em todo o Brasil. Esses dados mostram que as mudanças estão sendo realizadas no

cenário brasileiro, apesar de apresentar uma queda no aumento anual de CAPS implantados. Os CAPS, que carregam um papel principal de compor e organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, são compostos por elaborações subjetivas, reabilitação na construção da autonomia e capacidade de cada usuário, potencializando diversas formas de intervenções.

Os transtornos mentais graves e persistentes, antigamente denominados como ‘crônicos’ são em grande maioria compostos pelos transtornos psicóticos, campo da esquizofrenia, por ser estatisticamente a doença mais prevalente dentre os transtornos mentais graves (BRASIL, 2008). O avanço dos estudos sobre os transtornos psiquiátricos, os longos anos de experiências e tentativas de tratamento, atualmente o estabelecimento de uma variedade de compreensões teóricas e técnicas sobre os cuidados em saúde mental contribuíram para a Reforma Psiquiátrica, pois ela se direciona também para o campo das ideias buscando mudança no olhar da sociedade em relação ao sofrimento mental.

Assim, enxerga-se o que antes estava no escuro: a ideia de que os sujeitos acometidos por transtornos mentais são capazes e possuem o direito de ter uma qualidade de vida e que não precisa ser isolado da sociedade. O tratamento não busca mais fazer do louco um ser de razão e sim aceitar o louco com todas as suas diferenças idiossincráticas, ajudá-lo a se organizar e exercer sua cidadania, deixa-se de focar na doença e passa-se a pensar no sofrimento desses sujeitos singulares (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013). A busca cega por uma cura não é mais o foco, passando a construir intervenções orientadas para a emancipação e criação de possibilidades de produção de vida e de convivência social, ou seja, vislumbra-se uma construção permanente da condição de cidadania daqueles que foram invalidados das relações sociais durante toda sua história.

Atualmente, essa prática de relação com a loucura possui princípios éticos definidos, que orientam e dão sentido ao cuidado dos sujeitos e estão relacionados com as políticas formalizadas pelo SUS

e o HumanizaSUS. Toda mudança de perspectiva faz com que sejam necessárias novas perspectivas também de tratamento, com efeito temos a proposta da atenção psicossocial que:

[...] exige do sistema de saúde e das profissões nele inseridas um processo longo e complexo de cuidados, orientados pela possibilidade da pessoa se apropriar do seu processo de saúde e doença, conseguindo protagonizar novas formas de lidar com seu adoecimento e construir novas possibilidades de vida comunitária, familiar, novas formas de construção de relações afetivas, novos trânsitos em campos e espaços de trabalho (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 82).

No entanto, toda proposta de mudança tanto de perspectiva quanto de tratamento exige modificações mais profundas, um tanto subjetivas, ou seja, nas concepções intrínsecas dos atores dessas mudanças. Não seria diferente com a Reforma Psiquiátrica, que ao longo dos anos vêm encontrando desafios para sua verdadeira efetivação no campo da saúde mental. Há as condições concretas, como dificuldades na gestão, financeiras, apoio estrutural, logístico e na gestão de pessoas, mas há ainda a realidade brasileira, com toda a desigualdade social e problemas socioeconômicos, principalmente em relação à população alvo desses cuidados.

Há um desafio, porém, que não depende tanto das condições concretas e sim de elementos subjetivos de todos os atores envolvidos. É a dificuldade de os profissionais internalizarem todos esses princípios éticos e não somente tentarem efetivá-los, realizando assim uma prática ‘espaçocêntrica’, em que modificam os espaços de tratamento, mas as práticas de cuidado continuam cronificadoras e segregadoras. Mostra-se necessária uma reconstrução da subjetividade dos trabalhadores da área, bem como uma mudança na cultura organizacional das instituições (DIMENSTEIN, 2004).

Não somente dos profissionais e instituições envolvidas, mas como Tavares (2001) discursa insistentemente, a necessidade é de uma mudança cultural. Prevê-se que, para se viver com o mínimo de qualidade de vida na sociedade emergente, serão necessárias algumas mudanças nas atitudes de ser, estar, ter, querer e poder, ou seja, nos modos de viver tanto das pessoas como das organizações, criando assim sujeitos e instituições mais resilientes. Pois a resiliência “será o novo rosto da sociedade emergente que pretende ser mais esclarecida, autêntica, cordial, tolerante, solidária, humana” (TAVARES, 2001, p. 75).

As atuais políticas públicas de saúde mental buscam ser e promover maior resiliência em seu campo ideológico e prático. O termo resiliência ainda é novo no campo das ciências da saúde, sociais e humanas, datando nas pesquisas em psicologia aproximadamente 35 anos, pois tem sua origem nas ciências exatas, especificamente na física. Seu conceito na física consiste na “capacidade de um material absorver energia sem sofrer deformação plástica ou permanente” (YUNES; SZYMANSKI, 2001, p. 15), retomando ao estado de equilíbrio inicial.

O caminho para a definição de resiliência como fenômeno humano ainda está sendo trilhado, com uma diversidade de caminhos semelhantes e divergentes. Inicialmente levaram o termo para a medicina, sendo a capacidade de resistir sozinho ou com ajuda de medicamentos a doenças ou infecções, retomando ao estado de saúde usual. Em seguida, na tentativa de manter as bases conceituais da física, consideraram a invulnerabilidade ou a invencibilidade como precursores do termo resiliência (TAVARES, 2001).

Com o aumento das pesquisas estrangeiras, principalmente longitudinais, algumas com duração de até 40 anos, conseguiram evoluir tal conceituação de invencibilidade para “habilidades em superar adversidades” (YUNES; SZYMANSKI, 2001). Esse foi um importante passo, já que a utilização da invulnerabilidade trazia um caráter ideológico, em que estigmatizava as pessoas resilientes como invencíveis e as não-resilientes como predispostas ao fracasso e aos poucos,

os estudiosos foram apontando a influência do caráter ambiental na resiliência, não focando somente nos aspectos inatos.

Há construtiva discussão sobre a resiliência ser um fator inato ou adquirido, como também as discussões sobre ela acontecer de forma circunstancial ou permanente e ainda, ser uma forma de adaptação ou superação das adversidades (TABOADA; LEGAL; MACHADO, 2006). Por fim, a resiliência, pelo que convergem os posicionamentos dos estudiosos, pode ser definida como a capacidade de recuperar-se de adversidades, e, caminhando para a vertente utilizada atualmente, principalmente na área da educação e que será seguida no presente estudo, podemos assegurar que resiliência é a:

[...] capacidade de responder de forma mais consistente aos desafios e dificuldades, de reagir com flexibilidade e capacidade de recuperação diante desses desafios e circunstâncias desfavoráveis, tendo uma atitude otimista, positiva e perseverante e mantendo um equilíbrio dinâmico durante e após os embates uma característica (poderíamos dizer características?) de personalidade que, ativada e desenvolvida, possibilita ao sujeito superar-se e às pressões de seu mundo, desenvolver um autoconceito realista, autoconfiança e um senso de autoproteção que não desconsidera a abertura ao novo, à mudança, ao outro e à realidade subjacente (PLACCO, 2001, p. 8).

A partir de então, podem ser citadas algumas características da resiliência, que fazem pensá-la como possível no contexto da atenção psicossocial da saúde mental brasileira. A resiliência não é uma característica imutável, pois como as circunstâncias adversas também mudam, a resiliência se altera. Esse fator indica que o mais importante não são os acontecimentos adversos propriamente ditos, o que se chama de fatores de risco, mas como cada sujeito enxerga e significa aquele evento, podendo variar então de pessoa para pessoa e de momento para momento (YUNES; SZYMANSKI, 2001).

Resiliência não se refere à evitação de situações de risco ou a apresentação somente de características positivas diante delas, mas aos processos que atuam na apresentação do risco. É um atributo de resistência e perseverança da condição humana diante de dificuldades (TAVARES, 2001) e que depende de um equilíbrio entre os fatores/mecanismos de risco e os fatores/mecanismos de proteção (GUZZO; TROMBETA, 2002). Os processos de proteção não são protetivos por si só, na verdade são de proteção por estar em tal função, por isso, o essencial não é definirmos quais situações são de ‘alto risco’, mas compreender os mecanismos de proteção.

Em função disso, os mecanismos de proteção e os processos envolvidos neles tornaram-se focos de estudo, compreendê-los e conseguir desenvolvê-los precocemente nas populações que são consideradas de risco é de suma importância. Pesquisadores identificaram componentes fundamentais para o desenvolvimento de mecanismos de proteção: atributos do sujeito, nível de atividade e sociabilidade (autonomia, orientação social positiva, autoestima), laços afetivos na família para suporte emocional e sistemas de suporte social (escola, trabalho, igreja, serviços de saúde e comunidade em geral), considerando-os como as “leis gerais para a identificação da resiliência” (YUNES; SZYMANSKI, 2001, p. 40).

Observa-se nesses componentes uma ênfase no contexto familiar e social, sendo confirmada constantemente por estudiosos da atualidade que relacionam a resiliência com a existência de pelo menos uma relação significativa na vida do sujeito, seja na família ou no mundo social, colocando como essencial uma relação de aceitação incondicional, para que seja apoio e promova atributos, como a autoestima, autoconceito e autonomia. (YUNES; SZYMANSKI, 2001). De fato, confirmamos que a resiliência, por natureza, é um atributo inerente do ser humano, universal e que se desenvolve ao longo da vida, através das experiências superadas e principalmente através das relações que

se estabelece com o mundo, possibilitando prevenir, minimizar ou ultrapassar efeitos das adversidades (PEREIRA, 2001).

Não há dúvidas de que o desenvolvimento de capacidades de resiliência nos sujeitos passa através da mobilização e ativação das suas capacidades de ser, de estar, de ter, de poder e de querer, ou seja, pela sua capacidade de auto-regulação e auto-estima como rasgo essencial da personalidade. As pessoas, mesmo aquelas que têm carências e necessidades especiais, são imensamente ricas, dispõem de enormes recursos, são sujeitos de poder e de querer, de vontade imensuráveis. Ajudar as pessoas a descobrir as suas capacidades, aceitá-las e confirmá-las positiva e incondicionalmente é, em boa medida, a maneira de as tornar mais confiantes e resilientes para enfrentar a vida do dia-a-dia por mais adversa e difícil que se apresente. (TAVARES, 2001, p. 52)

Propõe-se também a existência da resiliência grupal e institucional, em que instituições como escolas, famílias, comunidades bem como serviços de saúde sejam resilientes em seu funcionamento para que desenvolvam a resiliência em seus usuários (TAVARES, 2001). Uma abordagem que pode se relacionar com a proposta da Reforma Psiquiátrica: não se desenvolve resiliência no aumento dos muros e grades, ou seja, na evitação dos fatores de risco e enrijecimento dos mecanismos de defesa, mas sim incentivando o fortalecimento, o equilíbrio e a participação em sociedade, estimulando assim os mecanismos de proteção. Segundo Flach (1991, apud PINHEIRO, 2004), as características essenciais em instituições resilientes são: estruturas coerentes e flexíveis, garantia de privacidade, tolerância às mudanças e aos conflitos, limites de comportamento definidos e realistas, comunicação aberta, busca de reconciliação, sentido de comunidade e empatia.

O desenvolvimento da resiliência pelos serviços públicos de saúde mental em seus usuários tem embasamento nas propostas já

citadas da Reforma Psiquiátrica, bem como dos referidos conceitos apresentados. Deve ocorrer por meio do suporte incondicional da instituição de saúde, bem como de seus profissionais, transformando em ambientes e sujeitos facilitadores de resiliência, que se diferencia do sucesso e da competência perante as normas sociais padronizantes e se aproxima da superação, da flexibilidade, da reconstrução de acordo com a possibilidade individual e especialmente, de uma qualidade de vida e até mesmo de uma percepção de satisfação após passar por adversidades e estarem vivos (RALHA-SIMÕES, 2001).

Dessa maneira, o presente estudo é uma adaptação de uma monografia sob o mesmo tema (SILVEIRA, 2017) seguindo o objetivo de analisar as práticas vigentes nos serviços públicos em saúde mental, visando em específico o tratamento dos usuários com transtornos psicóticos e desenvolvimento da resiliência para o exercício da cidadania, pois auxiliar no desenvolvimento de recursos internos, através da disponibilidade de recursos externos é buscar a resiliência e a qualidade de vida que as políticas de saúde mental atuais visam para seus usuários.

Fatos que revelam a importância de identificar como os serviços públicos de saúde mental estão se organizando para promover e desenvolver a resiliência e seus atributos em seus usuários e ainda, investigar quais os desafios que estão encontrando nesse caminho, para então compreender esse cenário tão importante e refletir sobre mudanças de paradigmas para o efetivo cuidado a esses sujeitos. Manifesta-se também a grande necessidade desses movimentos de pesquisas ressaltando a luta antimanicomial e a magnitude das atuais políticas públicas em saúde mental devido o momento instável que vivemos em relação as propostas de revogação das portarias referentes à Política Nacional de Saúde Mental, gerando riscos de retrocessos do modelo de atenção psicossocial.

MÉTODOS

Esse estudo é fruto de uma pesquisa bibliográfica, com a análise de artigos científicos publicados nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Index Psicologia Periódicos Técnico-Científicos. Para esse levantamento de dados foram utilizados três conjuntos de descritores: 1 - “resiliência psicologia, adaptação psicológica, ajustamento social, qualidade de vida, participação comunitária, autonomia pessoal”; 2 - “reabilitação psiquiátrica, serviços de saúde mental, psicologia do esquizofrênico” e 3 - “esquizofrenia, transtornos psicóticos, transtornos mentais, pessoas mentalmente doentes”. Decidiu-se fazer uso dos descritores como palavras, para que alcançassem maior número de resultados e mais abrangentes. Assim, foram realizadas duas combinações entre os conjuntos, estando conjunto 1 presente em ambas as combinações, articulado ao conjunto 2 em uma busca e ao conjunto 3 na outra.

Optou-se como critérios de inclusão: publicações em português ou traduzidas para a língua portuguesa, com disponíveis o texto na íntegra e de forma gratuita e publicados nos últimos 15 anos (de 2005 a 2020). Excluíram-se aqueles que não eram artigos científicos, como monografias, teses e dissertações e ainda os que não se apresentavam pesquisas de campo, como estudos de casos e ensaios teóricos.

No levantamento de dados, por meio da combinação dos conjuntos 1 e 2 e a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, obteve-se 364 resultados e no levantamento pela combinação dos conjuntos 1 e 3, obteve-se 451 resultados. A partir de então, realizou-se uma leitura dos títulos dos trabalhos e houve a necessidade de excluir os que, apesar de possuírem em seu corpo alguma das palavras dos conjuntos de combinações, não se aproximavam do objetivo do estudo.

Em seguida, realizou-se a leitura dos resumos dos trabalhos, de forma criteriosa e foram selecionados 37 artigos científicos para

compor os resultados. Todos foram lidos integralmente e organizados em dois quadros, por meio de um roteiro de estudo elaborado pelas pesquisadoras, realizando assim uma síntese das ideias centrais apresentadas por cada um e possibilitando confrontações e comparações para a construção da análise dos resultados. Os quadros foram utilizados para a discussão, procurando estabelecer uma relação com a literatura abordada sobre o tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Destacou-se que mais da metade dos artigos foram publicados após o ano de 2010 e que de lá pra cá existe uma média de produções estáveis, considerando a persistência no interesse pela temática, produzindo expectativas positivas para a área, pois essas pesquisas fomentam as reflexões das políticas públicas e elencam estratégias para lidar com os desafios.

Obteve-se dados relevantes sobre as regiões de publicação dos artigos, já que todos os periódicos científicos são da região sul e sudeste, no entanto, apesar das publicações serem dessas regiões, algumas pesquisas foram realizadas nas regiões norte e nordeste, sugerindo uma preferência ou busca pelos periódicos da região sul e sudeste. Em relação aos autores, há uma predominância de grupos, o que reflete o quão trabalhoso podem ser essas pesquisas de campo na área da saúde mental. A maior parte desses pesquisadores são de programas de pós-graduação, como mestrados e doutorados. De igual maneira, revelou-se que existem pesquisadores que realizaram mais de um estudo dentre os listados, manifestando que houve uma produção aglomerada em algumas instituições e especialistas da área. Em relação aos especialistas, ocorreu uma ênfase nas áreas de conhecimento em enfermagem, terapia ocupacional, saúde coletiva e psicologia.

Ao analisar os conteúdos das pesquisas, constata-se que todos os estudos possuem como objetivos a verificação, compreensão, análise e reflexão das concepções, percepções e realidade vivenciada pelos usuá-

rios, profissionais e familiares dos serviços de saúde mental, utilizando critérios como a reinserção social, a inclusão ocupacional, o empoderamento, a qualidade de vida, a cidadania, o ajustamento social, os direitos humanos, a autonomia e o projeto terapêutico de tratamento.

Destacaram-se alguns estudos por seguirem caminhos diferentes para compreensão do contexto dos cuidados em saúde mental, mantendo os mesmos objetivos, sendo eles: Guerra et al. (2006) fez um estudo seguindo critérios da criação artística; Souza et al. (2012), Gonçalves e Onocko-Campos (2017), Santos et al. (2019), Caron e Feuerwerker (2019), Palombini et al. (2020a) e Palombini et al. (2020b) verificaram resultados existentes de uma intervenção coligada à uma adaptação de projeto estrangeiro ao contexto brasileiro; Passos et al. (2013, 2020) com parcerias internacionais, averiguaram os resultados das participações de pessoas com transtornos mentais em pesquisas científicas com metodologias participativas e pesquisa-apoio; Zambillo e Palombini (2017) através da vivência participativa em uma viagem internacional com usuários dos serviços para conhecer métodos diferentes em saúde mental e Senna e Azambuja (2019), que convidou usuários para ensinar dentro da universidade.

Esses critérios ou caminhos são nomeados de direções básicas por Pressotto et al. (2013), afirmando ter duas direções básicas nas pesquisas em saúde mental: aquelas que buscam avaliar programas e serviços de saúde com a participação de usuários e aquelas que envolvem projetos de experimentação de dispositivos de empoderamento, possibilitando estratégias participativas na produção do conhecimento. Assim, percebe-se que as pesquisas selecionadas começaram a ter um equilíbrio maior das direções básicas a partir de 2017, com a presença mais marcante e constante da Gestão Autônoma da Medicação (GAM), como projetos de intervenções preditivas de autonomia e empoderamento.

Sobre os locais de realização das pesquisas, existe uma predominância dos serviços substitutivos criados pelas políticas públicas da Reforma Psiquiátrica, principalmente os Centros de Atenção Psicos-

social (CAPS) e Serviços Residenciais Terapêuticos, incluindo ainda um Centro de Convivência, dois hospitais psiquiátricos com regime de internação, dois ambulatórios de psiquiatria, algumas unidades básicas de saúde, universidades e algumas associações e empresas parceiras dos serviços substitutivos. Estes dados revelam que a avaliação do funcionamento e resultados desses serviços é um frequente objetivo entre os pesquisadores.

Os participantes das pesquisas selecionadas variavam entre os usuários dos serviços, seus familiares, os profissionais da rede de saúde mental, bem como gestores dos serviços e pesquisadores acadêmicos de universidades. Um dado interessante é que 21 das 37 pesquisas buscaram exclusivamente coletar dados com os usuários dos serviços, sendo que a maioria se concentra nos últimos dez anos de pesquisa, o que reflete evolução e ao mesmo um bom prognóstico nas mudanças culturais necessárias para a efetivação da Reforma Psiquiátrica (DIMENSTEIN, 2004), já que pesquisadores estão valorizando os usuários e também as percepções e concepções dos mesmos, atitude que ressalta a busca pelo princípio da cogestão do tratamento e por si só é produtora de empoderamento e cidadania.

Essa participação dos usuários nas pesquisas é discutida e efetivada com frequência no mundo científico da saúde pública, principalmente em países estrangeiros. Uma busca atual consiste em colocá-los como pesquisadores, integrantes das equipes de investigação, contribuintes diretos na construção da metodologia e das discussões dos resultados das pesquisas. Para Passos et al. (2020) é um desafio em que os pesquisadores e/ou trabalhadores precisam sair do lugar de comando e os usuários do lugar de expectadores para criarem um novo lugar, o de corresponsabilidade do que é executado, seja uma pesquisa ou o tratamento em si.

Cogestão pressupõe, então, reposicionamento subjetivo, o que indica para nós a inseparabilidade entre o processo de produção de saúde e o processo de produção

de subjetividade, assim como a inseparabilidade entre modo de cuidar e modo de gerir, entre clínica e política. (PASSOS et al., 2020, p. 148)

De igual maneira, percebeu-se a necessidade de maior atenção para a participação dos familiares de sujeitos portadores de transtornos mentais, estando presentes em menos estudos que os profissionais, sendo somente 11 pesquisas, exclusivos e em conjunto com os usuários e/ou profissionais. Pondera-se que as percepções e concepções dos familiares sobre o funcionamento dos serviços substitutivos de saúde mental ainda estão em processo para serem observados como deveriam, uma vez que é essencial a participação dos familiares no cuidado e na efetivação da reabilitação psicossocial dos usuários do serviço.

Para ressaltar a importância de considerar as percepções dos familiares sobre o funcionamento do serviço, Mielke et al. (2010) afirmam que a atuação da família nos cuidados levam a outras questões, como a necessidade de reorganização da estrutura familiar e uma sobrecarga por parte de alguns familiares que serão os principais cuidadores e Passos et al. (2020) ainda colocam que os familiares também precisa passar por um processo de promoção da autonomia e cidadania, entendendo que são protagonistas no tratamento de seu familiar e podem realizar a cogestão junto com todos.

Diante desse contexto, percebe-se que existem grandes lutas pela inclusão da família como sujeitos de pesquisa, como participante ativo das pesquisas, integrante das equipes de investigação e gestor nas decisões no tratamento do usuário. No entanto, não podemos deixar de refletir sobre os dados aqui obtidos: as famílias não estão sendo ouvidas ou não estão querendo ser ouvidas? Há um envolvimento das mesmas no cuidado aos usuários? É necessário investir no cuidado dessas famílias, buscar desenvolver o empoderamento e a autonomia para possibilitar sentimentos de utilidade e capacidade diante do cuidado de seus familiares adoecidos.

Os resultados obtidos em Alves et al. (2018) conseguem resumir essas questões exatamente pelo fato de perceber a importância das opiniões dos usuários e familiares, especificamente no estudo para a avaliação dos serviços de saúde mental em que participam, tendo concluído que “os potenciais beneficiários ou prejudicados pelas práticas em um serviço, ou seja, usuários e familiares muitas vezes permanecem alheios do processo de criação destes parâmetros” (ALVES et al., 2018, p. 7) e deixam como sugestão a prática realizada na pesquisa, que permeia a temática já citada da cogestão:

(...) utilização de um percurso metodológico de cunho participativo onde se tomou como primordial a participação dos usuários e familiares. Partiu-se do entendimento que eles são os “especialistas” e que têm propriedade para analisar e refletir sobre o que é ofertado e o que se espera de um serviço de saúde mental com vistas à conquista da sua autonomia. (ALVES et al., 2018, p. 7)

Apresentaram-se várias pesquisas com coleta de dados exclusivas com os profissionais e ainda com coleta de dados mistas, com usuários e profissionais juntos ou usuários, profissionais e familiares juntos. Esse dado contribui para um outro resultado importante verificado nas conclusões das pesquisas (MÂNGIA; RICCI, 2011; SALLES; BARROS, 2013; CARON; FEUERWERKER, 2019; PALOMBINI et al., 2020b), que ressaltam a necessidade de focar nas formações dos técnicos e trabalhadores da saúde mental, tanto para a prática mas para as concepções culturais e filosóficas promovidas pela Reforma Psiquiátrica.

Caron e Feuerwerker (2019) vivenciaram essa necessidade de uma maneira bastante explícita, pois ao realizarem uma formação para implementação da Gestão Autônoma da Medicação na Atenção Básica da cidade de São Paulo, obtiveram como resultados a percepção de que os trabalhadores se afetaram profundamente durante os grupos

GAM, e ainda constataram que essas vivências promoveram mudanças de visões e de condutas no trabalho.

Com relação aos instrumentos utilizados para coleta de dados, há uma dominância de instrumentos semiestruturados, como as entrevistas e observações, em que inicialmente ocorreu uma preferência para o formato individual e nos últimos anos foi transferido para formatos de grupos, principalmente com a aplicação da GAM. Os estudos de Cesari e Bandeira (2010), Rodrigues et al (2016), Silva et al. (2010) e Pitta, Coutinho e Rocha (2015) fizeram uso de instrumentos validados e reconhecidos, como a Escala de Qualidade de Vida (QLS-BR) em Cesari e Bandeira (2010), a Escala Inventário de Habilidades de Vida Independente (ILSS-BR) em Rodrigues et al. (2016), Avaliação do Ajustamento Social (WHO/DAS) em Silva et al. (2010) e *Quality Rights*-WHO em Pitta, Coutinho e Rocha (2015).

A utilização de instrumentos semiestruturados possibilita maior abertura para os participantes, com possibilidade de abordar conteúdos não previstos nos instrumentos e que podem enriquecer os resultados. Confirma-se o valor dessas contribuições pelos seguintes estudos, que buscaram não somente coletar dados, mas provocar reflexões, como o de Fiorati e Saeki (2011), Passos et al (2013) e Senna e Azambuja (2019), que utilizaram a metodologia participativa, buscando a construção compartilhada do conhecimento; os estudos de Figueiró e Dimenstein (2010), Palombini et al (2020a), e Gonçalves e Onocko-Campos (2017), que partilharam momentos de diálogos no cotidiano e rodas de conversas abertas, visando à produção compartilhada e à renovação de conhecimento e, por fim, os estudos de Moreira e Castro-Silva (2011) e Zambillo e Palombini (2017), que vivenciaram a pesquisa, compartilhando relações concretas entre o contexto e os usuários do serviço em questão.

Todos os artigos descreveram os instrumentos utilizados, os procedimentos de coleta de dados e a análise dos dados de forma clara e explícita, permitindo verificar que o maior número dos estudos os

pesquisadores realizaram uma análise qualitativa, com a utilização de olhares cartográficos, filosóficos e a categorização das narrativas coletadas. Com isso, levantam-se duas hipóteses: há um maior investimento em métodos descritivos e qualitativos na saúde mental por escolha e afinidade metodológica dos pesquisadores ou o campo da saúde mental demanda mais por este tipo de pesquisa? Por outro lado, dois estudos fizeram uso de análises quantitativas, os que se relacionam diretamente com a utilização de instrumentos validados (CESARI; BANDEIRA, 2010; SILVA et al., 2010; PITTA; COUTINHO; ROCHA, 2020; RODRIGUES et al., 2016), Discute-se que não há um tipo de pesquisa exclusiva nesta área, devendo ser escolhidos delineamentos, instrumentos e procedimentos adequados de acordo com os objetivos dos estudos, privando-se sempre pelo rigor metodológico e pela ética seja qual for a abordagem realizada.

No que diz respeito aos resultados obtidos pelos estudos selecionados, identificou-se uma ambivalência: há um consenso de que existem grandes dificuldades diárias na prática das políticas da Reforma Psiquiátrica e de implementação de mudanças de paradigmas conceituais, no entanto, há também serviços enfrentando essas dificuldades e buscando constantemente desenvolver práticas facilitadoras de autonomia, de cidadania, de empoderamento e de direitos humanos. Para isso, constata-se também que nas pesquisas mais recentes já ocorre o objetivo de implementar e experienciar estratégias para o enfrentamento dessas dificuldades.

Alguns resultados retratam cenários preocupantes, pois 14 estudos indicaram percepções ou práticas contrárias às esperadas pelas políticas ao avaliarem serviços no cuidado psicossocial. Almeida, Dimenstein e Severo (2010), Figueiró e Dimenstein (2010), Fiorati e Saeki (2011), Silva e Azevedo (2011), Mângia e Ricci (2011), Salles e Barros (2013), Vasconcelos et al. (2016), Bezerra et al. (2016), Neto e Dimenstein (2016), Alves et al. (2018), Santos et al. (2019), Caron e Feuerwerker (2019), Palombini et al. (2020a), Palombini et al. (2020b) percebe-

ram que existem sinais de uma lógica antimanicomial nos serviços estudados, mas a prevalência ainda é da lógica asilar e tradicionalista, que perpetua no modo de lidar com o usuário até a gestão do serviço.

Apreendeu-se que existem questões culturais marcando a imobilização da subjetividade dos executores dos cuidados psicossocial, o que não inclui somente os profissionais, mas familiares e até mesmo usuários. Há uma cultura histórica internalizada que carrega uma lógica assistencialista e superprotetora, acreditando que os sujeitos com transtornos mentais devem ser vigiados, no sentido de não conseguirem realizar nenhuma atividade de forma autônoma.

É ainda uma lógica de cuidado semelhante ao cuidado do início da história da loucura, onde se acreditava ser necessário isolar e vigiar o louco, em função do receio de que o mesmo pode vir a realizar ou a não realizar. É um cuidado com sentido de tutela, que considera o sujeito com transtorno mental como frágil e incapaz, que em conjunto com a supervalorização da atuação exclusivamente médico-curativas, desconsidera o conceito de saúde atual e os princípios do SUS, como a atenção integral (BRASIL, 1990).

Algumas reflexões foram provocadas especificamente pelos estudos de Mângia e Ricci (2011), Figueiró e Dimenstein (2010), Souza et al. (2012), Bezerra et al. (2016), Santos et al. (2019), Caron e Feuerwerker (2019) e Palombini et al. (2020b), que revelaram a existência do movimento de desinstitucionalização, de acordo com a política da Reforma Psiquiátrica, no entanto com ausência da estruturação da comunidade e dos serviços de saúde para o tratamento em liberdade, fazendo com que os sujeitos continuem vivenciando práticas asilares, com uma rede social restrita à família e às vezes, aos profissionais de saúde.

Bezerra et al. (2016) nos trazem uma constatação de que a repetição dessas práticas assistencialistas leva a construção de vínculos de dependência, contrárias aos conceitos de referência de cuidado presentes nas atuais políticas públicas de saúde mental. Na análise das narrativas, percebeu-se a existência de uma nova cronicidade no serviço

estudado e que esse serviço pode criar novas formas de institucionalização, ressaltando que esse fluxo impede a expansão da rede, limitando os sujeitos às estruturas do CAPS e por isso, explorando de maneira mínima os recursos da comunidade, da família e de outras instituições.

Como Oliveira (2013) já afirmava e um dos estudos analisados reforça o:

[...] alerta para não repetir erros do passado, pois durante décadas defendeu-se que o lugar do louco seria no hospício; assim, o lugar do louco seria agora a residência [e em outros serviços de saúde]? Estávamos assistindo à transferência da lógica manicomial do hospital para a residência, produzindo enclausuramentos residenciais. (NETO; DIMENSTEIN, 2016, p. 495)

Confirmando ainda com Moreira e Castro-Silva (2011), que apresentaram o quanto a participação da comunidade é um atributo terapêutico importante para o sujeito com transtorno mental, já que em seu resultado levaram a considerar a comunidade um espaço fundamental de expansão do viver e ressignificação de vida, possibilitando encontros geradores de afetos positivos e potências, mais ainda, de atitudes preenchidas de cidadania e solidariedade.

Um ponto fundamental compreendido foi a emergência em enfatizar a reinserção social, seja através da inclusão no mercado de trabalho ou da boa convivência com vizinhos e amigos, o que se relaciona diretamente com a luta contra os preconceitos ainda enraizados na cultura atual. Este fator foi confirmado pelos estudos de Guerra et al. (2006), Paula (2008), Silveira et al. (2013), Salles e Barros (2013), Wagner, Borba e Silva (2015), Neto e Dimenstein (2016), Argiles et al. (2017), Zambillo e Palombini (2017), Gonçalves e Onocko-Campos (2017), Senna e Azambuja (2019), Passos et al. (2020), Junges, Pereira e Castan (2020) e Silva et al. (2020), que obtiveram avaliações positivas de práticas realizadas e percepções existentes sobre a inclusão social.

Vale ressaltar que ao longo do período alvo do presente estudo foram observadas algumas mudanças na metodologia utilizada nas pesquisas, com o crescimento da utilização da pesquisa-participante, pesquisa-intervenção, pesquisa-apoio entre outros métodos. E com essas mudanças, é necessário reformular a concepção de resultados das pesquisas também, pois além das constatações ao avaliar os dados já existentes no objeto de estudo, acrescenta-se as constatações das intervenções e da realização da pesquisa no objeto, seguindo a linha de pensamento de que toda ação, como uma pesquisa, gera uma mudança e por isso, novos resultados.

Assim, dentre os estudos que demonstraram resultados promissores, a pesquisa de Guerra et al. (2006) possibilitou clarificar um caminho interessante para a reabilitação social, provocando reflexões sobre a utilização da criação artística. Cesari e Bandeira (2010) avaliaram a influência da percepção particular dos usuários dos serviços acerca de sua real qualidade de vida, permitindo considerar a importância de oferecer além das práticas do cuidado, mas também os empoderar, por meio da participação na construção do próprio cuidado.

Passos et al. (2013) e Passos et al. (2020) realizaram uma avaliação interessante sobre a já citada participação de usuários dos serviços de saúde mental em pesquisas, como pesquisadores. Os resultados obtidos foram positivos, corroborando que a reabilitação psicossocial é uma via de mão dupla: concedem-se espaços de possibilidades aos usuários e ao oferecer essa liberdade de produzir de acordo com suas capacidades, produzem-se resultados promissores, que incentivam a continuar oferecendo espaços potenciais, ao invés de realizar censuras e impor limites.

Em Neto e Dimenstein (2016) temos a percepção do acompanhamento terapêutico como dispositivo clínico-político como um instrumento de construção de autonomia e cidadania. Senna e Azambuja (2019) proporcionaram a perspectiva interessante da relação de poder e saber nos usuários dos serviços de saúde mental como atores de seus cuidados através da ocupação do lugar de palestrantes na

universidade, disseminando seus conhecimentos através da educação popular. Junges, Pereira e Castan (2020) utilizaram do Treinamento de Habilidades Sociais (THS) para compreenderem o desenvolvimento de autonomia e assertividade dos usuários em situações sociais.

E por fim, observou-se a temática da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) presente em um conjunto dos estudos, com o primeiro estudo em 2013 e tendo ressurgido com intensificação de 2017 para os dias atuais, com muitos desses estudos sendo frutos da pesquisa multicêntrica desenvolvida em diversas cidades do Brasil entre 2010 e 2014 para a elaboração da versão brasileira da Guia da Gestão Autônoma da Medicação (Guia-GAM), a revisão final, a implementação e formulação da Guia de Apoio a Moderadores de grupos GAM. A grandiosidade desse projeto fertilizou outras pesquisas gerando diferentes vertentes e perspectivas que consequentemente foi de grande valia para muitos avanços teóricos e técnicos na rede de atenção psicossocial.

Um estudo interessante é de Zambillo e Palombini (2017), que viajaram para Montreal, no Quebec/Canadá, onde a GAM teve sua origem, juntamente com usuários dos serviços de saúde mental, profissionais e pesquisadores de diversos locais do país com o intuito de participarem de um encontro de formação internacional de pesquisas entre comunidades e universidades, participantes do projeto acima citado de formulação e adaptação da GAM para a realidade brasileira.

Diante desse cenário baseado em uma sensação de ambivalência, apesar de uma recente demonstração de busca maior por estratégias no enfrentamento do desafio de mudanças das práticas, os resultados se mantem relativamente dividido entre os que mostram que ainda há muito a melhorar e os que mostra existir um processo já em desenvolvimento. Acrescenta-se que a maior parte dos autores incluiu em suas conclusões a necessidade de criar espaços de reflexões, debates e discussões sobre as práticas de cuidado psicossocial nos serviços, com

a participação dos profissionais envolvidos, desde equipe técnica até gestão, de familiares dos usuários e principalmente os próprios usuários.

Estes momentos seriam de transformações subjetivas e consequentemente culturais, pois é por meio da comunicação, do diálogo e da vivência que se realizam mudanças efetivas de pensamento e de realidade. O que se constata com a educação dialógica de Paulo Freire, baseada na problematização entre sujeitos horizontais que busca a aprendizagem e transformações através de diálogos reflexivos e atualmente com a educação popular em saúde (GADOTTI, 1996), cada vez mais presente pela proposta da GAM:

Para a educação popular em saúde, os processos de aprendizagem acontecem na vida e não apenas dentro dos currículos e das instituições formais. Por meio dos princípios do diálogo, do respeito à diversidade e da valorização de sujeitos coletivos, ela nos permite avançar numa formação profissional voltada para a construção cotidiana dos projetos coletivos ou individuais. (SANTOS et al., 2019, p. 269-70)

Por fim, os estudos contribuíram grandemente para a compreensão do cenário atual da saúde mental e ainda propiciaram sugestões para a aperfeiçoamento do mesmo, acreditando que o caminho consiste em promover espaços de diálogos sobre a prática. Assim, permanecendo na luta para o não retrocesso das políticas públicas de saúde mental e com a lógica da educação dialógica problematizadora, da educação popular em saúde e da cogestão que transcende o escutar subordinado, provocando reflexões e mudanças de concepções, pode-se concluir que existem boas expectativas para a prática da saúde mental, no sentido do desenvolvimento da resiliência de todos os sujeitos envolvidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se afirmar que os objetivos propostos foram atingidos, identificando que os serviços públicos estão se organizando para a efetivação das políticas públicas, mas que grande parte ainda possui vivências de um funcionamento com a lógica da clínica e gestão tradicional e asilar. Levantaram-se dados que comprovam a efetivação das políticas da Reforma Psiquiátrica, mas concomitantemente, levantaram-se dados que também comprovam a não efetivação das mesmas.

O período de quinze anos investigado pelo presente estudo possibilitou construir uma linha do tempo da evolução das pesquisas realizadas sobre a temática. Inicialmente o foco foi verificar como os serviços estavam se organizando para a mudança proposta pela Reforma Psiquiátrica, identificando dificuldades e desafios na prática, que produziu a constatação que a maioria dos serviços buscavam a mudança, mas ainda estavam distantes da lógica antimanicomial e repetindo a lógica asilar. Assim, partiram em busca de estratégias e intervenções para retomar o processo de mudança, e nada melhor do que já efetivar a mudança pelas próprias pesquisas, transformando o modo de pesquisar em saúde mental em busca da mudança na prática de cuidados, do modo de pensar e agir em saúde mental, evitando retrocessos.

Apesar de nem todos os estudos distinguirem quais os transtornos mentais alvos das pesquisas, assimila-se que todos os estudos se voltaram para pacientes que possuem características e dificuldades semelhantes aos sujeitos psicóticos. Especificamente, foi possível compreender a situação do desenvolvimento da resiliência nos usuários dos serviços, destacando o fato de que o termo ‘resiliência’ não foi utilizado com frequência nos estudos, no entanto, foi possível compreendê-lo através dos atributos preditivos de resiliência, como a autonomia, a cidadania e o empoderamento.

Foi possível uma aproximação de uma definição mais específica de resiliência e até mesmo dos modos de esta ser desenvolvida.

Por ser parte integrante da vida e constituição do sujeito e depender principalmente de um suporte social que proteja contra a desestabilização, através de um vínculo, conclui-se que mais importante que os ambientes em si, é a representação do mesmo na mente das pessoas. Em outras palavras, a pessoa precisa sentir-se verdadeiramente cuidada e acolhida para o desenvolvimento da resiliência.

É necessário considerar que existiram algumas limitações na realização desta pesquisa, como o idioma e, conseqüentemente, as limitadas bases de dados consultadas. Ainda houve a restrição a artigos que estivessem disponíveis na íntegra e gratuitamente. Apesar disso, é possível afirmar que há uma lacuna nas pesquisas sobre a resiliência nessa área de atuação da saúde mental, especialmente com transtornos mentais graves e persistentes como a maioria das psicoses, deixando a sugestão de realização de mais pesquisas voltadas para essa temática. De acordo com todo o referencial e conceituação utilizados para a compreensão da resiliência, trazê-la mais profundamente para a saúde mental possibilitaria bons frutos.

Em conclusão, a prática das políticas públicas em conjunto com o desenvolvimento da resiliência faz com que as intervenções passem a ter o intuito de emancipar os sujeitos, comprometendo-se com a criação de possibilidades de uma qualidade de vida e participação social dos mesmos. Deve fazer com que todos os sujeitos com transtornos mentais consigam encontrar caminhos e lugares possíveis para assegurar a sua diferença de forma positiva, e não como determinante patológico e de exclusão.

Enfim, buscam-se atuações em saúde mental que não reduzam o sujeito a um objeto de investigação científica ou que o direcionem para uma normalização esperada pela sociedade, mas que valorizem a subjetividade e a história de vida de cada usuário dos serviços, com uma visão integral de sua existência e que ainda garantam a convivência, a diversidade, a sustentação das diferenças existentes como algo positivo, proporcionando condições de exercer a cidadania.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K. S.; DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A. K. Empoderamento e atenção psicossocial: notas sobre uma associação de saúde mental. **Interface**, Botucatu, v.14, n.34, p. 577-89, jul./set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop1410.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2021.

ALVES, P. F. et al. Ser autônomo: o que os serviços de saúde mental indicam? **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.63993>. Acesso em: 25 jul. 2021.

ARGILES, C. T. et al. Processos de singularização no modo psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 01, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000100004> Acesso em: 25 jul. 2021.

BARROSO, S. M.; SILVA, M. A. Reforma psiquiátrica brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Revista da SPAGESP**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 66-78, jan./jun. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci-art-text&pid=S1677-29702011000100008>. Acesso em: 25 jul. 2021.

BEZERRA, I. C. et al. Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado. **Saúde em Debate**. v. 40, n. 110, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611011>. Acesso em: 25 jul. 2021.

BRASIL. **Diretrizes assistenciais para a saúde mental na saúde suplementar**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/diretrizes_assistenciais.pdf. Acesso em: 25 jul. 2021.

BRASIL. **Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial**. Relatório de Gestão 2011-2015. Ministério da Saúde: Brasília, 2016. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2021.

BRASIL. **Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. relatório de gestão 2007/2010. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteras_reforma_psiquiatica.pdf. Acesso em: 25 jul. 2021.

BRASIL. **ABC do SUS: doutrina e princípios**. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf Acesso em: 25 jul. 2021.

CARON, E.; FEUERWERKER, L. C. M. Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como dispositivo de atenção psicossocial na Atenção Básica e apoio ao cuidado em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 4, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019190697>. Acesso em: 25 jul. 2021.

CESARI, L.; BANDEIRA, M. Avaliação da qualidade de vida e percepção de mudança em pacientes com esquizofrenia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 4, p. 293-31, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n4/05.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) no CAPS Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2013. Disponível em: http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2015/09/CREPOP_2013_CAPS.pdf. Acesso em: 25 jul. 2021.

DIMENSTEIN, M. A reorientação de atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 112-117, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v24n4/v24n4a13.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2021.

FIGUEIRÓ, R. A.; DIMENSTEIN, M. Cotidiano de usuários de CAPS: Empoderamento ou captura? **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 22, n. 2, p. 431-446, maio./ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v22n2/15.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2021.

FIORATI, R. C.; SAEKI, T. A inserção da reabilitação psicossocial nos serviços extra-hospitalares de saúde mental: o conflito entre racionalidade instrumental e racionalidade prática. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 76-84, jan./abr. 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v22i1p76-84>> Acesso em: 25 jul. 2021.

GADOTTI, M. Glossário. In: GADOTTI, M. (Org.) **Paulo Freire: uma biobibliografia**. São Paulo: Cortez e Instituto Paulo Freire, 1996.

GONÇALVES, L. L. M.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação. **Caderno de Saúde Pública**, v. 33, n. 11, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00166216>> Acesso em: 25 jul. 2021.

GUERRA, A. M. C. et al. A função da obra na estabilização psicótica: análise do caso do Profeta Gentileza. **Interações**, São Paulo, v. XI, n. 21, p. 29-56, jan./jun. 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/inter/v11n21/v11n21a03.pdf>> Acesso em: 25 jul. 2021.

GUZZO, R. S. L.; TROMBETA, L. H. A. P. **Enfrentando o cotidiano adverso: estudo sobre resiliência em adolescentes**. Campinas: Alínea, 2002.

JUNGES, N.; PEREIRA, F. P.; CASTAN, J. U. Grupo de treinamento de habilidades sociais em um centro de atenção psicossocial. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 56, jan./jun. 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i0.12258>> Acesso em: 25 jul. 2021.

MÂNGIA, E. F.; RICCI, E. C. “Pensando o Habitar” Trajetórias de usuários de Serviços Residenciais Terapêuticos. **Revista de terapia ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 182-190, maio/ago. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14136/15954>> Acesso em: 25 jul. 2021.

MIELKE, F. B. et al. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 761-765, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.6812>> Acesso em: 25 jul. 2021.

MOREIRA, M. I. B.; CASTRO-SILVA, C. R. Residências Terapêuticas e comunidade: a construção de novas práticas antimanicomiais. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v.

23, n. 3, p. 545-553, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n3/12.pdf>> Acesso em: 25 jul. 2021.

NETO, M.; DIMENSTEIN, M. Experiência de Acompanhamento Terapêutico: do hospital à cidade. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 11, n. 2, p. 489-498, dez. 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082016000200017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 jul. 2021.

OLIVEIRA, R. W. Os caminhos da Reforma Psiquiátrica: acompanhamento terapêutico, propagação e contágio na metrópole. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n. spe2, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-71822013000600012>>. Acesso em: 25 jul. 2021.

PALOMBINI, A. et al. Autonomia e Exercício de Direitos na Experiência da Gestão Autônoma da Medicação. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 40, 2020b. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703003190411>> Acesso em: 25 jul. 2021.

PALOMBINI, A. L. et al. Produção de Grupalidade e Exercícios de Autonomia na GAM: a Experiência do Rio Grande do Sul. **Revista Polis e Psique**, v. 10, n. 2, 2020a. Disponível em: <<https://doi.org/10.22456/2238-152X.104142>> Acesso em: 25 jul. 2021.

PASSOS, E. et al. A Gestão Autônoma da Medicação e o dispositivo da Pesquisa-apoio. **Revista Polis e Psique**, v. 10, n. 2, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.22456/2238-152X.103384>> Acesso em: 25 jul. 2021.

PASSOS, E. et al. O Comitê Cidadão como estratégia co-gestiva em uma pesquisa participativa no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2919-2928, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a16.pdf>> Acesso em: 25 jul. 2021.

PAULA, S. R. A influência do trabalho na vida dos usuários atendidos pelo centro de atenção psicossocial (CAPS Integração) de Campinas SP. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1403/293>> Acesso em: 25 jul. 2021

PEREIRA, A. M. S. Resiliência, personalidade, stress e estratégias de coping. In: TAVARES, J. (Org.) **Resiliência e educação**. 2. ed. São Paulo, Cortez, 2001. p. 77-94.

PINHEIRO, D. P. N. A resiliência em discussão. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 67-75, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n1/v9n1a09>> Acesso em: 25 jul. 2021.

PITTA, A. M. F.; COUTINHO, D. M.; ROCHA, C. C. M. Direitos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial do Nordeste do Brasil: um estudo avaliativo, tendo como referência o QualityRights WHO. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 760-771, jul./set. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00760.pdf>> Acesso em: 25 jul. 2021.

PLACCO, V. M. N. S. Prefácio. In: TAVARES, J. (Org.) **Resiliência e educação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001. p. 7-12.

PRESSOTTO, R. F. et al. Experiências brasileiras sobre participação de usuários e familiares na pesquisa em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2837-2845, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a08.pdf>> Acesso em: 25 jul. 2021.

RALHA-SIMÕES, H. Resiliência e desenvolvimento pessoal. In: TAVARES, J. (Org.) **Resiliência e educação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001. cap. 4, p. 95-114.

RODRIGUES, C. G. S. S. et al. Estudo de avaliação das habilidades de vida independente entre usuários da rede de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1414-462X201600030086>> Acesso em: 25 jul. 2021.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de psiquiatria**: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11. ed.. Porto Alegre: Artmed, 2017.

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 Sociedade**, São Paulo, v.22, n.4, p.1059-1071, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n4/09.pdf>> Acesso em: 25 jul. 2021.

SANTOS, D. V. D. et al. Da prescrição à escuta: efeitos da gestão autônoma da medicação em trabalhadores da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 2, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180860>> Acesso em: 25 jul. 2021.

SENNA, L. L.; AZAMBUJA, M. A. Gestão Autônoma da Medicação: saberes e visibilidades de usuários de saúde mental em universidades no interior do RS. *Revista Polis e Psique*, Porto Alegre, RS, v. 9, n. 2, p. 67-86, 2019. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/86774>> Acesso em: 25 jul. 2021.

SILVA, A. et al. Itinerários vividos, histórias narradas: gradientes de autonomia entre beneficiários do Programa 'De Volta para Casa'. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 127, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202012711>>. Acesso em: 25 jul. 2021.

SILVA, D. S.; AZEVEDO, D. M. As novas práticas em saúde mental e o trabalho no serviço Residencial Terapêutico. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 602-609, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a23v15n3.pdf>> Acesso em: 25 jul. 2021.

SILVA, T. F. C. et al. Avaliação do ajustamento social em pacientes portadores de esquizofrenia atendidos em um ambulatório de hospital geral no Rio de Janeiro. **Caderno Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n.4, p. 587-96, 2010. Disponível em: <http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_4/artigos/CSC_v18n4_587-596.pdf> Acesso em: 25 jul. 2021.

SILVEIRA, G. S. et al. Mediadores colaboradores e inibidores na rede social de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista de pesquisa**: cuidado é fundamental, v. 5, n. 4, p. 696- 05, out./dez. 2013. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidado-fundamental/article/view/2321/pdf_953> Acesso em: 25 jul. 2021.

SILVEIRA, N. R. A. **O desenvolvimento da resiliência nos serviços públicos de saúde mental**: uma pesquisa bibliográfica. Marília; s.n.; 2017. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/ses-sp/2017/ses-34494/ses-34494-6391.pdf> Acesso em: 25 jul. 2021.

SOUZA, F. M. et al. Acompanhamento de pacientes do espectro esquizofrênico no território: adaptação da intervenção para períodos de transição (“Critical Time Intervention”) para o contexto brasileiro em Centros de Atenção Psicossocial do município do Rio de Janeiro. **Caderno Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 427-35, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v20n4/v20n4a04.pdf>> Acesso em: 25 jul. 2021.

TABOADA, N. G.; LEGAL, E. J.; MACHADO, N. Resiliência: em busca de um conceito. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 104-113, 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v16n3/12.pdf>> Acesso em: 25 jul. 2021.

TAVARES, J. A resiliência na sociedade emergente. In: _____ (Org.) **Resiliência e educação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001. cap. 2, p. 43-76.

VASCONCELOS, M. G. F. et al. Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 313-23, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n57/1807-5762-icse-20-57-0313.pdf>> Acesso em: 25 jul. 2021.

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: >http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/25522/pdf_13> Acesso em: 25 jul. 2021.

YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. (Org.) **Resiliência e educação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001. cap. 1, p. 13-42.

ZAMBILLO, M.; PALOMBINI, A. L. Autonomias errantes: Processos de autonomização em saúde mental. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 22, n. 1, p. 78-88, 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294-2017000100009X&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 25 jul. 2021.

PSICOTERAPIA EM CASOS CLÍNICOS COM CONFLITIVA CONJUGAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Bruno Roça Pereira
Ana Carolina Nonato
Danielle Abdel Massih Pio

INTRODUÇÃO

Existe uma série de indagações referentes à prática clínica de pacientes que apresentam conflitos conjugais. Dentre esses questionamentos, pode-se pensar: O que é um casal? Qual a melhor forma de psicoterapia, a individual para ambos ou a de casal? Qual vínculo se estabelece para esse tipo de relação? Para Sampaio (2009), essas são algumas das perguntas que os psicoterapeutas se fazem quando se deparam com esse tipo de dilema (SAMPAIO, 2009).

Zimerman (2004) adverte que a família nuclear tem passado por uma série de transformações com relação ao elevado número de casamentos seguidos de descasamentos e recasamentos, em que uma nova composição familiar é construída com os filhos trazidos por cada cônjuge para este novo lar. O número de mães solteiras e mães adolescentes aumentou nos últimos tempos, uma condição de “produção independente de filhos”, como também aumentou a preferência dos casais em viverem em lares próprios, independentes do cônjuge (ZIMERMAN, 2004).

Assim como Zimerman (2004), Sampaio (2009) também aponta que nos últimos anos houve uma transformação significativa nas relações afetivas, familiares e na sociedade. Essas mudanças também têm afetado a sexualidade, os papéis e funções do masculino e feminino e as novas formas de configurações familiares. As mudanças abruptas na vida diária também desempenham seu papel na desesta-

bilização e perturbação do sentimento de identidade e integração do Self, tendo como consequência experiências de desamparo e desvalia do casal, ameaçando uma ruptura interna desses sujeitos e do vínculo entre eles (SAMPAIO, 2009).

A psicanálise é um método que permite a investigação do inconsciente e, portanto, oferece subsídios para o entendimento de diversas situações nas quais o indivíduo possa estar inserido, como os aspectos conjugais, familiares e todas as implicações que possam ocorrer nesses contextos. Sendo assim, pode-se dizer que a psicanálise tem uma contribuição na formação dos parâmetros teóricos de uma clínica de casal e de família (GOMES; LEVY, 2009).

Com relação à prática clínica, Gabbard (2016) pontua que muitos terapeutas não possuem a orientação psicodinâmica para o atendimento familiar e de casal, embora a origem desse campo tenha surgido inicialmente com clínicos de orientação psicanalítica (GABBARD, 2016).

Zimerman (2004) acredita que existe uma crescente demanda para o tratamento com famílias e casais. Ele assinala que há uma literatura científica considerável sobre esse processo de trabalho, que parte de diferentes correntes, com seus respectivos seguidores. Sendo assim, tem surgido uma aproximação de terapeutas familiares da linha sistêmica com os da corrente psicanalítica, havendo uma maior integração entre eles. O autor ainda observa que cada corrente segue seu próprio arcabouço teórico e técnico, com aplicações e táticas distintas umas das outras; entretanto, ele dá ênfase na visão holística de pensamento, na qual há uma integração simultânea das correntes psicanalíticas, sistêmicas e cognitivas (ZIMERMAN, 2004).

Cordioli (2008) afirma que, atualmente, mesmo os clínicos mais experientes possuem um estilo mais eclético em sua forma teórica e técnica de tratamento. Ele ressalta a importância do conhecimento de vários modelos para se trabalhar em psicoterapia com casais. “O terapeuta com mais recursos tem melhores condições para atender à

variada gama de pacientes que se apresentam tanto no consultório quanto nas instituições” (CORDIOLI, 2008, p. 253).

Sabe-se, de acordo com a demanda, que parte da queixa dos pacientes está relacionada ao conflito conjugal que produz adoecimento psicológico. Neste caso, a psicoterapia de casal poderia ser um instrumento para se trabalhar esta demanda, já que por meio da presença física do casal e dos relatos que ambos trazem para a psicoterapia, o psicoterapeuta poderá ter condições de realizar uma técnica mais adequada, por meio do que acontece na dinâmica do casal; todavia, os referencias e as abordagens podem ser diferentes, com experiências clínicas diversas.

Diante da demanda atual, indaga-se qual seria o melhor procedimento para a realização de uma psicoterapia eficaz: manter o trabalho clínico individual por meio da psicoterapia de base psicanalítica, ou realizar uma psicoterapia de casal para a resolução do conflito psicológico trazido? Parte-se do pressuposto de que refletir e interferir com a modalidade adequada diante das estratégias terapêuticas possíveis favorece a resolução de conflitos internos e conjugais manifestos na clínica, sendo possível objetivar com mais precisão o foco do trabalho terapêutico. Assim, considerando a existência de lacunas no que se refere a estudos que avaliem a temática abordada, este trabalho teve como objetivos identificar na literatura as experiências clínicas psicoterápicas relacionadas às demandas emocionais de conflitivas afetivas, compreendendo as diferentes perspectivas teóricas, técnicas ou propostas de intervenção para as conflitivas conjugais, e analisar as resoluções apontadas no sentido da efetividade do trabalho clínico ou processo terapêutico dessa demanda na clínica.

MÉTODOS

Propôs-se, para o presente trabalho, a realização de revisão integrativa da literatura. Segundo Souza, Silva e Carvalho (2010), a revisão integrativa de literatura é uma metodologia que busca oferecer

uma síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. Os autores explicam que esse tipo de metodologia é considerado o mais amplo dentre as abordagens de revisões, pois permite incluir estudos experimentais e não-experimentais para que se possa obter uma compreensão completa do fenômeno a ser analisado. Mescla dados da literatura teórica e empírica, assim como também acrescenta um vasto leque de propósitos, sendo eles: revisão de teorias e evidências, análise de problemas metodológicos de item particular e definição de conceitos. Conclui-se que dentro do campo da saúde, a revisão integrativa de literatura tem sido classificada como uma ferramenta de extrema importância, pois ela é capaz de proporcionar um resumo das pesquisas disponíveis de diferentes temáticas e direcionar a uma prática baseada em conhecimento científico (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Utilizou-se a seguinte questão norteadora para as buscas dos artigos indexados em bases de dados: “Qual o delineamento psicoterápico para as conflitivas emocionais conjugais?”

A pesquisa foi realizada em 20 de dezembro de 2019 e encontraram-se 191 artigos na BVS e Bases de Dados Medline, Lilacs, Index Psicologia – Periódicos Técnico Científicos, Ibics e Index Psicologia-Teses, nos idiomas inglês e português, de 2015 a 2019. A busca foi realizada sob a seguinte estratégia: (“Psicoterapia” OR “Psicoterapia Psicodinâmica”)) OR (Psicoterapia\$)) AND (“Terapia de Casal” OR “Terapia Conjugal” OR “Casamento” OR “Conflito Familiar”)) OR ((Terapia\$ de Casa\$) OR (Terapia\$ \$Conjuga\$) OR Casamento OR (Marido\$ Mulher\$) OR Matrimônio\$ OR (Conflito\$ Familiar\$) OR (Conflito \$Conjuga\$)))).

Inicialmente foi realizada a leitura dos títulos desses 191 artigos e excluídos 104 artigos que não correspondiam ao tema proposto. Dos 87 artigos restantes, 31 estavam repetidos ficando para a leitura dos resumos apenas 56 artigos. Após a leitura dos resumos, permaneceram 23 artigos, sendo que 18 estavam disponíveis como textos completos, sendo

9 em inglês e 9 em português. Por fim, apenas 12 artigos foram incluídos nos resultados e discussões, sendo 4 em inglês e 8 em português.

Propõe-se uma revisão das publicações sobre o tema, trazendo local/país de realização/ ano de realização dos estudos, os objetivos dos estudos, metodologia empregada e os principais resultados obtidos nas intervenções.

Propôs-se uma organização e análise das publicações sobre o tema, por meio de leitura minuciosa, buscando as semelhanças e particularidades de cada estudo, estabelecendo a análise de conteúdo, modalidade temática (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2016).

RESULTADOS

Iniciou-se pela caracterização dos 12 estudos, indicados de 1 a 12, contendo as seguintes informações: título, autores, ano, local de publicação e método (Quadro 1). Após, foi organizado um novo quadro (2), com objetivos e principais resultados.

Quadro 1 - Caracterização dos estudos

Continua

ID	Título	Autores	Ano	Revista	Método
1	Worried About us: Evaluating an Intervention for Relationship-Based Anxiety	Paprocki, C. M., Baucom, D. H.	2015	Family Process	Estudo Clínico-Quantitativo
2	Definindo fronteiras no Recasamento: Relato de uma experiência clínica	Bernardi, D., Dias, M. de V., Machado, R. N., Féres-Carneiro, T.	2016	Pensando Famílias	Trabalho qualitativo: estudo de caso clínico
3	Compreendendo a estrutura familiar e sua relação com a parentalidade: relato de um caso de um casal em terapia de abordagem sistêmica	Stürmer, T. R., Marin, A. H., & Oliveira, D. S.	2016	Revista Brasileira de Psicoterapia	Trabalho qualitativo, exploratório e longitudinal: Estudo de caso
4	Psicoterapia de casal em um serviço-escola de Psicologia: uma ilustração clínica	Osti, N. M. Di, Sei, M. B., Zanetti, S. A. S.	2016	Estudos e Pesquisas em Psicologia	Trabalho teórico-clínico: estudo de caso

Quadro 1 - Caracterização dos estudos

Conclusão

ID	Título	Autores	Ano	Revista	Método
5	Psicoterapia psicanalítica de casais e famílias: caracterização da clientela	Pires, T., Berger, D., Fiorini, G. P., Gstaad, M. B.	2016	Revista Brasileira de Psicoterapia	Estudo quantitativo retrospectivo
6	Terapia de Casal e Estratégia de Resolução de Conflito: Uma Revisão Sistemática	Costa, C. B., Delatorre, M. Z., Wagner, A., Mosmann, C. P.	2017	Psicologia: Ciência e Profissão	Revisão Sistemática
7	Psychodynamic Couple Therapy: A Practical Synthesis	Nielsen, A. C.	2017	Journal of Marital and Family Therapy	Estudo Teórico
8	Intervenções psicossociais aplicada a situações de conflito conjugal	Vale, K. S., Pimentel, A.	2017	Revista da Abordagem Gestáltica	Revisão Integrativa
9	Conceitualização Cognitiva para casais: um modelo didático para formulação de casos em Terapia Conjugal	Cardoso, B. L. A., Neufeld, C. B.	2018	Pensando Famílias	Estudo Teórico
10	Effect of music therapy combined with cognitive restructuring therapy on emotional distress in a sample of Nigerian married couples	Ezegbe, B. N. et al.	2018	Medicine	Estudo de caso
11	An Implementation Study of Relationship Checkups as Home Visitations for Low-Income At-Risk Couples*	Gordon, K. C. et al.	2019	Family Process Institute	Estudo quantitativo
12	Segredo familiar e os recursos artísticos-expressivos na psicoterapia familiar: Um estudo teórico-clínico	Franco, R.S., & Sei, M. B.	2019	Psicologia: Teoria e Prática	Modelo clínico-qualitativo

Fonte: elaborado pelos autores.

De acordo com o Quadro 1, os artigos encontram-se entre os anos de 2015 e 2019, três descritos como estudos qualitativos, três como estudos quantitativos, uma revisão sistemática, uma revi-

são integrativa e dois estudos designados como teóricos. Dentro destes, há uma quantidade considerável de estudos descritos como de casos ou de casos clínicos.

Quadro 2 - Objetivos e principais resultados dos estudos

Continua

Id.	Objetivo	Resultado
1	Explorar a construção de um relacionamento baseado na ansiedade, e avaliar a eficácia de uma sessão psicoeducacional.	Após duas semanas da sessão psicoeducacional, percebeu-se uma diminuição na ansiedade de relacionamento, no auto-silenciamento, e a busca de garantia pelas pacientes, e também uma redução do comportamento acomodado de seus parceiros.
2	Investigar as fronteiras no recasamento, buscando compreender o interjogo estabelecido entre a conjugalidade e a parentalidade na estruturação da nova família.	Pode-se observar por meio de um estudo de caso as vicissitudes de uma família recasada e os conflitos advindos dessa relação. A psicoterapia de casal utilizou da técnica “O que é um casal?” para ajudar os pacientes com as crenças e valores trazidos de relacionamentos anteriores, ajudando-os a ressignificar a relação conjugal.
3	Compreender a relação entre a estrutura familiar e o exercício da parentalidade a partir de um estudo de caso.	Através do estudo de caso pode-se perceber o quanto a estrutura familiar está envolvida na parentalidade, levando a crer que os conflitos conjugais podem afetar de forma negativa o funcionamento familiar e as relações parentais.
4	Desenvolver um estudo teórico-clínico sobre a psicoterapia psicanalítica e casal.	Foi possível perceber por meio da psicoterapia de casal, o que os unia, e o que os fazia manter adoecidos, assim como ajudar os pacientes em seus conflitos conjugais, por meio do estudo o autor propõe auxiliar psicoterapeutas de casal, refletindo nos aspectos desse tipo de intervenção. Observou-se a importância da psicoterapia psicanalítica de casal nas instituições de saúde pública como forma de ajudar mais pessoas.
5	Investigar o perfil de casais e famílias que procuram psicoterapia psicanalítica, por meio de prontuários de pacientes ambulatoriais.	Pode-se perceber um número grande de desistências a psicoterapia de casal e família. As queixas gerais estão relacionadas às dificuldades de comunicação dos casais, e orientação aos cuidados dos filhos pelas famílias.
6	Realizar uma revisão sistemática por meio de artigos científicos sobre os diferentes enfoques de uma psicoterapia de casal.	Através desse estudo percebeu-se que as abordagens comportamental e cognitivo-comportamental sobressaíram-se em relação à sistêmica e psicodinâmica. As duas primeiras abordagens utilizaram técnicas mais diretivas em relação às outras duas, fazendo uso de ensaios clínicos randomizados, enquanto as últimas os estudos clínicos foram sem grupo controle. Identificou-se um número maior de estudos internacionais do que brasileiros. Os estudos focaram nos resultados da psicoterapia, e ou na comparação de diferentes abordagens, não avaliando os processos psicoterápicos. As pesquisas demonstraram consenso quanto ao uso da comunicação, da empatia, do perdão, do apoio mútuo, da confiança, e da resolução de conflitos na conjugalidade. Houve falta de hegemonia e clareza em alguns termos utilizados.
7	Revisar as contribuições psicodinâmicas mais significativas para o campo da terapia de casal.	Através de alguns conceitos da abordagem psicodinâmica como: questões subjacentes, experiências subjetivas divergentes, transferência, identificação projetiva e aceitação, o autor mostra como utilizá-las como forma de intervenção na psicoterapia de casal.

Quadro 2 - Objetivos e principais resultados dos estudos

Conclusão

Id.	Objetivo	Resultado
8	Analisar produções científicas que discutem intervenções em situações de violência conjugal.	Traz uma ampla discussão com relação aos aspectos físicos, psicológicos, sociais e familiares que a violência conjugal trás as mulheres. Percebeu-se que grande parte dos profissionais da saúde não reconhecem a violência conjugal como um problema de saúde, sendo necessário incluir na formação acadêmica esse tema em questão. Ressaltou também uma atualização dos aspectos da intervenção psicoterápica e de pesquisa sobre este tema, pois essa pode propiciar desconstruções e romper paradigmas acerca da violência conjugal.
9	Fornecer um modelo de Conceitualização Cognitiva para Casais e dar suporte a terapeuta e clientes sobre a compreensão dos conflitos e estratégias que são utilizados para resolução de problemas na conjugalidade.	A pesquisa demonstra por meio de um caso clínico específico, como utilizar o Método/Modelo de Conceitualização Cognitiva para Casais, embasando e instrumentalizando terapeutas de casais a adotarem uma perspectiva de tratamento relacional e orientada pelo treinamento de habilidades sociais conjugais.
10	Avaliar o efeito da terapia musical aliado com a terapia de reestruturação cognitiva em sofrimento emocional em uma amostra de casais nigerianos.	Percebeu-se que os casais que passaram por intervenções da musicoterapia junto com a terapia de reestruturação cognitiva tiveram diminuição do sofrimento emocional em detrimento daqueles da lista de espera.
11	Examinar se uma intervenção breve em relacionamento pode ser implementada de forma eficaz em uma população de baixa renda e carente.	Percebeu-se que esse tipo de intervenção traz benefícios na melhora da relação entre os casais, e mesmo com as desistências e limitações do estudo, ele pode ser oferecido a aqueles que têm mais dificuldade no acesso e também pelo baixo custo que ele oferece. Houve uma pequena melhora na agressão relacional, no fortalecimento de vínculo, sendo que os participantes relataram que ficaram satisfeitos após a intervenção e seis meses depois.
12	Discutir a utilização de recursos artísticos-expressivos na psicoterapia psicanalítica de casal e família por meio de um estudo de caso clínico.	Percebeu-se grande resistência da família e do casal em aderir à psicoterapia. Dessa forma, utilizou-se de recursos artísticos-expressivos para facilitar o processo terapêutico e acessar conteúdos inconscientes.

Fonte: elaborado pelos autores

Após a descrição, procurou-se identificar os núcleos de sentido, agrupando-os em categorias mais amplas consoantes com os objetivos do estudo, originando dois temas: Tipos de abordagens e resultados das intervenções. Dentro das temáticas, serão apresentados os resultados dos estudos, para embasar a discussão que será realizada no próximo tópico.

Tipos de abordagens

Os estudos que abrangem a pesquisa trazem várias abordagens e técnicas psicológicas para se trabalhar com a psicoterapia de casal, entre elas a psicoterapia psicanalítica, a psicodinâmica, as abordagens sistêmicas e familiares, cognitivo comportamental, com-

portamental, sessão psicoeducacional, intervenção psicossocial, terapia musical e reestruturação cognitiva, intervenção breve e a técnica denominada “o que é um casal?”.

Abordagem psicanalítica e psicodinâmica

Com relação à psicoterapia psicanalítica, Osti, Sei e Zanetti (2016) trazem alguns elementos dessa abordagem para se trabalhar este tipo de demanda. Os autores utilizaram como referência para seu estudo os conceitos de transmissão psíquica; resistência; transferência e contratransferência. Foi por meio de um caso clínico de um serviço-escola de Psicologia que eles puderam concluir que o casal inicialmente buscou o atendimento psicológico para resolver conflitos relacionados ao filho mais velho, e que com o passar do tempo ficou evidente que eles apresentavam mais conflitos em torno da conjugalidade do que da parentalidade. A terapeuta, por meio do uso desses conceitos acima citados, pode mostrar ao casal o que os unia e o que os fazia adoecer, e propor reflexões sobre a dinâmica de casal e seus vínculos familiares (OSTI; SEI; ZANETTI, 2016).

Franco e Sei (2019) utilizaram como forma de intervenção na psicoterapia psicanalítica de casal e família recursos artísticos-expressivos como forma de favorecer a compreensão da dinâmica conjugal e familiar e o desenvolvimento do processo terapêutico, auxiliando os pacientes na resolução de seus conflitos. Alguns conceitos como transmissão psíquica e segredo familiar são elucidados para uma melhor compreensão do caso clínico trazido. Inicialmente o tratamento aconteceu por meio da psicoterapia familiar, sendo que com o passar das sessões se desenrolou em uma psicoterapia de casal (FRANCO; SEI, 2019).

Nielsen (2017) explica de forma detalhada como alguns conceitos psicanalíticos de diferentes escolas podem ser utilizados e integrados na psicoterapia de casal para promover a resolução dos conflitos trazidos. Ele ilustra o quadro clínico de um casal por meio de conceitos como questões subjacentes, experiências subjetivas divergentes e trans-

ferência com o objetivo de promover insight, reparar e fortalecer o vínculo do casal. Em outra experiência clínica, ele aborda o termo da identificação projetiva, como uma maneira de observar a cronicidade e infelicidade de um casamento. E por último, o autor trás o termo da aceitação, que é mais um elemento psicanalítico que pode facilitar conflitos conjugais. Ele parte do pressuposto que existem situações crônicas de difíceis modificações, sendo que a aceitação é um tipo de intervenção que ajuda a valorizar as diferenças do parceiro, e a diminuir a necessidade de mudança daquilo que parece ser o problema central do casal (NIELSEN, 2017).

Já Pires, Berger, Fiorini e Gastaud (2016) analisaram o prontuário de pacientes que procuraram a psicoterapia psicanalítica em um ambulatório de saúde mental da cidade de Porto Alegre. Os autores perceberam que por meio desse referencial teórico puderam trabalhar algumas demandas voltadas para conflitos conjugais e familiares. De modo geral, trazem autores psicanalíticos que desenvolveram estudos na abordagem psicanalítica sobre família e casal, usando o termo psicoterapia psicanalítica vincular como sinônimo. Observaram também uma carência de referências teóricas na abordagem psicanalítica dessa temática. Concluíram que muitos pacientes procuraram a psicoterapia por meio de encaminhamentos dos psicólogos e houveram acentuadas desistências no tratamento (PIRES et al., 2016).

Abordagem sistêmica

Stürmer, Marin e Oliveira (2016) analisaram um estudo de caso que foi conduzido por meio de uma psicoterapia de casal na abordagem sistêmica. As autoras enfatizam a compreensão da relação entre a estrutura familiar e o exercício da parentalidade, como finalidade de reconhecimento dos papéis e funções de cada indivíduo e as fronteiras que estabelecem entre si dentro de um sistema familiar. Esse estudo de caso mostra o quanto os conflitos conjugais e os padrões repetitivos de comportamento das famílias de origem, afetam de forma

negativa na criação dos filhos e na estrutura familiar como um todo (STÜRMER; MARIN; OLIVEIRA, 2016).

Por meio de um estudo de caso, Bernardi, Dias, Machado e Féres-Carneiro (2016) propõem investigar as fronteiras do recasamento, como forma de compreender o interjogo entre a parentalidade e a conjugalidade da nova família constituída. Leva-se em consideração nessa dinâmica a família de origem, as vicissitudes do primeiro casamento e o estabelecimento da nova conjugalidade. Dessa forma, percebe-se que um dos principais motivos para a procura de uma psicoterapia com casais recasados é devido às dificuldades existentes na delimitação entre conjugalidade e parentalidade. O estudo de caso ilustra o exemplo de um casal que vivia dificuldades neste novo casamento, já que as expectativas de cada um para uma nova constituição familiar estavam em desarmonia. Foi utilizada a técnica “O que é um casal” como forma de gerar maior reflexão acerca das crenças e valores de cada um sobre o casamento e a vida a dois (BERNARDI et al., 2016).

Abordagens cognitivas

Ezegbe et al. (2018) desenvolveram um estudo que avaliou 280 casais nigerianos que apresentavam sofrimento emocional significativo e foram submetidos a uma intervenção, no sentido de avaliar os efeitos da musicoterapia combinada com a terapia de reestruturação cognitiva. Assim como esse, diversos outros estudos corroboram a ideia de que a musicoterapia promove relaxamento e bem-estar. Por outro lado, a terapia de reestruturação cognitiva auxilia na organização do sistema de crenças da pessoa e no manejo das emoções. Esse tipo de ferramenta pode auxiliar profissionais de diferentes áreas que trabalham com casais, desenvolvendo junto a seus pacientes uma maior capacidade de gerenciar com eficácia o estresse e as disfunções familiares (EZEGBE et al., 2018).

Cardoso e Neufeld (2018), por meio de um caso clínico fictício, desenvolveram um modelo de conceitualização cognitiva para casais.

Esse modelo tem como principal objetivo compreender o funcionamento do indivíduo em aspectos cognitivo-comportamentais, sendo que esse tipo de intervenção foi desenvolvido para casais. Constituído por etapas, o terapeuta deve considerar as histórias de vida de seus pacientes, seus processos cognitivos, as crenças sobre o relacionamento atual, as estratégias de enfrentamento que utilizam e quais as consequências de todos esses fatores no relacionamento presente. É necessário dar ênfase na utilização das habilidades sociais como manejo para lidar com essas estratégias acima citadas (CARDOSO; NEUFELD, 2018).

Estudos com outras abordagens

Nesta seção, serão apresentados estudos que foram desenvolvidos sob óticas e temáticas não contempladas anteriormente.

Costa, Delatorre, Wagner e Mosmann (2017) realizaram uma revisão sistemática agregando diversos estudos científicos, de diferentes países, sobre a psicoterapia de casal e resolução de conflitos. Eles constataram que as abordagens comportamental e cognitivo-comportamental tiveram maiores destaques em relação à sistêmica e psicodinâmica. Segundo os autores, isso se deve ao fato de as primeiras abordagens terem um caráter mais metodológico com o uso de ensaios clínicos randomizados. Perceberam também que todas as abordagens trouxeram resultados positivos nos tratamentos, independentemente do método utilizado. Entretanto, a falta de especificação dos participantes, da forma de recrutamento e das demandas dos casais que procuraram a psicoterapia afetaram a maneira como cada abordagem poderia auxiliar em determinados tipos de demandas (COSTA et al., 2017).

Paprocki e Baucom (2017) avaliaram 21 casais que foram selecionados para participar de um programa de sessão psicoeducacional para casais, que apresentam relacionamentos baseados na ansiedade. Foram aplicados três testes, sendo dois em parceiros que tem como características comportamentos chamados de ‘auto-silenciamento e busca de garantias’ e outro teste no parceiro que apresenta um compor-

tamento denominado de “acomodado”. Observa-se que esses padrões, avaliados como mal adaptativos de comportamentos, trazem angústia ao casal. O estudo foi conduzido por apenas um estudante doutorando de psicologia clínica avançada. Embora nem todos os casais tenham tido os mesmos resultados, percebeu-se que esse modelo breve de intervenção pode ser benéfico, tendo como finalidade mostrar como a ansiedade opera nos relacionamentos e ajudá-los a compreender melhor suas atitudes (PAPROCKI; BAUCOM, 2017).

Com relação à violência conjugal, Vale e Pimentel (2017) analisaram produções científicas que abordam este tema por meio de intervenções psicossociais em serviços de Atenção Básica. Observaram que no Brasil existe uma escassez de materiais científicos voltados para essa temática. Foi constatado que a violência conjugal repercute em diversos agravos à saúde física e psicológica da mulher, impactando na relação conjugal, familiar, social e profissional. Acredita-se que o modelo patriarcal que valoriza a postura masculina em detrimento da feminina, as questões de gênero, o modelo biomédico que enfoca nas questões tecnicistas de tratamento, esquecendo o aspecto subjetivo, assim como a ausência de políticas públicas de saúde voltadas para a prevenção e tratamento específicos da violência, tendem a gerar barreiras para a resolução desse problema. Ressalta ainda a importância de uma participação mais significativa da área da psicologia, com a ampliação de pesquisas e forma de intervenções relacionadas à violência conjugal (VALE; PIMENTEL, 2017).

Gordon et al. (2019) produziram um estudo que teve como objetivo analisar se uma população de baixa renda e carente pode ser favorecida com um programa de melhoria de relacionamento entre casais. Foi um modelo adaptado do original chamado “Marriage Checkup”. Esse programa foi conduzido por facilitadores que tiveram treinamento prévio e supervisão constante ao longo do programa. A avaliação aplicada nos casais aconteceu de forma individualizada e em suas casas, o que facilitou o seu acesso, sendo que os itens compostos

eram: histórico de relacionamento, pontos fortes e preocupações. Os facilitadores mostravam as devolutivas, dando explicações e recomendações acerca do que era observado nas respostas. Mesmo com um incentivo financeiro para os casais participarem do programa, ainda assim houve muitas desistências e limitações no estudo. Entretanto, aqueles participantes que vieram apenas pelo aspecto financeiro, ao final do programa passaram a recomendar essa iniciativa a seus conhecidos. Esse modelo de intervenção mostra que pode ser aplicado em populações que não tem tanto acesso a cuidados voltados à saúde familiar e conjugal (GORDON et al., 2019).

Resultados das intervenções

De acordo com os estudos citados acima e por meio dos métodos de intervenções por eles propostos, chegaram-se a diversos resultados referentes aos conflitos conjugais observados pelos pacientes em atendimento. Dessa forma, se faz necessária uma descrição das intervenções apontadas para clarear o desfecho e/ou algumas conclusões dos trabalhos realizados.

No estudo de caso realizado por Stürmer, Marin e Oliveira (2016), por meio da abordagem sistêmica, observaram a importância de se utilizar de conceitos como hierarquia, fronteira e estabelecimento de papéis como elementos que foram trabalhados pela terapeuta com o casal. O uso dos mesmos possibilitou uma maior compreensão sobre a dinâmica que eles estabeleciam na maneira como tratavam um ao outro, afetando assim a criação dos filhos (STÜRMER; MARIN; OLIVEIRA, 2016).

Bernardi et al. (2016), por meio de um estudo de caso na abordagem sistêmica analisaram as vicissitudes acerca de um recasamento, levando em consideração o interjogo entre a conjugalidade e a parentalidade. O casal pode compreender a respeito dos modelos familiares que carregavam de relacionamentos anteriores, que influenciavam diretamente na vida entre eles, e criar um espaço para diálogo, reflexão e compreensão das necessidades de cada um (BERNARDI et al., 2016).

Paprocki e Baucom (2017) também mostraram resultados por meio do estudo onde foram aplicados testes em casais que tinham como conflitos centrais o problema causado pela ansiedade. Foi realizada apenas uma sessão psicoeducacional que constava de explicações e devolutivas durante e após os resultados obtidos, sendo que duas semanas depois da aplicação dos testes, percebeu-se uma melhora nesses comportamentos desadaptativos e certa redução na ansiedade de relacionamento (PAPROCKI; BAUCOM, 2017).

O estudo de Gordon et al. (2019), que avaliou uma intervenção breve para casais de baixa-renda e maior vulnerabilidade, tinham uma estrutura de avaliação composta por três fases: histórico de relacionamento, força e preocupações. Os resultados obtidos mostraram que houve melhora entre os casais mais angustiados e de baixa renda, sendo que eles puderam refletir em torno das necessidades de seu parceiro e o que causava conflito entre eles. Aspectos como satisfação no relacionamento, comunicação, agressão física/psicológica e intimidade também foram avaliados e tiveram bons resultados (GORDON et al., 2019).

No estudo de Ezegebe et al. (2018), de desenvolvimento da musicoterapia aliada a terapia de reestruturação cognitiva em casais nigerianos, percebeu-se que esses dois modelos de intervenção aplicados de forma conjunta levaram os casais a obterem uma redução dos sintomas causados pelo sofrimento emocional, os levando também a identificar o que os mantinham adoecidos e propor mudanças. Outro achado importante mostra que os resultados positivos de alívio de sintomas emocionais persistiram após o período da devolutiva dessa avaliação (EZEGBE et al., 2018).

DISCUSSÃO

Considerando os artigos selecionados, percebe-se que não existe um modelo único de tratamento que seja mais eficaz ou que traga um resultado mais benéfico em detrimento à outra forma de intervenção. A abordagem psicanalítica e psicodinâmica se sobressaía em relação

à sistêmica e às cognitivas. Apareceram também com certa evidência estudos breves e focais que utilizam de avaliações e testes específicos para se trabalhar problemas conjugais.

Cordioli (2019) explica que a terapia familiar surgiu a partir da insatisfação de alguns clínicos que observavam a baixa evolução individual de seus pacientes ou mesmo da neutralização dos progressos obtidos por eles por membros familiares, e sendo assim passaram a considerar não apenas o indivíduo, mas também a família como foco central para a compreensão das psicopatologias. Nesse estilo de trabalho, o marco é voltado para o contexto familiar no qual o problema individual acontece, e também para as consequências aos demais integrantes e a forma como cada membro dessa família influencia e é influenciado pelos outros (CORDIOLI, 2019).

A teoria cognitiva foi desenvolvida no início da década de 1960 por Aaron T. Beck. Ele procurava um modelo empírico para a teoria da melancolia de Freud, sendo que este atendia pacientes com depressão, e sua atenção foi captada por meio das características negativas do pensamento depressivo. Com o tempo esse modelo cognitivo para depressão foi sendo estruturado, tornando-se um livro chamado “Terapia cognitiva da depressão” (RANGÉ; SOUZA; FALCONE, 2019).

Rangé, Sousa e Falcone (2019) explicam que a terapia cognitiva é um método psicoterapêutico baseado no modelo cognitivo, que entende que a maneira como o indivíduo interpreta os acontecimentos influenciam as emoções e os comportamentos. O elemento central dessa teoria é a cognição, embora leve-se em consideração a interação entre o ambiente, as emoções, os pensamentos, comportamentos e reações físicas. Nesse sentido, ressalta-se que a teoria cognitiva e a teoria comportamental apresentam similaridades metodológicas, sendo com frequência descritos seus termos como sinônimos, utilizando-se as chamadas Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCC) (RANGÉ; SOUZA; FALCONE, 2019).

Com relação à psicanálise e a psicoterapia de orientação psicanalítica, Eizirik, Hauck e Cappellari (2019) afirmam que elas têm a sua origem nos trabalhos oriundos de Sigmund Freud, que a partir de suas experiências clínicas fundou, no início do século XX, a psicanálise como ciência, sendo que uma variada gama de abordagens terapêuticas foi desenvolvida, desde então, no tratamento das psicopatologias e perturbações de cunho emocional. A abordagem psicanalítica tem como principal objetivo promover a diminuição de sintomas, levando o paciente a obter uma maior consciência de suas dificuldades interpessoais, sociais, profissionais, intrapessoais, de personalidade, entre outras. Vale ressaltar, que alguns conceitos psicanalíticos desenvolvidos por Freud permanecem intactos e são ferramentas de trabalho no processo terapêutico. São eles: o inconsciente, a livre associação de ideias, a resistência, a transferência, a contratransferência, a neutralidade e a interpretação (EIZIRIK; HAUCK; CAPELLARI, 2019).

Segundo Gabbard (2016) a teoria psicodinâmica é compreendida como um modelo que explica os fenômenos mentais como provenientes do desenvolvimento do conflito. Ou seja, esse conflito se origina de forças inconscientes muito potentes que, por sua vez, procuram se manifestar e necessitam de acompanhamento constante por parte de forças contrárias que evitam sua manifestação. Ele ainda explica que esse modelo de tratamento considera em sua estrutura a psiquiatria biopsicossocial, sendo que o clínico atual leva em consideração as influências corporais e socioculturais. Por fim, o autor resume a psiquiatria psicodinâmica como um modo de pensar, que envolve o paciente, o terapeuta, incluindo nesse âmbito o conflito inconsciente, déficit e distorções de estruturas intrapsíquicas e relações internas, integrando esses elementos com descobertas recentes da neurociência. É importante considerar que esse tipo de intervenção tem como base os conceitos teóricos e técnicos da abordagem psicanalítica, que faz com que a psiquiatria psicodinâmica tenha um caráter singular (GABBARD, 2016).

Todos os trabalhos científicos apresentaram de alguma forma algum benefício aos pacientes envolvidos, seja na resolução do conflito conjugal trazido, como no alívio de sintomas, na melhora das relações interpessoais, em uma maior capacidade de refletir e solucionar os próprios problemas, assim como de observar comportamentos disfuncionais que se repetiam de suas famílias de origem, afetando a vida do casal.

Cada tipo de intervenção utilizou-se de seu modelo teórico e técnico característico para se trabalhar os conflitos apresentados. Nenhum estudo utilizou-se de uma psicoterapia individual como forma de intervenção dessas demandas. Vale ressaltar que muitos estudos apresentaram limitações em suas resoluções seja por conta da quantidade insuficiente de participantes, dos números de desistências, da própria limitação em torno do referencial utilizado que ainda se encontra em fase de desenvolvimento e consistência e também da carência de investimento em disciplinas específicas de graduação que abordem essa temática.

Cordioli (2019) sugere que para uma psicoterapia ser considerada efetiva ela necessita do uso de técnicas específicas e requer alguns critérios complementares. Os autores enfatizam que o terapeuta necessita ter alguns atributos como empatia, autenticidade, bons traços positivos de caráter que incluam a honestidade, um bom relacionamento interpessoal e capacidade de comunicação. Além disso, ainda requer um bom nível de conhecimento teórico e técnico em torno da demanda a ser trabalhada. Por outro lado, o paciente também precisa apresentar algumas características que irão contribuir para o processo psicoterapêutico, como uma capacidade em desenvolver vínculos afetivos, uma comunicação honesta e transparente e a vontade em querer promover mudanças. Essas recomendações valem para todas as formas de terapia (CORDIOLI, 2019). Segundo esses mesmos autores, a terapia de casal, assim como a terapia familiar, apresenta uma maior eficácia de resolver de forma mais rápida problemas emocionais conjugais, justamente por acontecer por meio de uma dinâmica conjunta ao invés

de um formato individual separado, sendo que ela se fundamenta na teoria psicodinâmica (relações de objeto), na teoria da comunicação e na teoria dos contratos conjugais.

CONCLUSÃO

A presente revisão demonstra que existem diferentes abordagens para os conflitos conjugais, sem evidências de que uma traga benefícios superiores aos de outras; pelo contrário, todas as intervenções relatadas trouxeram benefícios aos pacientes cuidados, desde o alívio dos sintomas até a melhoria das relações interpessoais. Apesar disso, houve destaque para as abordagens psicanalítica e psicodinâmica. Nenhum estudo descreveu a psicoterapia individual como intervenção. Os estudos encontrados possuem limitações devido a número insuficiente de participantes, ao próprio referencial e/ou à carência de investimentos na abordagem de tais temáticas. Conclui-se, portanto, que a terapia de casal em suas diferentes modalidades de intervenção é a psicoterapia mais adequada para se trabalhar conflitos afetivos emocionais conjugais.

REFERÊNCIAS

BERNARDI, D.; DIAS, M. de V.; MACHADO, R. N.; FÉRES-CARNEIRO, T. Definindo fronteiras no recasamento: relato de uma experiência clínica. **Pensando fam. [online]**, [s. l.], v. 20, n. 2, p. 43–55, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2016000200004>. Acesso em: 1 jun. 2021.

CARDOSO, B. L. A.; NEUFELD, C. B. Conceitualização Cognitiva para Casais: Um Modelo Didático para Formulação de Casos em Terapia Conjugal. **Pensando fam. [online]**, [s. l.], v. 22, n. 2, p. 172–186, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2018000200012&lng=pt&xnm=iso>. Acesso em: 1 jun. 2021.

CORDIOLI, A. V. As principais psicoterapias: fundamentos teóricos, técnicas e contra-indicações. In: CORDIOLI, A. V. (Ed.). **Psicoterapias: abordagens atuais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 19–41.

CORDIOLI, A. V. As principais psicoterapias: fundamentos teóricos, técnicas, indicações e contra-indicações. In: CORDIOLI, A. V.; GREVET, E. H. (Eds.). **Psicoterapias: abordagens atuais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 25–45.

COSTA, C. B. Da; DELATORRE, M. Z.; WAGNER, A.; MOSMANN, C. P. Terapia de Casal e Estratégias de Resolução de Conflito: Uma Revisão Sistemática. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s. l.], v. 37, n. 1, p. 208–223, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703000622016>>

EIZIRIK, C. L.; HAUCK, S.; CAPELLARI, C. P. C. Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica. In: CORDIOLI, A. V.; GREVET, E. H. (Eds.). **Psicoterapias: abordagens atuais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 222–235.

EZEGBE, B. N.; EDE, M. O.; ESEADI, C.; NWAUBANI, O. O.; AKANEME, I. N.; AYE, E. N.; EDE, K. R.; OMEJE, J. C.; EZURIKE, C.; ONYISHI, C. N.; ALI, R. B.; EZE, N. M.; OMEJE, G. N.; OFUEBE, J.; UGWU, U. Effect of music therapy combined with cognitive restructuring therapy on emotional distress in a sample of Nigerian married couples. **Medicine**, [s. l.], v. 97, n. 34, p. e11637, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1097/md.00000000000011637>>

FRANCO, R. da S.; SEI, M. B. Segredo familiar e os recursos artísticos-expressivos na psicoterapia familiar: um estudo teórico-clínico. **Psicologia - Teoria e Prática**, [s. l.], v. 21, n. 1, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v21n1p297-311>>

GABBARD, G. O. **Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

GOMES, I. C.; LEVY, L. Psicanálise de família e casal: principais referenciais teóricos e perspectivas brasileiras. **Aletheia**, [s. l.], n. 29, p. 151–160, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942009000100013&lng=pt&nrm=iso>

GORDON, K. C.; CORDOVA, J. V.; ROBERSON, P. N. E.; MILLER, M.; GRAY, T.; LENGER, K. A.; HAWRILENKO, M.; MARTIN, K. An Implementation Study of Relationship Checkups as Home Visitations for Low-Income At-Risk Couples. **Family Process**, [s. l.], v. 58, n. 1, p. 247–265, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/famp.12396>>

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, 2016.

NIELSEN, A. C. Psychodynamic Couple Therapy: A Practical Synthesis. **Journal of Marital and Family Therapy**, [s. l.], v. 43, n. 4, p. 685–699, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/jmft.12236>>

OSTI, N. M. Di; SEI, M. B.; ZANETTI, S. A. S. Psicoterapia de casal em um serviço-escola de Psicologia: uma ilustração clínica. **Psicologia Clínica e Psicanálise**, [s. l.], v. 16, n. 3, p. 993–1012, 2016. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/32956/23432>>

PAPROCKI, C. M.; BAUCOM, D. H. Worried About us: Evaluating an Intervention for Relationship-Based Anxiety. **Family Process**, [s. l.], v. 56, n. 1, p. 45–58, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/famp.12175>>

- PIRES, T.; BERGER, D.; FIORINI, G. P.; GASTAUD, M. B. Psicoterapia psicanalítica de casais e famílias: caracterização da clientela. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 40–54, 2016. Disponível em: <https://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=189>
- RANGÉ, B.; SOUZA, C. R.; FALCONE, E. M. O. Terapias racional-emotiva, cognitiva e do esquema. In: CORDIOLI, A. V.; GREVET, E. H. (Eds.). **Psicoterapias: abordagens atuais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 187–203.
- SAMPAIO, A. de O. A clínica de casal: psicanálise das relações vinculares. **Mimesis**, [s. l.], v. 30, n. 2, p. 117–126, 2009. Disponível em: <https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/mimesis/mimesis_v30_n2_2009_art_01.pdf>
- SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 102–106, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>>
- STÜRMER, T. R.; MARIN, A. H.; OLIVEIRA, D. S. Compreendendo a estrutura familiar e sua relação com a parentalidade: relato de um caso de um casal em terapia de abordagem sistêmica. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, [s. l.], v. 18, n. 3, p. 55–68, 2016. Disponível em: <http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=213>
- VALE, K. S.; PIMENTEL, A. Intervenções psicossociais aplicada a situações de conflito conjugal. **Rev. abordagem gestalt.**, [s. l.], v. 23, n. 2, p. 200–210, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672017000200008&lng=pt&nrm=iso>
- ZIMERMAN, D. E. **Manual de técnica psicanalítica: uma re-visão**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

TOUCH SKIN X TOUCH SCREEN: UMA ANÁLISE DO BRINCAR CONTEMPORÂNEO

Márcio Oldack Silva
Ana Carolina Nonato
Danielle Abdel Massih Pio

INTRODUÇÃO

O presente estudo parte do brincar e, por meio deste, do desejo de entender quais as necessidades das crianças e dos pais no uso da tecnologia, aproximando-se das possibilidades do contato virtual e do real, além das lacunas existentes.

O brincar é uma atividade universal, presente não só na vida humana, mas observada em todas as civilizações, independentemente de suas culturas. É o momento em que a criança aceita entrar em um mundo em que tudo é permitido e tudo pode acontecer. O *faz-de-conta* conta muita coisa. É um espaço onde os desejos podem ser realizados.

É uma atividade fundamental para o desenvolvimento da criança, pois conflitos e fantasias inconscientes têm a oportunidade de serem elaboradas durante este ato. Além disso, traz para a criança o desenvolvimento da sua capacidade criativa, a aprendizagem do controle dos seus impulsos e a oportunidade de lidar com os seus medos (STRAGLIOTTO, 2008).

Freud, em 1920, analisou a brincadeira do seu neto de um ano e meio, em que fazia aparecer e desaparecer à sua volta um carretel de madeira amarrado com um cordão. Por meio dessa brincadeira, ele buscava dominar suas angústias em relação à ausência da mãe: jogava o carretel e depois o puxava, representando o ir e vir dela. Mediante esta descrição, observamos que, por meio de algo lúdico, o sujeito tem

a possibilidade de se reorganizar frente às suas angústias, podendo externalizar e lidar com os seus conflitos:

[...] inferindo que durante o brincar há uma condição mental da criança que brinca que pode ajudar a pensar certa especificidade do jogo frente a outras manifestações sociais. (SANTA ROZA, 1993, p. 37)

Winnicott (1951) ressalta que a brincadeira promove o crescimento do indivíduo e o conduz aos relacionamentos grupais, sendo uma forma de comunicação consigo e com os outros. Além disso, ele descreve que somente ao brincar que o indivíduo poderia usufruir de sua personalidade de forma integral (WINNICOTT, D. W. (1951), 1975).

Todavia, o que se vê hoje é um brincar mais individualizado, em que o contato com os outros se dá através de uma tela. Com o advento da tecnologia, as tradicionais brincadeiras, para as quais as crianças se reuniam fisicamente, estão no esquecimento. As reuniões ocorrem, agora, predominantemente pelo meio virtual. Aumentou-se o número de amigos, mas o preço pago para isso foi o afastamento físico (MARTINS, 2016).

Em 2018, o Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade de Informação desenvolveu e publicou a pesquisa “TIC Kids On-line Brasil”, que avaliou diversos indicadores em relação às Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) e à quantidade de crianças e adolescentes que utilizam a Internet. A pesquisa estimou que 86% da população entre 9 e 17 anos era usuária da rede on-line no país. Entre estes usuários, 60% jogavam na Internet isoladamente, enquanto 55% jogavam conectados com outros jogadores (COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL, 2018)

Observa-se também, em grande parte das vezes, que não há estímulo dos pais, ou daqueles que fazem este papel, às atividades lúdicas tradicionais. Ademais, as oportunidades que os pais têm para entrar, conhecer e se aventurar no mundo dos seus filhos são deixadas de lado

cada vez mais, de modo que o brincar não parece estar sendo utilizado como recurso que favorece as relações afetivas (CAIROLI, 2010)

Com a chegada da tecnologia, o preenchimento social e relacional, que a criança pode não encontrar no mundo real, passou a ser encontrado no mundo virtual. Com estas mudanças relacionais, manifestam-se dificuldades sociais, afastamentos relacionais e, até mesmo, transtornos mentais (BRAGA, 2012).

A tecnologia não é nociva em si, pois, sendo usada de forma não excessiva, traz benefícios, mas o seu uso patológico pode trazer consequências graves. “[...] esse fenômeno causa embotamento afetivo, despersonalização, ansiedade e depressão, impedindo o pleno desenvolvimento e amadurecimento afetivo, físico, cognitivo e social das crianças”. (PAIVA; COSTA, 2015, p.5)

A criança está em busca de um espaço para existir. Nos jogos eletrônicos ela tem a sensação de estar no controle sobre os outros e sobre o ambiente, visto que, na vida *offline*, isso pode não ser sentido. Caso demonstre, na vida real, o que é na vida virtual, teme romper com regras civilizatórias (MARTINEZ, 2009).

A sua entrada distorcida em um mundo irreal pode caracterizar uma busca de refúgio, segurança, amparo e alívio, como evitação do contato com um sofrimento interno profundo. Há o movimento “de uma fuga para a realidade externa [nesse caso o eletrônico] já que a interna é tomada pelos objetos mortos num fundo depressivo” (CINTRÁ; RIBEIRO, 2018, p. 6). Percebe-se um contato excessivo com o virtual, principalmente por meio de jogos on-line, em que participam de partidas com amigos virtuais; com isso, há afastamento das relações reais, isolamento excessivo por meio de confinamento em suas casas, pouco contato familiar e manifestações antissociais, que são compostas por irritabilidade, agressividade e violência.

Parte-se do pressuposto de que, mesmo diante da realidade virtual e da satisfação que esta pode promover, há a necessidade de espaços relacionais para o desenvolvimento de outras funções, não só cognitivas

e outras habilidades, mas essencialmente afetivas. Acredita-se no contato pele a pele, ou seja, o *touch skin* ainda em supremacia ao *touch screen*.

Deste modo, o objetivo deste estudo foi compreender, por meio de uma sumarização de publicações científicas, como é analisada a predominância do brincar tecnológico para a criança e quais os impactos desta nas relações e em seu desenvolvimento emocional.

MÉTODOS

O presente trabalho consiste em uma revisão integrativa, método que permite que determinado fenômeno seja compreendido por meio da sumarização de diversos estudos científicos. É organizada em seis fases: 1) elaboração da pergunta norteadora; 2) busca na literatura; 3) coleta de dados; 4) análise crítica dos estudos selecionados; 5) discussão dos resultados e 6) apresentação da revisão (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Utilizaram-se as seguintes questões norteadoras: “Quais as necessidades das crianças e dos pais no brincar por meio do contato virtual?”, “Quais as necessidades das crianças em relação ao brincar tradicional, promovido pelo contato real?” e “Quais as fortalezas/ fragilidades do contato virtual, facilitado pela tecnologia digital, para o desenvolvimento emocional das crianças?”

Foi realizada a busca no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) para selecionar as bases de dados, que são: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências e Saúde (LILACS), Index Psicologia – Periódicos Técnicos-Científicos, Index Psicologia – Teses. Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados foram: “Redes sociais on-line”, “Jogos de vídeo”, “Internet”, “Telefone celular”, “Uso do telefone celular”, “Criança”, “Pais”, “Mães”, “Família”, “Relações mãe-filho”, “Relações pai-filho” e “Psicanálise”. A interação desses descritores foi realizada pelo operador booleano AND.

Para a seleção dos estudos, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos em português e sem filtro de período; artigos que respondessem as perguntas norteadoras do estudo e estivessem disponíveis na íntegra on-line e gratuitamente. A justificativa para não adotar período deve-se à carência de pesquisas em relação à temática. Os critérios de exclusão adotados foram: textos incompletos, livros, resumos, resenhas, editoriais, anais de conferência, cartas ao editor e artigos que não contemplassem a questão norteadora.

A pesquisa foi realizada no mês de março de 2020 e a busca resultou em 179 artigos completos. O processo de seleção foi realizado por meio da leitura minuciosa de títulos e resumos.

Permaneceram os estudos que atendiam aos critérios de inclusão. Foram selecionados 05 artigos, que foram registrados em uma tabela, contendo: título dos artigos, autor/ano de publicação, objetivos e resultados.

Após, os estudos selecionados foram analisados por meio da análise de conteúdo, modalidade temática, que se constitui na busca dos “núcleos de sentidos” inseridos na comunicação (MINAYO, 2012).

RESULTADOS

Todos os artigos foram codificados para melhor identificação e relação dos achados. O Quadro 1 mostra as características dos estudos segundo título, autores/ano, objetivo e principais resultados.

Quadro 1 - Caracterização dos artigos segundo título, autores/ano, objetivos e principais resultados

Continua

Título (Autores, Ano)	Objetivos	Principais Resultados
A importância do brincar em Winnicott e Schiller. (Belo e Scodeler, 2013)	Mostrar as semelhanças entre a conceitualização de Schiller e Winnicott referente à importância do brincar para um desenvolvimento emocional saudável.	Há pontos de convergência entre os 2 autores. O brincar na teoria winnicottiana parece servir, também, a um fim semelhante ao proposto pelo jogo na filosofia schilleriana, qual seja, o de harmonizar aspectos por si mesmos dissociados da natureza humana, tendo ambos, como campo de ação, uma zona intermediária que possibilita essa harmonização entre o dentro e o fora, entre realidade interna e o real compartilhado.

Quadro 1 - Caracterização dos artigos segundo título, autores/ano, objetivos e principais resultados

Conclusão

Título (Autores, Ano)	Objetivos	Principais Resultados
O atravessamento da tecnologia no brincar. (Rezende, Rodrigues e Lima, 2019)	Possibilitar reflexões sobre os efeitos sobre a criança no ato de brincar com a presença de forma avassaladora da tecnologia.	O brincar tecnológico trouxe grandes avanços no modo em que as experiências são vivenciadas e em como o sujeito se constitui, mas acarreta, também, alguns prejuízos no desenvolvimento saudável. Com o advento da tecnologia, resultou-se numa nova forma de constituir-se enquanto sujeito. A criança deixa de criar para cursar algo já visto, inibindo seu potencial criativo. O excesso da tecnologia pode significar suprimir ou tamponar algo tão antigo na vida primitiva do sujeito.
A criança e o brincar na contemporaneidade. (Cairoli, 2010)	Discutir o brincar infantil através da relação da criança com a televisão, os <i>videogames</i> e a Internet, que cada vez mais estão presentes no cotidiano.	Os brinquedos tecnológicos têm feito parte do cotidiano das crianças, ocupando o espaço e o tempo que muitas vezes seriam dedicados às brincadeiras tradicionais. A televisão possui cenas rápidas e violentas, que podem tornar as crianças mais tolerantes à violência. Os jogos eletrônicos acabam impossibilitando que ela possa falar sobre sua angústia e a deixa sem poder contar com o outro para que haja uma troca. Há desconexão entre corpo e as brincadeiras na web, visto que apenas clicar no mouse é suficiente.
“O brincar e a realidade”... virtual: <i>videogame</i> , assassinatos e imortalidade. (Martinez, 2009)	Enfocar as mensagens sobre sexualidade que o adulto transmite enigmaticamente à criança por meio dos jogos de <i>videogame</i> .	Percebe-se o desejo de imortalidade satisfazendo-se dentro dos limites da realidade virtual, desejo que se sustenta a partir da morte do outro, do outro assassinado. Mas sabe-se que, na origem desse desejo de matar o outro, encontra-se o pai. Assim, podemos supor que nessa realização do desejo de assassinato, realiza-se justamente o desejo incestuoso. Além disso, nessa regressão haveria um truncamento de qualquer atividade criativa que possa ser efetuada, já que o acesso à cultura estaria impedido pela fusão com a mãe.
Reflexões acerca do brincar e seu lugar no infantil. (Bernardi, 2016)	Discutir sobre o lugar destinado ao lúdico, em especial no contexto escolar infantil, sobre as transformações pelas quais os brinquedos passaram e sobre a função que o brincar tem na estruturação do psiquismo infantil.	Evidenciou-se a importância do brincar não apenas como uma ação espontânea, mas como algo que traz a história de cada criança, revelando seus enigmas e suas questões, comparada com o falar do adulto. Porém, observa-se que o tempo destinado para o brincar parece estar cada vez mais reduzido e nota-se que o distanciamento da criança com as brincadeiras é uma realidade cada vez mais presente.

Fonte: elaborado pelos autores

Verifica-se o escasso material científico produzido em torno do tema que é proposto neste trabalho.

Procurou-se identificar os núcleos de sentido a partir dos resultados, encontrando as similaridades e convergências dos estudos.

A primeira categoria temática encontrada é “A importância do brincar”. Neste sentido, Scodeler e Belo (2013) discorrem em seu trabalho as semelhanças entre os autores Winnicott e Schiller sobre a importância do brincar. Para eles, o psicanalista e pediatra Winnicott utilizou dos pensamentos do filósofo Schiller para a construção de sua teoria. Os autores concluem que o brincar na teoria winnicottiana e o

jogo na filosofia shiclleriana são semelhantes, pois ambos buscam diminuir aspectos que por si mesmos estão dissociados da natureza humana, tendo como campo de ação uma zona intermediária, que possibilita essa harmonização entre o que é de dentro e o que é de fora, entre a realidade interna e o real compartilhado (BELO; SCODELER, 2013).

Bernardi (2016) descreve que o brincar infantil é semelhante ao falar do adulto, uma forma pela qual as crianças expressam os seus conflitos. Segundo o autor, o brincar é necessário para o desenvolvimento psíquico e das capacidades criativas, sendo um elemento fundamental na vida da criança (BERNARDI, 2016).

A segunda categoria temática encontrada é “O lugar que ocupa a tecnologia na vida das crianças”. Percebe-se uma convergência entre as referências A2, A3, A4 e A5, dos autores Rezende, Rodrigues e Lima (2019); Cairoli (2010), Martinez (2009) e Bernardi (2016), respectivamente, pois todos concordam que o brinquedo eletrônico está praticamente dominando o cotidiano das crianças, fazendo com que muitas brincadeiras tradicionais desapareçam. Assim, o desenvolvimento emocional fica comprometido devido ao pouco espaço que o criar tem nestas novas tecnologias. As crianças ficam em uma posição passiva, sem espaço para serem ativas no seu desenvolvimento e para elaborar suas angústias.

Entram no cotidiano os jogos eletrônicos, que, antes, estavam contidos apenas nos aparelhos de *videogame*, já gravados em fitas (e, após, em CDs e DVDs). Ao jogar acompanhado, instalava-se um controle a mais no aparelho. Na sequência, com a chegada dos computadores, os jogos eletrônicos começaram a ser jogados também nesses aparelhos, mas tudo isso era limitado apenas às classes médias e altas da sociedade, uma pequena parcela da população, devido ao alto custo. Há alguns anos, principalmente na última década, com a chegada dos aparelhos celulares, o acesso aos jogos eletrônicos ficou mais fácil. Agora, o interesse das crianças prevalece pelos jogos on-line, nos quais todos os competidores se reúnem ao mesmo tempo para as partidas, independentemente de suas localidades. Isso se tornou uma

das atividades pueris preferidas, na qual despendem um largo período de tempo, pois muitos jogos são extensos; mesmo os que não são fazem com que as crianças queiram ficar conectadas por horas para conquistar mais rapidamente os seus objetivos e as suas vitórias. Além de tudo isso, é comum presenciar as crianças falando que jogam por longas horas para se tornarem bons jogadores e poderem se profissionalizar, pois, assim, conquistarão dinheiro com diversão (CAIROLI, 2010).

Ter agilidade nos dedos é de extrema importância em praticamente todos os jogos, mas todo o restante do corpo fica imóvel, sem movimentos significativos que são necessários para o desenvolvimento saudável.

Cairolí (2010) observa que mesmo com as novas formas de interatividade nos jogos eletrônicos, há, ainda, alguns déficits.

Nota-se que uma criança jogando *videogame* possui pouco espaço para criar, já que os games já vêm com um roteiro pré-determinado, embora alguns mais do que outros. Mesmo que seja possível optar entre tarefas paralelas ou secundárias a missão de um jogo, estas já estão definidas previamente. (CAIROLI, 2010, p. 344)

Cabe ao adulto apresentar as brincadeiras livres às crianças, estimular o prazer fora das telas e ofertar um espaço para o ócio. Atualmente, vê-se pais impondo várias tarefas durante o dia para as crianças. Além de uma carga extensa nas aulas, duplicadas quando o período é integral, há ainda cursos de idioma e esportes – algumas vezes por semana. Enquanto isso, os adultos encontram-se em uma extensa carga de trabalho. Ao fim do dia, pais e crianças estão exaustos, restando as atividades passivas, como jogar *videogame*, mexer nas redes sociais e assistir vídeos. “Apesar desses meios de distração e diversão serem práticos, ele servirá apenas para ocupar o tempo livre da criança, devido à grande passividade que esses meios proporcionam” (REZENDE; RODRIGUES; LIMA, 2019).

A terceira categoria temática encontrada é “Uso do brincar tecnológico: potências e desafios”. Neste sentido, a desconexão do real e a

entrada no mundo virtual são apontadas no artigo de referência A5, de Martinez (2009) como a forma de realização de um desejo recalcado, que, no faz de conta, pode ser expresso. Os temas dos jogos virtuais mostram isso: brinca-se com drogas, assassinato, roubos, terrorismo, vinganças, guerras, horror, demônios, entre outros.

Para Martinez (2009), a violência lúdica é uma das fontes de prazer que o brincar virtual proporciona.

Assim, o assassinato do outro, que obedece a um dos desejos mais ocultos do ser humano, pode ser realizado com a vantagem de, aparentemente, não ferir a civilização, pois tratar-se-ia de ações mantidas exclusivamente dentro dos limites da fantasia, na realidade virtual (MARTINEZ, 2009, p. 158)

Como visto, a realidade virtual garante sentimento de imunidade frente à violência e à possibilidade de se romper as regras civilizatórias devido à criação de “uma nova realidade, a realidade virtual, que é falsa, contudo, agradável” (MARTINEZ, 2009, p. 169).

DISCUSSÃO

Tema 1: A importância do brincar

Há décadas, alguns autores da psicanálise estudam a importância do brincar, pois perceberam que o lúdico não é apenas um passatempo e uma diversão, e sim que o brincar vai muito além disso e está relacionado com o desenvolvimento psíquico do indivíduo.

Freud (1908/1996, p. 137) diz que “tanto no brincar quanto no ato de criar histórias, há grande investimento numa ‘atividade imaginativa’, há criação de um mundo de fantasia vivido com muita intensidade”.

Em 1908, o autor afirma em “Escritores criativos e devaneios”:

O escritor criativo faz o mesmo que a criança que brinca. Cria um mundo de fantasia que ele leva muito

a sério, isto é, no qual investe uma grande quantidade de emoção, enquanto mantém uma separação nítida entre o mesmo e a realidade. (Freud, 1908/1996, p.137)

O pensar freudiano para o brincar é percebido na maioria das brincadeiras infantis, nas quais a criança constrói mundos imaginários. Isto é perceptível quando as crianças brincam de papai e mamãe e nas cenas se transformam em adultos com suas responsabilidades. Ser um herói e combater o mal também se torna uma brincadeira intensa para as crianças. Ir até a era dos dinossauros se torna simples na imaginação dos pequenos. Ser professor e ensinar outras crianças se torna uma atividade em que, mais uma vez, os papéis são trocados e trazem diversão.

Além da fantasia que o brincar utiliza, Freud (1920/1996), por meio do texto “Além do princípio do prazer”, caminha na direção de um funcionamento mental que não seja independente apenas, mas que é mais fundamental e primordial do que o princípio do prazer, com sua variação em princípio da realidade. Nesse trabalho, o psicanalista analisa o jogo *fort da*, uma brincadeira criada por uma criança de um ano e meio de idade, que consistia em arremessar e puxar um carretel, buscando, desta maneira, lidar com a angústia em relação ao desaparecimento e ao retorno da sua mãe. Freud identifica que existe uma tendência no aparelho psíquico que é mais primitiva do que o princípio do prazer e que depende dele: mais do que buscar o prazer, nosso aparelho psíquico busca voltar a um estado anterior de coisas ou repetir o ocorrido.

Outro psicanalista que investiu seus estudos no brincar foi Winnicott (1896-1971). Em “Notas sobre os brinquedos” (1994), ele fala que, no brincar, a criança lida criativamente com a realidade externa: “Sem o brinquedo, a criança é incapaz de ver criativamente o mundo e, em consequência disso, é arrojada de volta à submissão e a um senso de futilidade, ou à exploração de satisfações instintuais diretas” (Winnicott, 1994, p.50).

O autor descreve também que, no brincar, a criança pode administrar a sua agressão e sua destrutividade, o que possui uma

função vital. “No brinquedo, um objeto pode ser: destruído e restaurado; ferido e reparado; sujo e limpo; morto e trazido de volta à vida” (Winnicott, 1994, p.50).

Além desses benefícios de a criança brincar, (Winnicott, 1951/1975, p.63) cita outros ao falar que a brincadeira é universal e própria da saúde: “[...] o brincar facilita o crescimento e, portanto, a saúde: o brincar conduz aos relacionamentos grupais; o brincar pode ser uma forma de comunicação na psicoterapia [...]”.

Ao abordar os objetos transicionais, Winnicott (1951/1975) afirma que o brincar é um precursor da capacidade do adulto de usar o campo da cultura, da religião e da arte.

Rodolfo (1990) traz em seu trabalho o quão significativo é o brincar na avaliação da condição de saúde da criança, explicando que uma perturbação psíquica severa, perigosa ou significativa é passível de ser observada por meio da atividade lúdica.

Sob esse prisma, Klein (1929/1996) discute que o brincar da criança pode comunicar características patológicas da constituição do sujeito. Além disso, ela também pode elaborar fantasias e ansiedades, como é possível para o adulto fazer por meio de sua fala.

Segundo a autora, o brincar é o meio mais importante de expressão das crianças, tanto que é um dos objetos fundamentais da sua teoria psicanalítica. Ela entende a importância da ação lúdica: “Enquanto brinca, a criança também conversa e diz toda sorte de coisas, que tem o mesmo valor de genuínas associações” (Klein, 1932/1975, p.30).

Assim, estas são apenas algumas das inúmeras importâncias do brincar para a criança, uma forma de expressar e aliviar os seus conflitos internos, expressar emoções, desenvolver a cognição e elaborar vivências, ação necessária para o desenvolvimento psíquico e para a expansão de suas capacidades criativas.

Tema 2: O lugar que ocupa a tecnologia na vida das crianças

Em relação a esta categoria, é perceptível que, em pleno século XXI, é impossível desconsiderar os aparelhos eletrônicos que fazem parte de uma construção no tempo. As tecnologias no cotidiano marcam sua influência, uma vez que hoje se encontram em todos os lugares, em todos os momentos. Hoje ter 10, 100 e até mais de 1.000 amigos é muito fácil, é questão de dias para ter uma religião de indivíduos que têm os mesmos gostos que o seu. E o interessante de tudo isso é que essa multidão toda cabe em apenas um quarto, em um pequeno espaço, à frente de um indivíduo sozinho e, muitas vezes, solitário. São números sem presença (LIMA, 2009).

Reunidos com muitos, mas sozinhos em seus quartos, esta é a marca desta nova forma de interação guiada pela tecnologia. A atual sociedade produz conteúdos em estreita relação com novos meios de se interagir, comunicar e divertir (LIMA, 2009). Entram no cotidiano os jogos eletrônicos, que, antes, estavam contidos apenas nos aparelhos de *videogame*, já gravados em fitas (e, após, em CDs e DVDs). Ao jogar acompanhado, instalava-se um controle a mais no aparelho. Na sequência, com a chegada dos computadores, os jogos eletrônicos começaram a ser jogados também nesses aparelhos, mas tudo isso era limitado apenas às classes médias e altas da sociedade, uma pequena parcela da população, devido ao alto custo.

Há alguns anos, principalmente na última década, com a chegada dos aparelhos celulares, o acesso aos jogos eletrônicos ficou mais fácil. Agora, o interesse das crianças prevalece pelos jogos on-line, nos quais todos os competidores se reúnem ao mesmo tempo para as partidas, independentemente de suas localidades. Isso se tornou uma das atividades pueris preferidas, na qual despendem um largo período de tempo, pois muitos jogos são extensos; mesmo os que não são fazem com que as crianças queiram ficar conectadas por horas para conquistar mais rapidamente os seus objetivos e as suas vitórias. Além de tudo isso, é comum presenciar as crianças falando que jogam por longas

horas para se tornarem bons jogadores e poderem se profissionalizar, pois, assim, conquistarão dinheiro com diversão (CAIROLI, 2010).

Ter agilidade nos dedos é de extrema importância em praticamente todos os jogos, mas todo o restante do corpo fica imóvel, sem movimentos significativos que são necessários para o desenvolvimento saudável.

Para Meira (2004), as crianças que vivem constantemente nos meios eletrônicos estão ficando com o pensamento e os movimentos corporais anestesiados e domesticados. As telas ficam ligadas enquanto os corpos permanecem desligados. Allen (2006) explica a criação dos *videogames Wii*, cujos controles possuem sensores de movimento que exigem mais uso do corpo dos jogadores, aproximando-se dos jogos tradicionais.

Cairolí (2010) observa que mesmo com as novas formas de interatividade nos jogos eletrônicos, há, ainda, alguns déficits.

Nota-se que uma criança jogando *videogame* possui pouco espaço para criar, já que os games já vêm com um roteiro pré-determinado, embora alguns mais do que outros. Mesmo que seja possível optar entre tarefas paralelas ou secundárias a missão de um jogo, estas já estão definidas previamente. Além disso, é possível permanecer horas frente à tela sem a presença do outro. (Cairolí, 2010, p.344)

Os jogos eletrônicos não possuem o mesmo simbolismo que as brincadeiras com brinquedos tradicionais. Há um empobrecimento de experiências devido à falta da presença real do outro. Cabe ao adulto apresentar as brincadeiras livres às crianças, estimular o prazer fora das telas e ofertar um espaço para o ócio. Atualmente, vê-se pais impondo várias tarefas durante o dia para as crianças. Além de uma carga extensa nas aulas, duplicadas quando o período é integral, há ainda cursos de idioma e esportes – algumas vezes por semana. Enquanto isso, os adultos encontram-se em uma extensa carga de trabalho. Ao fim do dia, pais e crianças estão exaustos, restando as atividades passivas, como jogar *videogame*, mexer nas redes sociais e assistir vídeos. “Apesar desses

meios de distração e diversão serem práticos, ele servirá apenas para ocupar o tempo livre da criança, devido à grande passividade que esses meios proporcionam” (REZENDE; RODRIGUES; LIMA, 2019).

Tema 3: Uso do brincar tecnológico: potências e desafios

Esta categoria remete à ideia de uma área intermediária de experiência ou de um espaço transicional, um conceito de Winnicott.

Trata-se de uma área que não é disputada, porque nenhuma reivindicação é feita em seu nome, exceto que ela exista como lugar de repouso para o indivíduo empenhado na perpétua tarefa de manter as realidades interna e externa separadas, ainda que inter-relacionadas (WINNICOTT, 1951/1975, p. 15)

Além da imunidade descrita acima, outro fator positivo dos jogos eletrônicos é a aprendizagem que podem proporcionar à criança. Para esse feito, autores descrevem que esses devem possuir um formato pedagógico, diferente dos que se encontram como os mais vendidos e/ou baixados na atualidade (WAKKA, 2021).

Assim, Savi e Ulbricht (2008) descrevem este formato como jogo educacional e elencam alguns benefícios que podem proporcionar aos processos de ensino e aprendizagem, sendo: efeito motivador e facilitador do aprendizado, desenvolvimento de habilidades cognitivas, aprendizado por descoberta, experiência de novas identidades, socialização, coordenação motora e comportamento *expert*.

Para Prieto et al.(2005, p.10), os jogos educacionais

devem possuir objetivos pedagógicos e sua utilização deve estar inserida em um contexto e em uma situação de ensino baseados em uma metodologia que oriente o processo, através da interação, da motivação e da descoberta, facilitando a aprendizagem de um conteúdo.

Mesmo contendo um viés pedagógico, os jogos educacionais são pouco utilizados em salas de aula e, principalmente, fora delas. Permanecendo um produto didatizado, acabam perdendo o caráter prazeroso e espontâneo, além de não possuírem sofisticação como a dos jogos de entretenimento (FORTUNA, 2000).

Há um espaço entre as potências e os desafios do brincar tecnológico a ser compreendido, trabalhado e desenvolvido. Enquanto, de alguma forma, o brincar tecnológico possa trazer benefícios para as crianças, estes ainda são escassos e pouco empregados.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos nos artigos analisados mostram a influência do brincar no desenvolvimento emocional saudável e como a entrada do brincar eletrônico pode trazer prejuízos nesse âmbito.

As brincadeiras ditas tradicionais possibilitam à criança uma vasta experiência emocional, o que proporciona grande prazer. Freud descreveu a função do brincar em vários trechos de suas obras, quase relacionando essa atividade, predominante infantil, à criação artística.

O brincar também auxilia a criança a elaborar seus conflitos psíquicos, ampliando sua condição mental devido ao árduo trabalho necessário para tal resultado. Nesse sentido, a teoria Kleiniana demonstra o quanto, por meio do brincar, as fantasias e as ansiedades são passíveis de elaboração.

Este movimento não é saudável apenas para o desenvolvimento emocional da criança, como também para o desenvolvido cognitivo, motor, físico, social e cultural, abrangendo o indivíduo como um todo. A teoria de Winnicott reforça a importância do brincar como precursor do uso da cultura, da religião e da arte.

No fim do século passado, as crianças começaram a ter contato com as brincadeiras tecnológicas oferecidas pelos videogames, computadores e, já neste século, pelos aparelhos celulares, televisores e

tablets. A única necessidade é de conseguir enfrentar alguns desafios até chegar ao fim. Com isso, as brincadeiras tradicionais foram sendo deixadas de lado, com pouco espaço para a criança criar e interagir.

Mesmo permanecendo diariamente por horas interagindo com telas, nota-se que não há realização de necessidades importantes pela criança. O brincar tecnológico não supre, ao contrário do que pudemos ver no brincar tradicional. Cria-se um novo espaço, que resulta em adoecimento psíquico. É um brincar não efetivo, pois distancia-se do afetivo. Sobram-se telas, faltam-se peles.

Compreender esta negatividade é importante para a construção de um pensamento crítico e, com isso, levar a uma transformação. Para o psicoterapeuta infantil, o adoecimento emocional relativo ao brincar tecnológico será cada vez mais frequente em seu consultório. Entender sobre o impacto desta realidade é possibilitar uma maior condição de tratamento efetivo.

Já para os pais de crianças, o entendimento das consequências do uso excessivo dos jogos tecnológicos é dar a condição para buscar e ofertar novas formas de entretenimento ligadas, principalmente, aos vínculos interpessoais.

Com a elaboração deste trabalho, observou-se o escasso material bibliográfico dedicado ao impacto do brincar tecnológico no desenvolvimento emocional da criança. Portanto, sugere-se que sejam realizados novas pesquisas que contemplem esse tema e que possam ampliar o material teórico e esclarecer possíveis questões que não puderam ser abordadas pelo presente estudo.

REFERÊNCIAS

ALLEN, D. **The Wii game console is a big winner, starting with its innovative, crowd-pleasing controller.** Disponível em: <www.pcworld.com/article/id,127869/article.html>.

BELO, F.; SCODELER, K. A importância do brincar em Winnicott e Schiller. **Tempo psicanalítico**, v. 45, n. 1, p. 91-109, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382013000100007>. Acesso em: 13 jun. 2021.

BERNARDI, D. Reflexões acerca do brincar e seu lugar no infantil. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, v. 18, n. 1, p. 82–92, 2016. Disponível em: <<https://biblat.unam.mx/es/revista/tempo-psicanalitico/articulo/a-importancia-do-brincar-em-winnicott-e-schiller>>. Acesso em: 13 jun. 2021.

BRAGA, C. M. L. **Comunicação e Isolamento na Adolescência: compreendendo o uso de blogs pelos jovens na atualidade**. 1. ed. São Paulo: Zagodoni, 2012.

CAIROLI, P. A Criança e o Brincar na Contemporaneidade. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 2, n. 1, p. 340–348, 30 jun. 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v2n1p340-348>>.

CINTRA, E. M. DE U.; RIBEIRO, M. F. DA R. A presença do pensamento de Melanie Klein na psicanálise contemporânea. 2018, Rio de Janeiro: Atheneu, 2018, p. 437. Disponível em: <<https://repositorio.usp.br/item/002903379>>. Acesso em: 13 jun. 2021.

COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL. **TIC KIDS ONLINE BRASIL. Pesquisa Sobre o Uso da Internet por Crianças e Adolescentes no Brasil**. . São Paulo: [s.n.], 2018. Disponível em: <<https://www.cgi.br/publicacao/pesquisa-sobre-o-uso-da-internet-por-criancas-e-adolescentes-no-brasil-tic-kids-online-brasil-2018/>>. Acesso em: 13 jun. 2021.

FORTUNA, T. R. Sala de aula é lugar de brincar? In: XAVIER, M. L. M.; ZEN, M. I. H. D. (Org.). **Planejamento em destaque: análises menos convencionais**. Mediação ed. Porto Alegre: Mediação, 2000. .

FREUD, S. (1908). Escritores criativos e devaneios. **Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. p. 133–146.

FREUD, S. (1920). Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos. **Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. p. 13–145.

KLEIN, M. (1929). Personificação no brincar das crianças. **Obras completas de Melanie Klein**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. .

KLEIN, M. (1932). **Psicanálise da Criança**. 2. ed. São Paulo: Editora Mestre Jou, 1975.

LIMA, N. L. O Brincar na Contemporaneidade: a criança e os jogos eletrônicos. In: SOUTO, K. C. N. et al. (Org.). **A Infância na Mídia**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009. p. 87–106.

MARTINEZ, V. C. V. “O brincar e a realidade”... virtual: videogame, assassinatos e imortalidade. **Estilos da Clínica**, v. 14, n. 26, p. 150–173, 1 jan. 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v14i26p150-173>>.

MARTINS, C. F. **O brincar: funções constitutivas e implicações das novas experiências tecnológicas**. 2016. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-29092016-154656/>>. Acesso em: 13 jun. 2021.

- MEIRA, A. M. As crianças de hoje e seus jogos artificiais. **Tóxicos e Manias**, *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, n. 26, p. 146–157, 2004.
- MINAYO, M. C. DE S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621–626, mar. 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>>.
- PAIVA, N. M. N.; COSTA, J. S. A INFLUÊNCIA DA TECNOLOGIA NA INFÂNCIA: DESENVOLVIMENTO OU AMEAÇA? **Psicologia PT**, p. 1–13, 2015. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0839>. Acesso em: 14 jun. 2021.
- PRIETO, L. M. **et al.** USO DAS TECNOLOGIAS DIGITAIS EM ATIVIDADES DIDÁTICAS NAS SÉRIES INICIAIS. **RENOTE**, v. 3, n. 1, p. 1–11, 16 jun. 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.22456/1679-1916.13934>>.
- REZENDE, C. F. V.; RODRIGUES, V. P.; LIMA, V. H. B. O ATRAVESSAMENTO DA TECNOLOGIA NO BRINCAR. **ANALECTA - Centro Universitário Academia**, v. 5, n. 5, p. 1–16, 2019. Disponível em: <<https://seer.cesjf.br/index.php/ANL/article/view/2371>>. Acesso em: 14 jun. 2021.
- RODULFO, R. **O Brincar e o Significante**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- SANTA ROZA, E. **Quando brincar é dizer: a experiência psicanalítica na infância**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.
- SAVI, R.; ULBRICHT, V. R. JOGOS DIGITAIS EDUCACIONAIS: BENEFÍCIOS E DESAFIOS. **Revista Renote**, v. 6, n. 2, p. 1–10, 2008. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/renote/article/viewFile/14405/8310>>. Acesso em: 14 jun. 2021.
- SOUZA, M. T. DE; SILVA, M. D. DA; CARVALHO, R. DE. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102–106, mar. 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>>. Acesso em: 20 out. 2020.
- STRAGLIOTTO, C. E. B. Pensando sobre o Brincar. **Revista Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinariedade**, n. 5, p. 180–187, 2008. Disponível em: <<http://www.revistacontemporanea.org.br/revistacontemporaneaanterior/?p=91>>. Acesso em: 14 jun. 2021.
- WAKKA, W. **Free Fire é o game mobile mais baixado do Brasil e do mundo em 2020 - Canaltech**. Disponível em: <<https://canaltech.com.br/jogos-mobile/free-fire-e-o-game-mobile-mais-baixado-do-brasil-e-do-mundo-em-2020-177491/>>. Acesso em: 14 jun. 2021.
- WINNICOTT, D. W. Notas sobre o brinquedo. **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 49–52.
- WINNICOTT, D. W. (1951). O Brincar. In: WINNICOTT, D. W. (Org.). **O Brincar e a Realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

AUTORES PARA VOLUME 1

- Ana Patrícia Fleitas Cano** Psicóloga, especialista em Saúde Mental pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Marília (Famema).
- Bruno Roça Pereira** Psicólogo, aprimoramento em psicologia clínica em saúde mental – PAP da Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Psicólogo Hospitalar da Santa Casa de Misericórdia de Marília e do Hospital Espírita de Marília-SP.
- Fernanda Pastirik Martins** Psicóloga, Aprimoramento no Programa Profissional de Psicologia Clínica em Saúde Mental, realizado na Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Psicóloga Clínica do Ambulatório de Saúde Mental no Hospital São Francisco (HCIII) de Marília-SP.
- Márcio Oldack Silva** Psicólogo, especialista em Psicoterapias de Orientação Psicanalítica pela Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Psicólogo Clínico de Orientação Psicanalítica.
- Naiara Regina Alves da Silveira** Psicóloga, especialista em Psicologia Clínica em Saúde Mental pelo Programa de Aprimoramento Profissional PAP/ Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Psicóloga em Hospital Psiquiátrico/Franca-SP.
- Pamela Tosta Soares** Psicóloga, especialista em Saúde Mental e Saúde Pública pelo Programa de Aprimoramento Profissional PAP/IX DRS Marília. Psicóloga da Atenção Primária à Saúde em Marília-SP.

SOBRE AS ORGANIZADORAS



CAMILA MUGNAI VIEIRA

Psicóloga, Pós-Doutora em Educação pela Universidade Estadual Paulista (Unesp)/Marília, Docente do Departamento de Educação e Desenvolvimento Humano da Unesp/Marília. Docente do Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Famema.



DANIELLE ABDEL MASSIH PIO

Psicóloga, Doutora em Saúde Coletiva pela FMB/Unesp, Botucatu. Professora Adjunta da Faculdade de Medicina de Marília (Famema).



ANA CAROLINA NONATO

Médica, Mestre em “Ensino em Saúde” pela Faculdade de Medicina de Marília (Famema), Professora voluntária do Núcleo de Saúde Coletiva da Famema.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Abuso sexual 53, 55-59, 63, 64, 66-68, 73, 74, 76-82
Adoecimento 7, 11, 12, 14, 32-35, 86, 114, 148
Adulto 55, 59, 60, 138-140, 143, 145
Análise de Conteúdo 20, 24, 33, 49, 116, 137
Articulação 23, 68, 79
Artigos 10, 64, 65, 79, 92, 93, 99, 106, 111, 115-118, 126, 137, 147, 150
Atenção Básica 23, 24, 26-28, 31, 49-51, 98, 107, 124
Avaliação 14, 15, 19, 32, 73, 78, 95, 97, 98, 102, 108, 110, 111, 124, 126, 143

B

BARDIN 24, 33, 49
BRASIL 13, 26-31, 35, 36, 47, 49, 50, 56, 77, 80, 84, 85, 100, 103, 107, 110, 124, 134, 149-151
Biopsicossocial 128
Brincar 62, 63, 73, 74, 77, 80, 81, 133-143, 146-150

CANGUILHEM 36, 50

CECÍLIO 30, 37-39, 45, 51

CORDIOLI 113, 114, 127, 129-132

Casamento 55, 115, 121, 122

Centros de Atenção Psicossocial, CAPS 13, 22, 23, 84, 95, 101, 108, 109, 110, 111

Clínica 29, 33, 36, 37, 40, 45, 47-50, 53, 59, 64, 74, 79, 81, 96, 105, 110, 112-114, 116, 121, 124, 130-132, 151

Conflito 55, 61, 73, 78, 108, 114, 115, 117, 126, 128, 129, 131, 132

Conjugal 112, 114, 115, 117-120, 124, 125, 129, 130, 132

Contratransferência 66, 67, 76, 77, 120, 128

Criança 55-64, 66-70, 74, 76-82, 133-136, 138-143, 145-149

Cuidado 7, 9-15, 17-19, 24-27, 30-33, 37-43, 45-48, 51, 85, 86, 91, 96, 97, 99-102, 104, 107, 111

Cuidadores 9, 11, 12, 14-22, 24, 25, 96

D

DIMENSTEIN 41, 43, 50, 86, 95, 98-102, 107-109

Depressão 6, 17, 41, 58, 127, 135

Diagnóstico 6, 15, 17, 47

E

EIZIRIK 128, 131

Enfermaria 14, 15, 19

Ensino 9, 34, 68, 76, 146, 152

Equipe 20, 21, 28, 29, 32, 38, 45, 47, 50, 104

Estratégia de Saúde da Família, ESF 19, 22, 26, 27, 31

F

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA 9, 25, 151, 152

FEUERWERKER 94, 97, 98, 100, 107

FREUD 59-61, 127, 128, 133, 141, 142, 147, 149

Familiares 9, 11, 13-17, 19-25, 27, 34, 37, 58, 65, 68, 80, 84, 94-97, 100, 104, 110, 112, 113, 119-122, 125, 127

Família 11-14, 18, 19, 22-28, 31, 32, 34, 35, 38, 45, 50-52, 54, 56, 66, 69, 72, 73, 89, 96, 100, 101, 109, 112, 113, 118-122, 127, 131, 136

G

GABBARD 113, 128, 131

H

Hospital 13, 15, 101, 109, 111, 151

I

Integral 9, 26, 36, 58, 84, 100, 106, 134, 140, 145

Intervenção 47, 94, 111, 114, 118-126, 128-130

J

JUNQUEIRA 76, 78, 79, 81

K

KLEIN 60-62, 81, 143, 149

L

Luta Antimanicomial 91

M

MERHY 40, 45, 51

MINAYO 31, 33, 51, 116, 131, 137, 150

Ministério da Saúde 27, 28, 49, 50, 107

Mulher 115, 124

Multiprofissional 11, 28, 31, 55, 80, 151

N

Núcleo de Apoio à Saúde da Família, NASF 27, 28, 31, 34, 49

Necessidades de Saúde 9, 34, 37, 39, 45, 51

O

Organização Mundial da Saúde, OMS 6, 30, 52-55, 57, 58, 81

Organização das Nações Unidas, ONU 80, 81

P

PITTA 98, 99, 110

Pesquisa bibliográfica 83, 92, 111

Pesquisa de campo 92

Processo saúde-doença 29, 30, 34, 35

Profissionais de saúde 7, 10, 13, 25, 27, 100

Projetos 29, 94, 95, 104

Psicanálise 39, 60, 80, 81, 113, 128, 131, 132, 136, 141, 149, 150

Psicologia 34, 68, 76, 80, 81, 85-87, 92, 93, 108, 109, 111, 115-117, 120, 124, 131, 136, 149-151

Psicoterapia 9, 63, 65, 66, 69, 72, 80-82, 112-123, 128-132, 143, 148

Psiquiátrica 13, 15, 19, 22, 23, 25-27, 33, 50, 83-86, 90-92, 95, 97, 99, 100, 105, 107, 109

Q

Qualitativa(o) 31, 51, 68, 69, 73, 78, 99, 116, 150

Quantitativa(o) 15, 117, 78

R

Reabilitação 85, 92, 96, 102, 108

Rede de Atenção Psicossocial 23, 103, 107, 110

Reforma Psiquiátrica 13, 22, 23, 25-27, 33, 50, 84-86, 90, 91, 95, 97, 99, 100, 105, 107, 109

Relacionamento 73, 118, 119, 123-126, 129

Renda 16, 18, 22, 34, 119, 124, 126

Residências 9, 109

Resiliência 9, 16, 71, 76, 78, 83, 87-92, 104-106, 108-111

Revisão integrativa 112, 114, 115, 117, 132, 136, 150

S

Serviços públicos 14, 83, 90, 91, 105, 111

Sistema Único de Saúde, SUS 9, 10, 22, 26, 27, 30, 37, 49, 50, 84, 85, 100, 107

Suicídio 54, 58

T

Terapia 93, 108, 115-119, 122, 126, 127, 129-132

Território 9, 26, 27, 31, 111

Trabalho 7, 18, 21, 28, 30, 40, 45, 49, 50, 54, 60, 64, 68, 86, 89, 98, 101, 109, 110, 113, 114, 116, 127, 128, 136, 138, 140, 142, 143, 145, 147, 148

Transferência 60, 101, 118, 120, 128

Transtornos mentais 9, 11, 14, 27, 28, 55, 81, 85, 92, 94, 96, 105, 106, 135

Tratamentos 24, 123

U

Usuários 9, 26, 27, 29, 31, 32, 36, 38, 43, 47-49, 51, 83, 90, 91, 94-97, 99, 100, 102-105, 108-111, 134

V

Violência 6, 8, 9, 34, 51, 53-59, 64, 69, 73, 74, 76, 80, 81, 119, 124, 135, 138, 141

W

WINNICOTT 134, 137, 138, 142, 143, 146-148, 150

Z

ZIMERMAN 112, 113, 132

ISBN 978-65-5368-054-8



Este livro foi composto pela Editora Bagai.



www.editorabagai.com.br



[/editorabagai](https://www.instagram.com/editorabagai)



[/editorabagai](https://www.facebook.com/editorabagai)



contato@editorabagai.com.br