

Organização

Jaisa Klauss
Patrícia Gonçalves de Freitas



Psicologia social e saúde: Teoria e prática



2023

Organização

Jaisa Klauss
Patrícia Gonçalves de Freitas



Psicologia social e saúde: Teoria e prática



2023

Editora Chefe

Patrícia Gonçalves de Freitas

Editor

Roger Goulart Mello

Diagramação

Lidiane Bilchez Jordão

Dandara Goulart Mello

Patrícia Gonçalves de Freitas

Roger Goulart Mello

Projeto gráfico e edição de arte

Patrícia Gonçalves de Freitas

2023 by Editora e-Publicar

Copyright © Editora e-Publicar

Copyright do Texto © 2023 Os autores

Copyright da Edição © 2023 Editora e-Publicar

Direitos para esta edição cedidos à Editora e-Publicar
pelos autores**Revisão**

Os Autores

Open access publication by Editora e-Publicar**PSICOLOGIA SOCIAL E SAÚDE: TEORIA E PRÁTICA, VOLUME 1.**

Todo o conteúdo dos capítulos desta obra, dados, informações e correções são de responsabilidade exclusiva dos autores. O download e compartilhamento da obra são permitidos desde que os créditos sejam devidamente atribuídos aos autores. É vedada a realização de alterações na obra, assim como sua utilização para fins comerciais.

A Editora e-Publicar não se responsabiliza por eventuais mudanças ocorridas nos endereços convencionais ou eletrônicos citados nesta obra.

Conselho Editorial

Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade Federal de Santa Catarina

Alessandra Dale Giacomini Terra – Universidade Federal Fluminense

Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

Andrelize Schabo Ferreira de Assis – Universidade Federal de Rondônia



Bianca Gabriely Ferreira Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Cristiana Barcelos da Silva – Universidade do Estado de Minas Gerais
Cristiane Elisa Ribas Batista – Universidade Federal de Santa Catarina
Daniel Ordane da Costa Vale – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes
Dayanne Tomaz Casimiro da Silva - Universidade Federal de Pernambuco
Deivid Alex dos Santos - Universidade Estadual de Londrina
Diogo Luiz Lima Augusto – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
Edilene Dias Santos - Universidade Federal de Campina Grande
Edwaldo Costa – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Elis Regina Barbosa Angelo – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Érica de Melo Azevedo - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro
Ernane Rosa Martins - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás
Fábio Pereira Cerdera – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Francisco Oricelio da Silva Brindeiro – Universidade Estadual do Ceará
Glaucio Martins da Silva Bandeira – Universidade Federal Fluminense
Helio Fernando Lobo Nogueira da Gama - Universidade Estadual De Santa Cruz
Inaldo Kley do Nascimento Moraes – Universidade CEUMA
Jaisa Klauss - Instituto de Ensino Superior e Formação Avançada de Vitória
Jesus Rodrigues Lemos - Universidade Federal do Delta do Parnaíba
João Paulo Hergesel - Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Jose Henrique de Lacerda Furtado – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Jordany Gomes da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Jucilene Oliveira de Sousa – Universidade Estadual de Campinas



Luana Lima Guimarães – Universidade Federal do Ceará

Luma Mirely de Souza Brandão – Universidade Tiradentes

Marcos Pereira dos Santos - Faculdade Eugênio Gomes

Mateus Dias Antunes – Universidade de São Paulo

Milson dos Santos Barbosa – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba
- IFPB

Naiola Paiva de Miranda - Universidade Federal do Ceará

Rafael Leal da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Rodrigo Lema Del Rio Martins - Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Willian Douglas Guilherme - Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P974

Psicologia social e saúde: teoria e prática - Volume 1 / Organizadoras
Jaisa Klauss, Patrícia Gonçalves de Freitas. – Rio de Janeiro: e-Publicar,
2023.

Livro em Adobe PDF
ISBN 978-65-5364-166-2
Inclui Bibliografia

1. Psicologia social. 2. Saúde. 3. Pesquisa. I. Klauss, Jaisa
(Organizadora). II. Freitas, Patrícia Gonçalves de (Organizadora). III.
Título.

CDD 302

Elaborada por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Editora e-Publicar

Rio de Janeiro, Brasil

contato@editorapublicar.com.br

www.editorapublicar.com.br

2023



Apresentação

É com grande satisfação que a Editora e-Publicar apresenta esta obra intitulada “Psicologia social e saúde: Teoria e prática, Volume 1”. Neste livro engajados pesquisadores contribuíram com suas pesquisas. Esta obra é composta por capítulos que abordam múltiplos temas da área.

Desejamos a todos uma excelente leitura!

Editora e-Publicar

Sumário

CAPÍTULO 1	12
CONSEQUÊNCIAS DAS MÚLTIPLAS VIOLÊNCIAS NO DESENVOLVIMENTO BIOPSIKOSSOCIAL DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA	12
	Ana Lara Cândido Becker de Carvalho Francisco Antonio Costa de Carvalho
CAPÍTULO 2	19
FAMÍLIAS EM CONDIÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL: PROPOSTA DE INTERVENÇÕES EM EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA.....	19
	Anderson Rudi Alves de Oliveira Cristiane Elisa Ribas Batista
CAPÍTULO 3	29
O PROCESSO PSICOLÓGICO DO PERDÃO: BASES PARA A SAÚDE PSÍQUICA E O AUTOCONHECIMENTO.....	29
	André Luiz Picolli da Silva
CAPÍTULO 4	47
COVID-19 E SAÚDE MENTAL: DEMANDAS EM PSICOLOGIA DA SAÚDE.....	47
	Cristiane Elisa Ribas Batista Daiane Cristine Hey
CAPÍTULO 5	61
ASPECTOS FARMACOLÓGICOS E COGNITIVOS DA SÍNDROME DE DOWN	61
	Daniele de Fátima de Paiva Abreu Antônia Dávila de Paiva Abreu
CAPÍTULO 6	68
A PRÁTICA PSICOLÓGICA FRENTE À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: POTENCIALIDADES E DESAFIOS	68
	Isabela Cristina de Oliveira Duarte Isabel Ferreira Macêdo Gabriel Campelo Sotero Andressa Pereira de Jesus Nauane Kaylane Pereira Gomes Paulo Henrique Oliveira Barbosa Anabi Caroline da Silva Murylo Gabriel Ferreira Barreto

CAPÍTULO 7	78
A ATUAÇÃO EM PSICOLOGIA JUNTO ÀS POLÍTICAS DE REDUÇÃO DE DANOS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	78
	Gabriel Campelo Sotero Nauane Kaylane Pereira Gomes Andressa Pereira de Jesus Isabel Ferreira Macêdo Isabela Cristina de Oliveira Duarte Murylo Gabriel Ferreira Barreto Paulo Henrique Oliveira Barbosa Anabi Caroline da Silva
CAPÍTULO 8	89
ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MEIO RURAL NO BRASIL	89
	João Paulo Sales Macedo Tatiane Meneses da Silva Magda Dimenstein Kátya de Brito e Silva
CAPÍTULO 9	109
DO CAPSI II AO CAPSI III: TRANSFORMAÇÃO E CONSTRUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO À CRISE EM SAÚDE MENTAL.....	109
	Pedro Gayoso de Carvalho Gonçalves
CAPÍTULO 10.....	124
AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA: CONTEXTOS E APLICAÇÕES.....	124
	Taciane Cavalcanti do Amaral Mota
CAPÍTULO 11	132
INTERVENÇÕES PSICOPEDAGÓGICAS APLICADAS AO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)	132
	Taciane Cavalcanti do Amaral Mota
CAPÍTULO 12	139
OS EFEITOS E CONSEQUÊNCIAS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO EM CONTATO COM A IDENTIDADE E SUBJETIVIDADE DO INDIVÍDUO	139
DOI 10.47402/ed.ep.c2023120712662	Jhony Simões Moraes Bruno da Silva Campo Michelli Cozer de Sousa de Almeida
CAPÍTULO 13	152
ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL INTRAFAMILIAR	152
DOI 10.47402/ed.ep.c2023120813662	Aline Daniele Hoepers

CAPÍTULO 14.....	164
VIOLENÇA OBSTÉTRICA E MULHERES NEGRAS: ARTIGO DE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	164
DOI 10.47402/ed.ep.c2023120914662	Ananda Vitoria Cardoso Rodrigues Caroline Nery Coelho de Sousa Gabriel Nascimento Rodrigues Júlia Teodósio Rodrigues Coelho Gilce Tereza Gondim Távora de Albuquerque
CAPÍTULO 15.....	179
O GRUPO OPERATIVO DE PICHON-RIVIÈRE: UMA ANÁLISE DO PROCESSO GRUPAL NO FILME “PEQUENA MISS SUNSHINE”.....	179
DOI 10.47402/ed.ep.c2023121015662	Juliane de Oliveira Silva
CAPÍTULO 16.....	188
DO HETEROSSUPORTE AO AUTOSSUPORTE: SEXUALIDADE, GÊNERO E O SUPORTE FAMILIAR.....	188
DOI 10.47402/ed.ep.c2023121116662	Nicolle Taneman Candido da Silva
CAPÍTULO 17.....	198
OS EFEITOS DO DISTANCIAMENTO SOCIAL NO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS E AS IMPLICAÇÕES PARA O DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DE ESPECTRO AUTISTA (TEA).....	198
DOI 10.47402/ed.ep.c2023121217662	Arthur Vinicius Souza de Faveri Moreira Emyly Melone Silva Jessica Souza Martins Kelly Firmino de Vasconcelos Lorena Queiroz Canêdo Ricardo Rezende Vanessa Oliveira
CAPÍTULO 18.....	219
DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM: UMA ANÁLISE DO FILME “O LADRÃO DE RAIOS” PELO VIÉS DA PSICOLOGIA CRÍTICA.....	219
	Lara Camelo Oliveira Taciane Cavalcanti do Amaral Mota
CAPÍTULO 19.....	227
COVID 19 E SAÚDE MENTAL: DEMANDAS EM PSICOLOGIA – PSICOLOGIA ORGANIZACIONAL E DO TRABALHO.....	227
	Cristiane Elisa Ribas Batista Nicole Eduarda Martins
CAPÍTULO 20.....	235
PSICOBÍOTICOS: TERAPÊUTICA ALTERNATIVA NO TRATAMENTO DE DOENÇAS ASSOCIADAS AO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.....	235
DOI 10.47402/ed.ep.c2023121520662	Cristiane Pereira Rodrigues da Silva Letícia Rafaella Florêncio Daltro Sabrinna de Almeida Silva Beatriz Santiago Guerra

CAPÍTULO 21 245
REPERCUSSÕES DA HOMOFOBIA NA ESCOLA: UM ESTUDO DE CASO 245
DOI 10.47402/ed.ep.c2023121621662

Felipe Salviano Ramos
Lúcia Maria Temóteo
Francisco Daniel Coelho Viana
Joaquim Alves Diniz
Jordan Prazeres Freitas da Silva

CAPÍTULO 1

CONSEQUÊNCIAS DAS MÚLTIPLAS VIOLÊNCIAS NO DESENVOLVIMENTO BIOPSISSOCIAL DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

Ana Lara Cândido Becker de Carvalho
Francisco Antonio Costa de Carvalho

RESUMO

A presente pesquisa trata sobre as diversas violações perpetradas em face de crianças e adolescentes e quais são as consequências dessas violências para o desenvolvimento em sentido amplo da infância e da adolescência. O objetivo geral foi analisar como as múltiplas violências impactam de forma direta e negativa o desenvolvimento de crianças e adolescentes. Especificamente, objetivou-se: descrever as formas de violência que afetam crianças e adolescentes; relacionar as violações com o desenvolvimento infanto-juvenil e; apresentar as consequências diretas e negativas das violências no desenvolvimento biopsicossocial de crianças e adolescentes. A pergunta-problema norteadora da pesquisa foi: como as múltiplas formas de violência impactam no desenvolvimento de crianças e adolescentes? A hipótese foi de que, através das violações estudadas e apresentadas, ocorrem impactos negativos e diretos no desenvolvimento de crianças e adolescentes os quais repercutem em vários âmbitos de suas vidas, causando diversos prejuízos ao seu progresso biopsicossocial.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescente. Criança. Desenvolvimento infanto-juvenil. Violências.

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho almeja analisar de forma sucinta, as formas de violência contra crianças e adolescentes e as respectivas consequências na saúde biopsicossocial desses indivíduos. Objetiva-se descrever os dispositivos constitucionais e legais de proteção e defesa de crianças e adolescentes e identificar os tipos de violações sofridas pelo público infantojuvenil, bem como as danosas consequências para o seu desenvolvimento biopsicossocial. O método de abordagem é o dedutivo, que parte de uma premissa universal desenvolvendo um raciocínio e atingindo conclusões formais.

Nesse contexto, o método de procedimento é o monográfico, com técnicas de pesquisas bibliográficas e documentais. As bases consultadas na presente pesquisa foram Portal Periódicos da CAPES, *Scielo* e revistas classificadas no Qualis/CAPES. No mesmo contexto, realça-se que a pesquisa documental utilizou a base de legislação do Portal do Planalto, do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e de documentos oficiais do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente.

Desse modo, apesar de haver suporte constitucional e legal acerca da proteção prioritária de crianças e adolescentes contra os mais diversos tipos de violência às quais estão sujeitas, ainda existem diversas violações sofridas pela população infantojuvenil, onde algumas são condenadas pelo tecido social, e outras ainda são socialmente aceitas.

Dessarte, as mais variadas violências em face de crianças e adolescentes causam diversos danos no desenvolvimento infantojuvenil, em âmbito físico, psicológico, social, educacional e espiritual, e estas consequências não se limitam à própria criança ou seu núcleo de convivência, mostrando-se um verdadeiro problema social.

2. TIPOS DE VIOLÊNCIAS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A elaboração da Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988, surge como marco legal na proteção de crianças e adolescentes. Dessa forma, o art. 227, do referido diploma normativo, enaltece que nenhuma criança deverá ser objeto de qualquer forma de violação, negligência, crueldade e opressão, onde impõe ao Estado, a família e a sociedade o dever de zelar por seus direitos fundamentais. Diante disso, o parágrafo 4º, do mesmo dispositivo constitucional, sustenta que: “a lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente” (BRASIL, 2020).

No mesmo sentido, o art. 5º do Estatuto da Criança e do Adolescente, versa que: “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais” (BRASIL, 1990).

Todavia, mesmo diante dos diversos avanços legislativos sobre o tema, a violência sexual contra crianças e adolescentes é um problema de saúde pública que é reconhecido internacionalmente. Sobre o tecido, Azambuja (2011, p. 91) argumenta que

[...] é também entendida como o envolvimento de crianças e adolescentes, dependentes e imaturos quanto ao seu desenvolvimento, em atividades sexuais que não têm condições de compreender plenamente e para quais são incapazes de dar o consentimento informado ou que violam as regras sociais e os papéis familiares. Incluem a pedofilia, os abusos sexuais violentos e o incesto, sendo que os estudos sobre a frequência da violência sexual são mais raros dos que os que envolvem a violência física (AZAMBUJA, 2011, p. 91).

Nessa ótica, a violência praticada em face de crianças e adolescentes difunde-se em episódios de omissão, negligência, agressão sexual e física. Evidencia-se que, na maioria das circunstâncias, existem diferentes formas de violência (HABIGZANG; CAMINHA, 2004).

Na perspectiva de Ferrari e Vecina (2002, p. 48): “no Brasil desde os primeiros momentos de colonização, observa-se a tentativa de adestramento físico e mental a que foram submetidas as crianças indígenas pelos jesuítas. Nas minas setecentistas, destacam-se aspectos da sexualidade infantil, como a pederastia.” No status de “órfãos do rei” (AZAMBUJA, 2011, p. 65), crianças vinham de Portugal em embarcações para casarem com membros da Coroa.

Dentre as formas de violência em face de crianças e adolescentes estão: a física, sexual, psicológica e a negligência. É preciso esclarecer que cada uma dessas possui ramificações, características e peculiaridades, de modo que podem se manifestar tanto isoladamente quanto simultaneamente. A violência física atinge a integridade do corpo. Nas palavras de Guerra (2008, p. 38), esta violação “pode ser considerada como sendo todas as manifestações de punição corporal de crianças e adolescentes desde a mais simples até a mais severa”.

Por conseguinte, a violência psicológica tem como âmago o psique da criança e do adolescente, causando-lhe grande sofrimento mental. A negligência, por fim, está relacionada à omissão no provimento de elementos básicos e essenciais ao pleno desenvolvimento digno de crianças e adolescentes. Ressalta-se que todas as violações cometidas em face do público infantojuvenil causam, em sua maneira singular, danos, por vezes, irreparáveis, conforme se verá a seguir.

3. CONSEQUÊNCIAS DAS VIOLAÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

Com o advento da Teoria da Proteção Integral, a proteção de crianças e adolescentes contra os mais variados tipos de violência passou a ser uma das prioridades absolutas da legislação (CUSTÓDIO, 2009). Entretanto, ainda existe a aceitação social seletiva das violações, onde o cerceamento de direitos infantojuvenis materializado, por exemplo, no tráfico infantil, na exploração sexual e no aproveitamento abusivo do trabalho infantil são duramente criticados e reprovados pelo tecido social (ASSIS *et al.*, 2009), porém, a violência física e psicológica intrafamiliar é aceita sob a justificativa de “educar” e “corrigir”. Castigos físicos, humilhações e intimidações podem trazer danos graves ao desenvolvimento biopsicossocial da criança, conforme explica Martins (2009, p. 31):

[...] a vivência num ambiente de violência, onde os protagonistas são as suas figuras de vinculação, desenvolve nestas crianças a concepção de um mundo imprevisível, inseguro e assustador, promovendo a manifestação de sintomas de ansiedade, de evitamento e agressividade. Consequentemente, são descritos problemas comportamentais e emocionais, bem como o comprometimento ao nível da aprendizagem, cuja gravidade depende do nível de desenvolvimento da criança, severidade da violência presenciada e proximidade quer ao ambiente físico, quer à vítima” (MARTINS, 2009, p. 31).

A violência contra crianças e adolescentes, de forma ampliada, que pode ser definida como o ato comissivo ou omissivo intencional o qual resulte em morte, deficiência ou dano de cunho social, patrimonial, psicológico, cognitivo ou relacionado ao desenvolvimento orgânico (BONTEMPO; PEREIRA, 2012), pode gerar consequências em diversas searas da maturação biopsicossocial infantojuvenil, afetando a criança de forma interna e externa, e reverberando de

forma negativa no âmbito familiar, escolar e social. Conforme demonstra Martins (2009, p. 31), as consequências das violações contra crianças e adolescentes podem ser classificadas em:

(a) consequências cognitivas - que originam um déficit intelectual, um déficit da linguagem, precário rendimento acadêmico ou profissional; (b) consequências afetivas - com baixos níveis de auto-estima, sensações de medo, angústia, raiva, disfunção sexual, ideação suicida; (c) consequências comportamentais - com dificuldades de relacionamento interpessoal, escasso reconhecimento das emoções, isolamento, agressividade, dificuldades na percepção e aceitação das normas sociais e morais, sentimentos de culpabilidade, falta de motivação, violência e maltrato aos seus próprios filhos, toxicod dependência, prostituição e condutas delinquentes; (d) consequências de carácter psiquiátrico - com presença de neuroses, depressões, psicoses e transtornos múltiplos de personalidade (MARTINS, 2009, p. 31).

Desse modo, as violações em face do público infantojuvenil podem gerar problemas sociais, emocionais, psicológicos e cognitivos ao longo de toda a vida, podendo apresentar também comportamentos prejudiciais à saúde (BRASIL, 2009). É comum que esses comportamentos destrutivos podem se manifestar através do abuso de substâncias psicoativas, do álcool e outras drogas e da iniciação precoce à atividade sexual, o que pode os tornar, segundo Delgado (2012), mais vulneráveis à gravidez, à exploração sexual e à prostituição.

Além disso, os problemas de saúde mental e social relacionados com a violência em crianças e adolescentes podem gerar sérios efeitos a nível psicológico, como ansiedade, transtornos depressivos, e alucinações (FEITOSA *et al.*, 2011). Além disso, na seara escolar, pode ocorrer baixo desempenho na escola, e no âmbito doméstico, o baixo desempenho pode mostrar-se nas tarefas de casa. Outrossim, é possível o surgimento de outras desordens como alterações de memória, comportamento agressivo, violento e até tentativas de suicídio (HILDEBRAND, 2019).

Queirós e Caseiro (2018, p. 166) apontam que as consequências das violações em face de crianças e adolescentes podem alcançar sequelas epigenéticas, ao concluírem que “a metilação de DNA induzida por trauma na infância provoca alterações em genes específicos, em tecidos periféricos e cerebrais, alterando significativamente a regulação da resposta ao stress, plasticidade cerebral e neurodesenvolvimento”. Além disso, os referidos autores alertam que crianças vítimas de violência possuem maior propensão a desenvolver psicopatologias, disfunções crônicas, comorbidades, a serem hospitalizadas e terem baixa resposta terapêutica.

Com isso, é possível inferir que a exposição extemporânea da população infantojuvenil a violência pode estar relacionada com o comprometimento do desenvolvimento físico, mental, cognitivo e social, além de possíveis enfermidades em etapas posteriores da vida, como as infecções sexualmente transmissíveis, o aborto espontâneo e outros (BRASIL, 2009).

Para além disso, Ferrari e Vecina (2002) alertam que a violência contra crianças e adolescentes, em última análise, gera a violência social, pois as vítimas das violências acabam incorporando de forma deturpada valores morais e sociais, desfigurando o conceito de respeito próprio e com o outro. Com isso, a criança, enquanto vítima de uma violação, pode desenvolver-se um adulto agressor, “mediante mecanismos de introjeção e identificação com o que a vitimiza” (FERRARI; VECINA, 2002, p. 77). Portanto, a violência em face da população infantojuvenil retroalimenta a violência social.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente são um marco para a proteção de crianças e adolescentes, na medida em que inserem, expressamente, o dever de todo o tecido social e comunitário e do Estado, em todas as suas esferas político-administrativas, em proteger, com absoluta prioridade, crianças e adolescentes, resguardando seus mais diversos direitos constitucionalmente previstos.

Contudo, as violências perpetradas em face de crianças e adolescentes ainda são comuns perante o tecido social, tendo até alguns contornos aceitos socialmente, como a violência física intrafamiliar com a justificativa de “educação”. Apesar de outros tipos de violação, como a sexual, serem repudiadas pela comunidade, continuam ocorrendo e gerando impactos diretamente no desenvolvimento biopsicossocial da criança e do adolescente vitimados.

Dessarte, as consequências danosas para o desenvolvimento infantojuvenil causadas pela violência são múltiplas, manifestando-se na seara física, cognitiva, motora, psicológica, social, educacional e espiritual. Isso pode agravar de forma irreversível a personalidade e a percepção da criança – quanto ser em situação peculiar de desenvolvimento – quanto a limites sociais e morais. Desse modo, a disfunção emocional e psicossocial causada pela vitimização de violência pode ocasionar o agravamento da violência intrafamiliar e a retroalimentação da violência social.

REFERÊNCIAS

ASSIS, S. G. de. *et al.* Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, p. 349-361, 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013532002> . Acesso em: 02 jan. 2023.

AZAMBUJA, M. R. F. de. **Inquirição da criança vítima de violência sexual: proteção ou violação de direitos?** 1ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011.

BONTEMPO, K. da S.; PEREIRA, A. R. Saúde mental de crianças e adolescentes vítimas de violência: uma revisão crítica da literatura. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 23, n. 2, p. 130-136, 2012. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/49080>. Acesso em: 02 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes: prevenção de violências e promoção da cultura de paz: você é a peça principal para enfrentar este problema.** 1ª ed. Brasília: Editora MS, 2009. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia_saude_crianças_adolescentes.pdf. Acesso em: 02 jan. 2023.

CUSTÓDIO, A. V. **Direito da Criança e do Adolescente.** Criciúma: UNESC, 2009.

DELGADO, P. G. G. Violência e saúde mental: os termos do debate. **O social em questão**, n. 28, p. 187-197, 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=552256742009>. Acesso em: 30 dez. 2022.

GUERRA, V. N. de A. **Violência de Pais contra Filhos: A Tragédia Revisada.** 3. Ed. São Paulo : Cortez, 2008.

FEITOSA, H. N. *et al.* A saúde mental das crianças e dos adolescentes: considerações epidemiológicas, assistenciais e bioéticas. **Revista bioética**, v. 19, n. 1, p. 259-276, 2011. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361533255017>. Acesso em: 30 dez. 2022.

FERRARI, D. C. de A.; VECINA, T. C. C. **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática.** 1ª ed. São Paulo: Editora Ágora, 2002.

HABIGZANG, L. **Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática.** 2 ed. Porto Alegre: Artmes, 2004.

HILDEBRAND, N. A. *et al.* Resiliência e problemas de saúde mental em crianças e adolescentes vítimas de violência. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, 2019. Disponível em: <https://rsp.fsp.usp.br/artigo/resiliencia-e-problemas-de-saude-mental-em-criancas-e-adolescentes-vitimas-de-violencia/>. Acesso em: 28 dez. 2022.

MARTINS, D. D. R. **O impacto da violência familiar na saúde de crianças e jovens adolescentes.** 2009. 113 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Justiça) - Universidade do Minho, Portugal, 2009. Disponível em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/11506>. Acesso em: 31 dez. 2022.

QUEIRÓS, M.; CASEIRO, J. Child Maltreatment and Mental Disorders – the Role of Epigenetics. **Nascer E Crescer - Birth and Growth Medical Journal**. v. 27, n. 3, p. 160-175, 2018. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/nascercrescer/article/view/13431>. Acesso em: 02 jan. 2023.

CAPÍTULO 2

FAMÍLIAS EM CONDIÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL: PROPOSTA DE INTERVENÇÕES EM EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Anderson Rudi Alves de Oliveira
Cristiane Elisa Ribas Batista

RESUMO

A pesquisa tem como objetivo identificar fatores psicossociais associados a famílias em condição de vulnerabilidade social para que possam subsidiar propostas de intervenções comunitária por meio de projetos de extensão universitária que agreguem soluções às problemáticas elencadas na pesquisa. Nesse sentido, a presente pesquisa teve como objetivo identificar fatores psicossociais associados a famílias em condição de vulnerabilidade social que possam subsidiar a propostas de intervenções comunitária por meio de projetos de extensão universitária que agreguem soluções às problemáticas elencadas na pesquisa. O universo da pesquisa foi composto por artigos científicos completos no período compreendido de 2012 a 2022, nos idiomas: português e inglês disponíveis nas bases de dados (SCIELO e LILACS) com os descritores: “Família and Vulnerabilidade”; “Vulnerabilidade Social” e “Vulnerabilidade Social and Universidade”. A busca foi realizada no período de outubro e novembro de 2022, sendo identificados 205 artigos, destes, foram selecionados pelo título 60 artigos, dos quais foram selecionados para 12 para compor o estudo. Destaca-se que inúmeros fatores estão associados ao conceito de vulnerabilidade social, sendo um fenômeno complexo dado os fatores multicausais associados, que incluem condições de moradia, condições educacionais; condições de trabalho; condições de rendimento e condições de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Famílias. Vulnerabilidade social. Intervenção em extensão universitária.

1. INTRODUÇÃO

O conceito de vulnerabilidade social tem sido implementado em produções científicas, sendo um fenômeno complexo dado os fatores multicausais associados, a literatura sobre a temática (CANÇADO, 2014; SCHUMANN, 2014; PEDERSEN; SILVA, 2013) remetem o conceito de vulnerabilidade social a caracterização da parcela da população cuja situação desfavoráveis são identificadas em relação a outros grupos sociais, fenômeno social crescente. O conceito de vulnerabilidade, remete a adversidades associadas a fatores de risco que afetam as pessoas na vida cotidiana, comportamentos que comprometam a saúde e a integralidade dos indivíduos dada as variáveis psicológicas e sociais que implicam negativamente ao bem-estar de determinada população (CANÇADO, 2014; KOLLER, CARPENA, 2012).

Assim, entender o movimento de famílias em vulnerabilidade e suas fragilidades é um dos desafios descritos por Gomes (2005) que ressalta a relevância de intervir no âmbito de vulnerabilidade familiar a partir da compreensão das singularidades em sua heterogeneidade em detrimento do olhar fragmentado e generalista, oferecendo assistência por meio de ações

comunitárias e políticas públicas que visem reconhecer as potencialidades familiares enquanto maximizador de recursos e estratégias psicossociais.

Em face da relevância do desenvolvimento de políticas públicas voltadas ao atendimento de pessoas em situação de vulnerabilidade social vem sendo destacada nas esferas do governo, bem como no âmbito científico que fomenta as discussões acadêmicas e subsidia intervenções no âmbito da saúde e da assistência social. Embora a vulnerabilidade social venha ganhando destaque nas problematizações governamentais e científicas estas são descritas a partir de fatores gerais compartilhados na população, no entanto, cabe destacar que os fatores de vulnerabilidade admitem características distintas a depender dos atributos característicos de cada região, das especificidades individuais e das vivências subjetivas daqueles que encontram-se em condição de vulnerabilidade. Neste sentido, a considerar a aproximação de campo realizada para identificar os fatores de vulnerabilidade social de famílias residentes na cidade de Rio Negrinho – SC a partir de informações públicas disponibilizadas pelos órgãos governamentais foram identificados lacunas no aprofundamento das especificidades psicológicas e sociais inerentes a população em condição de vulnerabilidade do município. Os dados disponibilizados visam identificar fatores gerais, o que possibilita problematizações e possíveis intervenções ao contexto geral da população, não favorecendo as peculiaridades que contemplam o fenômeno vulnerabilidade social e que possam atender a singularidade dos membros e/ou famílias residentes no município.

Partindo da desídia do papel atribuído às universidades em elencar ensino, pesquisa e extensão cujos resultados possam respaldar o seu papel social e regional em contribuir para resolução de problemáticas sociais, o presente projeto elenca suas justificativas, pois entende-se que o seu desenvolvimento pode contribuir com as reais demandas da população circunscrita no campo de pesquisa, bem como contribuir para a articulação do ensino a iniciação científica dos acadêmicos dos cursos oferecidos no campus Rio Negrinho, tendo por meio dos resultados a articulação de propostas de extensão na medida em que atende as necessidades da população.

Assim, o desenvolvimento do presente estudo visa articular a produção científica ao posterior desenvolvimento de ações que possam atender as especificidades da população do estudo.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O presente artigo está limitado à área de conhecimento das Ciências Humanas, uma pesquisa de natureza básica, em relação aos objetivos, refere-se a uma pesquisa exploratória e

descritiva. Em face à abordagem do problema, apresenta-se como uma pesquisa qualitativa, na medida em que busca descrever e decodificar os elementos de um sistema complexo de significações.

Este estudo é uma revisão sistemática da literatura que, refere-se a um método de pesquisa que parte de publicações científicas em meios eletrônicos, com o objetivo de auxiliar na construção de um novo estudo.

Nesse sentido, o universo da pesquisa foi composto por artigos científicos publicados nas principais bases de dados científicas, tendo como objetivo a revisão sistemática da literatura em verificar como os aspectos psicossociais inerentes ao contexto de famílias em condição de vulnerabilidade social: proposta de intervenções em extensão universitária.

A busca foi realizada no período de outubro e novembro de 2022, sendo identificados 205 artigos, destes, foram selecionados pelo título 60 artigos, dos quais foram selecionados 12 para compor o estudo, sendo os demais excluídos por não atenderem o recorte estabelecido para inclusão e estudo.

Destaca-se que inúmeros fatores estão associados ao conceito de vulnerabilidade social, sendo um fenômeno complexo dado os fatores multicausais associados, que incluem condições de moradia, condições educacionais; condições de trabalho; condições de rendimento e condições de saúde.

Para inclusão dos estudos na revisão sistemática da literatura foram estabelecidos, previamente os critérios de inclusão: artigos completos no período compreendido de 2020 a 2022, nos idiomas: português e inglês disponíveis nas bases de dados (SCIELO e LILACS) com os descritores: “Família Vulnerabilidade”; Vulnerabilidade Social; “Vulnerabilidade Social and Universidade”.

De posse dos artigos selecionados a compor a amostra do estudo, estes foram analisados a partir de um instrumento norteador construído para delinear o conteúdo do material a ser analisado, o qual contempla as temáticas pertinentes ao objetivo do estudo em questão, sendo considerados as seguintes categorias temáticas de análise: Aspectos Relacionados Vulnerabilidades Sociais como exposição a riscos; Aspectos a Vulnerabilidades sociais baseada em aspectos demográficos e, ou, socioeconômicos; Aspecto da Extensão Universitária.

Os resultados e discussão das informações são apresentados de forma descritiva possibilitando a avaliação da revisão integrativa dos temas centrais focalizados no estudo e

posteriormente discutidos com a desídia de identificar avanços e lacunas do conhecimento agregado pelo acervo analisado.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 Vulnerabilidades sociais como exposição a riscos

Dos artigos analisados, inúmeros utilizaram o termo vulnerabilidade social relacionado à exposição a riscos. Nesta perspectiva de vulnerabilidade social está associada a situações de grande exposição a riscos, como doenças infectocontagiosas e situações desfavoráveis, tanto sociais como políticas, que podem afetar o bem-estar do indivíduo, da família ou grupo.

O desenvolvimento de conceitos específicos para essa área mostra-se necessário, a fim de permitir melhor compreensão da experiência da família e a proposição de intervenções avançadas com famílias que vivenciam situações difíceis, como aquelas enfrentadas pela doença e hospitalização.

A vulnerabilidade social poderia ser explicada por meio da inter-relação de fatores de diferentes naturezas, que compreenderiam três dimensões: a individual, decorrente em última instância da dificuldade de acesso às informações acerca da prevenção e dos meios para concretizá-las, como o preservativo e uso de informes educativos; a social, resultante do acesso a serviços públicos, como educação e saúde, aptos a reduzir a vulnerabilidade individual; e, por último, a política, determinada pela elaboração e implementação das políticas de saúde.

Diante disso, o conceito de vulnerabilidade social, ligado a doenças infectocontagiosas, surgiu da exposição de alguns indivíduos à infecção pelo vírus e do adoecimento causado pelo desenvolvimento da doença.

Nessa perspectiva, as situações de vulnerabilidade social devem ser analisadas com base na capacidade de os indivíduos lidarem e enfrentarem situações de risco.

Portanto a vulnerabilidade social estaria relacionada à aptidão de indivíduos, famílias ou grupos para controlarem as forças que afetam negativamente seu bem-estar, ou seja, se têm recurso para enfrentar as dificuldades e manter o equilíbrio, assim como também recursos para lidar com as adversidades.

3.2 Vulnerabilidades sociais baseada em aspectos demográficos e, ou, socioeconômicos.

Essa categoria designa a definição de vulnerabilidade social com base nos aspectos demográficos e socioeconômicos, as condições de saúde e a privação e, ou, dificuldade de

acesso a direitos sociais básicos. Nesta revisão, foram encontrados artigos que empregaram essa definição, o número mais expressivo dessa análise.

Nesse sentido, essa definição contempla, ainda, a relação do termo vulnerabilidade social com os benefícios dos programas sociais. Esses aspectos podem resultar em desigualdades sociais, processos de exclusão e, ou, manutenção de violência nas relações. Portanto esta perspectiva defende que a vulnerabilidade social surge quando os recursos materiais e simbólicos não são compatíveis, gerando, por consequência, um resultado negativo:

Por vulnerabilidade social entende-se o resultado negativo da relação entre disponibilidade dos recursos materiais ou simbólicos dos atores, sejam eles indivíduos ou grupos, e o acesso à estrutura de oportunidades sociais, econômicas e culturais oriundas do Estado, do mercado e da sociedade.

Essa relação adviria de uma insuficiência de oportunidades no contexto em que o indivíduo está inserido e de sua dificuldade em lidar com isso. Essa situação tornaria as oportunidades oferecidas pelo Estado e pela sociedade mais distantes e inalcançáveis para uma determinada população, interferindo negativamente em seu desenvolvimento.

3.3 Vulnerabilidades sociais a partir de uma noção multidimensional

Essa categoria abrange um complexo sobre a conceituação de vulnerabilidade social, considerando outras variáveis.

A vulnerabilidade social das pessoas, famílias ou comunidades é então entendida como uma conjugação de fatores que pode afetar o nível de bem-estar das pessoas, famílias ou comunidades e que resulta em uma exposição maior ao risco.

Nesse sentido, assim, de uma noção multidimensional, pois a vulnerabilidade pode afetar pessoas, grupos e comunidades em diferentes planos de seu bem-estar, de formas diferentes e em diferentes intensidades, estando relacionada à capacidade dos envolvidos de controlar os recursos requeridos para o aproveitamento de oportunidades propiciadas pelo Estado.

Segundo Pedersen e Silva (2013), a vulnerabilidade social ultrapassa a dimensão material, ou seja, a falta de recursos financeiros, devendo ser analisada com base na inter-relação entre os diversos fatores que compõem a estrutura social. Isso quer dizer que a vulnerabilidade social transcorre desde a inserção do sujeito no mercado de trabalho, a

qualidade de suas relações sociais, os serviços a que tem acesso ou dispõe e as formas de proteção proporcionadas pelo Estado e que interferem na sua qualidade de vida e bem-estar.

Nesse sentido, aspectos como baixa escolarização, relações familiares violentas ou conflituosas, ausência ou insuficiência de recursos financeiros e serviços de saúde, além de poucas perspectivas profissionais e de futuro, constituem-se, portanto, enquanto fatores individuais, coletivos e contextuais que configuram o que se chama de vulnerabilidade social.

Para Bellenzani e Malfitano (2006), ainda é possível abordar o conceito desdobrando-o em duas dimensões: vulnerabilidade social e vulnerabilidade psíquica.

O conceito de vulnerabilidade psíquica, ora estudado, apresenta-se pertinente pela possibilidade de analisar fatores potenciais de modo que, sinergicamente, componham condições propulsoras ao sofrimento ou ao adoecimento psíquico. Esses fatores estariam relacionados tanto ao universo cultural, histórico e social, daí a dimensão da vulnerabilidade social, como às experiências de vida singulares que, combinados, seriam a matéria-prima para a constituição das subjetividades (BELLENZANI; MALFITANO, 2006, p. 122).

Dessa forma, ao discutir o conceito de vulnerabilidade social, almejam-se sair de análises de posições, morfologias estáticas, e reconhecer processos contemporâneos, remodelações de relações sociais nas quais, a exemplo da cultura e a subjetividade.

3.4 A Extensão Universitária

A Extensão Universitária, uma das atividades fim da universidade junto à pesquisa e ao ensino, ganha cada vez mais visibilidade no atual contexto frente às inúmeras ações e atividades que visam atender a crescente demanda da sociedade por resoluções de problemas que muitas vezes não são atendidos pelas políticas públicas vigentes. (DEL-MASSO *et al.*, 2015).

No Brasil, a extensão universitária teve início do século passado, na Universidade aberta de São Paulo, em projetos abertos ao público, porém os assuntos relacionados às questões políticas e sociais passaram a ser tratados após o decreto do “Estatuto da Universidade Brasileira” em 1931 (DESLANDES; ARANTES, 2017).

Segundo Deslandes e Arantes (2017) sua prática é o maior aliado para o aperfeiçoamento da aprendizagem acadêmica, e os projetos de extensão ajudam a aprimorar o conhecimento adquirido ao longo da graduação, além de melhorar a autoconfiança, proporcionar o conhecimento profissional na área escolhida, melhorando o currículo e aumentando as chances para o mercado de trabalho e as empresas que recrutam trainees

preferem aqueles que estiveram envolvidos com algum projeto de pesquisa e ou extensão, e que foram inseridos na comunidade, vivenciando e colocando em prática o seu aprendizado. Diante disso, a Extensão Universitária possui papel importante no que se diz respeito às contribuições que pode trazer frente à sociedade.

É necessário, por parte da Universidade, apresentar concepção do que a extensão tem em relação a comunidade em geral colocando em prática aquilo que foi aprendido em sala de aula e desenvolvê-lo fora dela. A partir do momento em que há esse contato entre o aprendiz e a sociedade beneficiada por ele, acontece por parte dos dois lados, benefícios. Aquele que está na condição do aprender acaba aprendendo muito mais quando há esse contato, pois torna-se muito mais gratificante praticar a teoria recebida dentro da sala de aula.

O incentivo a extensão universitária e seu compromisso com o enfrentamento e minimização das vulnerabilidades sociais com fulcro na redução a todas as formas de desigualdade e discriminação também são fomentados pela articulação das ações extensionistas com os movimentos sociais que organizam e expressam os interesses dos segmentos que se encontram nessas condições, sejam eles nacionais ou locais.

A articulação da Extensão Universitária, juntamente, com os movimentos sociais também deve estar pautada pela competência, espírito crítico e autonomia, mas deve também buscar preservar a autonomia desses movimentos, estabelecendo com eles relações horizontais, de parceira, renunciando, assim, a qualquer impulso de condução ou cooptação. Esta é uma das esferas de Extensão Universitária em que a diretriz de interação dialógica adquire centralidade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estudo realizado, conclui-se que a produção científica acerca da vulnerabilidade social e extensão universitária configuram-se como uma temática ainda pouco explorada na literatura. Foram encontrados, estudos empíricos e qualitativos que visam a abarcar a complexidade envolvida nessa concepção. Identificou-se um descompasso na produção científica sobre o conceito de vulnerabilidade social, demonstrando que esse tema ainda é um objeto de pesquisa pouco explorado.

Nesse sentido, pode-se inferir que houve diferentes definições para o conceito de vulnerabilidade social. Essa temática tem aparecido em diversos estudos, entretanto sem definição única. Inicialmente, a vulnerabilidade foi associada a aspectos epidemiológicos e individualizantes, com o foco da vulnerabilidade social no sujeito. Na sequência, o conceito foi atrelado a aspectos demográficos e socioeconômicos da população, e essa definição abordou as

condições de saúde, o acesso aos serviços básicos, à privação de direitos e a escassez de recursos materiais. Nessa concepção, a vulnerabilidade social é vista como desequilíbrio entre recursos materiais e simbólicos disponíveis ao sujeito e suas necessidades.

Além disso, o conceito passou a levar em consideração uma multiplicidade de fatores imbricados na perspectiva da vulnerabilidade social. Entre os diversos fatores, estão as condições socioeconômicas, os acessos aos serviços, à cultura prevalente, as relações sociais e a própria subjetividade.

A partir do momento em que ocorre a união desses vários aspectos, constitui-se a vulnerabilidade social, principalmente pela forma como o sujeito se relaciona com esses diversos fatores. Essa construção multidimensional vem ao encontro dos estudos preconizados pela Psicologia, que visam a oferecer um olhar de maior amplitude sobre o sujeito, percebendo os vários fatores implicados em sua subjetividade. Nesse sentido, a Psicologia como ciência possibilita a compreensão da subjetividade presente nas interações entre os indivíduos e entre o indivíduo e o social, considerando a influência dos comportamentos dos sujeitos sobre os grupos. Portanto uma reflexão acerca do conceito de vulnerabilidade social pode auxiliar outras áreas que empregam essa temática em seus estudos e atuação profissional.

A revisão sistemática do conceito de vulnerabilidade social abordou um período cronológico da produção científica e, portanto, entende-se que este estudo apresenta limitações, tendo em vista que se realizou um recorte da produção científica conforme os critérios utilizados pelos pesquisadores. Entretanto este estudo serve como ponto de partida para futuras reflexões, tendo em vista a evolução desse conceito, que aparece interligado com as relações e contextos sociais, podendo auxiliar os profissionais envolvidos com a temática na sua atuação profissional e inserção social.

Na interação com os movimentos sociais, a Universidade apreende novos saberes, valores e interesses, os quais são importantes para a formação de profissionais mais capazes de promover um desenvolvimento ético, humano e sustentável. Ao mesmo tempo, a Universidade pode contribuir com os movimentos sociais oferecendo cursos de capacitação, atualização e ou de formação de lideranças e quadros. Exemplo de iniciativa nessa direção é a organização de seminários ou encontros destinados a estimular reflexões conjuntas sobre temas da realidade brasileira ou internacional.

Nesse sentido, é essencial o fomento, por meio da extensão universitária, o protagonismo estudantil no processo de mudança da educação superior, tanto em âmbito

nacional, estadual e municipal. Para fortalecimento das relações autônomas da extensão universitária com as políticas públicas por meio de programas estruturantes, capazes de gerar impacto social, assegurar o uso de tecnologias educacionais inovadoras e efetivas nas ações de extensão universitária, de forma a garantir seu fortalecimento.

REFERÊNCIAS

BUCHALLA, C. M.; PAIVA, V. Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, p. 117-119, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/rLkthBr6mn96Z3ZJTPDQTfc/?lang=pt>. Acessado em: Nov. 2022.

CECCONELLO, A. M. Resiliência e vulnerabilidade em famílias em situação de risco. 2003. Tese. Doutorado. Lume Repositório Digital. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/2641> . Acessado em: Set. 2022.

DEL-MASSO, M. C. S., GALHARDO, E., ROVEDA, J.A.F., ZUANON, A. C. C. **Extensão Universitária a as Demandas Sociais**. Rev. Ciênc. Ext. v.11, n.1, p. 2-7, 2015. Disponível em: https://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/issue/view/51 Acessado em: Out. 2022.

GABATZ, C. Reflexões sobre exclusão e vulnerabilidade social no Brasil contemporâneo. **Sociedade em Debate**, v. 21, n. 1, p. 33-49, 2015. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/1004>. Acessado em: Nov. 2022.

GAMA, C. A. P.; CAMPOS, R. T. O.; FERRER, A. L. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 17, p. 69-84, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/Lz5jfWb83DWPs7prFwC4XXL/?lang=pt>. Acessado em: Nov. 2022.

GOMES, M. A.; PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, p. 357-363, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tw4jYGw65NMVCC4ryKNKzPv/abstract/?lang=pt>. Acessado em: Out. 2022.

HOGAN, D. J. Mobilidade populacional, sustentabilidade ambiental e vulnerabilidade social. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 22, p. 323-338, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/LWGGJ5dnzkNkfqD4ggSMqhCz/?format=pdf&lang=pt>. Acessado em: Nov. 2022.

HOGAN, D. J. Mobilidade populacional, sustentabilidade ambiental e vulnerabilidade social. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 22, p. 323-338, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/LWGGJ5dnzkNkfqD4ggSMqhCz/?format=pdf&lang=pt>. Acessado em: Nov. 2022.

PEDERSEN, J. R.; SILVA, J. A. A exploração sexual de crianças e adolescentes e sua relação com a vulnerabilidade social das famílias: desafios à garantia de direitos. **Violência intrafamiliar: discutindo facetas e possibilidades**, p. 45-64, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pee/a/DYVBLm9dBFrPWk5HZkBQjNS/>. Acessado em: Set. 2022.

PETTENGILL, M. A. M.; ANGELO, M. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, p. 982-988, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/PfhtfTjc3fzrsSDNfkFRZWd/?format=pdf&lang=pt>. Acessado em: Set. 2022.

RIGHETTO, G. G.; VITORINO, E. V.; MURIEL-TORRADO, E. Competência em informação no contexto da vulnerabilidade social: conexões possíveis. **Informação e Sociedade**, v. 28, n. 1, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ies/article/view/34735>. Acessado em: Nov. 2022.

CAPÍTULO 3

O PROCESSO PSICOLÓGICO DO PERDÃO: BASES PARA A SAÚDE PSÍQUICA E O AUTOCONHECIMENTO

André Luiz Picolli da Silva

RESUMO

Em sua essência o homem é, antes de tudo, um ser de relações. Embora a relação consigo próprio seja a mais contínua no ser humano é a relação com o outro que dá maior significado a sua existência. Entretanto, essa relação com o outro não está isenta de percalços e muitas vezes o indivíduo pode sair ferido dessa experiência, o que o faz querer romper com os laços estabelecidos e muitas vezes buscar vingança contra quem o magoou. Tal situação pode trazer consequências negativas, não apenas para o indivíduo por meio do seu adoecimento psíquico, mas também para o grupo social a que ele pertence devido ao surgimento de conflitos interpessoais ou intergrupais. Para evitar o surgimento da doença psíquica individual ou dos conflitos grupais é imperioso que se restabeleça uma relação saudável entre as pessoas que se magoaram, e isso só poderá ocorrer por meio do perdão. O perdão, e o processo de perdoar, tradicionalmente foram estudados pela Religião e pela Filosofia sendo que só recentemente esse tema tem sido abordado pela Ciência com especial destaque para a Psicologia. O ato de perdoar possui uma característica terapêutica clara permitindo ao indivíduo resignificar seus próprios conteúdos emocionais internos. Agindo como uma espécie de profilaxia psíquica, o perdão libera o indivíduo das ruminções mentais que o levariam ao adoecimento, bem como, possibilita o reestabelecimento de vínculos sociais que foram rompidos, garantindo a manutenção do bem coletivo. Nesse sentido, ao longo dos estudos realizados sobre o perdão, a Psicologia buscou compreender não apenas o que é o perdão, mas, sobretudo, buscou compreender como o indivíduo precisa agir para conseguir perdoar de fato. Assim sendo, a Psicologia conseguiu determinar pelo menos três modelos, o evolutivo-cognitivo, o processual e o psicossocial, que podem contribuir para fazer com que o indivíduo realize mais facilmente o ato de perdoar.

PALAVRAS-CHAVE: Perdão. Desenvolvimento Psíquico. Saúde Psíquica. Processos Psicológicos.

1. INTRODUÇÃO

O Homem, desde o seu nascimento, é um ser essencialmente relacional que interage com o mundo que o cerca. Wallon (2007), ao observar que o recém-nascido precisa da assistência de um adulto a todos os momentos desde o seu breve nascimento, constata esse fato ao afirmar que o bebê é antes de tudo “um ser social”, visto que todas as suas reações precisam ser completadas, compensadas e interpretadas por outra pessoa. Sendo incapaz de fazer algo sozinho é constantemente manipulado por terceiros, o que faz surgir um padrão de relacionamento que toma forma em suas primeiras atitudes. Portanto, para o Homem, constituir-se como um ser social e depender de relacionamentos é uma necessidade íntima, quase uma condição genética.

Os seres humanos passam a maior parte de suas vidas envolvidos em relacionamentos significativos, buscando interagir com as pessoas de quem gostam (SCHOPENHAUER, 2000). Dado esse fato, no decorrer das interações sociais, inevitavelmente, os indivíduos fazem coisas

que machucam as pessoas com quem se relacionam. As oportunidades para ferir e/ou se sentir ferido são abundantes e, do mesmo modo, o grau desse ferimento que pode ser mínimo ou grave. Porém, o impacto disso varia consideravelmente de pessoa para pessoa e de relacionamento para relacionamento.

Nesse contexto, é fácil observar como as relações interpessoais satisfazem as necessidades humanas mais profundas de afiliação, mas, ao mesmo tempo, são também a fonte de algumas das feridas mais dolorosas que um ser humano pode sentir. Quando as ofensas ganham vida, as emoções reativas como raiva e ressentimento são fenômenos bastante comuns que criam um potencial de ruptura da própria relação (SENE-COSTA, 2011).

Criar desconforto ao outro de modo semelhante ao que lhe foi causado, parece ser a reação mais natural para responder, por meio da vingança, à ofensa sofrida, de modo a reparar o direito ultrajado. Porém, esse sentimento de vingança pode degenerar em ressentimento. Já não é a simples reparação de um direito violado que é desejado, mas o mal que, em troca do mal sofrido, pode ser feito ao ofensor. Nesse sentido, o rancor é uma paixão que, somada ao sofrimento pela ofensa sofrida, acentua seu caráter alienante como lembram Limeira e Feres-Carneiro (2019) e Schopenhauer (2000).

Freud (1914/2004), em uma introdução ao narcisismo, alertava que para o fato de que para não adoecer o indivíduo precisa amar. Indo nessa mesma direção, um fator significativo que pode ajudar a lidar de forma adaptativa com as fraturas inevitáveis dos relacionamentos é a capacidade de perdoar. A inclinação para perdoar proporciona importantes implicações não só para o bem-estar dos relacionamentos, mas também para o bem-estar pessoal. Desse modo, o perdão assume a forma de um meio que o indivíduo dispõe para salvaguardar uma relação comprometida e responder com confiança e aceitação à ofensa e à dor infligidas a ele. Isto porque o Homem é, por natureza, inclinado para a harmonia e unidade entre seus pares, e o perdão restabelece o vínculo perdido, reestabelecendo a comunhão anteriormente perturbada (FONSECA *et al.*, 2017; LIMEIRA; FERES-CARNEIRO, 2019; PINHO; FALCONE, 2017).

Embora o perdão tenha sido por séculos objeto de investigação por parte da Religião e da Filosofia, o mesmo parece não ter acontecido no âmbito da Psicologia. Por muito tempo as pessoas praticaram e estudaram o perdão internamente no contexto religioso e filosófico, mas o mesmo não aconteceu no contexto científico. O estudo científico do perdão, pelo contrário, começou apenas no último Século, uma vez que aumentou o interesse e a comunicação entre disciplinas, bem como, o debate teórico sobre esse construto (LOPES *et al.*, 2016; PINHO;

FALCONE, 2017; RIQUE NETO *et al.*, 2009). O conceito de perdão tem, portanto, uma história rica na filosofia e na tradição religiosa judaico-cristã, enquanto os estudos psicológicos sobre ela são muito raros até poucos anos atrás.

Considerando as formas como o estudo do perdão se desenvolveu e se consolidou no campo psicológico, é possível observar como a maior parte das contribuições sobre o assunto consiste em reflexões de natureza teórica. Até quase o final do Século passado, essas reflexões eram conduzidas principalmente por teólogos ou espiritualistas, principalmente com o objetivo de destacar a utilidade da aplicação de categorias teológicas para a compreensão e resolução do sofrimento psíquico. O perdão, nesse contexto, foi considerado um dos meios mais eficazes de que o indivíduo dispõe para superar o ressentimento, a ansiedade e a culpa decorrentes do pecado e, portanto, um ingrediente necessário para o bem-estar psíquico da pessoa (MAUTNER, 2006; PERRONE-MOISES, 2014).

Porém, desde meados da década de 1980 o número de escritos teóricos publicados por psicoterapeutas, psiquiatras e conselheiros psicológicos aumentou consideravelmente (LOPES *et al.*, 2016; PINHO; FALCONE, 2017). Essas contribuições concordam em compreender o perdão como uma ferramenta terapêutica válida para o tratamento de grupos particulares de sujeitos portadores de alguma perturbação, mas que, não necessariamente, se enquadrem em uma condição patológica (pessoas que realizaram atos considerados imorais, indivíduos vítimas de abuso sexual, familiares de alcoólatras ou deficientes, casais em crise ou separados, familiares de pessoas em estado terminal, etc.).

2. A DEFINIÇÃO DE PERDÃO

Uma autora frequentemente utilizada por estudiosos da temática do perdão é a filósofa inglesa Joanna North. Segundo essa autora, para perdoar, as pessoas devem superar o ressentimento não negando a si mesmas o direito de sentir esse ressentimento. É preciso que a pessoa se esforce para ver aquele que a magoou com compaixão, benevolência e amor, mesmo sabendo que este voluntariamente renunciou ao seu direito tais sentimentos (NORTH, 1987). A autora atribui ao perdão o papel de restabelecer relacionamentos danificados e destaca como é necessária a mudança na disposição de ânimo para com o ofensor, mas que essa mudança também deve se expressar por meio de ações positivas voltadas para aquele que ofendeu.

Com base nesse entendimento, o perdão pode ocorrer em diferentes níveis: quando ocorre entre pessoas diferentes, ou seja, entre a vítima e o responsável pelo evento ofensivo, fala-se do perdão interpessoal. Caso a ação considerada ofensiva tenha sido feita pelo indivíduo

contra si próprio e este decida perdoar a si mesmo, fala-se então de perdão intrapsíquico (ainda que neste caso seja mais adequado falar de autoaceitação). Quando, por outro lado, o perdão é concedido entre grupos sociais, fala-se sobre o perdão intergrupar. Desse modo, ao se observar as definições de perdão mais utilizadas na Psicologia, constata-se que, geralmente, os trabalhos realizados referem-se a dimensão do perdão interpessoal (PINHO; FALCONE; SARDINHA, 2016).

Nesse sentido, dentro da Psicologia, o perdão pode ser definido como a substituição interna, após uma percepção de erro ou ofensa, das emoções negativas e calorosas, como raiva e medo, ou de sentimentos negativos e frios, como a indiferença e a ruminação sobre a transgressão, por emoções e sentimentos mais adaptativos à vida do indivíduo. Após a tomada de consciência sobre os elementos que fizeram tais afetos eclodirem, os mesmos podem ser substituídos por sentimentos positivos, como amor altruísmo, empatia, compaixão ou mesmo amor romântico. O perdão, nessa perspectiva, não apaga o mal sofrido e não muda a natureza da transgressão, mas modifica o afeto emocional ligado à transgressão, como argumenta North (1987).

Em uma outra visão sobre o perdão, este pode ser entendido como um conjunto de mudanças psicológicas por meio das quais o indivíduo ofendido torna-se cada vez menos motivado a vingar-se de quem o feriu e a afastar-se, física e psicologicamente, dessa pessoa. Ao contrário, a vítima se sente cada vez mais motivada a fazer as pazes e a ser gentil com o ofensor, mesmo que seu comportamento o tenha magoado. O perdão é um fenômeno afetivo, cognitivo e comportamental complexo, no qual as emoções e julgamentos negativos em relação ao ofensor são reduzidos, não pela negação do direito de experimentá-los, mas pelo olhar para o ofensor com compaixão, benevolência e amor (LIMEIRA; FERES-CARNEIRO, 2019).

Do mesmo modo, o perdão também pode ser entendido como o ato de abandonar emoções negativas (hostilidade), cognições negativas (pensamentos de vingança) e comportamentos negativos (agressão verbal e/ou física) em resposta a uma injustiça considerável sofrida (ou percebida como tal) de forma a ter uma atitude mais compassiva para com o ofensor.

Consideradas em seu conjunto, tais concepções que acabam de ser mencionadas, permitem refletir sobre as principais características do perdão. Em primeiro lugar, importa referir que o perdão está necessariamente ligado a uma ofensa (ou percepção desta) psicológica, física e/ou moral (GALLARDO, 2019). Para perdoar, um sujeito deve primeiro ter sofrido uma

ferida pessoal profunda de um conhecido ou de um estranho. É também necessário que a vítima reconheça conscientemente esta ofensa e a julgue intencional. Se a vítima não tiver conhecimento da ofensa sofrida ou não a considerar intencional, o perdão seria injustificado e impraticável. Com efeito, nem a pessoa ofendida teria qualquer razão para se ressentir do incidente, nem o alegado ofensor mereceria ser privado do afeto e da confiança da vítima.

Ao perceber que sofreu uma ofensa intencional, a vítima reage sentindo raiva, desejando se vingar, tentando evitar o contato pessoal e psicológico com o autor da ofensa. Comparado a essas reações iniciais, o perdão assume um papel e um valor catártico, ou seja, facilita o abandono de sentimentos negativos e ressentimentos, facilitando assim o desbotamento da memória do mal sofrido (MARCHON, 2018).

Assim, para ser verdadeiro, o perdão deve então ser um ato intencional, em virtude da qual quem foi (ou se considera) lesado renuncia voluntariamente ao direito de se ressentir do ofensor. Perdoar não significa simplesmente negar ou esquecer o mal sofrido, desistir de concretizar a vingança e agir como se nada tivesse acontecido. Se assim fosse, o perdão favoreceria a recriação das mesmas condições em que foi gerada a ofensa e facilitaria a sua repetição.

Como lembra North (1987), o perdão pode ser entendido como um ato de coragem que “pede” à vítima que aceite novamente em seu coração a pessoa que foi responsável por seu sofrimento. Perdoar, portanto, significa arriscar e apostar a própria confiança e afeto sem ter a garantia de que isso será retribuído no futuro. Perdoar é, portanto, uma escolha pessoal incondicional, é um caminho que o sujeito pode decidir seguir independentemente de quaisquer reações de arrependimento e contrição expressas pelo autor da ofensa (que poderia confessar e assumir sua culpa e responsabilidade, dar explicações, etc.), e das pressões exercidas do exterior. Se, por um lado, o comportamento do ofensor e o que acontece no meio envolvente podem facilitar o perdão, por outro, nenhum deles representa condição necessária para a sua ocorrência (MARCHON, 2018).

Nesse sentido, o perdão é uma espécie de “presente gratuito” dado pela pessoa que se sentiu ofendida ou machucada, entendendo-se essa gratuidade como uma qualidade de agir na qual, e pela qual, um sujeito dá algo de si ao outro sem esperar nada em troca. O presente é verdadeiramente gratuito porque o doador não pergunta se a pessoa que o recebe o merece ou não. A ausência de qualquer expectativa que não seja o benefício do outro é o que distingue essa gratuidade do verdadeiro perdão, que não pede nada em troca para ser oferecido. Nesse

sentido, a dádiva do perdão não pode ser reduzida a uma troca de tipo mercantil uma vez que se caracteriza especificamente pelo seu carácter de liberdade, ou seja, ocorre uma ausência de obrigação, de contrato, de constrangimento (contrato e constrangimento têm a mesma raiz etimológica) por parte de quem o oferece e, do mesmo modo, existe a ausência de obrigação de retribuir por parte de quem o recebe. O ponto principal, portanto, consiste na confiança nos outros (ou nas relações que foram afetadas), pois só a confiança pode assegurar tal nível entrega.

O perdão também é frequentemente entendido como um agente de mudança, pois introduz uma nova forma de ver e vivenciar os eventos dolorosos do passado sem diminuir sua gravidade, como argumenta Frankl (2019). Também permite considerar aqueles que cometem a ofensa em termos mais positivos, sendo julgados como seres humanos falíveis e limitados, do mesmo modo como as pessoas que foram ofendidas por eles.

Segundo alguns autores, o perdão também traz a vantagem de constituir uma mudança de direção na vida, visto que determina uma nova divisão de poder na relação entre a vítima e ofensor. Com efeito, em geral, a ocorrência de uma ofensa cria uma situação de desequilíbrio que provoca a transferência de poder daquele que inicialmente o detinha (e que infligiu a ofensa), à vítima. O ofendido assim, torna-se o principal responsável pelo futuro da relação, cabendo ele decidir se tenta consertar a relação perdoando o ofensor ou se a prejudica ainda mais implementando comportamentos de retaliação ou evitação. Esta decisão também pode ser influenciada pelas possíveis vantagens que derivariam da situação criada na sequência da infração. Com efeito, a vítima poderia aproveitar-se do desejo do ofensor de reconciliar-se e de reparar o dano cometido, para tirar algum benefício dele. Porém, quando a vítima decide perdoar, de uma só vez ela renuncia à sua posição privilegiada e restabelece uma distribuição de poder mais próxima do original entre ela e o autor da ofensa. Ao fazê-lo, ela devolve ao autor do delito o poder de igualdade de decisão sobre o relacionamento que originalmente tinha.

Nesse sentido, o perdão não é somente um processo interno que afeta apenas a pessoa que se considerou ofendida, mas também, diz respeito ao relacionamento com o ofensor. Este é inicialmente desumanizado e identificado com a má ação que praticou, ou seja, o que o ofensor fez acaba se tornando o que o ofensor é. O processo que leva ao perdão começa quando a vítima passa a considerar o responsável pela ofensa não simples e unicamente como a criatura maligna que a feriu, mas como uma criatura fraca e falível, um ser humano não totalmente diferente dela mesma. Essa maneira de ver as coisas pode fazer a vítima perceber que ela mesma foi responsável por atos injustos no passado e que do mesmo modo que agora, ela já precisou de

perdão (PINHO; FALCONE, 2017). Desse modo, ao adotar essa forma de ver as coisas, a vítima pode ficar mais inclinada a seguir o caminho que leva ao perdão.

Além disso, de acordo com Rique Neto *et al.* (2009), o perdão é o resultado de processos cognitivos, emocionais e comportamentais complexos. Os componentes emocionais dizem respeito às várias reações positivas ou negativas experimentadas tanto pela vítima quanto pelo autor da ofensa. Por exemplo, a raiva, o desejo de vingança, a empatia e a compaixão nutrida pela vítima para com o ofensor. Ou a vergonha, o sentimento de culpa ou o alívio diante do perdão recebido sentido pelo ofensor. Os componentes cognitivos adquirem maior importância na vítima, pois ela é chamada a reelaborar o ocorrido, avaliando a ofensa sofrida e sua gravidade, identificando as responsabilidades a esse respeito, fazendo um balanço dos custos e benefícios dela decorrentes. Essa reelaboração levará a vítima a optar pelo perdão ou, ao contrário, o levará a ruminar repetidamente sobre a ofensa, o que fomentará as atitudes iniciais vingativas e/ou evitativas. Por fim, as componentes comportamentais manifestam-se na vítima com a exigência de explicações e assumindo um comportamento mais conciliador, enquanto que no ofensor, tais componentes são observados com os comportamentos de desculpas e pedidos de perdão, implementando por vezes uma série de rituais simbólicos entre os envolvidos.

A partir disso, como se pode observar, em termos gerais é possível identificar duas dimensões no perdão: uma intrapsíquica e outra interpessoal, Pinho, Falcone e Sardinha (2016). A dimensão intrapsíquica refere-se ao que acontece na mente e no coração da vítima, portanto, aos estados emocionais e cognitivos que o lesado desenvolve quando decide reagir positivamente à ofensa sofrida. Já a dimensão interpessoal, por outro lado, centra-se nos comportamentos entre a vítima e o ofensor, bem como, nas ações sociais que o perdão implica como os atos de proteção da relação. Nesse sentido, o perdão é considerado um poderoso catalizador pró social, uma estratégia que facilita a manutenção e restauração das relações interpessoais oferecendo a possibilidade de um novo começo que, não é um simples retorno ao passado, mas incorpora a consciência do que aconteceu (FONSECA *et al.*, 2017).

Nessa perspectiva é possível descrever o perdão como uma jornada cujo destino final é a esperança de reconciliação com o ofensor e a retomada de relações sociais saudáveis. A ruptura, o distanciamento causado pelo ato ofensivo, é a razão dessa viagem. A vítima percebe a lesão sofrida como uma ofensa moral, uma violação do direito, de modo que a consciência de ter sido lesada a impossibilita de continuar depositando confiança no outro e na relação com ele. Com efeito, a vítima gostaria de ter a satisfação de vê-lo sentir uma dor pelo menos

equivalente à que ela própria experimentou. Desse modo, pode iniciar-se o ciclo da vingança em que os papéis iniciais se invertem: a vítima torna-se, por sua vez, o autor de um delito. Porém, esse ciclo pode ser quebrado por uma mudança de rumo que ocorre quando a vítima decide não se vingar de seu ofensor, mas sim, perdoá-lo.

Assim sendo, uma vez que a pessoa ofendida decide seguir o caminho que leva ao perdão, três são as etapas fundamentais para conseguir alcançá-lo. Em primeiro lugar, a vítima deve poder redescobrir a humanidade no responsável pelo delito para que a sede de vingança seja mitigada. O próximo passo é abandonar a ideia de se vingar mesmo tendo todos os motivos para isso e, finalmente, a vítima deve mudar seus sentimentos em relação ao ofensor, por exemplo, de ressentimento para benevolência. Superadas essas etapas, o caminho pode terminar com a esperança da reconciliação. Destaca-se, entretanto, que uso do condicional “pode” é obrigatório nessa equação, visto que perdoar não significa necessariamente reconciliar. O perdão pode acontecer sem reconciliação, mas a reconciliação não pode acontecer sem perdão. Em outras palavras, perdoar é condição necessária, mas não suficiente, para que ocorra a reconciliação entre vítima e ofensor (FONSECA *et al.*, 2017).

3. O PROCESSO DE PERDOAR

Além de definir a natureza do perdão, clínicos e pesquisadores também se empenharam em descrever o caminho que leva ao perdão e suas consequências em nível pessoal e relacional.

A metáfora do perdão como viagem, utilizada anteriormente, de fato traz à tona uma característica fundamental desse constructo, ou seja, a de que o perdão não ser um ato pontual, mas é, antes de tudo, um ato processual. O perdão não é um ato imediato, mas o resultado de um longo, e muitas vezes doloroso, trabalho psicológico realizado pelo indivíduo ofendido. A decisão de perdoar inicia uma difícil jornada interior que envolve a superação de sentimentos negativos e a adoção de uma atitude positiva em relação a quem realizou a agressão (FRANKL, 2019). O perdão é um esforço, uma escolha que implica necessariamente em um ato de vontade e ao mesmo tempo um ato de reavaliação criativa. É um caminho em espiral por meio do qual o indivíduo refaz suas próprias memórias, suas próprias matrizes psicológicas e relacionais, é uma revelação no presente de uma cronologia do passado.

O perdão é um princípio de mobilidade e fluidez, ao contrário do ressentimento que é por princípio estático e rígido (características que muitas vezes acompanham o sofrimento psíquico como, por exemplo, na ruminação mental). É um processo de humanização, pois leva

a pessoa a aceitar os próprios limites e a própria vulnerabilidade, bem como, é um princípio de liberdade que tem algumas características que precisam ser especificadas.

Perdoar leva tempo, as vezes muito tempo, porque é um processo lento; quanto mais grave a ofensa recebida, mais tempo se leva para perdoar. Às vezes, como argumenta Espindola (2017), passam-se meses ou anos antes que se consiga perdoar completamente, mesmo que a passagem do tempo em si não garanta o desenvolvimento do processo de perdão.

Além disso, para perdoar é necessário que a pessoa ofendida desenvolva uma compreensão, pelo menos parcial, dos motivos de quem realizou a ofensa, bem como, de si própria, isto é, das dimensões e características da própria ferida e da relação com aqueles que a machucaram. Durante este processo de compreensão é possível sentir-se vítima de confusão, visto que muitas vezes não está claro o que exatamente aconteceu. Em toda ofensa há alguém que prejudicou alguém, mas, muitas vezes, em torno desse simples núcleo de sofrimento injusto, há um emaranhado de injustiças e ódios quase impossíveis de se desvendar. Às vezes é preciso chegar ao perdão atravessando esse emaranhado de sentimentos e os obstáculos do mal-entendido. Muitas vezes, além disso, depois de ter perdoado, fica um pouco de raiva visto que, na verdade, não se pode apagar o passado, mas apenas curar o sofrimento que ele causou. O perdão cura o ódio por quem gerou aquela realidade, mas não muda os fatos e não elimina todas as consequências. No entanto, é possível sentir raiva sem ódio. Quando o perdão começa seu trabalho libertador, o ressentimento desaparece enquanto a raiva permanece. Se o ressentimento não for aliviado aos poucos ele sufoca o indivíduo, por outro lado, a raiva pode estimular o indivíduo a realizar ações que evitem que o mal torne a acontecer. O rancor é uma aflição que pode ser curada, a raiva é uma energia que pode ser canalizada.

Além disso, o processo que leva ao perdão nunca pode ser um dever, não se pode ser obrigado a perdoar (GALLARDO, 2019); não é possível perdoar sem exercer a própria liberdade de escolha. Para liberar o perdão, ele deve ser concedido gratuitamente. Um requisito fundamental do perdão gratuito é o respeito por quem é perdoado, isso significa permitir que quem é perdoado faça o que quiser com o perdão que é concedido, caso contrário, o perdão torna-se uma tentativa de controlar o outro, um puro exercício de poder em nome, por exemplo, de uma suposta superioridade moral (eu te perdoo porque sou bom). O perdão é sincero apenas se a pessoa respeita os outros o suficiente para permitir que eles assumam a responsabilidade pelo que pretendem fazer com o perdão que foi dado. O perdão exige muitas vezes que se consiga identificar com o ofensor, convertendo a própria inteligência, como aquele que vai além da finitude da ofensa. O perdão também exige que o indivíduo saia do imediatismo da ferida

infligida ou sofrida e que tanto o ofensor como o ofendido sejam reintegrados em uma história que, por um lado tem em conta o passado para perdoar, e por outro, a promessa de um futuro a esperar (NORTH, 1987).

4. MODELOS DE ENTENDIMENTO DO PERDÃO

Para o efeito, a partir dos estudos que foram desenvolvidos não apenas na Psicologia, mas também na Religião e na Filosofia, é possível compreender de acordo com Andrade (2014), Pinho e Falcone (2018) e Santana (2011), diferentes modelos de perdão que podem ser agrupados em três tipos diferentes:

a) Modelos evolutivos-cognitivos: descrevem a evolução do pensamento e raciocínio sobre o perdão dentro do indivíduo, de acordo com seu crescimento e amadurecimento ao longo do tempo;

b) Modelos processuais: identificam e definem as fases ou etapas pelas quais o sujeito ofendido passa para chegar à decisão de perdoar;

c) Modelos psicossociais: descrevem os principais fatores que, a nível psicossocial, determinam e/ou alcançam a concessão do perdão.

a) Modelos evolutivos-cognitivos

Entre os modelos classificadas como evolutivos-cognitivos, tem sido dada particular relevância pela comunidade científica ao modelo desenvolvido a partir da concepção que as pessoas têm do perdão, bem como, o consequente raciocínio seguido para decidir se perdoam ou não à medida em que o sujeito cresce e desenvolve suas habilidades intelectuais.

Nesse modelo, o pensamento relativo ao perdão amadureceria segundo etapas sucessivas paralelas às fases pelas quais, segundo Kohlberg (1992), se desenvolveria o julgamento moral. Kohlberg (1992) de fato delineou, retomando a concepção de Piaget, uma série de estágios no desenvolvimento do julgamento moral desde a infância até a idade adulta. No primeiro estágio (orientação recompensa-punição), predominante entre nove e dez anos, a criança considera normas que podem envolver punição física ou exigir obediência. Na segunda fase (orientação individualista-instrumental) reconhece que as necessidades e os interesses das pessoas podem ser diferentes e um dos critérios de avaliação é que sejam respeitados mais interesses, a começar pelos próprios. O terceiro e o quarto estágios vão da pré-adolescência até o final da adolescência. No terceiro estágio (a orientação do "cara legal") o respeito às regras torna-se importante para corresponder às expectativas positivas da comunidade cujos valores

são compartilhados; no estágio seguinte (orientação para a manutenção da ordem social) o compromisso moral está ligado ao papel que cada um desempenha na sociedade, cujas leis devem ser respeitadas porque asseguram a ordem social. Finalmente, os dois últimos níveis estão ligados a um sistema de princípios abstratos e valores universais. Em particular, na penúltima (orientação em contrato social) o indivíduo acredita que as leis devem ser regulamentadas de forma a permitir o respeito aos direitos de todos, e quando isso não acontece, elas podem ser alteradas. Na última etapa (orientação da consciência e princípios universais) o sujeito prevê que é possível seguir princípios éticos universais, não inscritos nas leis, cada qual respondendo à sua própria consciência. Alguns desses princípios podem não estar de acordo com as leis que não dependam delas ou do consenso social.

A partir de uma análise mais aprofundada dessas várias etapas, pode-se observar que, em um primeiro nível, o perdão pode ser definido como vingativo, ou seja, que o indivíduo decide conceder somente após o autor da ofensa ter sido punido e ter sofrido. Numa fase posterior encontra-se o perdão compensatório ou restitutivo, que, na perspectiva do indivíduo, deve ser concedido somente quando o ofensor tiver restituído o que roubou à vítima ou quando esta sentir um profundo sentimento de culpa decorrente da negativa temporária do perdão. Subindo de nível, encontra-se um tipo de perdão que o sujeito acredita ser ditado pelas expectativas de seu próprio grupo que o pressiona, ou um perdão que é simplesmente esperado a partir do papel social assumido pela vítima. Semelhante ao anterior é o perdão que a pessoa pensa que deve ser concedido com base em uma expectativa determinada por leis morais ou religiosas, ou seja, quando convicções éticas e crenças religiosas empurram nessa direção. No penúltimo nível do desenvolvimento moral, o perdão é atribuído à harmonia social, ou seja, o sujeito pensa que deve ser concedido para restaurar relações positivas e pacíficas, suavizar diferenças e conflitos e restaurar a harmonia na sociedade. Finalmente encontra-se o perdão incondicional, que o indivíduo julga ditado pelo amor autêntico que não pode ser prejudicado ou diminuído por uma ofensa.

Assim sendo, com base no que acaba de ser apresentado, o desenvolvimento do perdão nesse modelo se daria por meio de uma sequência previsível e universalmente válida de etapas. No entanto, importa referir que a sucessão de fases, tal como tem sido identificada e descrita, não deve ser interpretada de forma rígida, uma vez que, na realidade, o raciocínio implementado pelos sujeitos que perdoam é muitas vezes imputável simultaneamente a dois ou mais níveis.

b) Modelos processuais

Esse modelo descreve a natureza processual do perdão efetivamente concedido e analisa as dinâmicas que se desenvolvem dentro da vítima. O chamado modelo de processo baseia-se na afirmação de que o perdão envolve simultaneamente os sistemas cognitivo, emocional e comportamental da pessoa. Centra-se sobretudo na dinâmica de como o processo perdão se desenrola no interior da pessoa lesada e descreve como a partir de uma ofensa injustamente sofrida o indivíduo pode vir a conceder o perdão, sendo que esse processo se desenvolve ao longo do tempo e envolve estratégias cognitivas, emocionais e comportamentais.

De acordo com esse modelo, o ato ofensivo inicialmente determina na vítima um conjunto de reações emocionais negativas como raiva, vergonha e insegurança, que causam sofrimento psíquico. A pessoa ofendida, emocionalmente afetada, encontra-se constantemente remoendo em sua mente os eventos que ocorreram. Na medida em que a pessoa toma consciência do seu próprio sofrimento, sente também a necessidade de o aliviar, optando pelo caminho da justiça, ou seja, recorrendo às sanções legais ou à vingança pessoal, ou por outro lado, optando pela clemência, ou seja, renunciando assim ao direito de punir o outro.

Escolher esta segunda estratégia faz com que a motivação da vítima para perdoar se torne mais forte. Essa motivação acaba sendo condicionada por variáveis como o estágio de desenvolvimento cognitivo em que o sujeito se encontra, sua bagagem cultural, os grupos sociais a que pertence (família, amigos, comunidade), sua educação religiosa, o tempo decorrido desde que recebeu a ofensa, a gravidade da ofensa e a conversão, entendida como "mudança de coração".

O sujeito motivado a perdoar geralmente decide fazê-lo, e esta decisão é considerada como um compromisso escolhido e conscientemente assumido pela pessoa. A decisão de perdoar estimula o indivíduo fazendo-o abandonar o ressentimento e o desejo de vingança promovendo uma série de estratégias cognitivo-afetivas que ajudam a vítima a perceber o outro como um ser humano vulnerável, por quem é possível sentir empatia e compaixão. Tais estratégias levam o indivíduo a rever o delito no contexto em que ocorreu e a reinterpretá-lo de forma menos negativa, sem desvirtuar a realidade dos fatos. Essa releitura dos acontecimentos facilita a aceitação da dor sentida e dá um novo significado mais positivo à própria ofensa.

A vítima também pode entender que não é a única a sofrer e que ela mesma, no passado, precisou ser perdoada em algum contexto. Essa nova consciência vem através da memória de episódios em que a pessoa agora ferida havia ofendido e, por sua vez, havia sido perdoada.

Considerar o responsável pelo seu sofrimento e a ofensa sofrida de uma forma diferente e mais positiva estimula, na vítima, uma necessidade de agir e induz o sujeito a encontrar soluções capazes de mudar a situação.

Neste ponto do processo, a vítima se depara com duas possibilidades. Ele pode implementar estratégias comportamentais voltadas para a reconciliação que, no entanto, também exigem a participação ativa do autor da infração (assim, ocorreria uma transição do nível de decisões e mudanças internas apenas da vítima, para o da interação entre vítima e infrator). Ou, não podendo seguir o caminho da reconciliação, por ser impraticável ou imprudente, a vítima pode optar diretamente pela remissão do mal, o que implica na diminuição das emoções negativas e no aumento das positivas para com quem a feriu.

c) Modelos psicossociais

Os modelos psicossociais se destacam por seus sólidos fundamentos teóricos e empíricos. Esses modelos têm prestado atenção especial à análise do que, no nível psicossocial, contribui para favorecer ou inibir a concessão do perdão. De modo geral os modelos psicossociais foram desenvolvidos com o objetivo de determinar o que decorre da concessão do perdão nas relações íntimas e analisar as inúmeras variáveis sociais e psicológicas que, por sua vez, influenciam a capacidade de perdoar.

Os fundamentos teóricos e empíricos que fundamentam esses modelos são constituídos por pesquisas realizadas sobre comportamentos pró-sociais e sobre o perdão nas décadas de 1980 e 1990. Esses modelos interpretam o perdão como uma forma particular de atitude pró-social que se aproxima muito de variáveis, também com valor pró-social, como a cooperação, o altruísmo, o desejo de se sacrificar e de ser amado. O que une essas variáveis é a capacidade de abster-se de implementar condutas que, embora inicialmente destinadas a proteger quem sofreu uma ofensa, acabam se revelando destrutivas para a própria relação. Soma-se a isso a escolha de um compromisso em prol de ações que promovam o bem-estar relacional.

Nesse sentido, o perdão pode ser favorecido por elementos que podem ser denominados como “categorias de determinantes”. Cada uma dessas categorias difere das demais conforme o grau de proximidade e imediatismo com que promove ou inibe o perdão. Portanto, é possível falar de determinantes mais proximais ou moderadamente proximais e de determinantes mais distais ou moderadamente distais.

Os determinantes mais proximais são constituídos por variáveis sociocognitivas, que se referem ao que a vítima pensa e sente em relação à ofensa sofrida e a quem a cometeu. É

possível incluir os processos atributivos entre essas variáveis sociocognitivas. Nesse sentido, as formas como o evento ofensivo é percebido atribuindo-o a causas, responsabilidades ou faltas específicas. De mesma forma, a ruminação e o repensar obsessivamente sobre o que aconteceu, pode aumentar ou diminuir a motivação tanto para evitar o contato com o ofensor como para procurar vingança. Além disso, também é possível incluir a empatia, ou seja, a capacidade de se colocar no lugar do ofensor e nutrir sentimentos benevolentes para com ele.

Os determinantes moderadamente proximais incluem as variáveis associadas ao ato ofensivo, incluindo tanto as características da ofensa como, por exemplo, a gravidade e as consequências ao longo do tempo, bem como, as reações manifestadas pelo infrator após ter causado a ofensa por meio de relatos ou explicações oferecidas. É mais fácil para o ofendido perdoar se julgar não grave o mal sofrido e se o responsável se mostrar arrependido e apresentar um sincero pedido de desculpas.

Os determinantes moderadamente distais referem-se essencialmente ao contexto interpessoal e relacional em que ocorreu a ofensa. Visto que o perdão expressa o desejo de retomar a relação que existia com o responsável por uma ofensa, uma vez que antes da ofensa, quem a sofreu e quem a infligiu estavam ligados por uma relação com maior satisfação, intimidade e compromisso, quanto mais intensa for essa relação mais provável será que o perdão seja concedido. A este respeito, deve-se notar que a qualidade relacional pode influenciar o perdão de diferentes maneiras. Por exemplo, se os sujeitos estão envolvidos em um relacionamento qualitativamente satisfatório, eles são mais propensos a fazer projetos de longo prazo e são motivados a fazer com que seu relacionamento dure ao longo do tempo. Isso os leva a superar as discórdias e as ofensas recebidas para salvaguardar o vínculo com o outro.

Da mesma forma, o grau de intimidade e conhecimento que se tem da outra pessoa pode ser útil para desenvolver empatia por ela e tentar entender seus pensamentos e sentimentos, bem como, as motivações que a levaram a agir dessa forma.

Dentro do relacionamento, além do grau de satisfação e intimidade, o quanto os sujeitos estão comprometidos e investidos em seu relacionamento também desempenha um papel importante. Nesse sentido, o perpetrador da ofensa pode, portanto, estar mais inclinado a sentir remorso, a dar explicações e a pedir desculpas.

Finalmente, os determinantes mais distais consistem em traços de personalidade que distinguem o sujeito de forma relativamente estável (por exemplo, sua atitude em relação à vingança, complacência, estilos de reação à raiva, seus princípios éticos e suas crenças

religiosas). Essas características pessoais influenciam a concessão do perdão de maneira principalmente indireta. Dentro de um relacionamento, a combinação de todas essas quatro classes de determinantes leva à concessão de perdão após uma ofensa.

Ainda nessa perspectiva, muitos estudos mostram que a empatia é uma das variáveis mais influentes na determinação da capacidade de perdoar os outros. Este, por sua vez, é facilitado pelo nível de intimidade anterior à ofensa e pelo pedido de desculpas oferecido pelo ofensor. Viver um relacionamento satisfatório, comprometido e íntimo significa que, por um lado, os responsáveis por uma ofensa estão mais dispostos a se arrepender do ato que cometeram e a se desculpar e, por outro lado, as vítimas se sentem mais inclinadas a se colocar no lugar de quem as ofendeu e a perdoá-las. Desse modo, um último elemento relevante diz respeito à ruminação, ou seja, os pensamentos, imagens e sentimentos intrusivos despertados pela ofensa recebida. Aqueles que experimentam altos níveis de ruminação se mostram incapazes de eliminar pensamentos e imagens intrusivas de suas mentes e estão mais inclinados a implementar comportamentos agressivos e vingativos contra o ofensor. Assim sendo, se deduz que a ruminação desempenha um papel importante na perpetuação das dificuldades e problemas psicológicos que se seguem à ofensa, e no impedimento da assunção de uma atitude conciliatória.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, constata-se que para além de um fenômeno religioso ou especificamente moral o perdão se configura, sobretudo, como um fenômeno psicológico. Isso deriva do fato de que sempre que uma pessoa recebe uma ofensa física social ou moral, o próprio ato da ofensa só existirá se a pessoa a perceber como tal e, conseqüentemente, a superação desse ato, ou seja, o próprio perdão, também dependerá de um julgamento sobre tal percepção. Se a pessoa não se sentir ofendida, não há o que perdoar, logo o ato de perdoar se configura como o resultado final de todo um processo de reelaboração e ressignificação de uma série de crenças, sentimentos e valores que, uma vez modificados liberam o indivíduo para uma nova vivência em relação àquilo que inicialmente o ofendeu.

É nessa direção que reside todo o potencial terapêutico, de benefício para a saúde individual e transformação social coletiva do ato de perdoar. Quando o indivíduo toma a decisão de ir na direção do processo de perdoar, o ato do perdão assume um profundo valor catártico facilitando o abandono de sentimentos negativos que atrapalham seu desenvolvimento pessoal, provocam seu adoecimento e facilitam a eclosão de conflitos interpessoais. Ao perdoar, o

indivíduo intencional e conscientemente se livra de uma série de rumações mentais que, para além do gasto energético, inevitavelmente resultariam em danos para si e para terceiros.

Porém, apesar de ser intencional, o ato de perdoar não necessariamente implica em esquecer ou ignorar tudo que tenha acontecido. O perdão não elimina fatos ou as consequências de fatos, porém o ato de perdoar facilita para o indivíduo a criação de estratégias emocionais que permitam superar os fatos ocorridos.

Assim, a grande questão em relação ao perdão é que este permite uma mudança de direção na vida do indivíduo, possibilitando transcender a relação que este tinha com quem o ofendeu e com ele próprio. Com efeito, a existência de uma ofensa sempre causa um desequilíbrio nas relações e é nesse sentido que o perdão se apresenta para o indivíduo como um elemento psicoprofilático, como um divisor de águas que permitirá, por um lado, reelaborar o que aconteceu em sua vida, ou continuar preso a sentimentos e pensamentos que o conduzirão ao adoecimento psíquico. Desse modo, o perdão se configura, sobretudo, como um ato de libertação psíquica da pessoa ofendida, pois esta tem a possibilidade para escolher entre a saúde ou a doença, entre a harmonia ou o conflito, entre permanecer presa a sentimentos do passado ou lançar-se para novas experiências do futuro.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, T. F. **Refinamento Psicométrico da Escala de Atitudes para o Perdão (EFI)**. 2014. 136f. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social) Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2014.

ESPINDOLA, A. V. *et al.* Terapia da dignidade para adultos com câncer em cuidados paliativos: um relato de caso. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v.25, n. 2, p. 733-747, jun. 2017. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000200017&lng=pt&nrm=iso . acessos em 18 fev. 2023.

FONSECA, P. N. *et al.* Perdão conjugal: uma explicação a partir dos valores humanos. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 4, p. 1913-1926, dez. 2017. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000200017&lng=pt&nrm=iso . acessos em 18 fev. 2023.

FRANKL, V. E. **O sofrimento humano: fundamentos antropológicos da psicoterapia**. São Paulo: É realizações, 2019.

FREUD, S. **À Guisa de Introdução ao Narcisismo**. In: Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1914/2004.

GALLARDO, S. T. El Perdón como función estructurante a la conciencia, una mirada desde la Psicología Simbólica Junguiana: um olhar a partir da Psicologia Simbólica Junguiana. **Junguiana**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 37-50, dez. 2019. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-08252019000200005&lng=pt&nrm=iso . acessos em 18 fev. 2023.

KOHLBERG, L. **Psicologia del desarrollo moral**. Bilbao: Desclée de Brower, 1992.

LIMEIRA, M. I. C. A.; FERES-CARNEIRO, T. O papel do perdão na reconciliação: uma análise qualitativa das repercussões no recasamento com o ex-cônjuge. **Contextos Clínic**, São Leopoldo, v. 12, n. 3, p. 822-842, dez. 2019. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822019000300007&lng=pt&nrm=iso . acessos em 18 fev. 2023.

LOPES, B. J. *et al.* Escala de Perdão Conjugal (MOFS): evidências de validade de construto no contexto brasileiro. **Psico (Porto Alegre)**, Porto Alegre, v.47, n. 2, p.121-131, 2016. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-53712016000200004&lng=pt&nrm=iso . acessos em 18 fev. 2023.

MARCHON, P. Para conseguir o impossível, é preciso lutar pelo impossível com amor. **Rev. bras. psicanál**, São Paulo, v. 52, n. 4, p. 75-94, dez. 2018. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2018000400007&lng=pt&nrm=iso . acessos em 18 fev. 2023.

MAUTNER, A. V. Fantasias a propósito das origens judaicas da psicanálise. **J. psicanal.**, São Paulo, v.39, n.70, p. 199-202, jun. 2006. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352006000100012&lng=pt&nrm=iso . acessos em 18 fev. 2023.

NORTH, J. Wrongdoing and Forgiveness. **Philosophy**, Cambridge, v.62, n.242, p. 499-508, 1987. Disponível em <https://www.cambridge.org/core/journals/philosophy/article/wrongdoing-and-forgiveness/65006CDD9F7D5AE32D787FB572341254#> . acessos em 18 fev. 2023.

PERRONE-MOISES, C. Os limites do perdão: Hannah Arendt e Jacques Derrida. **Rev. bras. psicanál**, São Paulo, v.48, n.4, p. 143-148, dez. 2014. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2014000400013&lng=pt&nrm=iso . acessos em 18 fev. 2023.

PINHO, V. D.; FALCONE, E. M. O. Estudo qualitativo sobre fatores facilitadores e dificultadores do perdão interpessoal. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 189-208, abr. 2018. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812018000100011&lng=pt&nrm=iso . acessos em 18 fev. 2023.

PINHO, V. D.; FALCONE, E. M. O. Relações entre empatia, resiliência e perdão interpessoal. **Rev. bras. ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v.13, n. 2, p. 138-146, dez. 2017. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872017000200009&lng=pt&nrm=iso . acessos em 18 fev. 2023.

PINHO, V. D.; FALCONE, E. M. O.; SARDINHA, A. O papel preditivo da habilidade empática sobre o perdão interpessoal. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v.24, n.4, p. 1507-

1518, dez. 2016. Disponível em
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000400017&lng=pt&nrm=iso . acessos em 18 fev. 2023.

RIQUE NETO, J. *et al.* Análises confirmatória da Escala de Atitudes para o Perdão: EFI. **Aval. psicol.**, Porto Alegre, v.8, n.2, p. 169-178, ago. 2009. Disponível em
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712009000200003&lng=pt&nrm=iso . acessos em 18 fev. 2023.

SANTANA, R. G. **Estudo das Relações entre a Atitude de Perdoar Ofensas Interpessoais e os Esquemas Iniciais Desadaptativos**. 2011. 174f. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação em Psicologia) Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, 2011.

SCHOPENHAUER, A. **Metafísica do amor, metafísica da morte**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

SENE-COSTA, E. As emoções e os transtornos depressivos. O teatro do perdão como palco de resgates. **Rev. bras. psicodrama**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 85-99, 2011. Disponível em
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-53932011000200008&lng=pt&nrm=iso . acessos em 18 fev. 2023.

WALLON, H. **A evolução psicológica da criança**. Lisboa: Edições 70, 2007.

CAPÍTULO 4

COVID-19 E SAÚDE MENTAL: DEMANDAS EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

Cristiane Elisa Ribas Batista
Daiane Cristine Hey

RESUMO

O isolamento social e o medo de contaminação decorrentes da pandemia do Covid-19 desencadearam agravos em saúde mental, com a presença de sintomas psicológicos que causam prejuízos à saúde, à vida social e familiar da população. O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica dos principais bancos de dados brasileiros com o objetivo de identificar as demandas geradas a partir desse contexto no âmbito da Psicologia da Saúde. A análise se refere-se as demandas apresentadas pelos profissionais da saúde, pela população em geral, pelos idosos e pela população LGBTQIA+ a partir dos sintomas evidenciados e dos fatores de risco associados a pandemia da covid-19. Os resultados indicam a necessidade de acompanhamento e tratamento psicológico das populações escritas, a necessidade de preparo dos profissionais da saúde para atuar em situações semelhantes, desenvolvimento de estratégias de educação em saúde, e de medidas de enfrentamento para demandas específicas.

PALAVRAS-CHAVE: Demandas Psicológicas. Pandemia Covid-19. Saúde Mental.

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, a humanidade vivencia um cenário com consequências psicológicas decorrentes da pandemia do Covid-19 provocado pelo coronavírus (SARS-CoV-2) com alto fator de transmissibilidade que pode ser letal. Essas características denotam a necessidade de medidas de restrição através do isolamento social a fim de evitar a rápida e alarmante propagação da doença. Desde o início da pandemia de Covid-19 inúmeras medidas foram tomadas a fim de conter a propagação do vírus, no entanto, na medida em que novas variantes do vírus são identificadas, com gravidade dos sintomas que variam, exigem-se novas medidas e cuidados.

Uma das medidas adotada mundialmente foi a redução do contato social, com distanciamento e isolamento social. Face as medidas de restrição social impostas nas distintas fases da pandemia da Covid-19 inúmeros sentimentos foram vivenciados, dentre estes, medo da contaminação de entes queridos, o cuidado extremo e necessário com a saúde física converge em importantes danos na saúde mental dos indivíduos, resultando na imprescindibilidade da identificação assertiva das devidas demandas psicológicas resultantes deste quadro por parte da Psicologia da Saúde. Os sentimentos vivenciados durante a pandemia resultaram no aumento de transtornos Psicopatológicos na população, com destaque aos transtornos de Ansiedade.

Frente ao aumento de quadros Psicopatológicos apresentados pela população, novas demandas em saúde emergiram e demandaram o aprimoramento técnico científico, das ciências da saúde. Neste contexto, a Psicologia da Saúde exerce papel fundamental no contexto da saúde e da doença relacionando o comportamento humano ao papel das variáveis psicológicas na manutenção da saúde. O psicólogo da saúde tem atuação voltada na promoção da saúde e prevenção de doença, nos serviços clínicos a indivíduos saudáveis ou doentes e em pesquisa e ensino (ALMEIDA; MALAGRIS, 2011). Portanto, para a manutenção da saúde é necessário o cuidado com a saúde física e mental, somente dessa forma é possível manter o equilíbrio saudável do ser humano.

Frente ao exposto, o presente estudo tem por objetivo identificar as demandas psicológicas derivadas da pandemia do Covid-19 no âmbito da saúde a fim de promover subsídios para a adoção de medidas de enfrentamento dos sintomas instalados, bem como o aprimoramento de técnicas preventivas e aperfeiçoamentos para situações futuras.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O estudo apresentado refere-se à área de conhecimento das Ciências Humanas, trata-se de uma pesquisa bibliográfica exploratória e descritiva de natureza básica. No que tange à abordagem do problema, classifica-se como uma pesquisa qualitativa, pois objetiva a descrição e decodificação dos elementos de um complexo sistema de significações.

O universo da pesquisa foi formado por artigos científicos publicados nas principais bases de dados científicas brasileiras, objetivando a revisão sistemática da literatura para o mapeamento de demandas psicológicas emergentes nas distintas áreas de atuação da psicologia decorrentes da pandemia da Covid-19 bem como a sintomatologia psicológica, as implicações sociais e os fatores de saúde clínica decorrentes da doença disponíveis nas distintas publicações de domínio público e sua correlação com a área de atuação da Psicologia da Saúde.

Os critérios previamente definidos na pesquisa para inclusão no presente estudo foram: artigos de revisão do período compreendido de 2020 a 2022, no idioma português disponíveis nas bases de dados do Google Acadêmico com os seguintes descritores: “Covid-19 e Psicologia da Saúde”, “Atuação do Psicólogo na Pandemia”, “Psicologia da Saúde e Covid” e “Demandas da Psicologia da Saúde na Pandemia”.

Através da pesquisa realizada no período de outubro e novembro de 2022 foram identificados 5424 artigos, dos quais 128 foram selecionados pelo título, dos quais 19 foram excluídos por estarem repetidos publicados em bases de dados paralelas e 17 foram excluídos

por não ter íntima relação com o a Psicologia da Saúde. Para leitura do resumo foram selecionadas 92 publicações, das quais foram excluídas 38 pelo fato de não atingirem o objetivo de pesquisa. Selecionou-se 54 artigos para leitura completa pela aproximação com o objeto de estudo bem como o correto recorte de inclusão a partir da leitura dos respectivos resumos. Após leitura na íntegra, 21 destes entraram para a construção do presente instrumento.

Após a seleção dos artigos para a composição da amostra do estudo, uma análise foi realizada a partir de um instrumento norteador construído para o balizamento do conteúdo do material a ser a averiguado, o qual inclui as temáticas pertinentes ao objetivo da pesquisa em questão, sendo considerados as seguintes categorias temáticas de análise: Demandas Psicológicas do Covid-19 nos Profissionais da Saúde; Demandas da Pandemia do Coronavírus na Saúde Mental da População em Geral; Demandas Psicológicas Específicas da Pandemia para os Idosos; Demandas Psicológicas da Pandemia na população LGBTQIA+.

Os resultados e discussões das informações encontradas na pesquisa são apontados de forma descritiva possibilitando a análise da revisão constituinte dos temas centrais destacados no estudo e posteriormente debatidos com o propósito de identificar acréscimos e ausências do conhecimento identificados através da investigação científica realizada.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Demandas Psicológicas do Covid-19 nos Profissionais da Saúde: A pandemia desencadeou impactos nos profissionais de saúde no Brasil gerando sobrecarga laboral e psicológica. O medo de contaminação e exposição dos familiares prejudicou o contato com a rede de apoio dos mesmos ampliando o risco para adoecimento (BRAGA; REZENDE, 2020). Atualmente o quadro permanece alarmante na saúde pública mundial. Inicialmente o conhecimento sobre a doença que arruinava a humanidade era escasso. Em consequência, os profissionais que atuavam diretamente com os contaminados manifestaram esgotamento físico pelo excesso de trabalho e também quadros psicológicos de ansiedade, depressão, burnout, dependência química e esgotamento mental, além da incerteza constante se voltariam para casa ilesos (SANTOS *et al.*, 2022).

Através da pesquisa realizada foi possível constatar nos estudos de Braga e Rezende (2020) já se destacava a necessidade de reconhecimento e estímulo pelo sacrifício desses profissionais para a continuidade do esforço desempenhado nas condições de trabalho a que estavam sujeitos, sem segurança ou proteção adequadas. Já era notável que esse cenário poderia

acarretar sofrimento psicológico gerando sintomas depressivos e, conseqüentemente, transformando-se em um problema de caráter biopsicossocial.

Os profissionais da saúde, após o início da pandemia do coronavírus, enfrentaram situações que acarretaram um alto nível de estresse e ansiedade causados pela tomada de decisão rápida e encontram-se mais sujeitos a desencadear transtornos mentais (SANTOS *et al.*, 2022). Tais fatores, somados ao temor de infectar amigos e familiares, ao isolamento social e a morte como parte da rotina diária potencializaram a sobrecarga física e psicológica desses trabalhadores ampliando o risco de desencadeamento de problemas de psicológicos e produzindo efeito danoso à saúde mental (LUZ *et al.*, 2021).

Segundo a pesquisa de Ormanes (2022) foi possível identificar a relação entre questões potencializadas pela pandemia e seu impacto na saúde mental dos profissionais da saúde. Dentre os principais fatores avaliados, encontram-se o sexo feminino, o aumento da jornada laboral, a sobrecarga, o bombardeio de informações sobre a pandemia, o distanciamento social, o temor ocasionado pela exposição constante ao vírus, a área de atuação, a falta de EPI's e a faixa etária. Júnior, Júnior e Rocca (2022) encontraram os mesmos resultados e apontam a necessidade de descanso adequado e de medidas para a resiliência e o bem-estar psicológico, visto que a alta duração da pandemia expôs os profissionais da saúde a uma tensão inédita gerando angústia generalizada associada a diversos sinais de saúde mental prejudicada.

Antes da pandemia já era notável o aumento de quadros de síndrome de burnout, depressão e ansiedade nos enfermeiros e sua exposição ao flagelo psicológico e físico dos infectados pelo Covid aumentaram as chances de desencadeamento de perturbações psicológicas mais complexas, em consequência do estresse na execução diária das rotinas que envolvem o cuidado (SANTOS *et al.*, 2022). A dinâmica de vida da população foi notavelmente modifica, porém faz-se necessário monitoramento e rastreamento constantes na saúde física e mental dos profissionais da saúde atuantes na linha de frente. O cuidado se justifica pelo risco de comprometimento da saúde psicológica desses profissionais causado pelo desgaste emocional apresentado frente aos pacientes doentes ou críticos. A administração governamental e hospitalar deve prover a disponibilidade de programas voltados para o desenvolvimento de resiliência e serviços de aconselhamento individual no campus do hospital e por telefone (JÚNIOR; JÚNIOR; ROCCA, 2022).

Diante do cenário pandêmico, constata-se que o esgotamento profissional e psicológico é resultado da síndrome de Burnout, que está cada vez mais presente entre os profissionais de

diversas áreas, principalmente entre nos trabalhadores da saúde, que conviveram com hospitais superlotados, de casos clínicos cada vez mais complicados, muitos falecimentos e o risco de contaminação das pessoas próximas por estarem em contato diário com o vírus. Ademais, vale destacar que a síndrome é um problema de saúde pública, visto que envolve não só o indivíduo acometido, mas altera toda uma dinâmica do ambiente laboral, familiar e social do paciente. Frente a esse contexto, é fundamental reforçar a importância do autocuidado, através de psicoterapia e outras técnicas eficazes na atenuação dos sintomas decorrentes emergidos nestes tempos (SÁ *et al.*, 2022).

Segundo o estudo realizado pelos autores Neres, Pedrosa e Santos (2021), a síndrome de burnout é definida como uma doença que acomete o indivíduo ao esgotamento físico e mental no que tange ao trabalho e suas consequências são nocivas ao indivíduo tanto no âmbito profissional quanto no pessoal. A atual situação do país de enfrentamento a uma doença de grande relevância, podendo levar a morte, aumenta ainda mais os fatores que levam ao desencadeamento da patologia. Diante dos fatores encontrados através do estudo é possível destacar fatores que levam o enfermeiro a síndrome de burnout: fatores ambientais no contexto hospitalar na Unidade de Terapia Intensiva, cansaço, dor lombar, fome, estresse, dor em membros inferiores, raiva, pressões no trabalho, (conflito de interesses e a sobrecarga), responsabilidade técnica exigida pela profissão, busca implacável pela qualidade no cuidado, superlotação nos hospitais, múltiplas funções entre outros. Foram identificados poucos artigos sobre o tema relacionando a síndrome de burnout em enfermeiros na luta contra a Covid19, apesar das grandes implicações ocorridas pela pandemia, afetando a saúde mental do enfermeiro e desencadeando a patologia. Sugere-se que sejam disponibilizadas mais intervenções psicológicas para o enfermeiro dentro do âmbito laboral.

No que tange aos profissionais de enfermagem, Gomes (2022) aponta a evidência de alguns fatores que podem levar ao adoecimento mental da categoria como a sobrecarga de trabalho, a baixa remuneração, a escassez de EPI (equipamento de proteção individual), POP (Procedimento Operacional Padrão) impreciso, medo da própria contaminação e de familiares, privação de direitos trabalhistas, adaptações urgentes, falta de tratamento específico para a doença e o sentimento de insuficiência relativo à situação. Reginatto (2022) evidencia os mesmos resultados e afirma que as rotinas exaustivas as quais esses profissionais foram submetidos durante a pandemia ocasionou o surgimento de instabilidades emocionais e doenças laborais. Eles precisaram lidar diretamente com a dor, o sofrimento, a morte e as recuperações. Os problemas éticos também potencializaram seu sofrimento psíquico.

Através da pesquisa de Gomes (2022) constata-se o aumento relevante dos estados de ansiedade, depressão, medo e insônia nos enfermeiros originados pela pressão sofrida enquanto cuidavam dos pacientes, dificultando o exercício da profissão de forma integral e significativa. Ormanes (2022) explica que a influência negativa da pandemia na saúde mental desses profissionais está relacionada ao aumento nos casos de ansiedade, depressão, medo, angústia, insegurança, desesperança e sentimento de dúvida.

Segundo os estudos de Soares *et al.* (2022) foi possível constatar várias descobertas sobre os fatores que estão ligados ao desenvolvimento da Síndrome de Burnout durante a pandemia. Evidenciou ser pertencente à categoria de enfermagem, ser do sexo feminino, experiência profissional, condições de trabalho, situação financeira, relação entre trabalho e família, medo de se contaminar e transmitir a doença a outras pessoas. Paes, Garcia e Aramaio (2022) realizaram uma análise da atuação dos profissionais de enfermagem no contexto na pandemia e constataram aumento relevante de sintomas da síndrome de burnout. O estudo aponta como solução o planejamento de novas estratégias visando a melhoria das condições de trabalho com ações preventivas e tratamento psicológico adequado. As providências sugeridas poderiam diminuir a curto e longo prazo as prováveis consequências causadas pela síndrome nos enfermeiros melhorando os âmbitos interpessoal e do trabalho.

O efeito na saúde mundial e as mudanças no procedimento de trabalho gerados pela pandemia podem perdurar por longa data, e a vulnerabilidade do profissional de saúde a esse novo cenário laboral pode gerar consequências à saúde. Sabe-se que o burnout trata-se de uma resposta ao estresse recorrente do trabalho. Portanto, é essencial conhecer os fatores ligados ao desenvolvimento da síndrome de burnout nos médicos e enfermeiros no cenário pandêmico atual, pois, assim, propiciará o planejamento e a elaboração de estratégias apropriadas e concentradas de enfrentamento para os profissionais de saúde, objetivando amenizar os indicadores de risco que podem levar ao desencadeamento da síndrome de burnout (SOARES *et al.*, 2022)

Os enfermeiros que atuam na linha de frente da pandemia estão acometidos de sobrecarga mental devido à preocupação, excesso de atividade laboral, ansiedade e depressão por consequência da alta mortalidade diária. Portanto, torna-se imprescindível o exame mais sensível de suas necessidades físicas, mentais e espirituais para mantê-los sadios. Isso inclui melhores condições de trabalho, disponibilização de recursos assistenciais, treinamento adequado, aperfeiçoamento das jornadas de trabalho e formas de descanso (MENDES *et al.*, 2022). Vários efeitos da pandemia foram evidenciados nesses profissionais no território

nacional, em especial a ansiedade, depressão e estresse ocupacional revelando a carência de medidas de gestão que tragam maior bem-estar e meios de controle e prevenção da saúde mental no ambiente laboral garantindo, apesar do vírus, uma melhor experiência aos pacientes assistidos (ARAÚJO; RIBEIRO; JUNIOR, 2022).

Várias estratégias foram adotadas visando a recuperação da saúde mental dos profissionais da saúde que já se encontrava afetada. O incentivo à comunicação interpessoal e a criação de planos e ações imediatas para identificar e tratar casos de depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, ideação suicida e outros agravos. O objetivo dessas ações era propiciar uma assistência emocional de qualidade, de modo que pudesse prestar cuidado e assistência a quem cuida (REGINATTO, 2022).

Os dados obtidos a partir da exposição e análise das problemáticas encontradas durante o Covid-19 são deveras importantes a ampliação dos cuidados com a saúde mental desses trabalhadores contribuindo com o desenvolvimento de políticas públicas eficientes e expressivas. (ORMANES, 2022). É de grande valia ressaltar que aspectos analisados nos como os transtornos mentais e de comportamento de médicos e enfermeiros não ficam restritos ao ambiente de trabalho visto que o medo constante ultrapassa as barreiras da profissão. Este sentimento gera uma sobrecarga dupla que acentua ainda mais os sinais e sintomas apontados no presente estudo (GOMES, 2022).

Algumas medidas são sugeridas para o cuidado com a saúde mental dos profissionais da saúde como a telemedicina, consultas virtuais, aplicativos de reuniões sociais, exercício físico, apoio psicológico, yoga, meditação, “mindfulness” e respiração (JÚNIOR; JÚNIOR; ROCCA, 2022).

Os profissionais de saúde são fundamentais em circunstâncias emergenciais que possam ameaçar o equilíbrio da saúde pública e os dados obtidos podem contribuir para o enfrentamento de situações futuras (ORMANES, 2022). A negligência às necessidades psicológicas não supridas dos médicos atuantes na linha de frente causadas pela presença constante de elementos estressores no cuidado dos pacientes prevê um desafio contínuo futuro quanto a sua saúde mental (JÚNIOR; JÚNIOR; ROCCA, 2022).

Demandas da Pandemia do Coronavírus na Saúde Mental da População em Geral: Com base na pesquisa realizada por Moreira, Sousa e Souza (2020) foi possível evidenciar os impactos na saúde mental da população causados pela pandemia Covid-19 gerados a partir do temor de ser infectado com risco de suscetibilidade à morte, somados a alta velocidade de

propagação e contágio, ao curso histórico natural e à falta de conhecimento sobre a doença. Já era determinante a necessidade de atenção em intervenções e avaliação de resultados voltado ao enfrentamento do medo e suas consequências.

Durante a pandemia, várias medidas restritivas puderam ser observadas na tentativa de reduzir a rápida disseminação do vírus objetivando a manutenção do sistema de saúde que se encontrava à beira de um colapso. Essas medidas, impostas pela maioria dos países, transformaram de forma abrupta a vida das pessoas que precisaram alterar sua rotina e abrir mão de hábitos pessoais como beijar, abraçar ou cumprimentar com aperto de mão, assim como a forma de interação social, de trabalhar, de realizar atividades de recreação, lazer e de educação. Essas alterações trouxeram consequências significativas à saúde psicológica das pessoas, corroborando para o aumento de sintomas depressivos, de ansiedade e de modificações na qualidade do sono (VAL; FRAGA; SILVEIRA, 2021). O isolamento social e a quarentena são a melhor forma de combate em situações de luta contra contextos pandêmicos, em detrimento de outros tipos de desastres. Durante a pandemia Covid-19, o foco de cuidado da população continua sendo estritamente físico e biológico. Entretanto, isso afeta o vínculo de relacionamento do indivíduo com sua família, com a comunidade e com sua rede de amizades, evidenciando aumento na ocorrência de casos de ansiedade e depressão (JÚNIOR; JÚNIOR; ROCCA, 2022).

A partir das pesquisas de Pereira e Santos (2021) as principais consequências ligadas aos sintomas gerados pelo contexto pandêmico do coronavírus são estresse, ansiedade, depressão, medo, estresse pós-traumático, insônia, preocupação, insegurança, comportamento de autoisolamento, as quais podem ser verificadas em pessoas afetadas primariamente ou secundariamente pela pandemia. Esses sintomas são mais prevalentes em pessoas com distúrbios psicológicos previamente instalados, jovens adultos, mulheres, pessoas do grupo de risco e com baixo nível de instrução. Apesar da necessidade de priorização da saúde física e biológica em momentos de crise na saúde, o desequilíbrio da saúde mental pode ser prejudicial não somente ao emocional e ao psicológico, como também à saúde física, às relações sociais, ao trabalho, afetando em segunda instância a saúde pública, a economia do país, a educação, ou seja, afeta indivíduo em todas as suas esferas.

Foi possível constatar, a partir das evidências encontradas nos estudos de Val, Fraga e Silveira (2021), que o sexo feminino apresenta maior vulnerabilidade corroborada por níveis mais elevados de estresse, de ansiedade e de sintomas depressivos. Observa-se que a idade mais jovem também é um coeficiente que está relacionado a níveis mais elevados de ansiedade, de

angústia e de sintomas depressivos. Outras características tiveram influência extraordinária na saúde psicológica e mental dos indivíduos durante as providências de isolamento social, como por exemplo fatores socioeconômicos e nível educacional. Alguns tratados revelaram ainda a interferência negativa da mídia e das redes sociais no que tange ao aumento do sofrimento psicológico.

Os níveis de ansiedade e o estresse das pessoas saudáveis da população já vinham aumentando de forma significativa e pessoas com transtornos psíquicos já instalados tiveram os sintomas pré-existentes potencializados, esses fatores aumentaram o risco de suicídio. Ademais, o medo de contaminação da população em geral sobressaiu-se pelo risco de se tornar um agente propagador do Coronavírus para os familiares comprometendo a saúde dos indivíduos que compõe a sua rede afetiva. Em vista disso, é de extrema importância traçar estratégias de prevenção e confrontação dos fatores intensificadores da sensação de medo, de forma a atuar perante sua fisiologia, decrescer os níveis de ansiedade e aumentar a precaução e dedicação face ao comportamento suicida (MOREIRA; SOUSA E SOUSA, 2020).

O estudo realizado por Brasil, Rayol e Siqueira (2021) analisou o impacto na saúde mental da população em função da pandemia do coronavírus e foi constatou o aumento de queixas como: ansiedade, depressão, estresse pós traumático. Também foi observado o crescimento do abuso de drogas, assim como a disposição para o suicídio, e o ato em si. Diante disso, é evidente a necessidade de construção de políticas públicas por parte do sistema de saúde que venham a atender as demandas psicológicas da população no âmbito da saúde mental pós Covid-19, além da correta propagação de informações sobre o tratamento e a prevenção à patologia, visto que a melhor forma de prevenção é a educação em saúde. Val, Fraga e Silveira (2021) apontam a extrema necessidade da correta organização de iniciativas de saúde pública no âmbito da saúde mental voltadas às populações mais vulneráveis para poder reduzir a ocorrência de sofrimento psicológico decorrente da pandemia do coronavírus e das medidas de restrição instauradas em consequência do cenário. A relação dessas iniciativas deve considerar uma perspectiva integral considerando as dimensões físicas, mentais e sociais dos indivíduos.

Demandas Psicológicas Específicas da Pandemia para os Idosos: A pandemia do Covid-19 trouxe evidência para a saúde dos idosos, fomentando necessidades de proteção, respeito, zelo, dignidade e rede de apoio, entretanto também surgiram descrença, julgamentos e ridicularização. O distanciamento como medida de proteção precisa garantir a autonomia e a independência do idoso, esse cenário fomenta a necessidade de conhecimento intrínseco acerca

esses indivíduos por parte dos profissionais da área da saúde (HAMMERSCHMIDT; SANTANA, 2020).

Frente às tribulações vivenciadas, desencadeadas pelo isolamento social necessário como ação preventiva à multiplicação do coronavírus SARS-CoV-2, para manter a saúde mental da população idosa, as tecnologias tiveram papel crucial na vida da população idosa. Com a restrição de contato físico humano, elas atenuaram o sentimento de solidão e a sensação de isolamento e ampliaram as sensações de segurança, proteção, independência e prazer, melhorando o âmbito psicológico, o entusiasmo com a vida e a socialização. Desta forma, tornou-se irrefutável a necessidade de medidas de inserção dos idosos no meio digital (COSTA *et al.*, 2021)

Outro elemento que se destacou através do aprendizado gerado no período pandêmico demonstrando influência para cenários futuros é o zelo e a atenção para com a população idosa através de esquemas de apoio e alerta para sinais e sintomas patológicos. Inclusive os que residem sozinhos necessitam do apoio de pessoas de referência para o relato de suas necessidades, sensações ou relatos de saúde e moléstia. Além da pertinência da ressignificação dos vínculos com os idosos, também se evidenciam de extrema importância atitudes de respeito e estima com estes indivíduos. O distanciamento social trata-se de uma medida protetiva à saúde, com objetivos de preservação e proteção; porém, a autonomia e a independência do idoso são fundamentais para o envelhecimento sadio. Portanto, o idoso precisa ter liberdade para concretizá-las, acatando o que é possível quando solicitado. Faz-se necessária a atenção social para a repressão de atos preconceituosos, que infantilizam e ridicularizam o indivíduo idoso. Faz-se necessária a manutenção da prevalência da dignidade do idoso em detrimento do retrocesso em relação a este aspecto (HAMMERSCHMIDT; SANTANA, 2020).

Os elementos motivadores do emprego das tecnologias pela população idosa estão relacionados ao entretenimento, a comunicação e a interação interpessoal e social, ao acesso à informação e a efetivação da independência de vida, sendo que estes elementos têm ligação direta com as relações familiares e sociais, com a necessidade e tempo de uso das tecnologias e com a qualidade de vida. Entretanto, alguns aspectos como demandas de procedimento técnico, dificuldades no manuseio das tecnologias, o valor aquisitivo dos aparelhos, as restrições físicas e funcionais e o sentimento de escassa credibilidade e segurança, representam entraves para essa inclusão das tecnologias por parte dos idosos na rotina diária (COSTA *et al.*, 2021).

Demandas Psicológicas da Pandemia na população LGBTQIA+: Através da pesquisa de revisão literária sistemática de Bender *et al.* (2022) sobre a pandemia do Covid-19 foi possível identificar que houve impacto negativo na saúde da população LGBTQIA+. Esse impacto aumentou fortemente as barreiras de acesso aos serviços de saúde, especialmente pela inevitabilidade do isolamento social e encerramento de serviços de saúde. Os resultados denotam maior suscetibilidade no que tange à contaminação por Coronavírus, maior incidência de sofrimento psíquico e de sintomas de transtornos psiquiátricos, como por exemplo quadros de depressão, ansiedade e aumento do uso de substâncias lícitas e ilícitas, como por exemplo álcool e drogas. Também fragilizou ainda mais o sentimento de pertencimento à comunidade, fomentando a fragilização dos vínculos sociais.

Os autores ainda evidenciam que não bastasse os medos que já afligiam a toda medo da contaminação, o isolamento social e o trauma da perda, os diversos subgrupos que compõem a população LGBTQIA+, ainda tiveram que enfrentar o crescimento do desemprego, dos casos de violência, da instabilidade alimentar e financeira. Essas dificuldades acarretaram sofrimento psíquico e potencializaram sintomas já existentes, que a longo prazo culminará no acarretamento de encargos de saúde pública e/ou privada em todos os países. Assim, o sucateamento dos serviços de saúde mental necessita ser revisado com celeridade, a fim de que estejam preparados para o suporte necessário à expressiva quantidade de pessoas que necessitará de avaliação e acompanhamento especializado pós pandemia (BENDER *et al.*, 2022).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia da Covid-19 vitimou milhares de pessoas no mundo todo e a batalha contra o vírus permanece ativa. As consequências psicológicas de fatores como o medo de contaminação e da perda de entes queridos e o isolamento social ficam evidentes no que tange as novas demandas emergentes em saúde mental decorrentes deste cenário na psicologia da saúde.

O presente estudo objetivou identificar os principais fatores de adoecimento mental e suas consequências na saúde mental da população para identificação das demandas emanadas a partir da pandemia do coronavírus, sendo assim, foi possível perceber que algumas categorias de indivíduos apresentam demandas particulares. Em relação aos profissionais da saúde ficam evidentes as necessidades de tratamento psicológico e de maior preparo para situações similares. Para a população em geral é de suma importância a educação em saúde e a elaboração

e medidas de estimulação da interação social e do combate ao comportamento suicida. No que tange aos idosos é imprescindível a resignificação de vínculos e identificação da rede de apoio. Sobre a população LGBTQIA+ revela-se como peça fundamental o resgate dos vínculos sociais.

A análise apresentada busca agregar conhecimento científico a temática abordada no presente instrumento cujo recorte bibliográfico apresentou foco nas demandas psicológicas emanadas através da pandemia a serem tratadas pela psicologia da saúde. Sugere-se novos estudos e pesquisas para uma maior explanação das necessidades particulares dos grupos de indivíduos fornecendo assim maior embasamento teórico para uma maior assertividade de estratégias no enfrentamento da situação.

AGRADECIMENTO: Agradeço ao programa de bolsas universitárias de Santa Catarina (Uniedu) por propiciar a oportunidade de desenvolver a prática em pesquisa científica.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. A.; MALAGRIS, L. N. **A prática da psicologia da saúde**. Revista da SBPH, Rio de Janeiro, vol 14, nº 2, dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200012>. Acessado em: Dez. 2022.

ARAÚJO, M. R.; RIBEIRO, T. P.; JUNIOR G. A. **Gestão do estresse em profissionais de enfermagem atuantes na pandemia Covid-19: revisão de literatura**. Revista Psicologia e Saúde em debate 8, [s. 1.], ISSN (eletrônico) 2446-922X, nº 2, set. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.22289/2446-922X.V8N2A5>>. Acessado em: Nov. 2022.

BENDER, M. S. *et al.* **A saúde da população LGBTQIA+ durante a pandemia da Covid-19: Revisão sistemática e análise de redes**. Cadernos de Gênero e Diversidade, [s. 1.], ISSN 2525-6904, vol. 8, nº 2, jul. 2022: 166–203. Disponível em: <<https://doi.org/10.9771/cgd.v8i2.49100>>. Acessado em: Nov. 2022.

BRAGA, R. R.; REZENDE, R. C. **A saúde mental de trabalhadores da área da saúde em tempos de pandemia: uma revisão integrativa**. 2020. 13 p. Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, PUC, Goiânia, 2020. Disponível em: <<https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/2197>>. Acessado em: Nov. 2022.

BRASIL, L. S.; RAYOL, M. E.; SIQUEIRA, M. C. **Covid-19: impacto na saúde mental da população em tempos de pandemia, uma revisão integrativa**. Revista Research, Society and Development, [s. 1.], vol. 10, nº 16, dez. 2021: e260101623988–e260101623988. Disponível em: <<https://doi.org/10.33448/rsd-v10i16.23988>>. Acessado em: Nov. 2022.

COSTA, D. S. *et al.* **A influência das tecnologias na saúde mental dos idosos em tempos de pandemia:** uma revisão integrativa. *Revista Research, Society and Development* [s. l.], vol.10, nº 2, fev. 2021: e8210212198–e8210212198. Disponível em: <<https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12198>>. Acessado em: Nov. 2022.

GOMES, R. **A Enfermagem e os transtornos mentais durante a pandemia da COVID-19:** uma revisão bibliográfica. 2022. 68 p. Monografia de graduação para o título de bacharel em Enfermagem. Campus Lagarto, Faculdade Ages, Lagarto, 2022.

HAMMERSCHMIDT, K. A.; SANTANA R. F. **Saúde do idoso em tempos de pandemia Covid-19.** *Revista Cogitare Enfermagem, Curitiba*, vol. 25, nº 0, abr. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849>>. Acessado em: Nov. 2022.

JÚNIOR, J. A.; JÚNIOR, M. P.; ROCCA R. R. **Casos de Ansiedade e Depressão em Profissionais da Saúde Durante a Pandemia da Covid-19:** Uma Revisão Integrativa. *Journal of research and knowledge spreading*, [s. l.], vol. 3, nº 1, fev. 2022: e13261–e13261. Disponível em: <<https://doi.org/10.20952/jrks3113261>>. Acessado em: Nov. 2022.

MENDES, I. S. *et al.* **A saúde mental dos profissionais de enfermagem que atuam na linha de frente no combate ao COVID-19:** Uma revisão integrativa da literatura. *Revista Research, Society and Development*, [s. l.], vol.11, nº 10, ago. 2022: e412111032656–e412111032656. Disponível em: <<https://doi.org/10.33448/rsd-v11i10.32656>>. Acessado em: Nov. 2022.

NERES, H. R.; PEDROSA, L. G.; SANTOS, W. L. **Consequências do estresse vivenciado pelos trabalhadores da enfermagem na luta contra a Covid-19:** Revisão literária. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos, Goiás*, v. 4 nº 9, jul. 2021. Disponível em: <<http://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/285>>. Acessado em: Nov. 2022.

LUZ, D. P. *et al.* **Burnout e saúde mental em tempos de pandemia de COVID -19:** revisão sistemática com metanálise. *Revista Nursing, São Paulo*, vol. 24, nº 276, mai. 2021: 5714–25. Disponível em: <<https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i276p5714-5725>>. Acessado em: Nov. 2022.

MOREIRA, W. C.; SOUSA, A. N; SOUSA M. S. **Adoecimento mental na população geral e em profissionais de saúde durante a covid-19:** scoping review. *Texto e Contexto - Enfermagem* [online], ISSN 1980-265X, vol. 29, set. 2020, e20200215. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0215>>. Acessado em nov. 2022.

ORMANES, R. *et al.* **A saúde mental dos profissionais da saúde na pandemia de COVID-19:** uma revisão integrativa. *Revista Research, Society and Development*, [s. l.], vol. 11, nº 12, set. 2022): e432111234686–e432111234686. Disponível em: <<https://doi.org/10.33448/rsd-v11i12.34686>>. Acessado em: Nov. 2022.

PAES K. L.; GARCIA, J. C.; ARAMAIO, C. O. **As consequências da Síndrome de Burnout durante a pandemia da Covid-19 nos profissionais de enfermagem do Brasil:** uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, 18, e10308, jun. 2022. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/enfermagem/article/view/10308>>. Acessado em: Nov. 2022.

PEREIRA, J. B.; SANTOS, C. B. **Pandemia do novo coronavírus e saúde mental:** uma revisão da literatura. 2021.18 p. Trabalho de Conclusão de Curso para o título de Bacherel em

Farmácia. Faculdade de Inhumas. Facmais, Inhumas, 2021. Disponível em: <<http://65.108.49.104:80/xmlui/handle/123456789/432>>. Acessado em: Nov. 2022.

SANTOS, P. E. *et al.* **Efeitos da pandemia do Covid-19 sobre os profissionais da saúde: revisão narrativa.** Revista Scientia Generalis, [s. l.], vol. 3, nº 2, ago. 2022: 1–7. Disponível em: <<https://n2t.net/ark:/27363/v3n2a1>>. Acessado em: Nov. 2022.

Sá, V. V. *et al.* **A Síndrome de Burnout e os profissionais de saúde durante a pandemia de Covid-19: uma revisão narrativa.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, vol. 15, nº 01, jan. 2022. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/9518>>. Acessado em: Nov. 2022.

SANTOS, R. C. *et al.* **A saúde mental dos profissionais de enfermagem frente à pandemia do COVID-19: Revisão de literatura.** Revista Nursing, São Paulo, vol. 25, nº 294, nov. 2022: 8882–93. Disponível em: <<https://doi.org/10.36489/nursing.2022v25i294p8882-8893>>. Acessado em: Nov. 2022.

SOARES, J. P. *et al.* **Fatores associados ao burnout em profissionais de saúde durante a pandemia de Covid-19: revisão integrativa.** Revista Saúde em Debate, [internet], vol.46, abr. 2022: 385–98. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042022E126>>. Acessado em: Nov. 2022.

REGINATTO, G. **COVID 19, Equipe de Enfermagem e Saúde Mental: Uma revisão integrativa.** 20 p. Trabalho de Conclusão de Curso para o título de Bacharel em Enfermagem. - Centro Universitário Ritter dos Reis. Ânima Educação, Porto Alegre, 2022. Disponível em: <<https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/25323>>. Acessado em: Nov. 2022.

VAL, C. B.; FRAGA, A. O.; SILVEIRA B. B. **Impacto do isolamento social durante a pandemia de COVID-19 na saúde mental da população: uma revisão integrativa da literatura.** Revista Mosaico, [s. l.], vol.12, nº 3, out. 2021: 30–40. Disponível em: <<https://doi.org/10.21727/rm.v12i3.2819>>. Acessado em: Nov. 2022.

CAPÍTULO 5

ASPECTOS FARMACOLÓGICOS E COGNITIVOS DA SÍNDROME DE DOWN

Daniele de Fátima de Paiva Abreu
Antônia Dávila de Paiva Abreu

RESUMO

Síndrome de Down (SD) ou Trissomia do cromossomo 21 é a principal causa genética da deficiência intelectual com graus variáveis de dificuldades físicas, motoras e cognitivas. Assim, o presente capítulo buscou a priori compreender e analisar a síndrome de modo geral, as possíveis alternativas farmacológicas, o tratamento e refletindo sobre propostas de intervenção em diferentes contextos. Espera-se que o presente capítulo possa trazer uma contribuição para alunos e professores que pretendam entender os aspectos da SD no âmbito interdisciplinar.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Down. Tratamento. Intervenção.

1. INTRODUÇÃO

A primeira descrição de uma criança com Síndrome de Down (SD) foi fornecida pelo psiquiatra francês Jean-Étienne Esquirol no ano de 1618, em um dicionário médico. Depois disso, em 1846, o também médico Francês Edouard Seguin, fez uma descrição de um paciente com aparência peculiar a SD, descrevendo como condição de “idiotia furfurácea” (PUESCHEL, 1993). Posteriormente, em 1866 houve a primeira descrição clínica feita pelo pediatra inglês John Langdon Down, que trabalhava em um hospital em Londres na enfermaria para pessoas com deficiência intelectual, o médico pediatra publicou um estudo descritivo onde classificou estes pacientes de acordo com as características que observou, nomeando como “idiotia mongólica”, descrevendo-os como aqueles com fissura palpebral oblíqua, nariz plano, baixa estatura e déficit intelectual (PUESCHEL, 1993).

A síndrome também ficou conhecida como mongolismo, devido à crença preconceituosa de a sua aparência estava relacionada à do povo mongol (PUESCHEL, 1993). Ainda assim, a causa da SD só foi descoberta em 1950 pelo médico pediatra francês e professor de genética Jérôme Lejeune, através dos estudos de cromossomos humanos ele descobriu que as características da SD eram resultado de um cromossomo a mais, descrito como cromossomo 21 (PUESCHEL, 1993). Logo, o reconhecimento ao médico Langdon Down por suas relevantes contribuições, essa condição passou a ser chamada de Síndrome de Down.

A Síndrome de Down é uma alteração genética provocada por um erro na divisão celular durante o desenvolvimento embrionário (SCHWARTZMAN, 2003). No Brasil nasce uma criança com a síndrome a cada 700 nascimentos, independente de etnia, gênero ou classe social,

mas muitos são subnotificados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). As pessoas com SD apresentam déficit de desenvolvimento psicomotor, intelectual e de peso e estatura e a síndrome está associada a mais de 80 comorbidades que variam de malformações, cardiopatia congênita, Alzheimer precoce e infecções respiratórias recorrentes (SCHWARTZMAN, 2003).

Outrossim, outros problemas de saúde podem acontecer na criança com SD, como por exemplo: cardiopatia congênita (50%); hipotonia (100%); problemas de audição (50-70%); de visão (15-50%); alterações na coluna cervical (1-10%); distúrbios da tireoide (15%); alterações neurológicas (5-10%); obesidade e envelhecimento precoce (HANNUM *et al.*, 2018). Quanto aos aspectos comportamentais, teimosia, ritualização, impulsividade, problemas para dormir e fobias foram observados em pessoas com SD (BUCKLEY; SACKS, 1987).

É importante ressaltar que as diferenças entre as pessoas com SD, tanto do aspecto físico quanto de desenvolvimento, decorrem de aspectos genéticos individuais, intercorrências clínicas, nutrição, estimulação, educação, contexto familiar, social e meio ambiente. (Silva; Kleinhans, 2006). Entretanto, apesar dessas diferenças, há um consenso da comunidade científica de que não se atribuem graus a Síndrome de Down (BRASIL, 2012). Por essa razão, as intervenções precoces constituem aspectos cruciais, devendo agregar uma perspectiva multidisciplinar e incluir programas ajustados às características clínicas da SD e às particularidades individuais de sua expressão.

2. CLASSIFICAÇÕES E CARACTERÍSTICAS

Na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a Síndrome de Down recebe o código Q-90 por estar classificada como malformações, deformidades e anomalias cromossômicas. O diagnóstico clínico de SD baseia-se no reconhecimento de características físicas, sendo assim, quanto mais características específicas forem identificadas aumenta-se a segurança do diagnóstico clínico (SCHWARTZMAN, 2003). A síndrome também se apresenta como um desequilíbrio da constituição cromossômica, que pode ocorrer por trissomia simples, translocação ou mosaïcismo. Apesar de existirem três possibilidades do ponto de vista citogenético, a SD apresenta um fenótipo com expressividade variada.

Algumas características fenotípicas da SD que são consideradas importantes neste trabalho são: protrusão lingual, palato alto, dedos curtos, hipotonia e frouxidão ligamentar. Nem todas essas características precisam estar presentes para se fazer o diagnóstico clínico de SD e a presença isolada de uma dessas características não configura o diagnóstico (COELHO, 2016). Questões relacionadas à memória auditiva podem influenciar com o tratamento sequencial da

informação. No entanto, com várias questões clínicas envolvidas, as crianças com SD também podem apresentar mais fadiga (SILVA; KLEINHANS, 2006).

Há também as características morfológicas do quadro clínico, que podem fazer com que as pessoas com SD apresentem: dificuldades de motricidade por causa da anatomia da mão, hipotonia muscular e frouxidão ligamentar que afetam a força e a forma de manusear os instrumentos de trabalho (BISSOTO, 2005). Os indivíduos com SD apresentam um atraso no desenvolvimento neuropsicológico, com uma predominância de déficits motores na primeira infância e de défices cognitivos na idade escolar. Em geral, essas crianças apresentam atraso na aquisição motora como sentar, engatinhar e caminhar de quase o dobro do tempo quando comparados a crianças típicas (SCHWARTZMAN, 2003).

3. ASPECTOS COGNITIVOS

A SD é uma condição genética muito conhecida e tem como característica um esperado atraso global do desenvolvimento. No entanto, uma criança com SD é capaz de conquistar grande parte das habilidades motoras de uma criança com desenvolvimento típico, apesar do aparecimento provavelmente tardio das mesmas, podendo chegar ao dobro da idade média daquelas sem um déficit motor (POLISANO *et al.*, 2001).

Estudos comparativos realizados por Bower e Hayes (1994) entre crianças portadoras da síndrome e crianças com dificuldades de linguagem específica, apontaram que há maiores dificuldades das crianças acometidas com SD em realizar testes relacionados à memória auditiva de curto prazo. Além disso, a hipotonia dos músculos ao redor da boca e dificuldades do controle motor na produção da fala também dificulta a capacidade de comunicação desses indivíduos (MARDER; CHOLMÁIN, 2006).

Alterações da linguagem são acentuadas nessa população e terminam por comprometer as trocas sociais (Martin *et al.*, 2009). Estudos apontam que o vocabulário receptivo é um dos pontos fortes do funcionamento cognitivo desse grupo, enquanto o desenvolvimento do processamento sintático e morfossintático, por outro lado, encontra-se particularmente afetado (CLELAN *et al.*, 2010). Ademais, estudos realizados por Marcell (1995) em relação ao desempenho de adolescentes com SD integrados a memória auditiva de curto prazo, também confirmaram que esse desempenho se mostra deficitário nesse grupo.

4. BASES FARMACOLÓGICAS E TRATAMENTO

O cuidado especial às crianças com trissomia do cromossomo 21 (T21) proporciona a equipe multidisciplinar uma contribuição significativamente no gerenciamento do tratamento e

no delineamento do perfil farmacoterapêutico, além de prestar esclarecimentos fundamentais à família do paciente. O principal fármaco é a atropina é um fármaco natural, antagonista da acetilcolina à nível dos receptores muscarínicos (SCHVARTSMAN, 1979).

A atenção farmacêutica envolve inúmeros processos em que o profissional coopera com o paciente e também com outros profissionais na execução, acompanhamento de um plano terapêutico, produzindo resultados que são específicos ao paciente e envolvendo três funções neste processo: a identificação, a resolução e a prevenção que haja algum problema relacionado a medicamentos (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Antibioticoterapia e broncodilatadores podem ser necessários para tratamento de alguns dos problemas relacionados à SD (OLIVEIRA *et al.*, 2021). É importante o rastreio precoce de disgenesia de tireoide, devido ao grande número de casos de hipotireoidismo. Nesses casos, o tratamento deve ser durante toda a vida com suplementação de levotiroxin, no tratamento para leucemia linfoblástica aguda, não há alteração na farmacocinética da vincristina que necessitasse de ajuste de dose em pacientes com Síndrome de Down (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Atualmente as terapias que apresentam melhores resultados nos casos de SD são: as alternativas farmacológicas, a dieta livre de fosfato, a psicoterapia e a medicina comportamental, os treinos de autoinstrução e a orientação para pais e professores (RAMOS; NETTO, 2018). No entanto, a perspectiva de psicoterapia permitiu afirmar que o AT está como um dos mais eficazes tratamentos para a síndrome de Down, pois ele traz a ideia de uma intervenção no ambiente natural a qual o indivíduo vivencia (RAMOS; NETTO, 2018).

5. INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

A Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) é apontada como modalidade psicoterápica com maior evidencia científica de eficácia para os sintomas nucleares. Segundo Doyle (2006), a TCC consiste em quatro etapas: a psicoeducação, a psicoterapia em si, a avaliação das comorbidades e as intervenções no ambiente além de ser utilizada no Acompanhamento Terapêutico (AT). Por meio da AT e da TCC, o paciente irá encontrar maneiras de redirecionar sua atenção, melhorando a sua interação social e construir suas crenças de maneiras mais adaptativas, desconstruindo o que acreditava ser incapaz de realizar determinadas tarefas e até mesmo de ser sociável com outras pessoas.

O psicólogo usa do AT para tomar consciência das atitudes e comportamentos funcionais e disfuncionais, que o cliente/paciente demonstra em seu ambiente social onde ele se relaciona com pessoas que vão além do âmbito familiar. De acordo com Jones (2004), a

família é o melhor contexto onde possa compreender e avaliar em qualquer dificuldade vivenciada por um de seus membros.

De acordo com Micheletto (2004), diante das possibilidades de intervenção, acredita ser profícuo o trabalho com o grupo de pais, seja fazendo reunião com eles, psicólogos e outros especialistas, para a troca de informação e a orientação sobre estimulação precoce, proporcionando crescimento e reforçando vínculos entre a família e os vários profissionais que precisam intervir com a criança. Segundo Jones (2004), a família é o melhor contexto onde possa compreender e auxiliar em qualquer dificuldade vivenciada por um de seus membros.

6. CONCLUSÃO

Diante dos fatos supracitados e embora longe de conhecer todos os fatores que expliquem a SD, observa-se que os objetivos propostos foram alcançados, aumentando o entendimento que se tem a partir das relações que ela estabelece com outros constructos. Espera-se que o presente capítulo que possa aguçar o interesse de pesquisadores que pretendam testar estas teorias no contexto brasileiro e sugere-se para pesquisas futuras, e que estudos que contemplem este conteúdo devem ser esperados no futuro.

REFERÊNCIAS

AMIRALIAN, M. L.T.M. Deficiência: um novo olhar: contribuições a partir da psicanálise winnicottiana. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 8, n. 15, p. 94-111, 2005. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/estic/article/view/117923/115568>. Acessado em: 18 Nov. 2022.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2014.

BARBY, A. A. M.; Guimarães, S. R. K. Consciência fonológica e aprendizagem da linguagem escrita em crianças com Síndrome de Down nas pesquisas brasileiras. **Revista Educação Especial**. 26(46), 293-306, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3131/313128574006.pdf>. Acessado em: 17 Nov. 2022.

BISSOTO, M.L. Desenvolvimento cognitivo e o processamento de linguagem do portador de TRISSOMIA DO 21: revendo concepções e perspectivas educacionais. **Ciências e cognição**. São Paulo, v. 04, p. 80-88, 2015. Disponível em: <http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/485/262>. Acessado em: 17 Nov. 2022.

BRASIL. **Lei 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão das Pessoas com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União, 2015.

BRASIL. **Sala de Recursos Multifuncionais: espaços para o Atendimento Educacional Especializado**. Brasília: MEC/SEESP, 2006.

CLELAND, J. *et al.* Relação entre fala, oromotora, linguagem e habilidades cognitivas em crianças com síndrome de Down. **Jornal internacional de distúrbios de linguagem e comunicação**, v. 45, n. 1, p. 83-95, 2010. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/13682820902745453>. Acessado em: 17 Dez. 2022.

COELHO, C. A síndrome de Down. **Psicologia**. pt, 1-14, 2016. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0963.pdf>. Acessado em: 18 Nov. 2022.

OLIVEIRA, J. A. *et al.* Trissomy of Chromosus 21: Pharmaceutical Care for Special Care Patients. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 11, p. 109265-109274, 2021. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=Trissomy+of+Chromosus+21%3A+Pharmaceutical+Care+for+Special+Care+Patients&btnG=. Acessado em: 17 Nov. 2022.

FOLLY, D. S. G.; FÁTIMA, M. D. R. O fazer do psicólogo e a Síndrome de Down: uma revisão de literatura. **Psicologia da Educação. Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação: Psicologia da Educação**. ISSN 2175-3520, (30), 2010. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/psicoeduca/article/view/43021>. Acessado em: 18 Nov. 2022.

HANNUM, J. *et al.* Impacto do Diagnóstico nas Famílias de Pessoas com Síndrome de Down. **Pensando Famílias**, v. 22, p. 121-136, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2018000200009. Acessado em: 16 Dez. 2022.

MARTIN, G. E. *et al.* Características de linguagem de indivíduos com síndrome de Down. **Tópicos em distúrbios da linguagem**, v. 29, n. 2, p. 112, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2860304/>. Acessado em: 15 Dez. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes de atenção à pessoa com Síndrome de Down**. Brasília: DF, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_sindrome_down.pdf. Acessado em: 18 Nov. 2022.

MITTLER, P. **Educação Inclusiva: contextos sociais**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

MOREIRA, L.; EL-HANI, C. N.; GUSMÃO, F. A. A síndrome de Down e sua patogênese: considerações sobre o determinismo genético. **Brazilian Journal of Psychiatry**, 22, 96-99, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/XTSyqsLMHs56f4LmdznG4Vk/abstract/?lang=pt>. Acessado em: 18 Nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. **Classificação Internacional de Doenças**. CID-10, 1993.

PUESCHEL, S. **Síndrome de Down: guia para pais e educadores**. Campinas, Papirus, 1993.

RAMALHO, C. M. J.; PEDROMÔNICO, M. R.; PERISSINOTO, J. Síndrome de Down: avaliação do desempenho motor, coordenação e linguagem (entre dois e cinco anos). **Temas**

sobre **Desenvolvimento**, 9(52), 11-14, 2000. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8676>. Acessado em: 18 Nov. 2022.

RIBEIRO, M. F. M.; BARBOSA, M. A.; E PORTO, C. C. Paralisia cerebral e síndrome de Down: nível de conhecimento e informação dos pais. **Ciência e Saúde Coletiva** [online]. 2011, v. 16, n. 4, pp. 2099-2106, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400009>>. Acessado 17 Nov 2022.

SCHWARTZMAN J. S. **Síndrome de Down**. 2ª ed. São Paulo: Mackenzie, 2003.

SILVA, M. D. F. M. C.; KLEINHANS, A. C. D. S. Processos cognitivos e plasticidade cerebral na Síndrome de Down. **Revista Brasileira de educação especial**, 12, 123-138, 2006. Disponível em: [RAMOS, M.; NETTO, A. **PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: SINDROME DE DOWN**. In: Anais Colóquio Estadual de Pesquisa Multidisciplinar \(ISSN-2527-2500\) e Congresso Nacional de Pesquisa Multidisciplinar. 2018. Disponível em: <https://publicacoes.unifimes.edu.br/index.php/coloquio/article/view/465>. Acessado em 13 Nov 2022.](https://www.scielo.br/j/rbee/a/tMYgYzYnfZxKxKt3XrWrHFb/?lang=pt#:~:text=As%20pesquisas%20t%C3%AAm%20evidenciado%20a,de%20Down%20e%20outras%20defici%C3%AAs. Acessado em: 18 Nov. 2022.</p></div><div data-bbox=)

Palisano R. J. *et al.* Gross motor function of children with Down Syndrome: creation of motor growth curves. **Arch Phys Med Rehabil**. 82(4), p. 494-500, 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11295010/>. Acessado em: 18 Nov. 2022.

CAPÍTULO 6

A PRÁTICA PSICOLÓGICA FRENTE À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: POTENCIALIDADES E DESAFIOS

Isabela Cristina de Oliveira Duarte
Isabel Ferreira Macêdo
Gabriel Campelo Sotero
Andressa Pereira de Jesus
Nauane Kaylane Pereira Gomes
Paulo Henrique Oliveira Barbosa
Anabi Caroline da Silva
Murylo Gabriel Ferreira Barreto

RESUMO

O Brasil é um país com uma grande população vivendo em situação de rua, esse é um fenômeno social que tem relação com a organização das cidades e sua urbanização, além de desigualdades sociais historicamente construídas e estruturadas dentro do contexto brasileiro. Essa é também uma população historicamente invisibilizada e esquecida pelas políticas públicas em saúde, seja na na capacitação das grades curriculares de cursos da saúde ou nas intervenções e práticas de atenção à saúde. A psicologia, enquanto área presente em diversos serviços de saúde, se ateu ao seu interesse de atuação e intervenção psicossocial frente à população em situação somente há pouco tempo. A formação em psicologia ainda é muito deficitária no que se refere a atuação frente a essa população, tendo ainda pouco pesquisado sobre a saúde mental dessa população ou sobre como essa é atravessada por transtornos e adoecimentos psíquicos. O seguinte trabalho buscou discutir e analisar como está se dando a prática do psicólogo frente à população em situação de rua no Brasil, além de abordar sobre os principais desafios e contribuições da psicologia para este contexto. Foi também realizada uma discussão a partir das principais afetações vivenciadas pela PSR no que diz respeito a sua saúde mental e suas relações com o meio onde vivem.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia. População em Situação de Rua. Saúde Mental.

1. INTRODUÇÃO

A População em Situação de Rua (PSR) no Brasil pode ser compreendida como uma reflexão do processo de transição do país colônia de sistema escravocrata para o sistema capitalista, onde constata-se o processo intensificado de industrialização e urbanização no período marcado pela década de 1950 a 1980. É Bom frisar a nomenclatura utilizada, como uma reflexão de uma perspectiva semiótica na qual essas pessoas se encontram em uma questão situacional, abandonando os preceitos que estas são provenientes da rua e oferecendo também o senso de mobilidade, sendo a PSR resultado da Rualização (PRATES *et al.*, 2011; RESENDE; MENDONÇA, 2019). O processo de rualização conta com outros fatores sociais como raça/etnia, nacionalidade, faixa etária, gênero, grau de escolaridade além da ausência de uma moradia como fator determinante, mostrando que apesar de se mostrar um grupo heterogêneo, é notado um nível de homogeneidade nesse grupo, apresentando uma questão principalmente

racializada, refletindo a desigualdade social atravessada pelo racismo em sua constituição do Brasil como país (PRATES *et al.*, 2021).

Observa-se também um aumento na PSR entre 2019 e 2021, de acordo com o estudo População em Situação de Rua no Brasil: Estudo Descritivo Sobre o Perfil Sociodemográfico e da Morbidade por Tuberculose, 2014-2019, onde em maio de 2019 fora coletado que o número correspondente era de 127.536 pessoas em situação de rua, de acordo com o Tabulador de Informações do CadÚnico (TABCAD), para comparação fora usado o mesmo tabulador, com base na sua última captação disponível, sendo dezembro de 2022, o TABCAD registrou um número de 192.125 em relação a essa população, havendo um aumento de 64.589 durante esses quatro anos (SILVA, *et al.*, 2020). Como o tabulador não permite recorte temporal, utilizou-se os dados referente ao número de PSR de acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), que levantou a estimativa numérica de 101.854 pessoas vivendo em situação de rua no Brasil. (Ipea, 2016), comparando numericamente, o aumento de 2016 (Ipea) para 2019 (TABCAD) fora de 25.682, percentualmente correspondendo a 25.21% em quatro anos, enquanto o aumento percentual de 2019 (TABCAD) para 2022 (TABCAD) fora de 50.64%, o aumento absurdo em intervalos semelhantes de tempo pode ser reflexo da Pandemia que acomete o fosso social das desigualdades sociais e econômicas, de forma a agudizar a miséria e fragilidade da população brasileira, fortalecendo o processo de rualização, que opera no apagamento de identidades que agora habitam a fronteira do existente-inexistente (ROCHA; OLIVEIRA, 2020).

O reconhecimento dos direitos dessa população por meio do decreto No-7.053, de 23 de dezembro de 2009, institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, requer a articulação dos serviços do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Sistema Único de Saúde (SUS). a começar pelo SUAS, a PSR tem a disponibilidade de recorrer Centro de Referência especializado de Assistência Social (CREAS), Unidade específica referenciada ao CREAS e Centro de Referência especializado para População em Situação de Rua (Centro PoP) de acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (2009), e a Resolução CNAS nº 09, de 18 de abril de 2013. A Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013, aborda que no combate da iniquidade e desigualdades em saúde, busca-se a inclusão da PSR no escopo das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com foco na implantação dos Consultórios de Rua e Espaços de Acolhimento Institucional, por meio do atendimento domiciliar, como viabilizadores desse acesso aos níveis de atenção básica, devido o seu caráter excludente operado pelo vínculo

institucional e instrumentalista, além da realidade de violações quanto aos seus direitos de uso da RAS, faz com que a PSR tenha uma postura de resistência diante desses (ROCHA; OLIVEIRA, 2020; MACEDO; SOUSA; CARVALHO, 2020).

O seguinte trabalho objetiva discutir a atuação do psicólogo frente à população em situação de rua, buscando compreender e analisar quais são as contribuições da área e quais são suas principais dificuldades e lacunas formativas dentro do espaço acadêmico e nesse contexto no que se refere à formação profissional. Buscou-se também promover uma discussão a respeito dos aspectos psicossociais e da saúde mental dessa população, relacionando esses aspectos as técnicas e fazeres ético-políticos possíveis da atuação em psicologia.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com coleta de dados realizada a partir de fontes secundárias, por meio de levantamento bibliográfico a respeito do tema nas bases de dados *Scielo*, *Lilacs* e *PubMed*. Também foi realizada uma pesquisa e levantamentos através de plataformas digitais referentes a decretos e dados oficiais disponibilizados por órgãos federais referentes à temática. A partir do que Brevidelli e De Domenico (2008) trazem, a pesquisa bibliográfica é uma das melhores formas de iniciar um estudo, buscando semelhanças e diferenças entre os artigos levantados nos documentos de referência. A compilação de informações em meios eletrônicos é um grande avanço para os pesquisadores, democratizando o acesso e proporcionando atualização frequente. Sendo portanto, o propósito geral de uma pesquisa bibliográfica de literatura reunir conhecimentos sobre um tópico ou temática, ajudando nos fundamentos de um estudo significativo.

3. PSICOLOGIA E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

A atuação em psicologia abrange mais que apenas a atuação clínica, ela tem potencialidades e recursos para estar promovendo saúde e auxiliando na assistência social nas mais diferentes realidades. No que diz respeito às divulgações e publicações científicas, encontrasse na literatura a atuação em psicologia com pessoas em situação de rua mais ligadas a questão da saúde que da assistência social e apesar de já ser de entendimento que essa população possui adoecimentos psíquicos singulares, não dá para restringir suas questões apenas ao campo da saúde e deixar de promover a transformação social e contextual de como vivem. Um outro fator importante que dificulta a análise dos desdobramentos da atuação em psicologia frente a pessoas em situação de rua é o acesso dificultado ao campo, o que recentemente vem mudando devido a propostas de aproximar vínculos socioafetivos entre os

profissionais em psicologia e essa população. O vínculo afetivo é diferente do envolvimento afetivo, pois esse se baseia numa aproximação ética e saudável em que se respeita os limites da atuação profissional. Não se pode deixar ainda de evidenciar o caráter elitista e exclusivo tanto da formação quanto da atuação em psicologia, que muitas invisibiliza a saúde mental dessa população (ZANELLA, 2018).

Segundo Rocha e Oliveira (2020), hoje, os cursos de graduação em psicologia buscam melhor trabalhar a questão de pessoas em situação de rua no processo de formação de profissionais da área dentro de suas respectivas grades curriculares. Isso ajuda a preparar o futuro psicólogo para lidar com um público que é normalmente desumanizado e muitas vezes esquecido por uma sociedade que os mantém na marginalidade. Para que o psicólogo, que faz parte da mesma sociedade que discrimina esse público, possa melhor atendê-lo, ele deve vê-lo como um paciente a ser atendimento como qualquer outro, compreendendo suas singularidades e realidade. Em relação ao atendimento em psicoterapia, a literatura da área traz a chamada psicoterapia breve como possibilidade de atendimento para com pessoas em situação de rua, que segundo alguns psicólogos é o método mais indicado para pessoas nessa situação devido aos recursos e logísticas que o campo normalmente está inserido. Porém é claro que a terapia breve difere da abordagem psicossocial tanto no método quanto nos objetivos perseguidos, devendo o psicólogo basear sua atuação não apenas nos sintomas ou no adoecimento psíquico desse sujeito, mas também em pensar formas de como trabalhar a interdisciplinaridade com outros profissionais a exemplo da assistência social e de como auxiliar na questão da autonomia e da transformação social, sempre intervindo e elaborando sua prática em conjunto com o público alvo (CORDEIRO; CURADO, 2017).

A partir dos estudos publicados por Vieira-Filho e Rosa (2011), é possível compreender que a clínica psicossocial é uma possibilidade singular e social de se formular uma rede social de cuidados e relações com a PSR. Dessa maneira, a atuação do psicólogo deve ser direcionada ao cuidado com as dinâmicas relacionais cotidianas do sujeito e seu contexto de vida, com o território, buscando superar a tecnificação do cuidado e auxiliando o indivíduo a construir novos sentidos e significados contextualizados em seu processo de sofrimento e/ou adoecimento. Gaia (2016) aborda que a relação entre profissional e sujeito é mais do que acessar sintomas, o profissional também deve se conectar aos costumes, às crenças religiosas, as condições existenciais, corporais e sociais que constituem o sofrimento, auxiliando assim o desenvolvimento de práticas de autocuidado, o fortalecimento de vínculos e o compartilhamento de responsabilidades pelo processo de saúde-doença do sujeito.

Martins (2016) evidencia um outro fator importante que perpassa a prática psicológica em relação à população em situação de rua, é a crise na identidade profissional que alguns profissionais em psicologia vivenciavam por não conseguirem articular as habilidades desenvolvidas na formação acadêmica com o modo de atuação exigido no território vivo. Isso está atrelado à falta de apoio institucional e suporte formativo que qualifique a atuação dos profissionais nesse campo. Ao lidar com adversidades inerentes ao trabalho com as pessoas em situação de rua, muitos desses profissionais não se percebem como psicólogos pelo fato de exercerem práticas distintas da clínica tradicional. A partir do que Sotero (2021) aborda sobre diversidades e atuação do psicólogo junto da assistência psicológica, pode-se analisar que isso acaba por ser bastante deficitário para a atuação em psicologia nesse contexto, pois faz com que muitos psicólogos se tornem resistentes em atuar frente essa população mesmo quando requisitados e também dificulta para que a profissão perceba outras possibilidades e caminhos para se repensar sobre suas práticas e a quem beneficiam.

4. SERVIÇOS PÚBLICOS EM SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL DIRECIONADOS À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

A atenção a pessoas em situação de rua requer uma conjunção de serviços públicos coordenados entre si, de forma que, mostra-se fundamental a proposta de respostas adequadas e efetivas, compreendendo as demandas, mas, tendo o enfoque nas considerações a subjetividade das demandas sociais e incluindo uma ampla gama de serviços, o que não é característico nas políticas públicas vigentes. Contudo, dentre as características que contemplam as políticas públicas que atendem às PSRs, destacam-se que intervenções setoriais que focam apenas alguns aspectos da questão, como apenas aspectos relacionados à manutenção da saúde, a geração de emprego e renda, ou a moradia, são propensas ao fracasso, visto que, o fenômeno população de rua é caracterizado pela multidimensionalidade, em sua essência. Além disso, não obstante do aspecto supracitado, outra característica se refere ao fato de que a operacionalização e a manutenção de políticas públicas dessa natureza requerem uma duração prolongada e monitoramento próximo (BRITO, 2013).

Em relação às intervenções setoriais, pode-se assumir o caráter paliativo presente nas políticas públicas destinadas a esse grupo historicamente vulnerabilizadas, e caracterizá-las pelo foco de cunho urgente e resultados de curto prazo, que atenuam o problema, mas não conseguem eliminá-lo. Logo, entende-se que essas políticas públicas não têm a pretensão de extinguir a desigualdade, mas sim de mantê-la em consonância com os interesses políticos que sustentam a hegemonia dominante ao minimizar os conflitos sociais (GAIA, 2016).

O Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (Centro Pop) se estabelece como uma unidade de referência da proteção social especial de média complexidade, de caráter público e estatal, orientando-se, para o atendimento especializado à população em situação de rua, contribui para: a redução das violações dos direitos socioassistenciais, seus agravamentos ou reincidência; proteção social a famílias e indivíduos; redução de danos provocados por situações violadoras de direitos; construção de novos projetos de vida. Ele também tem como objetivo garantir atendimentos e condutas voltadas para a ampliação de habilidades sociais. Realiza trabalhos técnicos que analisam as demandas dos usuários do serviço, disponibiliza acesso 24 horas a espaços para guarda de pertences, alimentação, higiene pessoal e documentação civil, além de disponibilizar endereço institucional para uso como referência pessoal (BRASIL, 2008).

Não obstante, o trabalhar com PSR requer articulações com outros serviços e unidades como: o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Sistema Único de Saúde (SUS). A começar pelo SUAS, a PSR tem a disponibilidade de recorrer ao Centro de Referência especializado de Assistência Social (CReAS), o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS); Centro de Atenção Psicossocial, podendo ser específico referente a Álcool e outras drogas (AD), ou não; Estratégia de Saúde da Família (ESF), dentre outros. Esta cláusula torna-se essencial para a garantia de direitos às pessoas em situação de rua e atira-se ao princípio II da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) que discute a universalização dos direitos sociais de forma a garantir que o beneficiário da assistência seja contemplado por todas as demais políticas públicas (BRASIL, 2008; RÉGO *et al.*, 2017).

5. SAÚDE MENTAL E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Normalmente os serviços de saúde, em especial os de saúde mental, estão frequentemente sendo cobrados a se fazerem resolutivos em suas estratégias de cuidado, a pôr em evidência a subjetividade na compreensão do processo saúde-doença, revelando a necessidade de estabelecer formas de cuidado humanizadas e que superem o que seria a hegemonia das relações estritamente técnicas e instrumentalizadas de se prevenir e promover saúde (RÉGO *et al.*, 2017). Os chamados modos de cuidados hegemônicos, representados pelo modelo médico-centrado, se mostram limitados e pouco efetivos na atual perspectiva ampliada de saúde, exigindo estratégias de cuidado que são possíveis apenas em movimento, seguindo a lógica das complexas dinâmicas territoriais e dos modos de produção de vida na rua (SANTOS; RIGOTTO, 2010). Logo, compreende-se a rua não apenas como um local de privação, mas também como um espaço de existência e produção de vínculos, sociabilidades e afetos.

A perspectiva da saúde mental referente ao trabalho do psicólogo com PSR é normalmente orientada para que o acolhimento dado a essas pessoas não adote posturas de caráter higienistas ou mesmo abordagem de característica pedagógico-moralista. Seguindo por exemplo a proposta da perspectiva da Redução de Danos (RD), Passos e Souza (2011) orientam para uma abordagem de corresponsabilização entre diferentes profissionais que estão ali atuando no espaço e a trabalhar o protagonismo dos sujeitos a quem a intervenção em saúde está se dirigindo. Debater sobre a redução de danos com a população em situação de rua pode ser uma estratégia para romper barreiras morais e ofertar um cuidado mais efetivo a essa população, já que a redução de danos, como modalidade de baixa exigência (não caracteriza a abstinência como única opção), se demonstra mais flexível na elaboração de recursos no tratamento, ajudando nos cuidados associados ao uso de substâncias psicoativas e comportamentos vulneráveis ligados às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) (SPINDOLA *et al.*, 2021).

No contexto brasileiro, a partir da pesquisa realizada por Botti e colaboradores (2011), no município de Belo Horizonte, onde se analisou a possível prevalência de sintomas de depressão na população em situação de rua, seus resultados apontaram que 56,3% das pessoas pesquisadas apresentavam indícios de depressão. Desses, 24,5% indicaram grau moderado e 4,9% apresentavam sintomas graves. Já na cidade de Juiz de Fora, identificou-se alta taxa de indícios de esquizofrenia entre moradores de rua, 9,6%. Já no estado do Rio de Janeiro, outra pesquisa realizada por Lovisi e colaboradores (2011) identificou que 22,6% da população de um casa que acolhe pessoas em situação de rua apresentava distúrbios mentais, sendo que, a maioria dos pesquisados relatou o convívio com esses problemas antes de começarem a morar nas ruas. Botti e seus colaboradores (2010) reiteraram em seu estudo que muitos dos transtornos mentais encontrados nessa população já estavam presentes antes de irem morar nas ruas, e que a condição de sobrevivência ligada a má alimentação, a falta de qualidade de sono e higiene e a vivência em situações estressoras podem sim possibilitar e desencadear diferentes tipos de transtornos mentais.

Sobre o que leva ou os motivos que fazem com que essas pessoas passem a viver em situação de rua, o alcoolismo foi mencionado por 35,5% dos entrevistados numa pesquisa realizada por Britto (2013). Sobre a existência de problemas de saúde na população em situação de rua, uma pesquisa realizada por Andrade e Botti (2008) apontou que 28,16% dos entrevistados afirmaram usar medicação. Sendo que, 43,24% utilizavam psicofármacos, o tipo de medicação mais usado por esse grupo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do que foi discutido, pode-se observar que há sim lacunas na atuação em psicologia frente à população em situação de rua, porém, o papel do psicólogo nesse contexto é de extrema importância. Logo, tanto a formação em psicologia quanto às técnicas e abordagens psicológicas, devem estar orientadas para atuar numa perspectiva de transformação social e de visibilidade para estas pessoas. Reitera-se ainda a necessidade de haver mais estudos e relatos na literatura científica que conectem psicologia junto das políticas e intervenções em saúde diante da PSR.

Em relação à questão da saúde mental da população em situação de rua, observou-se que o contexto social, econômico e de bem-estar, influenciam diretamente a questão psíquica desses sujeitos, desencadeando desde transtornos leves a transtornos mais graves. Ficou também evidenciado que no caso da atuação psicológica frente a PSR não se deve direcionar-se a apenas os sintomas, também é necessário que esta entenda e intervina no contexto singular que cada pessoa nesse contexto se encontra, de preferência buscando apoio e formando estratégias com profissionais de diferentes áreas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, W. V.; BOTTI, N. C. L. A saúde mental na atenção básica - articulação entre os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica. **Cogitare Enfermagem.**, v.13, n.3, p. 387-94, jul-set, 2008. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/12991>. acesso em: novembro de 2022.

BOTTI, N. C. L. *et al.* Prevalência de depressão entre homens adultos em situação de rua em Belo Horizonte. **J Bras Psiquiatr.**, v.59, n.1, p. 10-16, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/m9gFV8CjNf4bsJZFcKQv5gK/?lang=pt>. acesso em: janeiro de 2023.

BRASIL - **Ministério da Cidadania. Relatórios de Informações Sociais.** Consulta, Seleção e Extração de informações do Cadastro Único - CECAD. Brasília: Ministério da Cidadania; 2020. Disponível em: https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/cecad20/tab_cad.php. acessado em 20 de fevereiro de 2023.

BRASIL. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua.** Brasília, 2008. Disponível em: www.mds.gov.br/backup/arquivos/versao_da_pnpr_para_consulta_publica.pdf. Acesso em: 10 de janeiro de 2023.

BREVIDELLI, M. M.; DE DOMENICO, E. B. **Trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde**. 2a ed. São Paulo: Iátria; 2008.

BRITO, M. M. M. **Loucos pela rua: escolha ou contingência?**. Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC), Belo Horizonte, MG, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/cronos/article/viewFile/3235/2625>. acesso em: novembro de 2022.

CORDEIRO, M. P.; CURADO, J. C. Psicologia na assistência social: um campo em formação. **Psicologia e Sociedade**, v. 29, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/RVPdxYsDWFcWrZK8skKVfjc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: janeiro de 2023.

GAIA, R. S. P. Reflexões acerca da inserção do pedagogo e psicólogo no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS). **Revista Pedagogia UFMT**, Cuiabá, v, 3, n. 2, p. 213-226, 201. Disponível em: https://www.revistapedagogiaufmt.com/_files/ugd/663f6b_9b30c74aba624ddd8cd28b0f53e577ea.pdf. acesso em: janeiro de 2023.

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Brasil, Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil**. Brasília - DF, 2016. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7289/1/td_2246.pdf. acesso em: janeiro de 2023.

LOVISI, G. M. ; LIMA, L. A.; MORGADO, A. F. População de rua e os transtornos mentais maiores: revisão dos aspectos relevantes. **J Bras Psiquiatr.**, v.50, n.6, p. 149-60, 2011. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2003-04903-001>. acesso em: dezembro de 2022.

MACEDO, J. P.; SOUSA, A. P.; CARVALHO, A. V. População em situação de rua: trabalho em equipe e intersetorial. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande , v. 12, n. 4, p. 159-174, dez. 2020 . Disponível em <https://pssaucdb.emnuvens.com.br/pssa/article/view/943>. acesso em: fevereiro de 2023.

MARTINS, R. C. **A escuta ético-política na rua**. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC - SP). 2016. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/17139>. acesso em: janeiro de 2023.

PRATES , J. C.; PRATES, F. C.; MACHADO, S. Populações em situação de rua: os processos de exclusão e inclusão precária vivenciados por esse segmento. **Temporalis**, 11(12), 191-216. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/1387>. Acesso em: dezembro de 2022.

RÊGO, N. G. *et al.* Pobreza e políticas sobre drogas: documentos de vigilância e tecnificação. **Revista Psicologia Política**, 17(38), 72-89. 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/52401>. acesso em: novembro de 2022.

RESENDE, V. M.; MENDONÇA, D. G. População em situação de rua e políticas públicas: representações na Folha de São Paulo. **DELTA: Documentação de Estudos em Linguística Teórica e Aplicada** (online). 2019, v. 35, n. 4. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/delta/a/YJvBX8ShDWhBgh76qpf8Psr/abstract/?lang=pt>. acesso em: novembro de 2022.

ROCHA, F. C.; OLIVEIRA, P. R. S. Psicologia na rua: delineando novas identidades a partir do trabalho com a população em situação de rua. **Pesquisas e práticas psicossociais**, São João del-Rei, v. 15, n. 1, p. 1-18, 2020. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S1809-89082020000100006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000100006). acesso em: janeiro de 2023.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. **Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde**. Trabalho, Educação e Saúde, 8(3). 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462010000300003>. acesso em: outubro de 2022.

SILVA, T. O. *et al.* População em situação de rua no Brasil: estudo descritivo sobre o perfil sociodemográfico e da morbidade por tuberculose entre 2014 e 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** (online). 2021, v. 30, n. 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/PSxSGxP74bq473khC96GZmb/?lang=pt>. acesso em: novembro de 2022.

SPINDOLA, T.; SANTANA, R. S. C.; ANTUNES, R. F.; MACHADO, Y. Y.; MORAES, P. C. A prevenção das infecções sexualmente transmissíveis nos roteiros sexuais de jovens: diferenças segundo o gênero. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. 26 (07), 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dyRf3crYbb87q9QP9PQJSwt/?lang=pt#>. Acesso em: novembro de 2022.

SOTERO, G. C. A saúde mental de estudantes universitários frente à promoção de assistência psicológica dentro das universidades. In: BATISTA, C. E. R.; FERREIRA, E. M. (Org.). **Psicologia em foco: fundamentos, práxis e transformações, vol. 2**. 1ed. Rio de Janeiro, RJ: e-Publicar, 2021, v. 2, p. 110-119. Disponível em: <https://storage.googleapis.com/production-hostgator-brasil-v1-0-2/102/248102/ZJ2LQxgL/b2913eb712864b2788f2c5823f9ff95a?fileName=15.04.21%20Psicologia%20em%20Foco%20Fundamentos,%20pr%C3%A1xis%20e%20transforma%C3%A7%C3%B5es%202.pdf>. acesso em: dezembro de 2022.

VIEIRA-FILHO, N. G.; ROSA, M. D. Clínica psicossocial: articulando saúde mental e a estratégia de saúde da família. **Saúde Mental**, 9 (16), 303-326. 2011. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S1679-44272011000100006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272011000100006). Acesso em: dezembro de 2022.

ZANELLA, A. V. Pessoas em situação de rua no Brasil: uma revisão sistemática. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 38, n. 4, p. 662-679, 2018. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Pessoas-em-Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Rua-no-Brasil%3A-Revis%C3%A3o-Sicari-Zanella/a2e1885bc3d644b6e71d1e01f7843a748043293b>. Acesso em: janeiro de 2023.

CAPÍTULO 7

A ATUAÇÃO EM PSICOLOGIA JUNTO ÀS POLÍTICAS DE REDUÇÃO DE DANOS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Gabriel Campelo Sotero
Nauane Kaylane Pereira Gomes
Andressa Pereira de Jesus
Isabel Ferreira Macêdo
Isabela Cristina de Oliveira Duarte
Murylo Gabriel Ferreira Barreto
Paulo Henrique Oliveira Barbosa
Anabi Caroline da Silva

RESUMO

A redução de danos enquanto conjunto de práticas e estratégias conseguiram ganhar espaço dentro das instituições e políticas em saúde brasileiras nas duas últimas décadas, contudo, ainda há inúmeros desafios para estas conseguirem se ampliar e se efetivarem dentro dessas como políticas públicas em saúde dentro do território nacional. A atuação em psicologia dentro da rede de atenção psicossocial (RAPS) proporciona não apenas a disseminação e potencialidade das estratégias de redução de danos como também ajuda a promover um novo paradigma de saúde no que se refere a atenção e cuidado frente ao uso de drogas e a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, se estendendo diretamente em uma nova concepção de promoção de saúde mental dentro da rede. Apesar dos avanços tanto institucionais quanto da prática profissional, a atuação em psicologia associada a redução de danos ainda encontra inúmeros desafios e problemáticas principalmente diante da rede de atenção psicossocial. O seguinte trabalho objetivou abordar sobre o percurso da redução de danos na saúde pública brasileira, a respeito dos avanços e desafios da prática psicológica junto da redução de danos e como essa se encontra inserida na RAPS atualmente.

PALAVRAS-CHAVE: Redução de danos. Psicologia. RAPS.

1. INTRODUÇÃO

A redução de danos (RD) foi adotada como estratégia em saúde pela primeira vez no Brasil na cidade de Santos - SP no final da década de 1980, voltada para a prevenção do HIV/AIDS. Hoje, ela é nacionalmente reconhecida por profissionais e pesquisadores da área da saúde como uma importante política pública ao ser trabalhada com temáticas que envolvem desde a dependência de substâncias químicas a infecções transmissíveis. Foi no ano de 2003 que as políticas de redução de danos no Brasil deixaram de ser uma exclusividade de programas de prevenção ao HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis e passaram a se tornar uma estratégia importante do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas e também das políticas de saúde mental. Nos anos que se seguiram após isso, tanto a orientação profissional quanto a disseminação popular a respeito da política de redução de danos, contribuíram bastante para que a prática em saúde associada à RD se tornasse cada vez mais estudada e fosse se inovando no território nacional (LANCETTI, 2006).

Essa ampliação da redução de danos para os campos das políticas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas e da saúde mental foram importantes para implicar em novos modos de se pensar e fazer saúde no Brasil, já que, até então, esses campos ainda eram muitos influenciados por um fazer em saúde com bases enraizadas do período ditatorial, fundamentados pelo proibicionismo e pelas políticas antidrogas e que a exemplo, utilizavam a abstinência e a internação compulsória como únicas possibilidades de intervenção. Porém, vinte anos depois, apesar de institucionalmente o ambiente para as políticas de redução de danos estarem mais favoráveis na saúde pública, ela ainda se mantém frágil e buscando espaço. Há ainda algumas portarias do ministério da saúde ligadas às políticas de saúde mental e uso de álcool e outras drogas que não estruturam as políticas de redução de danos, muitas vezes deixando de monitorar e avaliar projetos dessa política que já foram implementados. Dentre outros problemas enfrentados por essa política, incluem-se ainda a forma em como são validados os procedimentos, o acompanhamento clínico de usuários de drogas, questões referentes ao monitoramento epidemiológico e por último, o baixo investimento federal para auxiliar a estruturar essas políticas a níveis estaduais e regionais, o que acaba por ocasionar muitas vezes a falta de recursos para se manter a política de redução de danos em diversos locais (RODRIGUES, 2023).

Tomando como base as referências técnicas publicadas pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) de 2019, práticas do modelo proibicionista que são focadas unicamente na abstinência e no isolamento como intervenção a atenção ao uso de álcool e outras drogas, entram em conflito com o que a ética profissional orienta naquilo que diz respeito aos direitos humanos e a valorização da singularidade de cada usuário do serviço ou atendimento de saúde. Logo, percebe-se que além de uma questão ética, há também uma questão política em saúde mental quando o serviço ou o profissional de saúde vê nas políticas de redução de danos um novo horizonte de possibilidades capazes de superar o velho modelo proibicionista. Hoje, no Brasil, os profissionais da psicologia estão consideravelmente em grande quantidade dentre os que mais atuam na perspectiva de redução de danos, o que torna interessante o questionamento de como esses profissionais estão atuando através da RD, e quais dificuldades e avanços estão encontrando, principalmente na rede de atenção psicossocial. O seguinte trabalho tem por objetivo compreender como a redução de danos está inserida atualmente na rede de atenção psicossocial e como a psicologia vem manejando as estratégias dessa política dentro da rede.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica onde, ao se delimitar e fundamentar a problemática da pesquisa, buscou-se na literatura científica estudos, publicações e relatos de experiência relacionados à temática pesquisada, além de possíveis decretos em políticas de saúde e documentos oficiais federais oriundos de sites e portais de órgãos públicos referentes ao tema. A partir do que Cervo, Berviam e Silva (2006) trazem, a revisão bibliográfica procura explicações com a utilização de referências teóricas publicadas em artigos, livros, dissertações e teses sobre determinadas temáticas, objetivando conhecer e analisar as contribuições científicas e o que se dissemina sobre determinado assunto, tema ou problema. Dorsa (2020) afirma que a disseminação de estudos e documentos em formatos eletrônicos é de grande importância, pois possibilita o acesso aos periódicos de circulação nacional e internacional, servindo ainda de um grande repositório de estudos que facilitam o conhecimento sobre diversas áreas. Para a pesquisa adotou-se as bibliotecas virtuais em bases de dados e sistemas de busca, mais precisamente nas plataformas *Scielo* e *PubMed*, além de documentos eletrônicos de portais nacionais alinhados à temática da pesquisa.

3. A PSICOLOGIA NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

Em meio a uma saúde completamente institucionalizada, surge um movimento de caráter mundial liderado por diversos profissionais e pensadores da área da saúde, destacando-se como seu maior nome o italiano Basaglia, que criticavam e colocavam em cheque as práticas asilares desenvolvidas desde os hospitais psiquiátricos até o manicômio. Suas maiores contribuições deram início ao que se cunhou como Reforma Psiquiátrica, buscando uma reformulação da ideologia biomédica hegemônica e manicomial, além dos dispositivos de saber-poder sobre o louco e a loucura dentro do ambiente hospitalar. No fim, o objetivo era remontar as concepções de saúde/doença no tangente aos transtornos mentais e transformar as estruturas psiquiátricas a partir de um processo de desinstitucionalização. Tal processo não aconteceria apenas pela via da desospitalização, mas também de uma prática sem violência e que respeitasse o desejo, a autonomia e a liberdade dos pacientes institucionalizados. Todo esse processo teve como resultado a aprovação no ano de 1978 da Lei 180, na Itália, que proíbe a internação em manicômios (CORRÊA, 2022).

Apesar dessa lei ter sido aprovada na Itália, ela inspirou diversas outras leis e políticas de desinstitucionalização ao redor do mundo para uma prática antimanicomial, que preza pela autonomia e direitos humanos. No Brasil, portanto, não foi diferente. A partir da década de 70,

vários movimentos, em especial o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), juntamente com os usuários e familiares, trouxeram à pauta a necessidade de uma reforma psiquiátrica brasileira. Assim, enquanto aconteciam debates acerca da criação de um sistema de saúde integral e gratuito que posteriormente resultaria na formação do Sistema Único de Saúde, em 1988, também ocorriam diversas Conferências de Saúde Mental que buscavam a construção de um cuidado que funcionasse para além dos muros do hospital, atenção integral e comunitária, municipalização da assistência, dispositivos de cuidado com o protagonismo de usuário e familiares e substitutivos aos manicômios (CORRÊA, 2022).

O resultado também foi a sanção da Lei nº 10.216, no ano de 2001, que estabelece algumas ações para a alta de pacientes internados, como a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e na garantia de direitos desses pacientes após a saída (BRASIL, 2001). Entretanto, ela não abordou em si o fechamento dos manicômios (CORRÊA, 2022). Assim, os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) e Serviços Residenciais Terapêuticos foram os principais dispositivos que surgiram a partir de uma nova concepção de cuidado integrado com a comunidade e com o protagonismo de usuários e familiares, além de principais destinos depois da desinstitucionalização dos pacientes (GARCIA; REIS, 2018).

Com os objetivos de uma melhor ordenação, articulação e de que o cuidado em saúde mental seguisse uma lógica de integralidade com outros dispositivos, foi instituída, em 2011, a Rede de Atenção Psicossocial. A RAPS é uma rede de atenção, integrante do SUS, estabelecida pela Política Nacional de Saúde Mental que consolida uma prática em saúde comunitária e aberta, ou seja, com livre circulação dos usuários pelos serviços da rede e pela própria comunidade. Seu principal público é voltado para pessoas em sofrimento psíquico e/ ou transtornos mentais ou com necessidades decorrentes aos usos nocivos de álcool e outras drogas, a partir do atendimento orientado pela Redução de Danos (Ministério da Saúde, 2013).

Dessa forma, a RAPS conta com diferentes componentes, dentre eles: Atenção Básica em Saúde, com os pontos de atenção divididos em Unidade Básica de Saúde, Equipes de Atenção Básica para populações em Situações Específicas (Consultório na Rua e Equipe de Apoio aos Serviços do Componente Atenção Residencial de Caráter Transitório), Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Centro de Convivência e Cultura. Na Atenção Psicossocial com os CAPS I, II, III, i (infanto-juvenil), AD (álcool e drogas), instalados a partir do porte e complexidade do município. Na Atenção Residencial de Caráter Transitório com Unidade de Acolhimento Adulto, Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil e Serviço de Atenção em

Regime Residencial. Na Atenção de Urgência e Emergência com Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Sala de Estabilização e Portas Hospitalares de Atenção à Urgência/ Pronto-Socorro. Na Atenção Residencial de Caráter Transitório com Unidade de Acolhimento Adulto, Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil e Serviço de Atenção em Regime Residencial. Na Atenção Hospitalar com Leitos de psiquiatria em Hospital Geral e Serviço Hospitalar de Referência. Nas Estratégias de Desinstitucionalização com o Serviço Residencial Terapêutico e o Programa de Volta para Casa. E, por fim, nas Estratégias de Reabilitação Psicossocial com Cooperativas Sociais, Empreendimentos Solidários e Iniciativas de Trabalho e Renda (BRASIL, 2011).

Apesar de grandes avanços, houveram alguns retrocessos em relação à atuação na rede a partir do ano de 2019, com o avanço do conservadorismo no Brasil. Dentre eles Oliveira; Schlösser e Silva (2020) destacam o uso da eletroconvulsoterapia, internação involuntária ou compulsória por decisão de familiares e o aumento de leitos psiquiátricos nas instituições. Explicitando, desse modo, que os movimentos e lutas dentro da construção de um sistema de saúde humanizado e ético segue sendo importante.

Portanto, para garantir a lógica de um serviço integral e assistencial de qualidade, a RAPS conta com equipes multiprofissionais em saúde, partindo de um entendimento interdisciplinar. Essa equipe seria responsável pelo planejamento de ações de prevenção e promoção de saúde a partir da organização dos serviços em rede conectados à população por meio do acolhimento e do vínculo (GARCIA; REIS, 2018). O psicólogo, nesse sentido, faz parte da equipe multiprofissional em saúde, entrando inicialmente no SUS por meio de políticas de substituição ao manicômio em serviços extra-hospitalares. A partir desse momento, o trabalho do psicólogo se mostrou como fundamental nos serviços de saúde mental pelo aparato teórico-prático para o manejo de pessoas em sofrimento mental e/ou transtornos mentais (MACEDO; DIMENSTEIN, 2012).

Assim, o psicólogo trouxe, principalmente no campo do setor primário em saúde vinculado à saúde mental, novas concepções acerca do processo de saúde/doença, deixando de lado algumas concepções hegemônicas acerca do modelo biomédico patologizante e abrindo portas para a construção de um novo lugar social para Psicologia e sua interlocução com as políticas públicas, o que também não exclui as dificuldades e limites da prática em equipes com outros diversos profissionais e concepções teórico-práticas em debate (MACEDO; DIMENSTEIN, 2012).

Por isso, a participação do psicólogo na RAPS e, de maneira geral, no SUS, deve ser guiada pela emergência de um pensamento crítico e político em volta do próprio sistema de saúde e das dimensões éticas. O cuidar em saúde, portanto, não significa a aplicação solta de técnicas e modelos prontos de ação, mas sim de uma quebra de um conhecimento normativo e patologizante, além de ser de extrema importância práticas cada vez mais voltadas ao bem-viver e saberes da própria comunidade.

Nesse sentido, Macedo e Dimensteins (2012) apontam a necessidade da qualificação e diferenciação de qual a complexidade do sofrimento psíquico e qual o nível de atenção (primário, secundário ou terciário) é necessário. Desse modo, os autores relatam que algumas situações não necessitam de uma intervenção a nível mais complexo, como por exemplo a internação, por serem de ações mais imediatas. A partir daí percebe-se que problemas associados ao uso de álcool e outras drogas ou sofrimento psíquico, por exemplo, devem ser acompanhados diariamente pela equipe de saúde para intervenções precoces, prevenindo a necessidade de níveis mais complexos de assistência.

Além disso, urge que o psicólogo esteja atento aos debates relacionados como o cuidado deve ser feito e que tipo de gestão está orientando o SUS. Com todos estes pontos atrelados, percebe-se que a prática do psicólogo na RAPS vai muito além da clínica. Também passa pelo conhecimento do território de atuação e a sua história, pelo reconhecimento da comunidade também agente na construção da saúde, pelo entendimento das necessidades da daquela população e os dispositivos de saúde ali presentes, pelo estabelecimento do vínculo e confiança e o desenvolvimento de ações de acolhimento e acompanhamento em saúde mental, prevenção ao uso problemático de álcool e outras drogas, redução de danos e reabilitação psicossocial (MACEDO; DIMENSTEIN, 2012).

4. CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA PARA O DEBATE EM REDUÇÃO DE DANOS

O uso de drogas possui registros datados de séculos atrás, onde haviam substâncias sendo usadas em rituais e culturas, portanto não é algo advindo da civilização moderna (ARAÚJO; GOMES, 2018). Tendo esse olhar mais amplo é possível pensar que as drogas fazem parte da história e interação humana. O “vício” ou uso prejudicial, deve ser entendido desse modo, como o resultado de um determinado indivíduo em interlocução com determinado contexto e tempo histórico, não sendo uma relação apenas pautada na interação entre o organismo e a substância. A redução de danos entra nesse contexto, não se atendo apenas às

práticas e às estratégias, mas também a um conhecimento social e constante exercício de um olhar despatologizante sobre o usuário (TEIXEIRA *et al.*, 2017).

Diante disso, pauta-se que falar sobre redução de danos é falar sobre prevenção, atenção social, reinserção na sociedade, repressão do tráfico e produção ilegal de drogas. Por abordar tantos tópicos de cunho social, político e cultural, para além da saúde pública, a RD funciona de forma interdisciplinar, onde as diversas áreas da saúde se complementam para formar um cuidado, que não incentiva o uso, como é comumente pensado, mas cuida, ampara e minimiza os danos e prejuízos à vida (MALISKA *et al.*, 2014).

A redução de danos no Brasil segue a discussão sobre a saúde mental e as reformas psiquiátricas, visto que antes, como dito acima, o tratamento para os usuários de drogas era pautado em condenação e culpabilização, de cunho moral, criminal ou patológico para uma situação que, na verdade, é social, cultural, coletiva e racial. Assim, com o movimento da reforma psiquiátrica, e a luta anti-manicomial, nasce a possibilidade de tratamento que não siga uma lógica proibicionista e moral, não enclausure o sujeito em uma instituição psiquiátrica e não use da violência e discriminação.

Nesse contexto, é necessário pensar agora o que a Psicologia entende como RD. Para o Conselho Federal de Psicologia (CFP), a redução de danos tem como objetivo promover ações que reduzam danos do usuário de substâncias psicoativas, sendo esses danos biológicos, psicossociais e econômicos (CFP, 2021), tendo em vista o respeito pelo indivíduo e sua autonomia na escolha do tratamento, seja ele qual for. A RD se baseia em princípios éticos e permite à saúde pública ter uma alternativa de manejo com o usuário, que não apenas o de enclausuramento que parte de um reducionismo proibicionista, moralista, criminal e patológico. São ações que também procuram defender o indivíduo que faz usos de substâncias e promover acesso a serviços que o acolham de uma forma mais tolerante, utilizando uma comunicação não-violenta, pautada na empatia e oferecendo a oportunidade de escolha do tipo de intervenção mais adequada para si, utilizando, inclusive, da abstinência, caso for o desejo do usuário (ARAÚJO; GOMES, 2018).

Desse modo, quando se fala da Psicologia em interface com as políticas públicas, em especial da Redução de Danos, é necessário que as discussões estejam sempre pautadas em um debate já há muito presente: a superação de um olhar individualizante e que não condiz com a realidade material, percebendo quais as questões sociais e coletivas que fazem parte dessa dinâmica (ARAÚJO; GOMES, 2018). Além disso, as ações voltadas são relativas até mesmo à

prevenção, como esclarece Mariska *et al.* (2014), como ações voltadas para evitar o envolvimento com substâncias psicoativas ou que esse uso se torne abusivo com o passar do tempo, além da orientação de como pode ser o manejo menos prejudicial possível para aquele usuário, priorizando a sua qualidade de vida.

Dentro da RAPS, a atuação do psicólogo, em diálogo com a Redução de Danos, pode ser mais vista em quatro pontos de atenção estratégicos, sendo eles: CAPS Ad, Consultório na Rua, Assistência social e Clínica. No CAPS Ad, voltado, principalmente, para os danos causados pelo uso danoso de substâncias psicoativas, o papel do psicólogo se volta para o acolhimento e formulação de estratégias de reinserção, além de auxiliar o indivíduo na autoregulação e autogerenciamento. No Consultório na Rua, compõem a equipe de atenção básica multiprofissional que vão ao encontro dos usuários em situação de rua expostos a vulnerabilidades e danos causados pelo uso de substâncias psicoativas e infecções sexualmente transmissíveis ou doenças contagiosas, trabalhando a promoção de direitos humanos e cidadania, além de educação para a saúde e higiene, prevenção de infecções e doenças, redução dos riscos e danos do uso de álcool e outras drogas e o encaminhamento para as redes de assistência e cuidado em saúde. O trabalho do profissional da Psicologia, ainda, se baseia em uma escuta qualificada e manejo dos aspectos subjetivos em relação ao reconhecimento como sujeitos e o sofrimento psíquico resultante aos riscos cotidianamente vividos (OLIVEIRA; COMIS, 2021).

Também, na Assistência social, vinculado ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a atuação, além de voltada para o Consultório na Rua, ainda engloba os Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (CENTRO POP) com o trabalho de reinserção social, capacitação e qualificação. Ademais, o psicólogo constitui uma equipe que visa a compreensão de uma saúde de modo integral, respeitando suas especificidades e potencialidades a partir de um olhar ético em relação aos percursos e vivências do público alvo. Por fim, na Clínica, as ações são mais voltadas para a compreensão do uso de drogas a partir de uma interpretação biopsicossocial, respeitando a singularidade e subjetividade de cada cliente para o desenvolvimento dos tratamentos adequados, guiando-se sempre pela formação de um vínculo com o paciente e o estabelecimento de confiança a partir do não julgamento (OLIVEIRA; COMIS, 2021).

Portanto, é preciso salientar que as ações devem ser embasadas em um conhecimento ético e politicamente guiado, percebendo as limitações e potencialidades do tratamento e da própria equipe multiprofissional ou do profissional psicólogo, em casos clínicos. Assim, a RD

aplicada nas políticas públicas e, em especial, nos CAPS, abre um novo horizonte para prática da Psicologia e do cuidado para os usuários de álcool e outras drogas em geral. Buscando romper as barreiras da estigmatização e patologização, além do auxílio na formação de práticas que respeitem a autonomia e singularidade do usuário a partir da orientação da ética do cuidado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do que foi exposto, pode ser evidenciado que tanto institucionalmente quanto tecnicamente, a atuação em psicologia se demonstra presente no debate e nas contribuições para com as políticas em redução de danos. Através dos serviços de atenção psicossocial, fica claro que associada a RD, a psicologia possui potencialidades para trabalhar novas perspectivas em saúde no que se refere ao uso abusivo de substâncias. Indo muito além da prática clínica, na rede de atenção psicossocial, a atuação do psicólogo amplia as possibilidades e atenção aos sujeitos que se encontram contextualizados nesse tipo de situação.

Em relação a RAPS, pôde-se observar que essa possui capacidades e dispositivos para se trabalhar ético-politicamente e de maneira singular com a população que venha a entrar em adoecimento psíquico por conta do uso abusivo de substâncias. Resta porém, a devida valorização aos profissionais e políticas públicas que compõem a rede de atenção psicossocial, já que, essa é uma rede que atua de forma integral e é formada por diferentes profissionais das mais diversas áreas, ampliando seus impactos não apenas na questão da saúde mental, mas também dos direitos humanos e da assistência social.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J.; GOMES, L. G. Redução de danos: um novo olhar da psicologia para o uso abusivo de álcool e outras drogas. **Revista do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG)**, MT. v. 7, p. 122-139. 2018. Disponível em: <https://www.repositoriodigital.univag.com.br/index.php/Psico/article/view/90#:~:text=Guilherme%20Ara%C3%BAjo%20Gomes-,Resumo,abusivos%20de%20%C3%A1lcool%20e%20drogas>. Acesso em: novembro de 2022.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde. 2021. Disponível em: L10216. acesso em: fevereiro de 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: outubro de 2022.

BRASIL. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. 2011. Disponível em: PORTARIA Nº- 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. acesso em: dezembro de 2022.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; DA SILVA, R. **Metodologia Científica.** 5ª ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006.

Conselho Federal de Psicologia (CFP). **Referências Técnicas para atuação de Psicólogos/os em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (1ª Ed.).** CFP. 2021. Brasília - DF.

Conselho Federal de Psicologia (CFP). **Referências Técnicas para atuação de Psicólogos/os em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (2ª Ed.).** CFP. 2019. Brasília - DF.

CORRÊA, L. M. **A persistência da institucionalização em tempos de reforma psiquiátrica: uma etnografia sobre casos acompanhados por CAPS da cidade do Rio de Janeiro.** Tese de doutorado do programa de pós graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), RJ. disponível em: <https://www.btdt.uerj.br:8443/bitstream/1/18045/2/Tese%20-%20Luisa%20Motta%20Corr%c3%aaa%20-%202022%20-%20Completa.pdf>. acesso em: fevereiro de 2023.

DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 32(Psicol. cienc. prof., 2012 32(spe)). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/hn8vJgNwvG7dLQG3433WTqd/?lang=pt>. Acesso em: janeiro de 2023.

DORSA, A. C. **O papel da revisão da literatura na escrita de artigos científicos.** Interações (Campo Grande), 21 (Interações (Campo Grande), 2020 21 (4)). disponível em: <https://doi.org/10.20435/inter.v21i4.3203>. acesso em: janeiro de 2023.

GARCIA, T. P.; REIS, S. R. **Redes de Atenção à Saúde: Rede de Atenção Psicossocial - RAPS.** São Luís: EDUFMA, 2018.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética.** São Paulo - SP: Ed. Hucitec. 2006.

MALISKA, I. C. A; PADILHA, M. I.; ANDRADE, S. R. Redução de Danos em Florianópolis-SC: uma política estratégica de prevenção e cuidado à saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 170-8, 2014. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/20761/16456>. Acesso em: outubro de 2022.

Ministério da Saúde. **Conheça a RAPS: Rede de Atenção Psicossocial.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf. Acesso em: fevereiro de 2023.

OLIVEIRA, E. B.; COMIS, M. A. C. Atuação dos psicólogos com redução de danos: revisão da literatura. **Revista Brasileira de Saúde Global (RBSG)**, 2021, 01:02, p. 14-22. Disponível

em: <https://revistas.unisa.br/index.php/saudeglobal/article/view/212>. Acesso em: dezembro de 2022.

OLIVEIRA, R. M.; SCHLÖSSER, A.; SILVA, P. J. Revisão Integrativa: Atuação da Psicologia na Rede de Atenção Psicossocial. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 12, n. 3, jul./set. 2020, p. 19-32. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S2177-093X2020000300002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2020000300002). Acesso em: janeiro de 2023.

RODRIGUES, T. H. Entre o risco e o dano: Redução de danos, redução de riscos e prevenção no Brasil e na França. **Dilemas, Rev Estud Conflito Controle Soc** [Internet]. 2023 Jan; 16 (Dilemas, Rev. de Estudos, Conflitos e Controles Sociais, 2023 16 (1)). disponível em: <https://doi.org/10.4322/dilemas.v16n1.49491>. acesso em: janeiro de 2023.

TEIXEIRA, M. B. *et al.* Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Ciência e Saúde Coletiva**, 22(Ciênc. saúde coletiva, 2017 22(5)). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32772016>. acesso em: fevereiro de 2023.

CAPÍTULO 8

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MEIO RURAL NO BRASIL

João Paulo Sales Macedo
Tatiane Meneses da Silva
Magda Dimenstein
Kátya de Brito e Silva

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar a forma como tem se organizado os serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil para a população que vive em meio rural, particularmente em áreas de assentamentos rurais e comunidades quilombolas. Trata-se de uma pesquisa de corte transversal, de natureza quantitativa, tendo como base as informações presentes nos microdados do processo de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Verificou-se que os assentamentos estão concentrados em maior percentual nos estados das regiões Nordeste e Norte e as comunidades quilombolas estão nas regiões Nordeste e Sudeste. As equipes da Atenção Básica (Estratégia Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família) possuem um alcance restrito a esses contextos. Identificou-se a existência de um delicado quadro de exclusão e iniquidade que se associam à falta de coordenação do cuidado e ordenamento dos fluxos assistenciais junto aos povos rurais e/ou tradicionais. Conclui-se que esses moradores, especialmente os de comunidades quilombolas, enfrentam muitos obstáculos e seguem excluídos dos cuidados básicos em saúde. Desse modo, torna-se necessário investir na reorganização dos processos de trabalho de forma a ampliar a capacidade resolutiva das equipes e a sustentabilidade dos vínculos entre profissionais e usuários.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Meio rural. Assentamentos de reforma agrária. Comunidades quilombolas.

1. INTRODUÇÃO

A heterogeneidade de grupos humanos que compõem os chamados “povos tradicionais” é reflexo da imensa diversidade sociocultural do Brasil (LITTLE, 2003). Podem ser reconhecidos, de acordo com o autor, como “populações”, “comunidades”, “povos”, “sociedades”, “culturas”, adjetivados por expressões como “tradicionais”, “autóctones”, “rurais”, “locais”, “residentes”, de maneira tal que qualquer definição adotada deve considerar a abrangência, a diversidade e a heterogeneidade desses grupos humanos. A diversidade fundiária do país e a sua falta de reconhecimento pelo Estado brasileiro trouxe como consequência a ausência de políticas voltadas para essas populações. Foi somente a partir de 1985 com o processo de redemocratização do país, que novos espaços de atuação política para os povos tradicionais foram abertos. Além disso, com a promulgação da Constituição de 1988, distintas modalidades territoriais como terras indígenas e remanescentes das comunidades de quilombos foram fortalecidas ou formalizadas (LITTLE, 2003).

Uma década e meia depois, em 2004, foi instituída a Comissão Nacional de Desenvolvimento Sustentável das Comunidades Tradicionais, cujo desdobramento foi a implementação do Plano Prioritário de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais entre 2008 e 2010. Dentre as proposições do referido Plano ressalta-se a efetivação de ações e programas que visam ao equacionamento de disparidades existentes entre povos e comunidades tradicionais e demais cidadãos/ãos brasileiras/os. Apesar desse reconhecimento pelo poder público ter estimulado a relação entre sociedade civil e governo a partir do protagonismo social da primeira, é preciso considerar a persistência da invisibilidade de grande parte dessas comunidades “ainda se encontra na invisibilidade, silenciada por pressões econômicas, fundiárias, processos de discriminação e exclusão social” (BRASIL, 2019, p. 5).

Em termos operacionais, o Decreto nº 6.040, de 07 de fevereiro de 2007, que constituiu a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (PNPCT), denomina de “povos e comunidades tradicionais”:

Grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição (BRASIL, 2007, p. 1).

Como forma de facilitar o entendimento sobre “populações tradicionais”, esta categoria conceitual é subdividida em dois tipos: indígena e não-indígena. Sobre a primeira, existem cerca de 300 mil índios que representam enorme sócio diversidade, com 206 povos e cerca de 180 línguas e sociedades diferenciadas. As populações não-indígenas, por sua vez, são formadas por caiçaras, jangadeiros, caboclos/ribeirinhos amazônicos, sertanejos/vaqueiros, caipiras, açorianos, varjeiros (ribeirinhos não amazônicos), pantaneiros, quilombolas, pastoreio (campeiro), pescadores, babaqueiros, sitiantes e praieiros (DIEGUES, 2000).

Esses povos se caracterizam por um modo de vida pré-capitalista e dependência parcial do mercado, têm a transmissão oral como principal mecanismo de difusão e utilizam recursos naturais associados à ocupação e à fixação dos territórios, devido ao desenvolvimento de atividades culturais e de subsistência. No entanto, os povos ou comunidades tradicionais não devem ser vistos como opostos às sociedades contemporâneas e ao mundo urbano (PEREIRA; DIEGUES, 2010). De uma forma ou de outra, todas estão articuladas e dependentes da formação social capitalista, estabelecendo maior ou menor dependência. Ademais, são grupos que possuem uma cultura marcada pela inevitável presença do outro, seja um sujeito individual ou institucional, que atua na constituição de sua identidade (THUM, 2017). Outro aspecto fundamental diz respeito à percepção social do ambiente, constituída a partir do seu sistema de

representações, de seu imaginário mitológico, de símbolos e aspectos de religiosidade, os quais orientam seu agir sobre o mundo (DIEGUES, 2000).

Essa diversidade leva à necessidade de apreender tais sociedades como heterogêneas. Apesar de compartilharem características comuns relativas ao conhecimento sobre a biodiversidade, diferenças importantes marcam essas populações. As tradicionais indígenas, por exemplo, possuem história sociocultural anterior e línguas próprias, distintas da dos não-indígenas, apesar de uma aparente coesão, relacionada às festas, lendas, simbologias, religião, modo de produção mercantil e outros aspectos comuns. Contudo, isso não significa que são culturas iguais, estáticas e sem conflitos (DIEGUES, 2000).

O mapeamento progressivo da diversidade desses grupos humanos possibilitou o conhecimento das desigualdades históricas e estruturais que marcam a vida desses povos. A condição de vulnerabilidade em que vivem é preocupante dadas as dificuldades de acesso às políticas e programas de saúde, educação, segurança, transporte, habitação, cultura e organização produtiva. A falta de estradas, de transporte adequado, de meios de comunicação, poucos recursos hídricos, existência de riscos ambientais tais como destinação inadequada do lixo, uso inadequado de agrotóxicos e realização de queimadas como forma de preparação do solo para plantio, além das áreas castigadas pela seca, agravam ainda mais as condições de vida dessas populações (DIMENSTEIN *et al.*, 2016).

Sabe-se ainda que as condições de vulnerabilidade relativas à pobreza e miséria se agravam quando se trata de espaços rurais, principalmente quando há um considerável índice de não alfabetizados, de insegurança alimentar e de mortalidade infantil para os padrões atuais; dificuldade no acesso aos serviços públicos e assistência técnica; precariedade das condições de trabalho e maior dependência dos programas de transferência de renda (SOARES *et al.*, 2020).

Diante deste cenário foram empreendidas uma série de lutas pelos movimentos sociais do campo, tendo a saúde como uma das mais fortes reivindicações. A resposta do Estado brasileiro veio com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCF), instituída em 2011 pelo Ministério da Saúde, visando à promoção de saúde para povos do campo, da floresta e demais povos tradicionais, abarcando as necessidades e especificidades de saúde dessa população (BRASIL, 2013a). Nesse sentido, se reconhece a importância e o papel crucial que a Atenção Primária à Saúde representa para essas comunidades, bem como o desafio que as equipes da Estratégia de Saúde da Família/ESF, do

Núcleo de Apoio à Saúde da Família/NASF e os Agentes Comunitários de Saúde/ACS enfrentam para garantir o direito e o acesso à saúde no meio rural (DIMENSTEIN, 2019).

Este estudo objetiva apresentar alguns dados acerca da organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde para a população que vive em meio rural, particularmente em áreas de assentamentos rurais e comunidades quilombolas, com base nos resultados obtidos em nível nacional pelas equipes no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (BRASIL, 2011). Para tanto, apresenta-se, a seguir, as necessidades de saúde das populações que vivem nesses territórios.

1.1 Situando os territórios rurais e suas necessidades em saúde

Os assentamentos rurais são espaços onde desenrolam-se múltiplas relações sociais, trocas de saberes e expressões de luta na busca de melhores condições de vida no campo. A legalização das terras e a consequente retenção das mesmas pela elite agrária, além da não legalização dessas áreas, se configuram como um problema de grandes dimensões para essas populações que são constantemente pressionadas e ameaçadas a abandonarem suas terras (NORDER, 1997).

A luta pela terra é uma questão antiga no Brasil. Nos anos de 1950 e 1960 a Reforma Agrária surgiu como solução para o problema nacional relacionado à terra. Em 1964 foi promulgado o Estatuto da Terra em meio ao golpe militar, ou seja, sob forte repressão política e pressão econômica para o incremento da modernização da agricultura, com a incorporação de máquinas e uso de insumos químicos, resultando em baixos salários, precariedade das condições de trabalho e, conseqüentemente, de exclusão social no campo (LEITE, 2000).

A partir dos anos 1980 e 1990 a Reforma Agrária torna-se palavra de ordem na sociedade brasileira. A urgência da implementação dos assentamentos nesse período objetivou sanar ou minimizar conflitos existentes dando pouca importância às questões relativas à pobreza e exclusão social. Apesar dessas iniciativas, a população assentada no país vive em precariedade estrutural quanto ao acesso às políticas sociais e de infraestrutura do campo. Em 2011, como indicado anteriormente, foi instituída a PNSIPCF para garantir o acesso integral e universal à saúde. Apesar disso, a população rural apresenta um perfil mais precário e preocupante em relação à população urbana, com a incidência de doenças como esquistossomose, tétano, tuberculose, hanseníase, doença de chagas, agravos advindos do uso sistemático de agrotóxicos, acidentes de trabalho, enfermidades associadas às más condições

de saneamento, abastecimento de água e moradia e transtornos mentais (LIMA *et al.*, 2019; DIMENSTEIN *et al.*, 2016).

No caso das comunidades quilombolas, elas surgiram a partir da luta dos negros contra o regime escravocrata, excludente e violador. Homens, mulheres e crianças foram retirados de sua terra natal e deslocados para lugares onde seus costumes e crenças eram silenciados, além de serem obrigados a trabalhar incessantemente e sob condições desumanas. Os quilombos passaram então a ser locais de resistência e luta, a partir da organização social e política dos escravos no Brasil (LEITE, 2000).

Atualmente, comunidades quilombolas constituem um dos grupos sociais brasileiros mais negligenciados e vulneráveis em relação à saúde. A não implantação de políticas públicas e ações afirmativas está relacionada a não titulação dessas comunidades, pois muitas ainda não são reconhecidas legalmente (SILVA, 2017). Os negros ocupam lugares desiguais nas redes sociais e trazem consigo experiências também desiguais de nascer, viver, adoecer e morrer (COTRIM; SILVA; SOUZAS, 2017; FERNANDES; MACEDO, 2021).

Como resposta a essa problemática, instituiu-se no Brasil em 2009 a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) como uma estratégia de enfrentamento das injustiças sociais e de reconhecimento do percurso histórico de exclusão e marginalização sofrida pela população negra (BRASIL, 2013b). Faz parte de um rol de iniciativas voltadas às comunidades tradicionais e em situação de vulnerabilidade referidas anteriormente, encampada pela Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) em conjunto ao Ministério da Saúde. Tem como base a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial, que pelos princípios da transversalidade, descentralização e gestão democrática, exigem de toda a sociedade e dos equipamentos sociais que a compõem, a reflexão sobre a questão negra e da desigualdade no país (PINTO; SOUZAS, 2002).

Contudo, apesar da existência dessas políticas específicas, tanto a população moradora em assentamentos rurais, quanto em comunidades quilombolas, sofrem no que se refere ao acesso ao cuidado integral em saúde, bem como de problemas referentes à organização dos serviços. Alguns fatores que colaboram para a produção das iniquidades de saúde em duas dimensões: a) fatores internos ao setor saúde que incluem: restrições no acesso aos serviços de saúde; qualidade dos serviços; oportunidade de acesso; segregação e discriminação realizadas pelos próprios serviços; b) fatores condicionantes de natureza socioeconômica: nível de renda

e tipo de ocupação; lugar de residência; estilos de vida; qualidade e acesso à educação (DANTAS *et al.*, 2020).

Nesse cenário, a Atenção Primária em Saúde, por meio das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), têm um papel fundamental na melhoria da qualidade de vida desses povos. É na Atenção Primária que se dá o primeiro contato do indivíduo com a equipe de saúde, sendo uma estratégia que se propõe a proteger, restaurar e reabilitar a saúde da população. Ademais, interliga os profissionais da saúde à população e vice-versa, contribuindo para a implementação de políticas públicas e evitando níveis mais complexos de atenção.

Afim de melhorar a qualidade da atenção e da gestão da Atenção Básica em Saúde no Brasil, o Ministério da Saúde desenvolveu um conjunto de ações e atividades no qual se insere o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (BRASIL, 2011), como uma das principais estratégias indutoras de qualidade, principal desafio atual do Sistema Único de Saúde. O primeiro ciclo ocorreu no período 2011-2013, obtendo a adesão de 17.482 equipes de saúde em 3.972 municípios. No segundo ciclo (2013-2014), a adesão foi de 30.522 equipes, envolvendo equipes de Saúde Bucal e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a participação de 5.077 municípios. No terceiro ciclo (2015-2016), a adesão foi de 95,6% dos municípios brasileiros, participando 38.865 equipes, cobrindo 95,9% equipes de Saúde Bucal e 91,2% equipes NASF.

A seguir, serão apresentados alguns dados que permitem a discussão sobre como estão organizados atualmente no país os serviços de Atenção Primária para essas populações. A partir disso, refletir sobre os obstáculos à integralidade e acessibilidade ao cuidado em saúde em assentamentos rurais e comunidades quilombolas. Pretende-se gerar informações que podem subsidiar a organização e o planejamento dos sistemas de saúde de forma regionalizada, visando superar as iniquidades existentes em relação ao acesso e estruturação dos serviços, à dinâmica institucional e à organização do trabalho das equipes.

2. MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa de corte transversal, de natureza quantitativa, com base nas informações constantes nos microdados do processo de avaliação externa do PMAQ-AB. Utilizou-se o instrumento do segundo ciclo, composto por 1.244 variáveis, distribuídas em três módulos: Módulo I - observação de infraestrutura; Módulo II - entrevista com profissionais (ESF e NASF); e Módulo III - entrevista com usuários.

Realizou-se tratamento na base de dados do PMAQ-AB de modo a incluir outros indicadores que não constavam originalmente no conjunto de variáveis investigadas. Considerando que as unidades de análise foram os municípios, incluiu-se variável com classificação ordinal (1-5) para identificar a informação concernente ao porte populacional de cada município, a partir da seguinte estratificação: pequeno porte (municípios com menos de 50.000 habitantes); médio pequeno porte (50.000 a 99.999); médio (100.000 a 299.999); médio grande porte (300.000 a 499.999); e grande porte (acima de 500.000) (BRASIL, 2011).

Além disso, inseriu-se duas variáveis para identificar em cada um dos municípios do banco do PMAQ, a partir de respostas dicotômicas (sim/não), quais equipes de saúde contavam em sua localidade com assentamentos rurais de reforma agrária e/ou com comunidades quilombolas. Para incorporar essas informações tomou-se como referência os dados oficiais sobre projetos de reforma agrária e comunidades quilombolas constante no relatório nacional do *Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA)*, complementadas pelos dados da Fundação Palmares, tendo como referência o mês de novembro de 2017.

Por fim, as 1.244 variáveis que compõem o banco do PMAQ-AB foram realocadas com base nos atributos e componentes da atenção básica utilizados nos estudos que têm se debruçado sobre a temática (LIMA *et al.*, 2016). Tomou-se como referência as variáveis que têm relação direta com a população do campo e da floresta (Quadro 1).

Identificou-se somente seis variáveis que tratam diretamente sobre a população do campo e da floresta (Quadro 2), relacionadas aos seguintes atributos: a) abrangência ou integralidade, que refere ao reconhecimento pela equipe de saúde do conjunto amplo de necessidades da população, e garantia de todos os tipos de serviços por eles necessitados; b) coordenação do cuidado, que implica na capacidade de garantir a continuidade da atenção no interior da rede de serviços, assim faz-se necessário operar com tecnologias de gestão clínica e mecanismos adequados de comunicação entre profissionais dos diversos pontos de atenção, além da continuidade das ações informacionais para garantia do cuidado; c) orientação para comunidade, que implica reconhecer os determinantes sociais dos processos saúde-adoecimento, a partir do trabalho de territorialização; e d) competência cultural ao reconhecer as diferentes necessidades dos diversos grupos populacionais, bem como pela integração da equipe com a comunidade.

Quadro 1: Atributos e Componentes da Atenção Básica a partir das variáveis do PMAQ-AB.

Atributos	Componentes
1. Primeiro contato	Horário de funcionamento
	Acolhimento
	Agendamento da consulta na AB
	Atendimento de urgência e emergência
2. Longitudinalidade	Continuidade da relação profissional-paciente
	Qualidade da relação profissional-paciente (vínculo)
3. Abrangência ou Integralidade	Serviços realizados/escopo de ações
	Resolutividade da AB
4. Coordenação do cuidado	Continuidade informacional
	Ordenamento dos fluxos assistenciais
	Acesso a consultas/exames especializados
	Comunicação direta entre serviços de atenção básica e atenção especializada
5. Orientação para comunidade	Territorialização
	Intersetorialidade
	Participação social
6. Centralidade na família	Abordagem familiar
7. Competência Cultural	Abordagem cultural

Fonte: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). (Brasil, 2011).

Quadro 2: Variáveis relacionadas a população do campo e da floresta de acordo com os Atributos e Componentes da Atenção Básica.

Módulo 1 - observação de infraestrutura	Módulo 2 - entrevista com profissionais	Atributo	Componente
Territorialização e população de referência da equipe de atenção básica			
	II.13.5.6 Condições étnicas (quilombola, indígenas, população do campo e da floresta e outros)	Orientação para comunidade	Territorialização
População rural, assentados e quilombolas			
	II.39.1. A equipe realiza ações direcionadas a população rural, assentados e quilombolas de acordo com as demandas e especificidades do grupo?	Competência Cultural	Abordagem cultural
	II.39.2. A equipe atende a população rural, assentada e quilombolas?	Competência Cultural	Abordagem cultural
II.39.3. Existe transporte disponível para viabilizar o atendimento à população?		Abrangência ou Integralidade	Serviços realizados/escopo de ações
	II.39.4. A equipe realiza gestão dos casos mais graves e que precisam de atendimento em outros pontos de atenção?	Coordenação do cuidado	Ordenamento dos fluxos assistenciais
	II.39.5. Os agentes comunitários de saúde orientam a população com relação ao uso adequado e boa qualidade dos reservatórios de água?	Coordenação do cuidado	Continuidade informacional

Fonte: Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária/INCRA e Fundação Cultural Palmares (Referência: Nov/2017).

Além das seis variáveis constantes no Quadro 2, considerou-se os quesitos de identificação das equipes profissionais e dos respectivos municípios para traçar o perfil dos

serviços investigados. As demais variáveis foram desconsideradas, pois não tratavam especificamente de ações envolvendo a população do campo e da floresta.

Quanto à análise dos dados, todas as tabulações, frequências e cruzamentos envolvendo os dados foram executadas por meio do *Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows* versão 21. As tabulações dos resultados envolveram frequência simples e percentual com tabelas organizadas para cada componente dos atributos.

3. RESULTADOS

Há 7.936 assentamentos de reforma agrária rural no Brasil de acordo com o INCRA. O número de comunidades quilombolas já certificadas é de 2.678 de acordo a Fundação Cultural Palmares. Os assentamentos estão concentrados em maior percentual nos estados das regiões Nordeste e Norte do país, enquanto as comunidades quilombolas estão nas regiões Nordeste e Sudeste. Quanto à localização, ambos estão concentrados majoritariamente nos municípios do interior, notadamente nas localidades de pequeno e pequeno médio porte (Tabela 1).

Tabela 1: Caracterização dos Assentamentos Rurais e das Comunidades Quilombolas no Brasil.

		Assentamentos Rurais	Comunidades Quilombolas
Região do país	Norte	14,6%	10%
	Nordeste	44,3%	53,8%
	Centro-oeste	14%	6,9%
	Sudeste	13,7%	17,8%
	Sul	13,4%	11,4%
Localização	Capital	0,6%	2%
	Interior	99,4%	98%
Porte dos Municípios	Pequeno	85%	81,3%
	Pequeno-médio	7,9%	9,5%
	Médio	4%	6%
	Médio- grande	0,8%	1,5%
	Grande	2,4%	1,6%
Total		7.936	2.678

Fonte: Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária/INCRA e Fundação Cultural Palmares (Referência: Nov/2017).

Tabela 2: Caracterização das Equipes da ESF que aderiram ao PMAQ e contam com Assentamentos Rurais e Comunidades Quilombolas em seus territórios de abrangência.

		Assentamentos Rurais		Comunidades Quilombolas	
		n	%	n	%
		11.647	38,16	7.807	25,6
Região do país	Norte	1.431	12,3	658	8,4
	Nordeste	5.691	48,9	3.717	47,6
	Centro-oeste	1.277	11	482	6,2
	Sudeste	2.188	18,8	2.321	29,7
	Sul	1.060	9,1	629	8,1
Localização	Capital	870	7,5	2.301	29,5
	Interior	10.777	92,5	5.505	70,5
Porte dos Municípios	Pequeno	6.562	56,3	3.019	38,7
	Pequeno-médio	1.630	14	852	10,9
	Médio	1.686	14,5	1.055	13,5

	Médio- grande	649	5,6	598	7,7
	Grande	1.120	9,6	2.283	29,2

Fonte: Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária/INCRA e Fundação Cultural Palmares
(Referência: Nov/2017)

Dos 5.570 municípios brasileiros, 98,11% deles contavam com equipes da Estratégia Saúde da Família (n = 39.310) ao término do segundo ciclo de avaliação do PMAQ. Das 30.522 equipes da ESF aderiram ao PMAQ nesse ciclo, apenas 11.647 equipes (38,16%) estavam situadas em municípios que possuíam famílias em áreas de assentamento de reforma agrária rural e somente 7.807 (25,6%) em municípios que possuíam famílias em áreas de comunidades quilombolas. Destas, pelo menos 71,4% (n = 8.311) das equipes contavam com módulo de Saúde Bucal nos assentamentos rurais e 63,4% (n = 4.949) em comunidades quilombolas.

Quanto às equipes ESF que contavam com áreas de assentamentos rurais no seu território, a maioria está concentrada na região Nordeste (18,8%), seguida no Sudeste (12,3%), notadamente nas localidades do interior (92,5%), com destaque para os municípios de pequeno porte (56,3%). Sobre as equipes situadas em municípios com áreas de remanescentes de quilombo, a maioria também está concentrada na região Nordeste (29,7%), em localidades do interior (70,5%), com destaque para os municípios de pequeno porte (38,7%) e grande porte populacionais (29,2%).

No segundo ciclo do PMAQ também foram pesquisadas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), perfazendo o total de 1.813 equipes. Esse quantitativo representava na época cerca de 80% das equipes implantadas no país. Quanto à distribuição geográfica das equipes pesquisadas do NASF, 46,1% (n = 835) situam-se na região Nordeste, seguido de 29,3% (n = 531) na região Sudeste; 10,6% (n = 192) na região Sul; 7,3% (n = 133) na região Norte e 6,7% (n = 122) na região Centro-Oeste. Quanto à localização 1.537 (84,8%) situam-se nos municípios do interior e 276 (15,2%) nas capitais. Sobre o porte populacional, 54% (n = 979) localizam-se nos municípios de pequeno porte populacional; 17% (n = 308) de grande porte; 13,3% (n = 242) de médio pequeno porte; 11,7% (n = 213) de médio porte e 3,9% (n = 71) de médio grande porte.

Sobre os itens do instrumento do PMAQ que trataram especificamente das ações e atendimentos desenvolvidos pelas equipes da atenção básica junto às populações rurais, percebe-se que 50,6% (15.045) das equipes ofertam ações de promoção e prevenção em saúde, enquanto 47% (14.294) prestam atendimento clínico. Somente 35,8% (n = 4.058) das equipes contam com transporte para a realização de visitas e atividades em assentamentos rurais,

enquanto em áreas de comunidades quilombolas o percentual foi ainda menor, alcançando apenas 26,9% (n = 2.030) das equipes.

4. DISCUSSÃO

Os dados acenam para a importância de certos fatores que determinam o acesso da população aos serviços: o financiamento, a disponibilidade e a regionalização de unidades e equipes de saúde; a disponibilidade de recursos tecnológicos e recursos humanos qualificados; além de recursos que facilitem a mobilidade dos profissionais de saúde para se deslocarem até as comunidades que ficam em áreas distantes do chamado núcleo “urbano” das cidades ou mesmo em áreas rurais. Tais dificuldades impactam no acesso à saúde das populações que vivem em contextos rurais e no desenvolvimento de ações territoriais de forma ampla, levando em conta a diversidade cultural da população assistida (LAVRAS, 2011).

Desse modo, não custa lembrar que as desigualdades sociais não são expressas apenas individualmente quando a população adoece de problemas negligenciados e evitáveis como a dengue, doença de Chagas, esquistossomose, hanseníase, leishmaniose, malária, tuberculose, dentre outras. As condições de vida atravessadas pela pobreza, fome, pela falta de acesso à educação, trabalho, renda e demais recursos de proteção e suporte social e comunitário, acabam por manter o quadro de iniquidades e vulnerabilidades que assola certas regiões e populações do país, especialmente as que vivem nos contextos rurais (SOMBRA *et al.*, 2022).

O objetivo da atenção básica em saúde é oferecer acesso universal, com serviços abrangentes, além de expandir e coordenar a cobertura para níveis mais complexos de cuidado, articulando ainda com ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças (PAIM *et al.*, 2011). Apesar de todos os avanços na atenção básica nas duas últimas décadas e, de forma complementar, o estabelecimento de uma política de saúde específica para os povos dos campos, das florestas e das águas, bem como para população negra, a dificuldade de acesso dessas populações à rede SUS ainda é uma realidade. Tal quadro impacta na realização de todos os outros atributos da atenção básica para essas populações: orientação para a comunidade, centralidade na família, competência cultural, longitudinalidade e coordenação do cuidado, e integralidade das ações (PEREIRA, 2008; DIMENSTEIN *et al.*, 2018).

Nesses termos, as equipes da Atenção Básica (ESF e NASF) acabam não tendo o alcance necessário junto às áreas de assentamentos rurais e comunidades quilombolas, seja para realizar ações promocionais e preventivas em saúde, seja para a oferta de atendimentos clínicos e acompanhamentos. A gestão dos casos mais graves e que precisam de atendimento em outros

pontos de atenção da rede local e regional fica comprometida. Identificou-se que apenas 41,1% (n = 4.653) das equipes realizam ações dessa ordem junto aos assentamentos rurais, enquanto em áreas de comunidades quilombolas o índice foi de 31,2% (n = 2.352). Trata-se, sem dúvida, de um delicado quadro de exclusão e iniquidade associados à falta de coordenação do cuidado e ordenamento dos fluxos assistenciais junto aos povos rurais e/ou tradicionais.

Outro dado que chama atenção diz respeito às condições básicas de vida nessas localidades que é o acesso e o armazenamento da água para consumo e sobrevivência. A existência de cisternas em áreas de assentamentos rurais foi confirmada por 47,2% (n = 5.344) das equipes, enquanto em áreas com comunidades quilombolas foi confirmada por somente 42,8% (n = 3.225) das equipes. Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância, as comunidades que vivem em zonas rurais são as mais atingidas por falta de saneamento básico e as que mais bebem água sem tratamento (SANTOS; DIAS, 2015).

Além disso, o Nordeste brasileiro, devido, sobretudo, aos períodos de seca e estiagem que enfrenta, é uma das regiões do país mais atingida pela falta de água. A falta de cisternas para armazenarem água da chuva, açudes, poços, lagoas, dentre outros, torna-se, portanto, um agravante. Além do mais, não raro, muitas famílias recorrem à água de fontes contaminadas, pois muitas comunidades vivem à margem de rios, lagos, poços impróprios para o consumo humano. Outra consequência é a presença de doenças recorrentes em função de condições inadequadas de saneamento e pouca orientação em relação ao uso adequado da água. Nos povos tradicionais que vivem no Amazonas são frequentemente acometidos por espécies de helminto, provocando doenças intestinais que refletem as precariedades do ambiente e as desfavoráveis condições em que vivem (MAGALHÃES FILHO; PAULO, 2017).

Outro agravante é que somente 46% (n= 5.269) das equipes confirmaram que os agentes comunitários de saúde orientam a população com relação ao uso adequado e boa qualidade dos reservatórios de água em áreas de assentamentos rurais, enquanto nas comunidades quilombolas 42% (n= 3.169) das equipes confirmaram a realização dessa ação. A falta de orientação em relação ao tratamento adequado da água e em relação à manutenção e limpeza dessas cisternas pelas equipes de saúde acaba acarretando alguns problemas endêmicos relacionados a doenças infecciosas de veiculação hídrica aumentando assim as taxas de mortalidade, sobretudo, mortalidade infantil. É notório que a construção dessas cisternas foi um avanço, mas não basta apenas construir é preciso orientar essas comunidades sobre os cuidados a serem adotados em relação à água e a manutenção dos reservatórios de armazenamento, a fim

de minimizar os riscos de contaminação e conseqüentemente de doenças (MAGALHÃES FILHO; PAULO, 2017).

É interessante mencionar ainda que o saneamento básico não se resume apenas a construção de instalações adequadas para o abastecimento público de água potável. Inclui-se ainda ações de coleta, transporte e descarte do lixo em lugares apropriados, bem como tratamento, drenagem e manejo das águas pluviais urbanas. Tais ações se aliam ainda as políticas sociais e econômicas que são indispensáveis para proteção e redução do risco de doenças, assegurando ações de promoção, prevenção e recuperação em saúde (FOLLADOR *et al.*, 2015). Nesse sentido, ressalta-se a urgência de considerar o humano, a biologia, o estilo de vida e o ambiente enquanto componentes que determinam diretamente os modos de vida e as condições de saúde e de saúde mental de diferentes grupos sociais. Diante disso, é perceptível que a saúde atravessa também a questão da desigualdade social (BERGAMASCO, 1997; MACEDO *et al.*, 2016; DIMENSTEIN *et al.*, 2019).

O uso de agrotóxicos também é uma problemática que afeta diretamente a vida dos povos tradicionais. Trata-se de produtos químicos que têm a função de combater pragas em animais e doenças nas produções agrícolas (em larga escala ou na agricultura familiar). Esses produtos começaram a ser utilizados no Brasil por volta da década de 1940, tornando o país, em 2008, o principal mercado consumidor de agrotóxicos no mundo. Esse crescimento deu-se em função do fomento e incentivos financeiros do governo federal para o aumento da produção e desenvolvimento econômico do país (FOLLADOR *et al.*, 2015).

Apesar disso, apenas 26,8% (n = 3.032) das equipes da Atenção Básica (ESF e NASF) afirmaram realizar orientação à população quanto ao uso seguro de agrotóxicos em assentamentos rurais e 19,3% (n = 1.454) em comunidades quilombolas. O uso de agrotóxicos traz inúmeros riscos e impactos à saúde humana, dentre eles estão o risco de desenvolvimento de alguns tipos de câncer, intoxicação aguda, irritações nos olhos e mucosas causando alergias de pele e crises de asma brônquica, além de seu uso também estar associado à diminuição da atividade visual e ao parkinsonismo. Devido à sua ação no sistema nervoso central e, nos casos de exposição intensa, provocam faringite, dermatite, conjuntivite e bronquites, além de problemas nos sistemas neurológicos, respiratório, reprodutivo, cardiovascular, disfunções oculares, gastrointestinais e cutâneos também podem estar associados ao uso dessas substâncias (GARCIA; LARA, 2020).

Diante do exposto, percebe-se que, apesar do esforço na implementação de políticas públicas em saúde específicas para os povos tradicionais, as iniquidades em que vivem essas populações torna ainda mais urgente a necessidade de investigações para avaliar o acesso e a organização das ações em saúde para esses povos. Formas discriminatórias relacionadas ao racismo institucional reforçam e aprofundam tal quadro de desigualdades gerando diferenciais de acesso e oferta de ações em saúde em comunidades quilombolas (BIATO; OLIVEIRA, 2019; LEITE *et al.*, 2021).

O racismo institucional caracteriza-se por comportamentos, práticas e normas discriminatórias praticados no dia a dia do trabalho e dos serviços que têm como consequências a reprodução de estereótipos e preconceitos racistas, produzindo obstáculos e barreiras de acesso a certos serviços, inclusive, no campo das políticas de direitos. Apesar da temática do racismo ter crescido nos últimos anos, a discussão específica sobre o racismo institucional é relativamente nova (MACEDO *et al.*, 2021). Carneiro *et al.* (2015) atribuem, inclusive, ao fato de as instituições não se reconhecerem enquanto reprodutoras desse tipo de racismo, em função da falsa ideia de democracia racial de harmonia e igualdade entre as raças. É interessante afirmar que ao longo do tempo o Estado vem legitimando o racismo institucional ao dispor políticas que acabam tornando o acesso desigual aos diferentes grupos étnicos. Esse tipo de racismo apresenta-se de forma sutil e não se reduz a atos isolados de indivíduos, mas sim de todo o sistema que produz e fomenta essas desigualdades (SILVA; LIMA, 2021).

Desse modo, não é possível pensar o exercício de cidadania, inclusive no âmbito da saúde, descolado das questões raciais (QUADROS *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2022). Perceber como as instituições estão diretamente envolvidas no processo de desigualdade racial e como a sociedade internaliza esse processo e contribui para a sua manutenção ou minimização é um desafio para os trabalhadores e gestores da saúde e demais políticas públicas. O acesso e as oportunidades da população negra em relação aos serviços de saúde aumentaram (NOGUEIRA *et al.*, 2010), porém, os índices históricos em relação à desigualdade entre negros e brancos não estão sendo significativamente alterados.

Na medida em que as instituições não fornecem informações sobre as populações historicamente negligenciadas ou afirmam que não realizam ações e não atendem essa população estão praticando o racismo institucional, já que teoricamente o Estado deveria fornecer todo o aparato técnico, estrutural e humano para que todas as pessoas tivessem acesso aos cuidados em saúde. Este cenário de descaso e desigualdades no acesso à saúde entre os brasileiros ficou absolutamente evidente com a eclosão da pandemia da Covid-19 em 2020

(SANTOS *et al.*, 2020). Os resultados obtidos neste estudo só reforçam que é preciso avançar nas discussões étnico-raciais e na temática do racismo institucional, tão normalizado e desconsiderado no dia a dia (SILVA; NASCIMENTO, 2019).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou discutir a forma como tem se organizado no país os serviços de Atenção Primária para a população que vive em áreas de assentamentos rurais e comunidades quilombolas. Nesse sentido, destaca-se que a despeito da distribuição majoritária de equipes da ESF e NASF em regiões do país que apresentam perfil mais precário em termos das condições de vida da população, especialmente a rural, como é o caso do Nordeste brasileiro, alguns problemas ficam evidentes em relação à organização da oferta de cuidados em saúde nessas áreas. Há problemas de ordem estrutural, de recursos humanos e financeiros em grande parte dos municípios de pequeno porte que afetam diretamente o planejamento da atenção. Além disso, parece que a realidade das condições de vida dessas populações não só é desconhecida, como não alimenta o cotidiano do trabalho das equipes da Atenção Primária, incluindo os ACS.

Fica evidente que em termos de acessibilidade, esses moradores, em particular, os de comunidades quilombolas, enfrentam muitos obstáculos e seguem excluídos dos cuidados básicos em saúde. Tomando-se como princípio que as equipes da Atenção Primária deveriam desenvolver ações permanentes voltadas para a comunidade, levando em conta as condições raciais/étnicas, de acordo com suas demandas e especificidades, assim como coordenadas com os outros níveis de atenção do SUS, os resultados do PMAQ apontam para a manutenção do cenário histórico de negligência em relação à população rural. É necessário investir na reorganização dos processos de trabalho, potencializando as tecnologias já utilizadas nesse nível de atenção como é o caso das visitas domiciliares, da presença do ACS no território de vida dessas pessoas, dos saberes e modos de vida próprios dessas comunidades, ampliando assim a capacidade resolutiva das equipes e a sustentabilidade dos vínculos entre profissionais e usuários.

REFERÊNCIAS

BERGAMASCO, S. A realidade dos assentamentos rurais por detrás dos números. **Estudos Avançados**, v. 11, n. 31, p. 37-49, dez. 1997. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-40141997000300003>>. Acessado em: Fev. 2023.

BIATO, S.; OLIVEIRA, A. Racismo Institucional na Saúde. **Moitará**, v. 1, n. 3, p. 118-138, 2019. Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/mrсс/article/view/5485/2935>>. Acessado em: Fev. 2023.

BRASIL. Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. **Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm>. Acessado em: Fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável-PAB Variável**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acessado em: Fev. 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta**. Brasília, 2013a. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf>. Acessado em: Fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde integral da população negra: Uma política do SUS**. Brasília, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf>. Acessado em Fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência Social. Departamento de Proteção Social Básica. **Atendimento a Povos e Comunidades Tradicionais na Proteção Social Básica**. Brasília, 2019. Disponível em <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/http://blog.mds.gov.br/redesuas/wp-content/uploads/2019/06/Informativo-Atendimento-PCTs-na-PSB.pdf>. Acessado em: Fev. 2023.

CARNEIRO, F. *et al.* **Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2015.

COTRIM, I.; SILVA, L.; SOUZAS, R. Cenários da Saúde da População Negra no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 10, e00143517, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00143517>>. Acessado em Fev. 2023.

DANTAS, C. *et al.* Território e determinação social da saúde mental em contextos rurais. **Athenea Digital**, v. 20, n. 1, p. 1-21, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2169>>. Acessado em: Fev. 2023.

DIEGUES, A. **Os saberes tradicionais e a biodiversidade no Brasil**. São Paulo: MMA/COBIO/NUPAUB/USP, 2000.

DIMENSTEIN, M. *et al.* (Org.) **Condições de vida e saúde mental em contextos rurais**. São Paulo: Intermeios, 2016.

DIMENSTEIN, M. *et al.* A saúde mental e atenção psicossocial: Regionalização e gestão do cuidado integral no SUS. **Salud e Sociedad**, v. 9, n. 1, p. 70-85, 2018. Disponível em: <<https://revistas.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/2869>>. Acessado em: Fev. 2023.

DIMENSTEIN, M. *et al.* Alcohol Consumption in a Quilombola - Maroon Community in the Northeast of Brazil. **Cuadernos de Psicología**, v. 21, n. 1, p. 1-13, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1479>>. Acessado em: Fev. 2023.

DIMENSTEIN, M. Psychology, Mental Health and Primary Care. *In*: KOLLER, Silvia Helena. (Org.). **Psychology in Brazil Scientists Making a Difference**. Switzerland: Springer, 2019, p. 311-331.

DUTRA, R.; SOUZA, M. Impactos negativos do uso de agrotóxicos à saúde humana. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 13, n. 24, p. 127-140, 2017. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/34540>>. Acessado em: Fev. 2023.

ESTENSSORO, L. **Capitalismo, desigualdade e pobreza na América Latina**. 2003. 286f. (Tese de doutorado). São Paulo. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/T.8.2003.tde-23102003-072125>>. Acessado em: Fev. 2023.

FERNANDES, S.; MACEDO, J. Quilombola Communities in Brazil: Advances and Struggles in the Face of Setbacks Experienced in the Current Neoliberal Scenario. *In*: LEITE, Jäder *et al.* (Org.). **Psychology and Rural Contexts. Psychosocial Dialogues from Latin America**. Switzerland: Springer, 2021, p. 143-164.

FOLLADOR, K. *et al.* Saneamento básico: meio ambiente e saúde. **Revista UNINGÁ Review**, v. 23, n. 1, p. 24-28, 2015. Disponível em: <<https://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1636>>. Acessado em: Fev. 2023.

GARCIA, S.; LARA, T. O impacto do uso dos agrotóxicos na saúde pública: revisão de literatura. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 8, n. 1, p. 85-96, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v8i1.6087>>. Acessado em: Fev. 2023.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 867-874, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>>. Acessado em: Fev. 2023.

LEITE, I. Os quilombos no Brasil: questões conceituais e normativas. **Etnográfica**, v. 4, n. 2, p. 333-354, 2000. Disponível em: <http://ceas.iscte.pt/etnografica/docs/vol_04/N2/Vol_iv_N2_333-354.pdf>. Acessado em: Fev. 2023.

LEITE, J. *et al.* (Org.) **Psychology and Rural Contexts. Psychosocial Dialogues from Latin America**. Switzerland: Springer, 2021.

LIMA *et al.* **Qualidade da atenção básica por tipos de regiões de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; São Paulo: USP, 2016. Disponível em: <https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2016/07/NovosCaminho12.pdf>. Acessado em: Fev. 2023.

LIMA, A. *et al.* Necessidades de saúde da população rural: como os profissionais de saúde podem contribuir? **Saúde em Debate**, v. 43, n. 122, p. 755-764, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912208>>. Acessado em: Fev. 2023.

LITTLE, P. E. Territórios sociais e povos tradicionais no Brasil: por uma antropologia da territorialidade. **Anuário Antropológico**, v. 28, n. 1, p. 251-290, 2003. Disponível em: <<https://periodicos.unb.br/index.php/anuarioantropologico/article/view/6871>>. Acessado em: Fev. 2023.

MACEDO, J. P. *et al.* Condições de vida, acesso às políticas e racismo institucional em comunidades quilombolas. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 14, n. 1, p. 1-28, 2021. Disponível em: <<http://doi.org/10.36298/gerais202114e15488>>. Acessado em: Fev. 2023.

MACEDO, J. P. *et al.* Condições de vida, pobreza e consumo de álcool em assentamentos rurais: desafios para atuação e formação profissional. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 11, n. 3, p. 552-569, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082016000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: Fev. 2023.

MAGALHÃES FILHO, F.; PAULO, P. Abastecimento de água, esgotamento doméstico e aspectos de saúde em comunidades Quilombolas no Estado de Mato Grosso do Sul. **Interações**, v. 18, n. 2, p. 103-116, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.20435/inter.v18i2.1435>>. Acessado em Fev. 2023.

MARTINS, A. **Potencialidades transformadoras dos movimentos camponeses no Brasil contemporâneo: as comunidades de resistência e superação no MST**. 2004. 223 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004. Disponível em: <<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/3877>>. Acessado em: Fev. 2023.

NOGUEIRA, S. *et al.* Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 14, n. 4, p. 322-329, 2010. Disponível em: <<http://doi.org/10.1590/S1413-35552010005000019>>. Acessado em: Fev. 2023.

NORDER, L. **Assentamentos rurais: casa, comida e trabalho**. 1997. 143f. (Dissertação de mestrado). Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 1997. Disponível em: <<https://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/278983>>. Acessado em: Fev. 2023.

PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 11-31, 2011. Disponível em: <<https://.arca.fiocruz.br/handle/icict/39645>>. Acessado em: Fev. 2023.

PEREIRA, B.; DIEGUES, A. Conhecimento de populações tradicionais como possibilidade de conservação da natureza: uma reflexão sobre a perspectiva da etnoconservação. **Desenvolvimento e Meio Ambiente**, n. 22, p. 37-50, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.5380/dma.v22i0.16054>>. Acessado em: Fev. 2023.

PEREIRA, P. **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008.

PINTO, E.; SOUZAS, R. Etnicidade e saúde da população negra no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p. 1144-1145, 2002. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2002.v18n5/1144-1145/>>. Acessado em: Fev. 2023.

QUADROS, A. *et al.* Racismo institucional: uma revisão integrativa sobre a saúde da população negra. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 10, p. 81483–81492, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.34117/bjdv6n10-538>>. Acessado em: Fev. 2023.

SANTOS, G. *et al.* Política pública, saúde e racismo: revisão integrativa da literatura. **Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva**, v. 3, p. 1-15, 2022. Disponível em: <<https://www.revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/14537>>. Acessado em: Fev. 2023.

SANTOS, J.; DIAS, S. Análise da percepção de atores envolvidos em programa de Educação Ambiental aplicado na implantação de cisternas rurais. **Revista Brasileira de Educação Ambiental**, v. 10, n. 3, p. 41-59, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.34024/revbea.2015.v10.1928>>. Acessado em: Fev 2023.

SANTOS, M. *et al.* População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avançados**, v. 34, n. 99, p. 225-243, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.014>>. Acessado em: Fev. 2023.

SILVA, H.; LIMA, T. Racismo institucional: violação do direito à saúde e demanda ao Serviço Social. **Revista Katálysis**, v. 24, n. 2, p. 331-341, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e77586>>. Acessado em: Fev. 2023.

SILVA, M. **A titulação das terras das comunidades tradicionais quilombolas no Brasil: análise da atuação do Estado**. 2017. 314f. Tese (Doutorado em Geografia Humana) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/T.8.2018.tde-09042018-155054>>. Acessado em: Fev. 2023.

SILVA, M.; NASCIMENTO, G. Racismo institucional: da perpetuação da discriminação racial, às formas de enfrentamento do grupo de trabalho de combate ao racismo do ministério público de Pernambuco. **Brazilian Journal of Development**, v. 5, n. 7, p. 8737–8762, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.34117/bjdv5n7-083>>. Acessado em: Fev. 2023.

SILVA, S. **A agricultura familiar e suas múltiplas interações com o território: Uma análise de suas características multifuncionais e pluriativas**. Rio de Janeiro: IPEA, 2015.

SOARES, A. *et al.* Cuidado em saúde às populações rurais: perspectivas e práticas de agentes comunitários de saúde. **Physis**, v. 30, n. 3, p. 1-19, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300332>>. Acessado em: Fev. 2023.

SOMBRA, L. *et al.* Condições de vida e saúde de famílias rurais no sertão cearense: desafios para Agenda 2030. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 132, p. 148-162. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202213210>>. Acessado em: Fev. 2023.

THUM, C. Povos e Comunidades tradicionais: aspectos históricos, conceituais e estratégias de visibilidade. **Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental**, n. especial, p. 162-179, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.14295/rema.v0i0.6899>>. Acessado em: Fev. 2023.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 535-549, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>>. Acessado em: Fev. 2023.

CAPÍTULO 9

DO CAPSI II AO CAPSI III: TRANSFORMAÇÃO E CONSTRUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO À CRISE EM SAÚDE MENTAL

Pedro Gayoso de Carvalho Gonçalves

RESUMO

Este relato de experiência tem como finalidade primordial discutir e apresentar as mudanças graduais – de natureza estrutural-espacial e subjetiva – de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) II para III, tendo como recorte as modulações referentes a atenção à crise em saúde mental, com a introdução do acolhimento 24 horas ao longo do ano de 2022. Encadeando um diálogo com a atenção psicossocial e com a reforma psiquiátrica brasileira, procurou-se apostar em uma oferta de cuidado que tinha como horizonte de referência o cuidado em liberdade com corresponsabilização profissional-usuário, em consonância com uma escuta ativa acolhedora e sensível, tendo como fundamentação teórica a proposição de clínica ampliada em saúde mental em composição com conceituações advindas da psicologia social. Uma metodologia que se propõe a apreender o sujeito em tratamento no serviço de saúde como complexo e singular em seus atravessamentos psicossociais, necessitando, assim, de um cuidado multiprofissional integral e responsivo. No que tange às mudanças estruturais-espaciais, foram identificadas transformações no mobiliário físico espacial interno, além de duas particularidades que moldam a relação que o CAPSi estabelece com a territorialidade sócio-espacial ao seu redor: sua disposição localizada internamente a um campus universitário e seu posicionamento centralizado em uma zona geograficamente delimitada da cidade que é privilegiada economicamente e em termos de equipamentos intersetoriais. No que se refere aos aspectos subjetivos, foram evidenciados tanto o descolamento de práticas análogas ao modelo asilar por parte dos profissionais envolvidos com o serviço quanto uma ressignificação mais ampla que entendeu a atenção à crise em saúde mental e o acolhimento 24 horas como um processo contínuo de cuidado ampliado. A congregação dos fatores estruturais-espaciais e subjetivos foi possibilitada através do tensionamento da tessitura relacional ao se elaborar, pelo formato de roda de conversa, uma construção coletiva dialógica entre profissionais e profissionais e usuários. As conversações construídas serviram como sustentáculo para que a palavra circulasse, fortalecendo as vinculações transferenciais existentes no bojo da saúde mental, ao estabelecerem uma articulação clínica-política para consolidação de um serviço de acolhimento 24h que operasse fora da lógica manicomial, em uma proposição que visou desconstruir e destruir práticas manicomialis ainda presentes no discurso psicossocial em serviços de portas abertas. As argumentações empreendidas possibilitaram, por sua vez, congregarem os fatores estruturais e subjetivos encontrados para se pensar uma atenção à crise em saúde mental descolada de uma atenção à crise estritamente psiquiátrica, análoga ao modelo asilar. A articulação clínica-política amplificou a própria definição de cuidado, diluindo as noções de interno e externo no serviço, demonstrando que não há um dentro e fora que não aquele subjetivo reeditado através de práticas manicomialis.

PALAVRAS-CHAVE: CAPSi. Acolhimento. Crise. Saúde mental.

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho visa abordar, por meio de um relato de experiência, a mudança não somente estrutural, de transformação espacial de um Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi) II para III, mas também subjetiva, tanto na equipe quanto nos usuários que faziam uso do serviço à época. Um trabalho que, baseado em uma lógica antimanicomial, procurou estabelecer vinculações entre os profissionais do serviço substitutivo de saúde e seus usuários, favorecendo o trabalho terapêutico e a escuta ancorada na singularidade do sujeito.

Um percurso confeccionado através de uma construção coletiva dialógica, com a participação ativa dos usuários, atentando-se para que a nova oferta de acolhimento 24h – com a passagem estrutural-espacial e subjetiva do CAPSi II para o III – não se tornasse sinônimo de internação, com a repetição de práticas análogas ao modelo manicomial ainda em voga em partes do país.

Assim, o objetivo do presente relato é desvelar, por meio da experiência institucional vivida e de sua posterior articulação com conceitos e autores que dialogam com a atenção psicossocial e com a reforma psiquiátrica brasileira, a mudança gradativa – estrutural e subjetiva – de um CAPSi II para um CAPSi III na cidade do Rio de Janeiro e suas repercussões no que tange à construção do cuidado na atenção à crise em saúde mental, com a introdução do acolhimento 24 horas ao longo do ano de 2022.

Para que se desvele a mudança gradual e seus efeitos, entretanto, faz-se necessário uma conceituação prévia do que vem a ser o dispositivo do CAPSi. O CAPSi, em contrapartida, necessita ser conceituado de modo distinto de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), ainda que ambos operem em uma lógica de serviço especializado em saúde mental de portas abertas (BRASIL, 2004).

Pensar na perspectiva de uma atenção à saúde mental voltada para o público infanto-juvenil prognostica uma convocação que tem como cerne a especificidade da criança e do adolescente, o que “[...] solicita um olhar singular acerca de suas necessidades e estratégias de cuidado” (FERNANDES *et al.*, 2020, p. 726).

Assim sendo, os CAPSi compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela portaria nº 3088/2011 (BRASIL, 2011), com o objetivo de aprofundar a articulação entre os pontos da rede de saúde mental, tendo como particularidade o cuidado em saúde do público adolescente e infantil (BRASIL, 2011; FERNANDES *et al.*, 2020).

Os CAPSis atuam articulando a RAPS em um papel estratégico para a promoção da saúde mental, ao organizarem a rede comunitária de cuidados e os recursos ali depreendidos (BRASIL, 2004); operam, assim, em uma lógica substitutiva ao modelo asilar de internação compulsória, através de uma equipe multiprofissional amparada em uma proposta de cuidado em saúde ampliado e integral, utilizando a intersetorialidade enquanto estratégia de ação (FIGUEIREDO, 2019).

A intersetorialidade, por sua vez, pode ser entendida como uma estratégia que inaugura um novo paradigma, em um movimento de composição com a descentralização e o

desenvolvimento social, em linha com o pretendido por Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997). É por meio dela que se promove uma articulação “[...] de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social.” (JUNQUEIRA *et al.*, 1997, p. 24).

Dessa maneira, o CAPSi aparece como expressão de um movimento maior na saúde mental de articulação em rede, através da intersectorialidade, para a promoção do cuidado em saúde integral e ampliado, com o viés de sua especificidade voltada para crianças e adolescentes com transtornos psíquicos graves, em linha com o preconizado pelo Ministério da Saúde:

O CAPSi é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicologicamente. Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. (BRASIL, 2004, p. 23).

É, pois, um dispositivo com raízes na reforma psiquiátrica brasileira – movimento clínico-político iniciado em meados dos anos 1980 –, que trabalha exercitando continuamente um fortalecimento de natureza ético-política da autonomia e liberdade do usuário em seu tratamento, com seus profissionais operando “Tentando, buscando construir um espaço social para a loucura na cidade” (DELGADO, 2009, p. 59), com vistas a reinserir esse sujeito cidadão detentor de direitos no laço social, no território existencial cidadão (AMARANTE; TORRE, 2018).

Neste prosseguimento, o delineamento aqui exposto, de foco na atenção à crise em saúde mental, tendo como pano de fundo a introdução do acolhimento 24h no CAPSi objeto do estudo, se propõe a fomentar uma discussão acerca da problemática envolvida quando se faz uma utilização do termo “crise” pautada em uma medicalização da vida (CONRAD, 2007) que empurra o usuário para um saber medicalizante ancorado na psiquiatria tradicional. Essa medicalização termina por implicar em um trabalho de enquadramento do louco em um novo estatuto social, civil e jurídico de alienação, submetido às regulações do saber psiquiátrico (CASTEL, 1978 *apud* AMARANTE; TORRE, 2018).

Com o intuito de se evitar uma institucionalização do CAPSi, apostou-se numa oferta de cuidado em saúde que tinha como referencial o cuidado em liberdade com corresponsabilização profissional-usuário em estreita relação com a escuta ativa pautada na autonomia. Optou-se metodologicamente pela proposição de clínica ampliada em saúde mental, que busca compreender o processo saúde-doença em termos amplificados, construindo de

forma compartilhada terapêuticas que atuam como vetores de fuga a um pensamento universalizante do binômio saúde-doença, por meio da integração de variadas abordagens transdisciplinares e, portanto, multiprofissionais (BRASIL, 2009).

A necessidade de um acolhimento noturno buscou ser pensada com vistas a uma ressignificação do próprio conceito de atenção à crise em saúde mental, procurando deslocá-lo de uma psiquiatrização da vida, carregada pela logicidade dos manicômios e seus espaços intramuros; para uma potencialização da vida dos sujeitos em acompanhamento no CAPSi, pelo estímulo ao cuidado em liberdade, a promoção da vida, a restituição ao laço social e a circulação no território da cidade.

Evitou-se, assim, reforçar o pendor observado no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) que “parece ser a tendência à medicalização dos comportamentos humanos de nossa época, ao transformá-los em patológicos em seus mínimos detalhes” (AMARANTE; FREITAS, 2012, p. 1).

Nesse sentido, procurou-se entender o acolhimento 24 horas e a atenção à crise em saúde mental a partir de uma elaboração conjunta com os profissionais, atuando ativamente para evitar por o diagnóstico a frente do sujeito, o que poderia desembocar em uma fragmentação do cuidado e desresponsabilização no trabalho (BRASIL, 2009). Um exercício de compartilhamento de casos de usuários singulares, com suas questões e dilemas, em um fortalecimento da tessitura relacional estabelecida entre o CAPSi e as crianças e adolescentes que dele fazem uso. Afinal de contas, “é preciso criar, observar, escutar, estar atento à complexidade da vida das pessoas, que é maior que a doença ou transtorno” (BRASIL, 2004, p. 17).

2. METODOLOGIA

A fundamentação metodológica baseou-se no uso de fontes bibliográficas captadas na plataforma Scielo relacionadas aos aspectos concernentes à temática proposta. Assim sendo, optou-se pelo uso de artigos que conversassem com a atenção psicossocial, tendo como horizonte conceitual a proposta de clínica ampliada em saúde mental.

Em uma composição multidisciplinar com a psicologia social, fez-se utilização de livros integrantes da literatura dos filósofos da diferença, notadamente Michel Foucault, Gilles Deleuze e Felix Guattari, além de Walter Benjamin, interligando o ato autônomo e inventivo de narrar a si mesmo como uma saída ao paradigma que psiquiatriza a vida daqueles não

incorporados à norma do discurso médico, em uma restituição do sujeito dito desviante ao território subjetivo da cidade.

Houve também a conjugação da experiência institucional com a bibliográfica especializada na área, de maneira a prover uma articulação entre prática e teoria, possibilitando um maior enriquecimento para a confecção do presente relato, contribuindo para subsídios outros na abordagem do cuidado na atenção à crise em saúde mental com a transformação de CAPSi II para III.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 O CAPSi e seus desdobramentos estruturais-espaciais

O CAPSi alvo do presente estudo é organizado em uma equipe geral, subdivida em duas equipes multiprofissionais: área de planejamento (AP) 1.0 e 2.1, com a 1.0 servindo de retaguarda ou suporte e a 2.1 de referência. Cada subdivisão é responsável por porções territoriais que se intercomunicam pela via da articulação em rede, promotora de um cuidado em saúde mental integral e responsivo.

Cada mini equipe possui sob sua responsabilidade certo número de profissionais que são referência para àqueles usuários domiciliados em seu território de abrangência ou que se encontram em situação de rua. O desdobramento em mini equipes facilita o exercício multidisciplinar do cuidado, organizando de modo mais eficaz o processo de trabalho interno e externo.

A conexão do interno com o externo, diluindo as noções de dentro e fora, associa-se a uma posição esvaziada de saberes e disponível ao ouvir por parte dos profissionais, proporcionando uma subversão à lógica do senso comum moralizante, que promove por meio de um discurso normatizador do saber médico, escorado no biopoder (FOUCAULT, 1977), uma colagem da ideia de ética a um discurso dogmático, amparado em leis e normas de uma moral que faz com que o Homem da Ética seja dominado pelo Homem da Moral (ROLNIK, 1992).

Discurso médico que configura uma normatização dos corpos pela via narrativa, produzindo um controle que direciona o sujeito para aquilo considerado legítimo e verdadeiro pelo saber dominante (FOUCAULT, 1977). Nesse sentido, aquele que não se inscreve na normatização impetrada pelo saber medicalizante, o dito louco, é confiscado do espaço social da cidade, relegado a um estatuto de objeto, e recolhido em uma instituição asilar. A loucura,

portanto, termina por ser deslocada para o cativo do discurso institucional produzido pelo saber médico (FOUCAULT, 1978).

A escuta ativa, sem concepções a priori que ocasionassem julgamentos, inspirada no posicionamento de “aprendiz de clínica” trazido por Zenoni (2000), permitiu subverter esse discurso médico tradicional, sustentando um trabalho de acolhimento que se desviou das amarras de uma hierarquização invisível profissional-usuário que pudesse vir a se estabelecer ao longo do processo de vinculação.

O acolhimento, no que lhe concerne, será fortalecido mediante a identificação das mudanças estruturais-espaciais e subjetivas no processo de transmutação em curso de CAPSi II para III, em uma operação conjunta de apontamento e apropriação das mudanças percebidas com vistas à uma ressignificação do acolhimento noturno e da atenção à crise em saúde mental. Isto posto, é necessário um olhar mais perscrutado em relação às mudanças ocorridas para que se possa compreender o papel delas no processo contínuo de ampliação do cuidado em curso.

O CAPSi possui algumas particularidades estruturais que merecem um olhar mais aprofundado ao pensá-lo em termos de espacialidade territorial na cidade. Além da mudança ocorrida no mobiliário físico-espacial na interioridade do CAPSi, com a introdução de leitos e pequenas reformas; seu papel enquanto dispositivo substitutivo na rede de saúde mental ao modelo asilar se coaduna com dois outros fatores sócio-espaciais que influem na relação possível de ser estabelecida com o território em que se encontra: uma disposição que o localiza dentro de um campus universitário e seu posicionamento central em uma zona privilegiada economicamente e em termos de oferta de equipamentos intersetoriais.

Sua disposição dentro de um campus de uma universidade pública encerra o desafio, contornado em conjunto pela equipe, de reafirmação de sua vocação como equipamento de saúde mental de portas abertas ao passo em que transpõe a barreira do acesso e da acessibilidade. Uma dificuldade que se soma à localização interna na espacialidade estudantil e a falta de uma porta física que ponha o CAPSi diretamente em contato com a cidade, território existencial e campo de disputas de narrativas e produção de verdades (AMARANTE; TORRE, 2018).

Acesso e acessibilidade, por seu turno, estão intimamente ligados ao princípio da universalidade do SUS. Nessa toada, os conceitos se imiscuem em um jogo articulatório que viabiliza ou não a obtenção de cuidados em saúde por um determinado sujeito no SUS: “Acessibilidade ou acesso aparecem como um dos aspectos da oferta de serviços relativos à

capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população” (DONABEDIAN, 2003 *apud* ALBUQUERQUE *et al.*, 2014, p. 183).

Este primeiro fator sócio-espacial que singulariza o CAPSi, pode, a uma primeira vista, soar como um empecilho ao trabalho multiprofissional de construção de um cuidado em saúde integral e universal. O fato de estar relativamente escondido dos transeuntes que circulam por aquela área do território existencial vivo da cidade, pelo seu posicionamento interno ao campus, ainda atua como um impedimento. No entanto, tem havido um exercício contínuo de subversão do papel do campus enquanto obstáculo intransponível ao transmutá-lo de barreira de acesso e acessibilidade ao serviço para dispositivo terapêutico aglutinado.

O aglutinamento do campus como um elemento físico, porém vivo e pulsante, ao CAPSi, favoreceu que, aquilo que funcionava como uma dificuldade à sua efetivação como dispositivo de base territorial, de portas abertas e voltado à rua, fosse aproveitado de algum modo como um dispositivo de auxílio terapêutico. Os elementos presentes e constituintes do campus, tais como as áreas arborizadas e os locais específicos para alimentação, passaram a se congregarem ao serviço, coadunados às estratégias de manejo dos usuários em atendimento.

Assim, o campus passou a operar em uma nova lógica, de potencialização do trabalho terapêutico empreendido no serviço de saúde, fortalecendo a dimensão territorial do serviço, através dos passeios com acompanhantes terapêuticos; atendimentos pontuais nas cercanias; interligação com equipamentos intersetoriais; dentre outros. Favoreceu, assim, o exercício de estratégias de manejo na saúde mental que demonstraram que o cuidado a ser oferecido é, frequentemente, aquele possível, e no dito momento oportuno, *Kairós*.

O posicionamento do CAPSi em uma zona economicamente privilegiada também é uma outra particularidade estrutural-espacial importante de ser apontada. Sua posição, configurada em uma zona privilegiada em termos socioeconômicos em relação às demais da cidade, termina por se refletir na oferta disponível de equipamentos que podem vir a ser utilizados no manejo terapêutico com os usuários. Nesse sentido, o serviço usufrui de acesso próximo às praias, shoppings, museus e outros equipamentos de lazer e cultura que possuem potencial como suportes ao cuidado ampliado em saúde.

No artigo de Massa e Moreira (2019), em que entrevistaram usuários de um serviço de residência terapêutica (SRT), fica clara a associação feita pelos participantes entre saúde, cuidado em saúde e a possibilidade de utilização dos equipamentos de lazer e cultura da cidade, com os últimos aparecendo como integrantes de um espaço ampliado de saúde.

Uma maneira de apropriação do território espacial urbano conforme seus projetos e interesses (MASSA; MOREIRA, 2019), em que esses sujeitos detentores de direitos conseguem, ainda que precariamente, criar novos territórios existenciais singulares, reafirmando sua presença na pólis: “Estar na cidade pode ser considerado um gatilho para a real inclusão, em um duplo processo de habilitação, da cidade e das pessoas” (MASSA; MOREIRA, 2019, p. 11).

Territórios existenciais que permitem um fortalecimento do processo de apropriação da cidade por sujeitos marginalizados, amolecendo segmentaridades que os põem de antemão como doentes ou loucos, em uma operação singular de territorialização com reconstituição subjetiva de novos territórios promotores de vida e da saúde em liberdade.

3.2 As mudanças subjetivas e a ressignificação da atenção à crise na saúde mental

Ressignificar o termo “crise” na saúde mental passou por uma operação de torção da própria terminologia conceitual da dita palavra, em um exercício de problematização que buscou realizar um estranhamento do que seria uma crise com a equipe componente do serviço de saúde, além dos usuários e familiares. Assim, a “crise” foi gradativamente retirada de um computo quase que automático, baseado em uma lógica psiquiatrizante da vida, para um que procurava restringir sua utilização a casos específicos.

Nesse sentido, empenhou-se na estruturação de um pensamento em atenção à crise em saúde mental em termos opostos àqueles estritamente psiquiátricos, em uma proposta ampliada em saúde multiprofissional e que punha no centro da discussão a singularidade própria de cada sujeito participante do cotidiano do centro de atenção psicossocial infanto-juvenil.

Trocando em pormenores, almejou-se um afastamento crítico da lógica psiquiátrica tradicional focada no binômio saúde-doença e na terapêutica centrada na figura do médico e do hospital psiquiátrico, que fazem desaparecer o sujeito em sofrimento mental ali presente, possuindo baixa resolutividade e fortalecendo a dependência em relação ao manicômio, ao reforçar a normalização e violência (COSTA, 2007 *apud* CRUZ *et al.*, 2019).

O enquadramento do alienado pela instituição médica totalizante reforça o paradigma de controle biopolítico da vida (FOUCAULT, 1977), levando práticas e teorizações componentes da estrutura do poder asilar a serem transpostas para uma situação de atendimento à crise em saúde mental num serviço que, em tese, deveria estar em contraposição à lógica manicomial.

A falta de estranhamento e problematização do que pode vir a ser uma atenção à crise no âmbito da saúde mental, leva o sujeito em sofrimento psíquico alvo da intervenção a ser apartado do seu laço social, desembocando em um processo de desterritorialização (DELEUZE; GUATTARI, 1996) com conseqüente perda do referencial identitário pela sua retirada de seu território subjetivo.

A atenção à crise quando operada dentro do modelo asilar produz afastamento do sujeito de seu meio, de sua comunidade, pela via da desterritorialização e das longas internações, que historicamente produzem moradores de hospitais psiquiátricos. [Em vista disso] [...] a atenção à crise em saúde mental se constitui como um aspecto decisivo para indicar se a rede de atenção fornece uma resposta manicomial ou promotora de saúde mental (e protetora de direitos) nos momentos de maior fragilidade e sofrimento do usuário (CRUZ *et al.*, 2019, p. 119).

Freud (2019), nesse aspecto, fornece um importante elemento para se ponderar a respeito da relação entre um estranhamento e um agir automático, ao se debruçar sobre o conceito de estranho ou inquietante [*Unheimliche*]: “O inquietante é aquela espécie de coisa assustadora que remonta ao que é há muito conhecido, ao bastante familiar” (FREUD, 2019, p. 331).

Em uma analogia possível, é plausível entender que pode ser assustador para o profissional pensar em termos de construção de um cuidado na atenção à crise em saúde mental. Determinadas situações têm potencial para remetê-lo a algo inquietante e estranhamente familiar, em parte pela sua vivência no Sistema Único de Saúde (SUS) em outros dispositivos que operam em uma lógica distinta da atenção psicossocial; em parte pela sua experiência com familiares que não traduz, necessariamente, um cuidado em moldes psicossociais.

A resposta deste trabalhador, muitas vezes automática, tem potencial para resvalar em práticas manicomiais que mimetizam protocolos de crise em saúde do modelo asilar, corroborando para o aprofundamento de processos de perda das redes de relações e das redes subjetivas dos usuários dentro do próprio campo da saúde mental, produzindo uma nova institucionalização em um serviço tido como de portas abertas (AMARANTE; TORRE, 2018).

Nesse aspecto, pensar no cuidado na atenção à crise na saúde mental, em seu processo de resignificação e em seu descolamento em relação a uma atenção à crise estritamente psiquiátrica, também pressupõe atentar-se para a facilidade subjetiva e estrutural com que profissionais e espaços de saúde, respectivamente, tem de fechar-se em si. A banalidade do trancar-se em si asfixia tentativas de cuidado em liberdade e tutela os sujeitos em sofrimento mental de volta ao uso extensivo de psicofármacos, alienando-os de seu território existencial,

em um regime de desterritorialização afetiva radical, similar ao observado em Schmid e Serpa Junior (2019) em sua pesquisa sobre violência urbana e saúde mental.

Em termos mais práticos, o trabalho em progresso realizado ao utilizar o conceito de crise para casos específicos permitiu um maior cuidado em sua abordagem, evitando sua banalização e uma intensificação diagnóstica que reduzisse o sujeito a sua sintomatologia característica, atrelando-o a uma doença e desconsiderando os atravessamentos psicossociais que o fazem singular.

Ao se analisar no caso a caso, pela via da aposta na produção de vinculações entre usuários e profissionais, e com a utilização responsável do acolhimento 24h, foram se gerando torções que serviam como barreiras que evitavam um encaminhamento excessivo de casos ao manicômio, além de favorecerem que o acolhimento fosse feito de modo integral e ampliado, não se restringindo necessariamente à ambientação interna do CAPSi ou ao turno noturno.

Um acolher 24 horas, em composição com os princípios da integralidade e universalidade do SUS, compreendido pela equipe como um processo contínuo de amparo ampliado, em um encadeamento que prezava pela boa vinculação pelo cuidado na crise, com a composição entre equipe e usuários de um acolhimento pactuado, em linha com Teixeira *et al.* (2021).

Este modo de ação, por sua parte, ensejou um fortalecimento da estratégia coletiva de compartilhamento do cuidado do usuário em crise em oposição às práticas de internação recorrentes no ambiente do manicômio. Procurou-se, assim, salientar que a internação manicomial rompe “[...] radicalmente com a noção de território e de todos os conceitos diversos de integralidade e de diálogo terapêutico nela incluído” (TEIXEIRA *et al.*, 2021, p. 707).

A ressignificação do que vem a ser atenção à crise em saúde mental também percorreu o caminho que o profissional de saúde inserido no serviço perfaz. Descolar-se subjetivamente de práticas análogas ao modelo asilar, – produtoras de processos de isolamento profissional, fragmentação e individualização do cuidado e pouca transformação social (FERNANDES *et al.*, 2020) –, para aquelas que potencializam a vida dos sujeitos em sofrimento mental, tendo como referencial teórico a atenção psicossocial, requereu tempo e formação, em uma composição dialógica coletiva entre a equipe e os usuários componentes da estrutura do CAPSi que permanece operando e tendo seus efeitos recolhidos.

Por essa razão, as supervisões e reuniões de equipe serviram como suporte principal para que questões relacionadas à mudança do CAPSi II para o III fossem debatidas em coletivo,

com compartilhamento de experiências de outros CAPSis que haviam passado recentemente pela transição e com o acompanhamento, por parte da superintendência, da resolução de inquirições concernentes à fatores de ordem burocrática e institucional da passagem II para III.

A participação, em formato de rodas de conversa, dos profissionais de diversos CAPSis, serviu como sustentáculo para que a palavra pudesse circular, fortalecendo os vínculos na saúde mental ao articular clinicamente e politicamente um serviço de acolhimento que acolhesse não em termos de diagnóstico ou imerso na lógica manicomial; mas sim tendo como horizonte que “[...] não há produção de saúde sem produção de saúde mental e de cidadania” (FERNANDES *et al.*, 2020, p. 736).

Debater no coletivo também implicou conversar com os usuários sobre a mudança do perfil do serviço para 24h, principalmente nos espaços das oficinas e assembleias. A atenção psicossocial vem consubstanciada pelo processo de corresponsabilização profissional-usuário e pela participação ativa do último em seu tratamento. Em função disso, mostrou-se preponderante debater nos espaços institucionais intra e extramuros os efeitos da introdução do acolhimento 24h e da mudança do CAPSi II para III nos corpos e mentes dos usuários que ali fazem tratamento.

A circulação da palavra entre profissionais e entre profissionais e usuários veio, por esse ângulo, ao encontro de uma movimentação rumo a uma desconstrução do próprio dispositivo de saúde mental, ao problematizá-lo em termos de atenção à crise em saúde mental e acolhimento integral 24 horas, que não somente o noturno.

Argumentações que se desenrolaram e ainda se desdobram em uma perspectiva abarcadora de múltiplos pontos de vista, em formato de roda de conversa, numa espécie de reunião em que pacientes e sua rede de suporte participam de forma ativa, ampliando contornos para que nenhum elemento permaneça ao centro, proporcionando que, material e subjetivamente, ideias e objetivos de todos possam circular entre os presentes (TEIXEIRA *et al.*, 2021).

Desconstruir é, portanto, parte de uma tarefa de identificar e destruir práticas manicomiais escondidas inseridas nas condutas e no discurso psicossocial dentro dos serviços de saúde mental, em um movimento permanente de repensar suas práticas. Impedindo, assim, que a gestão da loucura advinda dos hospitais psiquiátricos e seu modelo fechado e asilar possa ser utilizada nos serviços substitutivos de saúde mental, em uma transmutação de práticas

manicomiais que fluem através dos serviços territoriais abertos sob o falacioso codinome de novas tecnologias de tratamento (AMARANTE; TORRE, 2018).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A circulação da palavra foi e continua sendo, pois, uma maneira de convocação de profissionais e usuários para que revisitem sua dimensão subjetiva existencial, tecendo novos modos relacionais próprios que apreendam a cidade como sua por direito, em um trabalho incessante de identificação e apropriação das mudanças observadas para deslocamento de práticas asilares remanescentes para práticas psicossociais promotoras de vida e laço social.

Problematizar o conceito de atenção à crise em saúde mental e ressignificá-lo em moldes não institucionalizantes passa, obrigatoriamente, pela relação dialética entre profissionais e entre usuários e profissionais, através do uso do dispositivo da roda de conversa. A postura de falar acerca de suas aflições e questões concernentes às mudanças no dispositivo gerou, pela via da contingência, uma abertura de possibilidade para que cada um ali falasse também de si, tornando o ato próprio de compartilhamento de narrativas em algo comum, conforme evidenciado em Benjamin (1985).

O ato inventivo de narrar a si, nesse sentido, proporcionou uma singularização via “si” do sujeito que, assumindo sua dimensão subjetiva, reveladora da ação de construção individual e coletiva de trajetórias e percursos singulares que cada um pode vir a ter ou querer ser, provoca uma produção própria e autônoma de sentido que não o reduz a sua experiência de sofrimento (FERNANDES *et al.*, 2020).

Foi através da contingência que os sujeitos puderam expor suas questões, angústias e aflições concernentes ao processo de transmutação em curso, construindo coletiva e individualmente um percurso singular que recolheu seus atravessamentos sociais, culturais e econômicos para compartilhá-los em redes afetivas promotoras de territórios existenciais vivos e pulsantes.

As conversações construídas e revisitadas cotidianamente fortaleceram as vinculações existentes no bojo da saúde mental, ao estabelecerem uma articulação clínica-política para consolidação de um serviço de acolhimento 24h que operasse fora da lógica manicomial, amplificando a própria definição de cuidado ao diluir as noções de interno/externo ainda presentes no CAPSi.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. S. *et al.* Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, nº 38, out. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Yfcw5Vwss3greGStj6mx5Tz/abstract/?lang=pt>>. Acessado em: set, 2022.
- AMARANTE, P.; TORRE, E. “De volta à cidade, sr. Cidadão!” – reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, nº 52, nov-dez. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rap/a/VxnVVXZN4bD3bqCTVJwzxBQ/?lang=pt>>. Acessado em: set, 2022.
- AMARANTE, P; FREITAS, F. Psiquiatrização da vida e o DSM V: desafios para o início do século XXI. **ENSP-Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca**, 2012. Disponível em: <Psiquiatrização da vida e o DSM V: desafios para o início do século XXI (fiocruz.br)>. Acessado em: ago, 2022.
- BENJAMIN, W. **Obras escolhidas. Magia e técnica, arte e política**. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada e Compartilhada**. Brasília, DF: centro gráfico, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF: centro gráfico, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília, DF: centro gráfico, 2011.
- CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a Idade de Ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978 *apud* AMARANTE, P.; TORRE, E. “De volta à cidade, sr. Cidadão!” – reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, nº 52 (6), nov-dez. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rap/a/VxnVVXZN4bD3bqCTVJwzxBQ/?lang=pt>>. Acessado em: set, 2022.
- CONRAD, P. **The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.
- COSTA, M. S. Construções em torno da crise. Saberes e práticas na atenção em saúde mental e produção de subjetividades. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, nº 59 (1), 2007 *apud* CRUZ, K. *et al.* Atenção à crise em saúde mental: um desafio para a reforma psiquiátrica brasileira. **Rev. Nufen: Phenom. Interd.**, Belém, nº 11 (2), mai-ago. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912019000200008>. Acessado em: set, 2022
- CRUZ, K. D. *et al.* Atenção à crise em saúde mental: um desafio para a reforma psiquiátrica brasileira. **Rev. Nufen: Phenom. Interd.**, Belém, nº 11 (2), mai-ago. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912019000200008>. Acessado em: set, 2022

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs – Capitalismo e Esquizofrenia: vol.3**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996.

DELGADO, P. G. **Por uma Clínica da Reforma: Concepção e Exercício**. In: ENCONTRO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, nº 1, 2007, Belo Horizonte. Encontro. Belo Horizonte: ESP-MG, 2007. 59-67. Disponível em: <<https://www.nuppsam.org/por-uma-clinica-da-reforma/>>. Acessado em: set, 2022.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University, 2003 *apud* ALBUQUERQUE, M. S. *et al.* Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, nº 38, out. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Yfcw5Vwss3grcGStj6mx5Tz/abstract/?lang=pt>>. Acessado em: set, 2022.

FERNANDES, A. D. *et al.* Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infanto-juvenil. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos-SP, nº 28 (2), abr-jun. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cadbto/a/PrkFtFhmLgTR9pLj8y4QNsk/?lang=pt>>. Acessado em: set, 2022.

FIGUEIREDO, A. C. Uma breve revisão da reforma psiquiátrica no Brasil e sua relação com a psicanálise e a psicologia. **Psicologia Política**, Florianópolis, nº 19 (44), nov. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2019000100009>. Acessado em: set, 2022.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1977.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. São Paulo: Edição Perspectiva, 1978.

FREUD, S. **Obras Completas Volume 14: História de uma neurose infantil (“O Homem dos Lobos”)**. Além do princípio do prazer e outros textos. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

JUNQUEIRA L. A.; INOJOSA R. M.; KOMATSU S. **Descentralização e intersetorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza**. In: CONCURSO DE ENSAYOS DEL CLAD “EL TRÁNSITO DE LA CULTURA BUROCRÁTICA AL MODELO DE LA GERENCIA PÚBLICA: PERSPECTIVAS, POSIBILIDADES Y LIMITACIONES”, nº 11, 1997, Caracas. Anais do 11º CLAD. Caracas: CLAD, 1997. 1-75. Disponível em: <http://150.162.8.240/PNAP_2013_2/Modulo_4/Organizacao_processos_tomada_decisao/material_didatico/textos/Descentraliza%C3%A7%C3%A3o%20e%20intersectorialidade%20na%20gest%C3%A3o%20p%C3%ABlica%20municipal.pdf>. Acessado em: set, 2022.

MASSA, P. A.; MOREIRA, M. I. Vivências de cuidado em saúde de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos. **Interface**, Botucatu-SP, nº 23, fev. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/7sjKsVhV7m7Y6d9ShQYgyXt/?lang=pt>>. Acessado em: set, 2022.

ROLNIK, S.. **À sombra da cidadania: alteridade, homem da ética e reinvenção da democracia**. São Paulo: Livraria Pulsional, 1992.

SCHMID, P. C.; SERPA JUNIOR, O. D. Violência urbana e saúde mental: por narrativas em primeira pessoa. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, nº 29 (3), nov. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/VXrdhJs7MRVcszrVbf7HPCb/?lang=pt.>> Acessado em: set, 2022.

TEIXEIRA, V. S. *et al.* Primeira internação psiquiátrica na visão dos familiares. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, nº 24 (3), set. 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlpf/a/VnzjqfLsTGwDRvfDnZHH7pQ/#>> Acessado em: set, 2022.

ZENONI, A. Psicanálise e instituição: a segunda clínica de Lacan. **Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares**, Belo Horizonte, nº 1 (0), 2000.

CAPÍTULO 10

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA: CONTEXTOS E APLICAÇÕES

Taciane Cavalcanti do Amaral Mota

RESUMO

A avaliação psicológica é de fundamental importância na prática dos profissionais da psicologia, nela são analisados diversos aspectos, tais quais: personalidade, cognição, percepção, comportamentos, funções executivas, entre outros. Portanto, esse trabalho realiza considerações acerca desse processo técnico e científico, considerando os aspectos mais relevantes relacionados à temática, como: breve contexto histórico, o uso de testes psicológicos e considerações acerca da aplicabilidade da avaliação psicológica no trânsito, no manuseio de arma de fogo, no concurso público, no contexto de cirurgias eletivas, no contexto organizacional e do trabalho e por fim, para pessoas com deficiência.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia. Processo técnico e científico.

1. INTRODUÇÃO

Historicamente, a avaliação psicológica foi alvo de diversos questionamentos, embasados em diagnósticos realizados de maneira equivocada, pouca qualidade dos instrumentos e o uso de testes psicológicos de forma inadequada. (ALVES, 2009). Entretanto, foi criado o Sistema de Avaliação dos Testes Psicológicos (Satepsi) pelo Conselho Federal de Psicologia, servindo para avaliar a qualidade técnica e científica de instrumentos de uso profissional, estabelecendo os requisitos mínimos para que um instrumento seja considerado um teste psicológico. Tendo isso em vista, nos últimos 20 anos ocorreu uma expansão de forma significativa da área de avaliação psicológica, associando-se com seu desenvolvimento técnico, científico e ético (BUENO; PEIXOTO, 2018).

No processo de avaliação psicológica, vários aspectos da personalidade, da cognição, das funções executivas, da percepção, da linguagem, da memória, da atenção e outros fenômenos humanos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2003) podem emergir para serem compreendidos. Tendo como objetivos “coletar dados para testar hipóteses clínicas, produzir diagnósticos, descrever o funcionamento de indivíduos ou grupos e fazer predições sobre comportamentos ou desempenho em situações específicas” (HUTZ, 2009).

Além disso, visa a obtenção de informações que auxiliem na tomada de decisões em diversos âmbitos, como no individual, grupal e institucional, fornecendo informações relevantes para a compreensão de características psicológicas. Se caracterizando por ser um processo dinâmico, sendo composta por métodos e técnicas com embasamento científico, sendo então a avaliação psicológica, inerente ao trabalho do psicólogo (NUNES *et al.*, 2012).

É reconhecido que a avaliação psicológica atua na construção de conhecimentos sobre construtos psicológicos, como também, orienta e encaminha ações e intervenções para os avaliados (REPPOLD, 2011). Diante disso, é importante a compreensão mais aprofundada sobre os passos essenciais para a realização do processo de avaliação psicológica, que são:

Levantamento dos objetivos da avaliação e particularidades dos indivíduos avaliados, coleta de informações pelos meios escolhidos, integração das informações e desenvolvimento das hipóteses iniciais, fornecimento de respostas e comunicação dos resultados de maneira cuidadosa, respeitando os princípios éticos e por fim, a elaboração de um documento escrito de acordo com as diretrizes do CFP (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2022).

2. OS TESTES PSICOLÓGICOS

Considerando-se a testagem, que é uma das etapas da avaliação psicológica, os testes psicológicos se caracterizam por ser um processo sistemático de observação e descrição do comportamento humano. Se tratando da aplicação do teste, é necessário que anteriormente se realize o rapport, pois, segundo Cunha (2000) não é indicado a administração de testes ou técnicas sem ter estabelecido essa conversa inicialmente. Além disso, é essencial que o ambiente seja adequado, que o psicólogo tenha se apropriado das informações contidas no manual e dessa forma realize a aplicação seguindo a padronização indicada nele.

Para a construção dos testes, existem requisitos mínimos que devem ser cumpridos para a obtenção do parecer favorável do CFP, dos quais estão na Resolução n 9 de 25 de abril de 2018, dentre as tantas informações que estão contidas nesse material, estão entre elas a necessidade de se ter um manual detalhado do teste, o qual tenha informações consistentes a respeito dele. Além disso, são discutidos os parâmetros psicométricos necessários, que são: possuir evidências de fidedignidade e validade, como também sistema de correção e interpretação dos scores (ANDRADE; VALENTINI, 2018).

Em relação a utilização dos testes psicológicos, os documentos que normatizam os procedimentos da realização da avaliação psicológica, são a Resolução do CFP n 9/2018 e Resolução do CFP n 6/2019. Dos quais prezam pela autonomia dos psicólogos e diante disso, não indica quais são os testes que os profissionais da psicologia devem utilizar em determinado contexto de avaliação. Porém, as informações necessárias para que o psicólogo escolha os testes que irá utilizar para a realização da avaliação psicológica estão no Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (satepsi), o qual pode ser consultado, visando assim uma melhor tomada de decisão.

3. AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NO TRÂNSITO

A avaliação psicológica no contexto do trânsito não tem como objetivo prever se indivíduos irão ou não se envolver em acidentes, ela visa aspectos de prevenção, procurando evitar que pessoas com traços agressivos e impulsivos possuam a possibilidade de conduzir veículos, tendo em vista que isso poderia ser prejudicial para ele próprio, e além disso, expor terceiros a riscos (LAMOUNIER; RUELA, 2005). Por isso, a avaliação nesse contexto não se resume a avaliar a habilidade de tomar decisões, mas também a avaliação do comportamento e da subjetividade (DETRAN-MG, 2013 *apud* ALVES; GOMES, 2016).

De acordo com o Conselho Nacional de Trânsito (CONATRAN) a avaliação psicológica possui caráter obrigatório para os candidatos que desejam a permissão para conduzir veículos automotivos. Tendo isso em vista, foi realizada a normatização dos critérios para a avaliação psicológica no trânsito, a qual está disposta na Resolução nº 1 de 7 de fevereiro de 2019 do Conselho Federal de Psicologia.

Tratando-se ainda da legislação vigente, a Lei 9545 instituiu o Exame Psicotécnico, o qual se caracteriza por ser um processo técnico-científico, que deve ocorrer nos casos: primeira habilitação, aos condutores que desejem realizar atividade remunerada ao veículo, quando solicitado pelo DETRAN, quando o condutor se envolver em casos graves de acidentes, no caso do último resultado da avaliação ter sido o de inaptidão temporária, em casos de recurso as Juntas Psicológicas do DETRAN, ao Conselho Estadual do Trânsito, ao Conselho de Trânsito do Distrito Federal e aos condutores que foram condenados por delitos de trânsito (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2022).

4. AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA PARA MANUSEIO DE ARMA DE FOGO

Na Lei Federal n 9.437/1997 foi realizada a definição das condições previstas para o registro e para o porte de arma de fogo. Contudo, apenas em 2004, por meio do decreto 5.123 que a avaliação psicológica nesse contexto se tornou obrigatória (LOBOSQUE, 2014; RESENDE, 2017). Diante disso, o documento orientador para psicólogos é a Resolução n 18/2008 do Conselho Federal de Psicologia, mas além disso, a IN n 78 (POLÍCIA FEDERAL, 2014) também fornece documentos para orientar o psicólogo na prática da avaliação psicológica para o porte de armas de fogo.

Nessa avaliação são analisados aspectos psíquicos e cognitivos, a avaliação tem caráter obrigatório e tem como objetivo indicar se o candidato está apto ou inapto para o manuseio de arma de fogo. As instituições que normatizam a avaliação são: Polícia Federal e Conselho Federal de Psicologia. Cada uma delas tem funções diferentes, a primeira estabelece critérios

de credenciamento de psicólogos e a segunda orienta no exercício da profissão, possuindo orientações para os psicólogos que trabalham nesse contexto através do Manual de Avaliação Psicológica para o Manuseio de Armas de Fogo.

Entretanto, destaca-se que para trabalhar com esse tipo de avaliação não é exigido possuir especialização em avaliação psicológica, o que indica o dever de maior nível de conscientização dos psicólogos do trânsito sobre os impactos dessa avaliação no contexto social, devendo-se então assegurar a seguridade no manuseio da arma de fogo, prezando por ações preventivas (TOLEDO; MONTORO; CIVERA, 2005).

5. AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA EM CONCURSO PÚBLICO

Essa avaliação tem como objetivo analisar qual o candidato mais adequado para o cargo, o qual deve ter um perfil previamente já definido (SANTOS, 2016). A testagem psicológica é comum nesses casos, mas não é o modo exclusivo, podem ser aplicadas outras técnicas também, entretanto, a testagem é preferida por haver um entendimento que dessa forma seria menor o número de questionamentos e por uma visão de que, seria essa, a técnica mais justa para se tomar decisões no contexto de concursos públicos (THADEU *et al.*, 2012).

Portanto, tendo isso em vista, devem ser seguidos passos para a realização da avaliação psicológica em concurso público, segundo a Cartilha de Avaliação Psicológica de 2022 do CFP, que são:” a definição do tempo de aplicação; escolha de local adequado para aplicação da avaliação; seleção dos profissionais responsáveis por aplicar os instrumentos; aplicação e correção adequada; emissão de documento indicando aptidão ou inaptidão; emissão de resultado provisório e sessão devolutiva dos resultados.”. Compreende-se assim, a complexidade desse processo avaliativo, o qual exige do profissional um grande embasamento técnico e metodológico e o comprometimento com uma atuação ética.

6. AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NO CONTEXTO DAS CIRURGIAS ELETIVAS

A avaliação psicológica pode ser solicitada a profissionais da psicologia em casos de cirurgias eletivas. Tendo isso em vista, se considera como cirurgia eletiva o procedimento cirúrgico que é realizado em um ambiente hospitalar, previamente agendado e que contenha diagnóstico estabelecido, não se caracterizando por ser emergencial.

A atuação do psicólogo nesse contexto está relacionada a preparação psicológica do paciente, para questões como: aceitação da cirurgia, alterações socioeconômicas em detrimento da ausência no trabalho por um período de tempo e o medo do desconhecido (MACEDO *et al.*, 2013). Além disso, o afastamento temporário do paciente da sua rede de apoio social e familiar

pode gerar grandes impactos no bem-estar emocional e social, causando assim, a aumento dos níveis de ansiedade e estresse.

Para minimizar essa problemática, o psicólogo faz parte de uma equipe multidisciplinar, que auxilia o paciente na preparação da cirurgia, utilizando para isso, diversas técnicas, que variam a depender do caso. Tendo isso em vista, a presença de um psicólogo integrante dessa equipe multidisciplinar é essencial, pois é o profissional capacitado para realizar a avaliação psicológica, a qual se caracteriza por ser de fundamental importância no processo (NASSIF *et al.*, 2011)

7. AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NO CONTEXTO ORGANIZACIONAL E DO TRABALHO

Nesse contexto, se busca compreender e intervir no comportamento humano relacionado ao trabalho e organizações, podendo a avaliação psicológica ser utilizada de diversas formas, como citadas a seguir:

A Psicologia Organizacional e do Trabalho visa o estabelecimento de perfis profissiográficos, visa também atuar em processos seletivos, realizar capacitações, investigar fatores de riscos e proteção psicossociais, gerir o desempenho no trabalho, investigar prejuízos e danos relacionados ao trabalho, promover a saúde e qualidade de vida no trabalho, entre outros (Cartilha de Avaliação Psicológica de 2022 do CFP).

O profissional da Psicologia Organizacional e do Trabalho precisa ter competências técnicas e conhecimentos científicos para embasar sua atuação na condução da avaliação psicológica, pois se trata de um processo de coleta de dados, o qual, se utiliza de métodos e técnicas de investigação para a interpretação dos fenômenos sociais e obtenção de informações relevantes sobre o testando (GODOY; NORONHA, 2005).

8. AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Entende-se por pessoas com deficiência, segundo a Convenção sobre os direitos da pessoa com deficiência (2012), que são “impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial [...] podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”. Direcionado a esse público, a nota n 4/2019 do Conselho Federal de Psicologia orienta sobre o desenvolvimento de estudos psicométricos voltados a pessoas com deficiência.

Além disso, esse mesmo órgão, defende a autonomia dos psicólogos em relação a escolha dos meios e técnicas para a realização da avaliação, porém, levando em consideração que o psicodiagnóstico é um processo clínico, científico e limitado ao tempo (CUNHA, 2000).

Portanto, deve ser garantido que os testes psicológicos adaptados a esse público, possuirão a acessibilidade necessária para serem utilizados pelas diversas pessoas com deficiência, levando em conta suas especificidades.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sociedade demonstra constante interesse e necessidade pela investigação, análise e avaliação de diversos aspectos psicológicos. Tendo isso em vista, diante desse crescimento, é necessário que a avaliação psicológica seja constantemente aprimorada e adaptada aos diversos contextos em que se faz necessária e que seja realizado o incentivo a formação de profissionais em avaliação psicológica e o aumento de pesquisas relacionadas a essa área.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. A.; GOMES, J. O. Contribuições da psicologia do trânsito: considerações sobre educação para o trânsito e formação profissional. **Revista Científica da faminas**, Muriaé, p. 6 1-74, 2016. Disponível em <https://docplayer.com.br/15973835-Contribuicoes-da-psicologia-do-transito-consideracoes-sobre-educacao-para-o-transito-e-formacao-profissional.html>.

Acessado em: out. 2022.

ALVES, I. C. B. Reflexões sobre o ensino em avaliação psicológica na formação do psicólogo. In: C. S. Hutz (Org.). **Avanços e polêmicas em avaliação psicológica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009, p. 217-242. Disponível em: <https://www.estantevirtual.com.br/livros/claudio-simon-hutz/avancos-e-polemicas-em-avaliacao-psicologica/2980557546>. Acessado em: nov. 2022

BUENO, J. M. H., e PEIXOTO, E. M. Avaliação psicológica no Brasil e no mundo. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s.l.], p. 108-121. Out. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/wPMfKZRCf5fRtjhgXK5XyKq/?format=pdf&lang=pt>.

Acessado em: nov. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Cartilha avaliação psicológica**. Brasília, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Avaliação psicológica: diretrizes na regulamentação da profissão**. Brasília: CFP, Resolução CFP. nº 002/2003. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/05/resoluxo022003.pdf>. Acessado em: nov. 2022.

CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA. (2012) **Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**: Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008; Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. 4ª Ed., P. 100 Disponível em:

https://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/conv_encaopessoascomdeficiencia.pdf. Acessado em janeiro de 2023.

CUNHA, J. A. **Psicodiagnóstico-V**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.

ÉTICA NA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA: HUTZ. C. S. Hutz (Org.). **Avanços e polêmicas em avaliação psicológica** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009

GODOY, S. L.; NORONHA, A. P. P. Instrumentos psicológicos utilizados em seleção de pessoal. **Revista do Departamento de Psicologia - UFF**, p. 139-159. Jun 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdpsi/a/T6H7ML9zGM3P6ZXsjtqfjWB/abstract/?lang=pt>. Acessado em: jan. 2023

LAMOUNIER, R.; RUEDA, F. J. M. Avaliação psicológica no trânsito: perspectiva dos motoristas. **PSIC: Revista de Psicologia da Vetor Editora**, São Paulo, 35-42, jun 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142005000100005. Acessa em: jan. 2023

LOBOSQUE, E. M. G. **Avaliação psicológica para porte de arma de fogo: o que medir afinal?** 2014 Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade Salgado de Oliveira, Rio de Janeiro, 2014.

MACEDO J. M. *et al.* Cancelamento de cirurgias em um hospital universitário: causas e tempo de espera para novo procedimento. **Rev SOBECC**, Botucatu, p. 26-34. 2013. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/140728>. Acessado em: jan. 2023

NASSIF D. S. B. *et al.* Protocolo eletrônico multiprofissional em cirurgia bariátrica. **ABCD Arq Bras Cir Dig**, Curitiba, p. 215-218, set. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abcd/a/MYF8qw7L8GbdF64PdpKpC8y/?lang=pt>. Acessado em: jan. 2023.

NUNES, M. F. O. *et al.* Diretrizes para o ensino de avaliação psicológica. **Avaliação Psicológica**, Itatiba, 309-316, jun. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712012000200016&lng=pt&tlng=pt. Acessado em: nov. 2022.

POLÍCIA FEDERAL (PF). **Instrução Normativa N° 78, de 10 de fevereiro de 2014 estabelece procedimentos para o credenciamento e fiscalização de psicólogos responsáveis pela expedição de comprovante de aptidão psicológica para o manuseio de arma de fogo e regulamenta a atuação do psicólogo na avaliação psicológica do vigilante**. Diário Oficial da União, 2014.

REPPOLD, C. T. Qualificação da avaliação psicológica: critérios de reconhecimento e validação a partir dos direitos humanos. In: Conselho Federal de Psicologia (Org.), **Ano da avaliação psicológica: textos geradores**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011, p. 21-28.

RESENDE, M. A. Avaliação psicológica para concessão do porte de arma de fogo à população e policiais da PMMG. **Revista Psicologia: Saúde Mental e Segurança Pública**, Minas Gerais, p. 113-131, Jun. 2017. Disponível em: <https://revista.policiamilitar.mg.gov.br/index.php/psicologia/article/view/97>. Acessado em: Jan. 2023.

SANTOS, A. P. D. The effects of legal judgments on psychological evaluations in the Brazilian Federal Police. *Policing: A Journal of Policy and Practice*, [s.l], 113-120, Jun.2016. Disponível em: <https://academic.oup.com/policing/article-abstract/10/2/113/1753476?redirectedFrom=fulltext&login=false#no-access-message>. Acessado em: dez. 2022.

THADEU, S. H.; FERREIRA, M. C.; FAIAD, C. A avaliação psicológica em processos seletivos no contexto da segurança pública. *Avaliação Psicológica*, Itatiba, 229-238, jun. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712012000200008. Acessado em: jan. 2023.

TOLEDO, F.; MONTORO, L.; CIVERA, C. La Psicología Aplicada a la Selección de Aspirantes a la Tenencia y Uso de Armas de Fuego en España. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, Espanha, 117-126, 2005. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/284/28439112.pdf>. Acessado em: jan. 2023

CAPÍTULO 11

INTERVENÇÕES PSICOPEDAGÓGICAS APLICADAS AO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Taciane Cavalcanti do Amaral Mota

RESUMO

As intervenções psicopedagógicas visam minimizar os comportamentos estereotipados, as dificuldades de aprendizagem e de interações sociais, como também, ser incentivador das potencialidades das crianças com TEA, utilizando para isso, como aliados da educação, diversas ferramentas facilitadoras. Tendo isso em vista, é realizado por parte do psicopedagogo o incentivo a práticas de atividades lúdicas e buscando proporcionar para a criança um papel ativo na sua aprendizagem. Para isso, são utilizados diversos recursos, tais quais: a arte-educação, jogos online, incentivo a sonoridade e musicalidade, o software de comunicação alternativo chamado Tobii Communicator, o aplicativo POU, a intervenção assistida por animais, a prática de atividades físicas como a natação, objetivando o desenvolvimento de habilidades de interações sociais e por fim, a brincadeira, baseando-se nos ensinamentos de Vygotsky.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno do espectro autista. Psicopedagogia.

1. INTRODUÇÃO

O processo de alfabetização é essencial para que o aluno consiga interagir socialmente, transmitir suas ideias e pontos de vista e também interpretar o mundo que o cerca. A partir do letramento o indivíduo se torna capaz de uma melhor compreensão relacionada as interações sociais, desenvolver a capacidade de analisar e refletir criticamente sobre a realidade que o cerca, bem como modificá-la (SOARES, 2000).

Existem dificuldades específicas para os indivíduos que possuem TEA, que são de interação social, comportamento e comunicação. Diante disso, se observa que a arte é capaz de servir como um tipo de intervenção terapêutica-pedagógica para a educação de crianças que possuem dificuldades de interagir socialmente e de se comunicar, já que a arte pode promover experiências e oportunidades para a construção e desenvolvimento de características sensoriais, cognitivas e afetivas. Portanto, tendo isso em vista, pode-se dizer que:

Acredita-se que as atividades lúdicas são instrumentos importantíssimos na relação ensino-aprendizagem se acompanhadas de um arcabouço pedagógico e, num contexto educacional. Elas possibilitam a formação de uma aprendizagem mais significativa, pessoal e ao mesmo tempo intrapessoal (JESUS *et al.*, 2015, p. 169).

Como consequência disso, observa-se que a tecnologia pode ser um aliado importante para a obtenção de melhores resultados no ensino-aprendizagem de crianças com o transtorno do espectro autista. Visto que, as tecnologias possuem um potencial inovador, proporcionando novas perspectivas de procedimentos específicos direcionados para a estimulação da

aprendizagem e a minimização das dificuldades existentes na prática do profissional de psicopedagogia.

Acarretando assim, contribuições positivas, que segundo Real e Corbellini (2011), tais ferramentas advindas da tecnologia tem a capacidade de estimular a prática de uma aprendizagem de modo interativo, na qual, proporciona ao aluno um papel ativo. E como consequência dessa mudança de papel tradicionalmente passivo, para o ativo, a criança desenvolve habilidades relacionadas a autonomia.

Além do exposto, é necessário explanar que existe consenso na comunidade científica em relação a como o diagnóstico precoce acompanhado de intervenções estão diretamente ligados a diminuição de dificuldades relacionadas a aquisição da linguagem, gerando sobretudo a facilitação nos processos adaptativos e nas interações sociais como um todo, o que causa um aumento significativo das chances de esse indivíduo se inserir de maneira socialmente desejável em diversas esferas sociais (ARAÚJO; SCHWARTZAMAN, 2011).

2. ENTENDENDO O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

O transtorno do espectro autista causa alterações e dificuldades relacionadas a interações sociais, gerando dificuldades no uso da linguagem, falta ou pouco contato visual, dificuldade de possuir empatia, se conectar e engajar com outros, como também, dificuldades para manter relacionamentos e compreensão de expressões faciais. A dificuldade na comunicação e a pouca habilidade em interações sociais podem representar características marcantes, além disso, podem ser observados comportamentos estereotipados e repetitivos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000).

Cada vez mais, nos últimos anos, tem se observado a elevação de casos de autismo de forma significativa em todo o mundo (SCHECHTER; GREYER, 2008). Porém, o diagnóstico é muito complexo, pois no autismo, nem todos possuem as mesmas características ou de maneira semelhante, podendo inclusive acarretar uma intelectualidade em alguns, mas já em outros, pode se observar que são mais sociáveis quando comparados a indivíduos com o mesmo transtorno (FERREIRA, 2009).

Existe uma ampla variedade de severidade de sintomas, então o transtorno do espectro autista é um termo abrangente, o qual contempla diversas características, que podem ser divididas entre: autismo clássico, transtorno invasivo do desenvolvimento – sem outra especificação e a síndrome de Asperger (LEACH *et al.*, 2009). O transtorno citado ainda não possui cura e nem causas reconhecidas cientificamente, entretanto, possui formas de controle e

de amenização dos sintomas, que são as intervenções psicopedagógicas baseadas na *Applied Behavior Analysis* (ABA), também conhecido como a análise do comportamento aplicada (VISMARA; ROGERS 2010).

O ABA foi criado baseando-se nos ensinamentos de Burrhus Frederic Skinner – psicólogo behaviorista, professor e filósofo - o qual, foi desenvolvido como um método capaz de avaliar, modificar e explicar comportamentos tendo como base princípios elaborados pelo B. F. Skinner de condicionamento operante. Tendo isso em vista, compreende-se então, que os comportamentos podem ser aprendidos e modificados na interação entre o indivíduo e o ambiente social que o circunda (SKINNER, 1953).

3. INTERVENÇÕES PSICOPEDAGÓGICAS APLICADAS AOS ALUNOS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

A arte-educação tem como alvo pessoas com déficits nas relações e comportamentos, inclusive os comportamentos estereotipados. Buscando através desse tipo de intervenção, oportunidades de construção sensoriais, cognitivas e afetivas e desenvolvimento da aprendizagem da criança. Na fase da primeira infância, através da participação ativa do adulto, a arte desperta no bebê múltiplas sensações: cria laços afetivos, promove o aconchego, estimula percepções sensoriais e movimentos (HOLM, 2007).

Utilizando-se da sonoridade e musicalidade pode ser observada a estimulação da interação não verbal da criança. Além disso, as artes plásticas, como o uso e misturas de tintas pode ajudar a amenizar o comportamento repetitivo e de organização. Sendo assim a arte pode ser utilizada como modo de intervenção terapêutica e pedagógica visando construir habilidades para crianças com TEA.

Além disso, em relação aos recursos tecnológicos que podem ser utilizados para auxiliar na melhora da aprendizagem e desenvolvimento de maior interação social, foram os recursos tecnológicos do aplicativo POU e o Software de comunicação alternativa chamado Tobii Communicator, o qual foi desenvolvido para indivíduos com dificuldades de fala.

Portanto, ambos os recursos tecnológicos vêm tendo resultados positivos como estratégias de intervenções para melhorar as interações sociais das crianças que têm autismo, bem como, mostrado também como um facilitador para o desenvolvimento da capacidade de expressão e melhora na aprendizagem.

Já em relação a intervenção assistida por animais (IAA) no contexto do atendimento educacional especializado (AEE) com crianças com transtorno do espectro autista (TEA),

foram desenvolvidas possibilidades de aprendizagem, a qual tem como embasamento teórico Feuerstein (2014) para contextualizar conceitos relacionados a aprendizagem, como a teoria da modificabilidade cognitiva, experiência de aprendizagem mediada e o conceito de mediação.

Visando dessa forma, desenvolver habilidades como o contato visual, o brincar compartilhado, a imitação e a interação social. Entendendo assim que a Terapia Assistida por Animais (TAA) permite ao praticante aprender novas tarefas e comportamentos, o que incentiva suas potencialidades para a resposta adaptativa necessária.

Além disso, é de suma importância o desenvolvimento de processos cognitivos, portanto, tendo como referencial teórico e embasamento, os ensinamentos de Jean Piaget. Foram criados, a partir disso, por desenvolvedores de software, jogos online que proporcionam desafios, visando incentivar o desenvolvimento de processos cognitivos.

Os jogos digitais proporcionam o desenvolvimento de habilidades em resolver problemas, já para Morati *et al.* (2012), habilidades relacionadas ao planejamento e tomada de decisão, voltando a máxima da necessidade do aluno sendo detentor de um papel ativo na sua própria aprendizagem, como explorado na citação a seguir.

[...] o utilizar-se das Tecnologias em sala de aula opera transformações essenciais, sendo que uma delas é o fato de não ser mais o professor o único detentor do saber. O saber está ali, ao alcance de um teclar. Isso por si, já dá ao aluno outras possibilidades, outras visões que pode agregar além daquela, que provém do professor. Amplia dessa forma, o universo de conhecimentos disponíveis a ele (CORBELLINI e REAL, 2013, p. 424).

Além do exposto, observou-se também, através de uma pesquisa qualitativa de Noviscki (2017) que incluiu 4 alunos diagnosticados com TEA, 4 mães e 4 professoras que o comportamento e dificuldades de aprendizagem dos alunos antes e depois do início da prática de natação sofreu modificações, a pesquisadora então analisou os relatos das mães, professoras e alunos.

Diante disso, foi observado que após o início das aulas de natação, as 4 crianças diagnosticadas com TEA apresentaram mudanças no comportamento, evolução na escola, apresentando menos tensão no ambiente escolar e conseqüente melhor aprendizado. Além disso, foi relatado que o temperamento das crianças se tornou menos agressivo e houve avanços significativos relacionados a melhora na comunicação e socialização.

Para Lopes e Sousa (2022) o autor Vygotsky deve ser utilizado como embasamento teórico, já que ele aponta a brincadeira como tendo um papel importante para o desenvolvimento humano. Diante do exposto, compreende-se que as brincadeiras servem para

auxiliar no desenvolvimento de habilidades para a criança, estimulando a atenção, motricidade, aprimoramento de percepções táteis, raciocínio lógico, coordenação visual e motora, concentração, autonomia, entre outros. Utilizando-se para isso, atividades lúdicas artísticas que contribuíssem para o desenvolvimento da criança de forma integral.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas psicopedagógicas voltadas para crianças com o TEA são direcionadas para o desenvolvimento de habilidades sociais, aprendizagem, minimização de dificuldades, incentivo de potencialidades, melhora na comunicação, autonomia, desenvolvimento da criança de forma integral, amenização de comportamentos repetitivos e vários outros benefícios.

Portanto, diante do exposto, compreende-se que a união da psicopedagogia com o uso de tecnologias específicas pode gerar resultados satisfatórios na prática do profissional - sendo requerido dele, o planejamento voltado para a obtenção dos objetivos previamente almejados - pois os recursos tecnológicos, são potenciais facilitadores da aprendizagem e podem ser utilizados para contribuir com as práticas psicopedagógicas, gerando assim, avanços no processo psicopedagógico.

Portanto, diante disso, se observa a grande necessidade de que sejam escolhidos os tratamentos adequados para cada caso, com profissionais competentes, que possuam o treinamento apropriado para a atuação na área. Porém, para que esse âmbito se desenvolva e assim se cumpra o compromisso de melhorar a qualidade de vida das pessoas, se faz necessário investimentos em pesquisas e treinamentos, para que dessa forma, se consiga na prática, desenvolver e promover comportamentos que são considerados importantes de forma social (TODOROV, HANNA, 2010).

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.

ARAÚJO, C. A.; SCHWARTZMAN, J. S. **Transtorno do espectro do autismo**. São Paulo: Memnon, 2011.

CARDOSO, J., SOUSA, N. M. F. R.; OLIVEIRA, F. P. Arte-Educação, Transtorno do Espectro Autista – TEA e possibilidades educativas. **Research, Society and Development**, Pará, v. 10, n. 5, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14842>. Acessado em: fev. 2023.

CORBELLINI, S.; REAL, L. M. C. **Tecnologias e Projetos de Aprendizagem:** da necessidade ao desejo - uma construção da cidadania na/pela cooperação. In: WORKSHOP DE INFORMÁTICA NA ESCOLA, 19, 2013, Campinas. (Anais) Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Computação, 2013, p. 420-424. Disponível em: <https://sol.sbc.org.br/index.php/wie/article/view/16684>. Acessado em: jan. 2023

FERREIRA, J. C. P. **Estudo exploratório da qualidade de vida de cuidadores de pessoas com perturbação do espectro do autismo.** 2009. p. 148 Dissertação de monografia em Educação Física - Faculdade de Desporto; Universidade do Porto, Porto, 2009. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21751/2/39525.pdf>. Acessado em: jan. 2023.

FEUERSTEIN, R. *et al.* (Org.). **Além da inteligência: Aprendizagem mediada e a capacidade de mudança do cérebro.** [s.l] Editora Vozes, 2014.

JESUS, R. J.; PASSOS, M. L. S.; NOBRE, I. A. M. **O Uso do Jogo Migrando e do Google Earth no Ensino de Geografia para alunos do Ensino Médio.** In: XXI Workshop de Informática na Escola, 21, 2015, Maceió. Anais. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Computação, 2015. p. 167 – 176. Disponível em: <https://sol.sbc.org.br/index.php/wie/article/view/16516>. Acessado em: jan. 2023.

LOPES, T. A. C. F.; SOUZA, M. C. M. Mediação pedagógica e atividades lúdicas para o ensino da criança com autismo. Revista Multidebates, Palmas, 25944568, 2021. Disponível em: <https://revista.faculdadeitop.edu.br/index.php/revista/article/view/452>. Acessado em: jan. 2023

MORATI, R. G. J. *et al.* **Alice no Labirinto das Decisões:** um jogo para exercitar a tomada de decisão e planejamento. In: 18º Workshop de informática na escola, n.2, 2012, Porto Alegre: Renote, 2012, p. 1-10. Disponível em: <http://www.brie.org/pub/index.php/wcbie/article/view/1926> Acessado em: jan. 2023.

NOVISCKI, J. **A natação como auxiliar no desenvolvimento escolar de alunos com Transtorno do Espectro Autista (TEA).** 2017. 42 f. Trabalho de conclusão de curso (licenciatura - Educação Física) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências, Bauru, 2017. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/156736/000901885.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acessado em: jan. 2023.

SCHECHTER, R.; GREYER, J. K. Continuing increases in autism reported to California's Developmental Services System: Mercury in retrograde. **Archive of General Psychiatry**, [s.l] jan. 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18180424/>. Acessado em: jan. 2023.

REAL, L. M. C.; CORBELLINI, S. **Trabalho de conclusão de curso (TCC) em um curso de graduação modalidade EAD:** uma proposta cooperativa construída em um ambiente a distância. 2011. p. 10 Monografia de conclusão de curso de Pedagogia. Centro Interdisciplinar de Novas Tecnologias na Educação (CINTED) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, 2011. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/renote/article/view/21909/12711>. Acessado em: jan. 2023.

SOARES, M. B. **Letrar é mais que alfabetizar.** 2000. Disponível em: <https://docplaer.com.br/20676137-Letrar-e-mais-que-alfabetizar.html>. Acessado em: jan. 2023.

VISMARA, L; ROGERS, S. Behavioral treatments in autism spectrum disorder: What do we know? **Annual Review of Clinical Psychology**, [s.l], 447-447, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20192785/>. Acessado em: jan. 2023.

CAPÍTULO 12

OS EFEITOS E CONSEQUÊNCIAS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO EM CONTATO COM A IDENTIDADE E SUBJETIVIDADE DO INDIVÍDUO

Jhony Simões Moraes
Bruno da Silva Campo
Michelli Cozer de Sousa de Almeida

RESUMO

As instituições estão presentes na construção do indivíduo e sociedade. O Objetivo desse trabalho foi estudar o poder das instituições, buscando analisar os efeitos e consequências da institucionalização em contato com a identidade e subjetividade do indivíduo, assim como compreender a relação entre eles no contexto da saúde. Os objetivos específicos foram: conceitualização e definição das instituições explicitando seu funcionamento na sociedade no contexto da saúde. Demonstrar a ilusória autonomia e humanização oferecida ao sujeito institucionalizado na concepção identitária e subjetiva. Discorrer sobre a importância da psicologia no estabelecimento de limites entre instituições e indivíduos na produção de humanização e saúde desse indivíduo. O presente trabalho foi elaborado como revisão bibliográfica, em forma de texto dissertativo expositivo. A pesquisa foi embasada nas áreas da psicologia Institucional, psicologia social, sociologia, filosofia, assim como seus principais autores, onde foram usados para fontes de pesquisas: livros, dissertações, teses e artigos científicos, selecionados através de busca nas seguintes bases de dados: livros, sites, artigos científicos e teses. Como conclusão foi destacada a importância da psicologia como ponte entre instituição e indivíduo, visando a promoção de saúde e humanização das práticas que englobam essa relação.

PALAVRAS-CHAVE: Institucionalização. Identidade. Subjetividade. Indivíduo. Psicologia.

1. INTRODUÇÃO

Abordou-se nesse estudo como as instituições estão presentes na sociedade, como criações humanas, com intuito de inclusão e adequação dos indivíduos aos grupos sociais e na padronização de regras e normas prescritas ou subentendidas, impostas aos mesmos para ingresso e participação desses grupos, no pertencimento a família, trabalho, escola, igreja e estado. As instituições tem papel mediador na socialização e controle dos sujeitos e por natureza a tendência de fechamento.

Foi explanada então a fundamental contribuição desse estudo, na observação do papel da psicologia na construção individual e social do sujeito, assim o alvo dessa pesquisa com promoção de saúde, não é caracterizar negativamente as instituições, mas explorar a importância dessas relações entre indivíduos e instituições e seus efeitos sobre a identidade e subjetividade dos sujeitos institucionalizados, dando a devida importância a humanização.

Entendeu-se também a importância da identidade e subjetividade para a saúde do sujeito no seu desenvolvimento como pessoa, sua humanização e singularidades que são embotadas pelo controle e adequação as normas vigentes em cada instituição, emergindo na sociedade o

rótulo de uma falsa normalidade daqueles indivíduos institucionalizados, em contraste com aqueles que não se enquadram aos padrões e normas institucionais. Diante disso, o estudo buscou responder, como se dá o processo de institucionalização e suas consequências sobre a identidade e subjetividade do indivíduo no contexto da saúde?

O Objetivo geral do trabalho foi estudar o poder das instituições sobre a identidade subjetiva do indivíduo, assim como compreender a relação entre eles no contexto da saúde. Os objetivos específicos foram conceituar a institucionalização e explicitar seu funcionamento na sociedade no contexto da saúde. Demonstrar a ilusória autonomia e humanização presente no contexto da saúde para o sujeito institucionalizado e sua identidade e subjetividade. Discorrer sobre a importância da psicologia no estabelecimento de limites entre instituições e indivíduos na produção de humanização e saúde.

O presente trabalho foi elaborado através de uma revisão bibliográfica, na qual traz um texto dissertativo expositivo, ou seja, é pautado na exposição e explicação de ideias com propósito de construir uma contextualização para o problema e a análise das possibilidades presente na literatura consultada. Embasou-se nas áreas da psicologia Institucional, psicologia social, sociologia, filosofia, assim como seus principais autores, onde serão usados para fontes de pesquisas: livros, dissertações, teses e artigos científicos, selecionados através de busca nas seguintes bases de dados: livros, sites, artigos científicos e teses.

2. INSTITUIÇÃO TOTAL, CONCEITO E FUNCIONAMENTO

Buscou-se com esse estudo, explicitar a relação do indivíduo com as instituições em sua totalidade e generalidades, enfatizando as consequências dessa institucionalização sobre sua identidade e subjetividade e a importância da psicologia no contexto de saúde do indivíduo. Desse modo, foi indispensável para um melhor entendimento do assunto proposto, uma explanação e conceituação do termo instituição. De acordo com Baremlitt (1996) as instituições:

[...] são lógicas, são árvores de composições lógicas que, segundo a forma e o grau de formalização que adotem, podem ser leis, podem ser normas e, quando não estão enunciadas de maneira manifesta, podem ser hábitos ou regularidades de comportamentos” BAREMBLITT (1996, p. 177).

Que se mostram amplamente presentes na sociedade, que é conceituada pelo mesmo Baremlitt (1996, p. 29) como: “[...] tecido de instituições que se interpenetram e se articulam entre si para regular a produção e a reprodução da vida humana sobre a terra e a relação entre os homens”. Ainda sobre a conceituação de instituição, Hur (2012, p. 53) que considera que as

instituições são estruturas heterogêneas conectivas “[...] de significações lógicas que objetivam dar sentido e ordenação à experiência coletiva e partilhada, podendo ter distintos graus de formalização, desde a estratificação e a rigidez de uma lei à esfera quase imperceptível de um hábito”. A instituição foi definida pelo Dicionário de Psicologia Dorsch (2001, p. 490) como: “conceito sociológico para designar sistemas bem diferentes de valores culturais e normas de comportamento que regulam problemas de convivência”.

Foi visto que o fenômeno institucionalização está presente em toda sociedade onde há relação entre indivíduos, que é, segundo o Dicionário de Psicologia Dorsch (2001, p. 490) “[...] alto grau de adaptação aos processos de comportamento numa instituição, afastamento provoca estados de angústia ou, ao menos mal estar”. É, portanto, um fenômeno social e só pode existir onde haja uma organização e a necessidade de regulamentar a produção humana, conseqüentemente uma padronização, normatização e regulamentação para funcionamento da mesma. No entender de Goffman (1992), pode-se dividir as instituições totais ou fechadas em cinco grupos, quais sejam:

Em primeiro lugar, instituições criadas para cuidar das pessoas que, segundo se pensa, são incapazes e inofensivas; nesse caso estão as casas para cegos, velhos, órfãos e indigentes. Em segundo lugar, há locais estabelecidos para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça à comunidade, embora de maneira não intencional; sanatórios para tuberculosos, hospitais para doentes mentais e leprosários. Um terceiro tipo de instituição total é organizado para proteger a comunidade contra perigos intencionais, e o bem-estar das pessoas assim isoladas não constitui o problema imediato: cadeias, penitenciárias, campos de prisioneiros de guerra, campos de concentração. Em quarto lugar, há instituições estabelecidas com a intenção de realizar de modo mais adequado alguma tarefa de trabalho, e que se justificam apenas através de tais fundamentos instrumentais: quartéis, navios, escolas internas, campos de trabalho, colônias e grandes mansões (do ponto de vista dos que vivem nas moradias dos empregados). Finalmente, há os estabelecimentos destinados a servir de refúgio do mundo, embora muitas vezes sirvam também como locais de instrução para os religiosos; entre exemplos de tais instituições, é possível citar abadias, mosteiros, conventos e outros claustros (GOFFMAN, 1992, p. 16-17).

De modo que o não enquadramento de Indivíduos nesses grupos é considerada uma ameaça ao funcionamento dos processos de institucionalização e controle de seus participantes, configurando a necessidade de correção de suas práticas em função da não normalidade, quando comparados com os demais institucionalizados, regulamentação e normas vigentes. Observou-se que essa modelação do sujeito pela instituição, configura uma separação deste quando não enquadrado as normas, gerando separação e exclusão da sociedade denominada normal ou saudável.

Essa ordem normativa é replicada pela apropriação da identidade dos indivíduos, o que os torna simples cumpridores de papéis operando com base nos valores pelos

quais são socializados. A ação é analisada como produto de processos causais; estes, embora operem na mente dos atores, são considerados inacessíveis e incontroláveis por eles (PECI; VIEIRA; CLEGG, 2006, p. 53).

Aqueles indivíduos que representam uma ameaça ao funcionamento dos processos de institucionalização de adesão e controle de seus participantes conduzem a necessidade de correção de suas práticas em função da incompatibilidade de razão que revelam. Essa incompatibilidade racional admitida dentro das normas conhecidas e impostas pela institucionalização, portanto é mistificada e estigmatizada (GOFFMAN, 1985). A institucionalização é responsável pela cristalização de práticas, que transformadas em hábitos são determinadas aos indivíduos que aderem a instituição e passam a reproduzi-las. Através da determinação de funções, o devir a ser (GUATTARI; ROLNIK, 1986).

Em contrapartida, suas consequências se apresentam fronteiras limitadoras para o sujeito se constituir dentro de uma identidade em meio ao grupo social pertencente, determinado papel a ser desempenhado em troca da adesão ao grupo. São as instituições que determinam regras gerais, recursos simbólicos e hábitos a serem adotados por seus integrantes. As instituições não só determinam os papéis como também selecionam quem serão seus representantes, de acordo com a manutenção de interesses que a constitui, criando assim uma relação de poder institucional. Sobre essa relação de poder, e a situação dos papéis de cada indivíduo, vale ressaltar a fala de Foucault (1999), sobre o panóptico:

O Panóptico de Bentham é a figura arquitetural dessa composição. O princípio é conhecido: na periferia uma construção em anel; no centro, uma torre; esta é vazada de largas janelas que se abrem sobre a face interna do anel; a construção periférica é dividida em celas, cada uma atravessando toda a espessura da construção; elas têm duas janelas, uma para o interior, correspondendo às janelas da torre; outra, que dá para o exterior, permite que a luz atravesse a cela de lado a lado. Basta então colocar um vigia na torre central, e em cada cela trancar um louco, um doente, um condenado, um operário ou um escolar. Pelo efeito da contraluz, pode-se perceber da torre, recortando-se exatamente sobre a claridade, as pequenas silhuetas cativas nas celas da periferia. Tantas jaulas, tantos pequenos teatros, em que cada ator está sozinho, perfeitamente individualizado e constantemente visível. O dispositivo panóptico organiza unidades espaciais que permitem ver sem parar e reconhecer imediatamente. Em suma, o princípio da masmorra é invertido; ou antes, de suas três funções - trancar, privar de luz e esconder - só se conserva a primeira e suprimem-se as outras duas. A plena luz e o olhar de um vigia captam melhor que a sombra, que finalmente protegia. A visibilidade é uma armadilha (FOUCAULT, 1999, p. 165-166).

Essa estrutura mesmo ultrapassada se mostra presente e continua vigente nas instituições, funcionando no enquadramento e modelação da vida dos sujeitos nas esferas de saúde, educacionais e religiosas, de maneira que se manifestam em âmbitos abstratos e concretos, materiais e imateriais. Novamente, não foi intuito desse estudo denegrir ou condenar as práticas institucionais, que entendeu-se ser de fundamental importância para diversas áreas

socias e de desenvolvimento individual e coletivo, mas observar a forma sutil de poder, mutações e adequações nas relações atuais com os sujeitos, que mesmo não estando entre muros, edifícios ou em qualquer forma arquitetural, concreta e material, apresentam uma ilusória “liberdade” institucional, que se contradiz por sua conduta e codificação.

O código é um molde, buscando inserir um indivíduo a uma instituição ou grupo, uma determinada conduta a um significante, a um indicador. Codificar é dar uma etiqueta, um nome, um número de registro, uma medida, uma senha, uma cifra, como o código de barras é o registro de um produto. Do processo de codificação resultam estratos e linhas de segmentaridade rígida (HUR, 2015, p. 163).

Ter entendido até aqui a importância das instituições é fundamental para o desenvolvimento desse estudo e na exposição das muitas facetas que esse assunto pode ser abordado, em diversos conceitos e definições, também como suas ações principalmente sobre a subjetividade, identidade e humanização dos sujeitos, que é o alvo principal do trabalho.

Em contrapartida, no próximo capítulo observou-se as instituições pelo espectro dos sujeitos, no que tange a importância da sua subjetividade na construção pessoal e social, também a necessidade e manutenção da humanização, bem como as sutis mutações sofridas pelas instituições, com o propósito de permanência e gestão do poder sobre os sujeitos em esferas externas, aqueles que mesmo fora dos confinamentos totais, tem sua subjetividade e identidade mortificada. Mesmo com alertas, reformas humanitárias, as instituições estão presentes fora dos “muros”, configuradas como redes, operando em campo aberto e forma muitas vezes subliminar.

3. IDENTIDADE E SUBJETIVIDADE

Esse capítulo foi desenvolvido para contextualização do papel da institucionalização anteriormente citada, e seu reflexo sobre a identidade do sujeito, onde foi necessário, para um maior entendimento, a definição e explanação desses conceitos, que pode-se entender pelo processo de identificar-se conjectura dois processos diferentes: o de identificar, adequar-se a algo como idêntico ou diferente, implicando processos de diferenciação e classificação; e o de identificar-se, por meio da prática que o indivíduo se inclui ou se exclui na classificação já assimilada (SILVA, 2000). A instituição, por sua vez, trabalha com a suposição do eu do indivíduo, direcionando-o as possibilidades de ser, conseqüentemente, tolhendo o potencial performativo da identidade (SILVA, 2000).

A relação do indivíduo em contato com as instituições no que tange sua identidade, apresenta extrema mutação, ao ser sistematizado e codificado. O rótulo representa processo de classificação e exclusão da identidade, está contido em uma estreita ligação com a norma

institucional e condição para vida em sociedade; atua como limite, um enquadre de aceitabilidade, de maneira que o que estiver fora do enquadre, configura infração, desvio, processo constantemente acompanhado pelas relações de poder e saber que o interpretam e o julgam.

Nas sociedades, indivíduos são rotulados como loucos e vivem em reclusão e prisão institucional, nessa condição, sofrem consequências diretas e permanentes em sua construção identitária. “O sujeito é dividido no seu interior e em relação aos outros. Este processo o objetiva. Exemplos: o louco e o são, o doente e o sadio, os criminosos e os bons meninos” (FOUCAULT, 1995, p. 231).

Há uma separação natural nas instituições em geral, que se pode observar em diversas áreas institucionais da sociedade. Nos hospitais a classificação é feita como saudável ou patológico, na religião como santo ou pecador, nas empresas como produtivo ou improdutivo, na sociedade como normal ou louco, nas prisões como inocente ou criminoso, podendo citar uma infinidade dessas classificações.

As instituições estão presentes na sociedade com a finalidade de regulamentar práticas, formular normas e regras de convívio se mostram necessárias para a vida em sociedade, mas em contrapartida essa objetificação conseqüentemente produz-se uma cristalização e embotamento da principal condição existencial, a subjetividade e diversidade que configura o ser e não objeto. Uma vez cristalizados, os significados das criações humanas não são mais entendidos como produção humana, mas como elementos constitutivos, inerentes à realidade objetiva, à reificação (BERGER; LUCKMANN, 2005). O mundo institucionalizado não só se revela necessário para a construção da identidade como também se revela o principal problema para a construção identitária. Novamente, não foi intuito desse estudo condenar as práticas institucionais, mas apontar e debater até que ponto elas embotam a identidade e subjetividade dos sujeitos, condicionando-o a ter atitudes previsíveis, atribuindo aos mesmos naturezas robotizadas, distanciamento de sua construção como pessoa, negação de seu direito a humanidade e singularidade.

A subjetividade foi outro aspecto estudado, que está em constante transformação, que está estritamente relacionada com diversos fatores e como cada sujeito a experiência, é uma produção singular e exclusiva. Compreende-se que um mesmo conceito pode ter diversas definições, dependendo da disciplina, do contexto, do uso, do autor, da interpretação. Expressa por Dimenstein como:

Uma forma particular de se colocar, de ver e estar no mundo que não se reduz a uma dimensão individual. A subjetividade é um fato social construído a partir de processos de subjetivação, o qual é engendrado por determinantes sociais – históricos, políticos, ideológicos de gênero, de religião, conscientes ou não. Dessa forma, em diferentes contextos culturais, diferentes subjetividades são produzidas (DIMENSTEIN, 2000, p. 116-117).

Dessa forma, o subjetivo refere-se, portanto, aquilo que é próprio do indivíduo, seus sentimentos, suas emoções, sua vida interior, sua identidade. Assim a subjetividade é tanto social quanto individual construindo-se reciprocamente. É impossível pensar em subjetividade de um espaço social separada da subjetividade dos indivíduos, assim como a subjetividade individual precisa dos espaços sociais para sua produção. Como entendeu González Rey (2012):

É uma produção do sujeito que tem como matéria-prima sua vida social e a cultura, porém, não existe nenhum tipo de relação direta entre o caráter objetivo de uma experiência vivida e a forma em que ela influencia o desenvolvimento psíquico da pessoa. Esse desenvolvimento está sempre metamorfoseado por uma produção de sentidos subjetivos que se definem na configuração subjetiva da experiência vivida (GONZÁLEZ REY, 2012, p. 34).

As instituições não só determinam os papéis como também selecionam quem serão seus representantes, de acordo com a manutenção de interesses que as constitui. Nesse contexto, Guattari (1999, p. 190-191) observou que: "A subjetividade permanece hoje massivamente controlada por dispositivos de poder e de saber que colocam as inovações técnicas, científicas e artísticas a serviço das mais retrógradas figuras da sociedade". Ainda de acordo com Lane (2002):

A subjetividade é constituída na relação dialética entre o indivíduo e a sociedade e suas instituições; ambas utilizam mediações das emoções, da linguagem, dos grupos a fim de apresentar uma objetividade questionável, responsável por uma subjetividade na qual estes códigos substituem a realidade (LANE, 2002, p. 17).

Uma reformulação em todo a área social é necessária, tanto em termos práticos como teóricos, bem como na reorganização das instituições: assistenciais, administrativas e judiciárias. Nas palavras de Santiago (2009, p. 36): “[...] nessa nova perspectiva, considerando a existência e o sofrimento das pessoas, o foco não é mais na sua cura, mas na invenção da saúde, da produção de vida, da subjetividade”. O desafio requer a importante consideração pela singularidade, subjetividade e identidade do sujeito antes da normatização, regras e rótulos. Estudar e falar de instituições é expor, ou seja, é analisá-las pelo seu dia-a-dia, principalmente através de seus discursos, das práticas de seus agentes e de sua clientela e de sua ação na sociedade.

Foi exposto neste capítulo, de maneira breve e sucinta a importância fundamental de outros espectros essenciais desse estudo, que são as definições e explicações dos conceitos de identidade e subjetividade na construção do indivíduo de forma singular e única, em contraste com o que foi desenvolvido no primeiro capítulo onde tratou-se das instituições e seus processos de institucionalização, com intuito de contextualização e desenvolvimento do terceiro capítulo, onde abordou-se o papel da psicologia e sua promoção de saúde individual, social, institucional, que indiscutivelmente se tornou uma ferramenta primordial para a construção ou reconstrução dessa relação entre instituição e indivíduo, primando como motivo principal da psicologia a humanização, produção de vida e saúde, também como o estudo desses processos e interações mostrando a necessidade de atenção contínua na criação de consciência educacional, de forma alerta para identificação às mudanças sofridas tanto nas instituições, quanto nos sujeitos submetidos a esse processo, que tendem a se adaptar de maneira sutil ao conceito de normalidade e saúde, visando enquadramento e conseqüentemente insalubridade.

4. O PAPEL DA PSICOLOGIA NAS INSTITUIÇÕES TOTAIS

Esse capítulo foi construído com a necessidade primária de estudo sobre a importância do papel da psicologia e seus profissionais na relação entre indivíduo e instituição, no que tange seu embotamento identitário e subjetivo, termos que foram tratados nos capítulos anteriores e não menos importantes para a construção do trabalho. Foi necessário abordar de maneira prioritária e inicial, a base para exercício da profissão que são as diretrizes e princípios fundamentais do código de ética do psicólogo.

I. O psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos. II. O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. III. O psicólogo atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural. IV. O psicólogo atuará com responsabilidade, por meio do contínuo aprimoramento profissional, contribuindo para o desenvolvimento da Psicologia como campo científico de conhecimento e de prática. V. O psicólogo contribuirá para promover a universalização do acesso da população às informações, ao conhecimento da ciência psicológica, aos serviços e aos padrões éticos da profissão. VI. O psicólogo zelará para que o exercício profissional seja efetuado com dignidade, rejeitando situações em que a Psicologia esteja sendo aviltada. VII. O psicólogo considerará as relações de poder nos contextos em que atua e os impactos dessas relações sobre as suas atividades profissionais, posicionando-se de forma crítica e em consonância com os demais princípios deste Código (BRASIL/BRASILIA, 2005, p. 7).

As instituições são ambientes conflituosos quando se pensa em condutas versus identidade, objetividade versus subjetividade e todas as divergências entre o que é institucional

e individual, de maneira que esse processo também é imposto ou sugerido ao profissional de psicologia que é colocado em uma posição delicada onde seus princípios éticos e profissionais são testados e colocados em questão. Como entendeu Bleger: “[...] o psicólogo é um agente de mudança e um catalisador ou depositário de conflitos, e, por isso, as forças operantes na instituição irão agir no sentido de anular ou amortizar suas funções e sua ação” (BLEGER, 1984, p. 53).

Quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (BRASIL, 2003, p. 10).

Um discurso sobre as mudanças sofridas por meio de reforma das instituições, se mostra perigoso e no mínimo digno de uma melhor observação, no que diz respeito as reais alterações institucionais ou apenas um mascaramento das antigas práticas asilares, manicomiais e até mesmo religiosas, que independente da institucionalização voluntária ou involuntária, tendem ainda hoje a embotar, tolher e mortificar a identidade e subjetividade dos sujeitos, vindo de encontro a tudo aquilo que a ética fixa como princípios fundamentais da psicologia. Essas mudanças e mascaramento das práticas institucionais se mostram dentro de um conceito que gera grande controvérsia, que é o conceito de normalidade em oposição ao que é patológico e o conceito de saúde em oposição a doença. Essa "normalidade" pode ser medida ou baseada através de vários critérios como: normalidade como ausência de doença, normalidade ideal que é utópica, estatística que se baseia na frequência, normalidade funcional, como processo dinâmico, normalidade como bem estar, como liberdade e operacional. Dalgarrondo entendeu, entretanto que:

De modo geral, pode-se concluir que os critérios de normalidade e de doença em psicopatologia variam consideravelmente em função dos fenômenos específicos com os quais se trabalha e, também, de acordo com as opções filosóficas do profissional. Além disso, em alguns casos, pode-se utilizar a associação de vários critérios de normalidade ou doença, de acordo com o objetivo que se tem em mente. (DALGARRONDO, 2008, p. 34).

Nesse sentido não é possível pensar em uma produção de identidade e subjetividade nos regimes institucionais, mesmo que o institucionalizado possa fabricar um tipo de subjetividade, essa é objetivamente controlada, e tem como alvo uma suavização do sofrimento, gerando um grande problema e obstáculo na promoção de vida através da atuação da psicologia.

Ao entrar em uma instituição, o psicólogo deve tomar ciência que seu primeiro paciente deve ser a própria instituição, deve ser tratada e investigada a partir do espectro psicológico sobre seus objetivos, funções, tarefas, lideranças formais e informais, e as formas de comunicação, em que o psicólogo desempenhará suas funções como um colaborador e integrante regulador da mesma, especialista que atua sobre os problemas da relação ou comunicação humana, atendendo os problemas como institucionais, e não individuais (BLEGER, 1984). O autor expõe a importância da psicologia no estabelecimento de limites entre instituições e indivíduos na produção de saúde, para instituições e institucionalizados. Em contraposição ao exposto acima, percebeu-se o quão complexo é o papel do psicólogo, enquanto detentor de poder capaz de operar a vida dos cidadãos e dos grupos que os mesmos estão inseridos, servindo como instrumento de manipulação para a classe dominante. Entretanto, Martín-Baró traz além de uma crítica a esse perfil profissional, um modelo pautado na conscientização, que se constitui no horizonte primordial do quefazer psicológico.

Ao afirmar que o horizonte primordial da psicologia deve ser a conscientização, se está propondo que o quefazer do psicólogo busque a desalienação das pessoas e grupos, que as ajude a chegar a um saber crítico sobre si próprias e sobre sua realidade. No sentido de eliminar ou controlar aqueles mecanismos que bloqueiam a consciência da identidade pessoal e levam a pessoa a comportar-se como um alienado (MARTÍN-BARÓ, 1996, p. 17).

A psicologia e seus profissionais tem a responsabilidade de exercer seus princípios fundamentais e identificar nas instituições totais, aquilo que é objetivo e de natureza subjetiva e singular dos indivíduos institucionalizados. Ao observar sujeitos em instituições prisionais, instituições de longa permanência para idosos e aqueles que sofrem de transtornos psíquicos, diferente do que se pregou como reforma psiquiátrica, sanitária, luta antimanicomial e serviços substitutivos, são tratamentos muito distantes dos direitos humanos, aqui não se fala somente da letra, mas de práticas humanizadas de saúde física e mental. Assim também uma melhor explicitação e conscientização desses termos a sociedade, que adota a institucionalização ainda como instrumento de separação e exclusão, retirando-o da família, do mercado de trabalho, dos vínculos sociais; excluindo-o da vida em sociedade, com a classificação já citada nos capítulos anteriores que o codificam e rotulam como criminoso, incapaz, louco, entre outras classificações diversas e negativas.

Aqui observou-se o primordial e autêntico papel da psicologia, que é ver antes de tudo, o ser humano em conteúdo e construção essencial, desassociado de enquadramentos, rótulos e codificação, papel autêntico porque como parte inserida nessas instituições, não está isenta de descumprimento do seu papel exercido por seus profissionais, que sofrem com uma sociedade

e gestores que possuem princípios construídos na exclusão e institucionalização. O caminho para uma efetiva construção da saúde mental e seu funcionamento se mostra longo e cheio de desafios, mas a psicologia se mostra como engrenagem crucial para o processo de consciência e saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho respondeu em seu desenvolvimento aos objetivos propostos e foi elaborado para reflexão e alerta, principalmente aos profissionais da psicologia sobre a ilusória reforma das instituições totais, que tem adaptado suas normas e regras para uma aceitação social, encobrindo ou disfarçando a mortificação da humanidade de seus participantes, em busca de aceitação e continuidade dessas práticas, se estabelecem de forma implícitas e subtendidas, que são aderidas por seus participantes como pertencentes ao sistema institucional, excluindo aqueles que não aderem como anormais comparados grande maioria.

Abordou-se ao longo do trabalho a contextualização e definição das instituições totais e seu funcionamento, também a conceitualização da identidade e subjetividade como fundamentais para concepção do indivíduo, por fim o essencial papel da psicologia e seus profissionais para a promoção de saúde e humanidade, na clarificação, entendimento e no olhar analítico buscando a perspectiva de cada integrante dessa relação e não contaminação pelo sistema institucional.

Buscou-se a exposição da relação entre instituições totais, indivíduos institucionalizados e o papel da psicologia para promoção de saúde e edificação da identidade e subjetividade de maneira humanizada, respeitando a diversidade que é condição básica para existência, entendendo que a instituição total promove benefícios, em contrapartida gera efeitos naturais inerentes de seus processos de padronização, codificação e adequação. Esse papel poderá ser desenvolvido em futuros trabalhos, visando o desenvolvimento de consciência individual, da sociedade e dos profissionais inseridos nas instituições de maneira que a psicologia não se contamine em seu exercício primeiro.

REFERÊNCIAS

BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 3 ed. Rio de Janeiro, 1996. p. 29 e 177.

BERGER, P; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**: tratado de sociologia do conhecimento. Petrópolis: Vozes, 2005.

BLEGER, J. **Psico-higiene e Psicologia Institucional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS (2003). **A política do ministério da saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** (série b. Textos básicos de saúde). Brasília: ministério da saúde.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional dos Psicólogos**, Resolução n.º 10/05, 2005, p. 7.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais** – 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 34.

DIMENSTEIN, M. **A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde**. Estudos de Psicologia. 2000, p. 95-121. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2000000100006>. Acessado em: Set, 2022.

DORSCH, F., HÄCKER, H. E STAPF, K.H. **Dicionário de Psicologia**. Petrópolis: Editora Vozes, 2001, p. 490.

FOUCAULT, M. **O sujeito e o poder**. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. **Uma trajetória filosófica**: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p. 231.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução de Raquel Ramalhe. 20. ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 1999, p. 165-166.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1992, p. 16-17.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação de identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

GONZÁLEZ REY, F. **A configuração subjetiva dos processos psíquicos: avançando na compreensão da aprendizagem como produção subjetiva**. In: MARTINEZ, A. M.; SCOZ, B. J. L.; CARVALHO, M. I. S. de. Ensino e aprendizagem: a subjetividade em foco. Brasília: Liber Livros, 2012, p. 34.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica e cartografia do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986.

GUATTARI, F. **Da produção de subjetividade**. In PARENTE. A. **Imagem máquina: a era das tecnologias do virtual** (p. 177-191). Rio de Janeiro: Ed 34, 1999, p. 190-191.

HUR, D. U. Axiomática do capital e instituições: abstratas, concretas e imateriais / Axiomatic of capital and institutions: abstracts, concretes and immaterials. **Revista Polis e Psique**, [S. l.], v. 5, n. 3, p. 156–178, 2015. DOI: 10.22456/2238-152X.58450. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/58450>. Acessado em: Out, 2022.

HUR, D. U. **Cartografias da luta armada: a guerrilha como máquina de guerra.** Mnemosine, 2012, p. 51-69. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41558>. Acessado em: Ago, 2022

LANE, S. T. M. **A Dialética da subjetividade versus objetividade.** São Paulo: Casa do psicólogo. 2002, p. 17.

MARTÍN-BARÓ, I. **O papel do Psicólogo.** In: MARTÍN-BARÓ: **Estudos de Psicologia.** Brasil, 1996, v.02, n. 01. p. 7-27. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/T997nnKHfd3FwVQnWYYGdqj/>. Acessado em: Ago, 2022.

PECI, A.; VIEIRA, M. M. F.; CLEGG, S. R. A construção do “Real” e práticas discursivas: o poder nos processos de institucionaliza(ção). **Revista de Administração contemporânea,** Curitiba v. 10, n. 3, p. 51-71. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rac/v10n3/a04v10n3.pdf>. Acessado em: Ago, 2022.

SANTIAGO, M. A. **Panorama da saúde mental pública no Distrito Federal de 1987 a 2007: um estudo exploratório sobre a reforma psiquiátrica no DF.** 2009, p. 36. Repositório institucional da Universidade de Brasília. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/6371>. Acessado em: Set, 2022.

SILVA, T. T. A produção social da identidade e da diferença. *In:* SILVA, T. T. **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais.** Petrópolis: Vozes, 2000. p. 73-102.

CAPÍTULO 13

ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL INTRAFAMILIAR

Aline Daniele Hoepers

RESUMO

Este estudo se propõe a apresentar discussões, a partir de um enfoque teórico-reflexivo, sobre a atuação da Psicologia em casos de violência sexual intrafamiliar contra crianças pertencentes a famílias em condição de vulnerabilidade socioeconômica. Inicialmente, expõe-se elementos conceituais sobre o tema violência sexual infantil e sobre a inserção da Psicologia em contextos de atuação frente a situações de abuso sexual intrafamiliar. Enquanto recurso metodológico, realizou-se levantamento bibliográfico sobre o tema nas plataformas *Scientific Electronic Library Online* e Portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia. A presença incipiente de estudos publicados com o enfoque temático pretendido é um dado importante que aponta para a necessidade de novas pesquisas sobre violência sexual infantil em interface com aspectos estruturais que performam a complexidade deste problema social e multifacetado. Dentre os estudos encontrados, restou evidente a indispensabilidade de se considerar marcadores sociais, como classe, nas análises sobre violência sexual intrafamiliar infantil, inclusive articulado com outros eixos que congregam sistemas de opressão, como raça, gênero e idade. Concluiu-se que a Psicologia pouco tem se debruçado, no campo da pesquisa científica, ao tema em pauta, o que também pode refletir o que tem se dado no exercício cotidiano de trabalho, demandando a construção de concepções e práticas que reconheçam criticamente os atravessamentos que integram as demandas psicossociais de seu campo de atuação.

PALAVRAS-CHAVE: Violência sexual. Crianças. Psicologia. Pobreza.

1. INTRODUÇÃO

Esta produção se volta, fundamentalmente, à temática do exercício profissional da Psicologia junto a casos de violência sexual intrafamiliar infantil, com destaque para as famílias em condição de vulnerabilidade socioeconômica.

As estatísticas, a mídia e a realidade cotidiana explicitam que este tipo de violação pode atingir crianças de quaisquer classes sociais, porém os impactos vividos por elas são singulares a depender de sua inserção no mundo, atravessada pelos marcadores sociais de classe e outros, como raça, gênero e idade. Por marcadores sociais da diferença (BRAH, 2006) compreende-se os lugares de pertencimento social dos sujeitos, como gênero, sexualidade, geração, raça, etnia e classe. Eles são tomados, do ponto de vista histórico e social, num complexo de hierarquias, que cooperam com a produção ou o aprofundamento de desigualdades diversas.

O enfoque dado, neste estudo, às crianças em situações de pobreza tem como propósito abordá-la como uma dimensão que não se limita à deficiência de renda, mas se refere a uma condição de vida marcada por complexas maneiras de privação. Tal como salientam Ximenes *et al.* (2015), a pobreza é um fenômeno que integra elementos não apenas materiais, mas também simbólicos, ideológicos, psicológicos e culturais. Distintamente de uma leitura

hegemônica que a conceitua como falta ou precariedade de renda e consumo, as autoras propõem que seja compreendida como fenômeno multidimensional, que provoca ou aprofunda privação de liberdade básica de viver e sobreviver, de equidade de gênero-raça-classe, de segurança e de acesso a serviços públicos.

Logo, posicionar a dimensão da pobreza em interface com a configuração da violência sexual intrafamiliar infantil não tem como propósito criar uma linha explicativa unidirecional da primeira em direção à segunda, mas sim inserir a pobreza em sua complexidade, não como limitação econômica estanque, mas como situação constituída por fatores que reduz possibilidades de acesso e intensifica desigualdades variadas. Ao abrir espaço para o olhar multifatorial, compreende-se que outras dimensões, como raça e gênero, passam a figurar como, também, indispensáveis em discussões como esta, abrindo caminhos para outras pesquisas.

Diante disso, lançam-se as seguintes questões problemáticas. Como a Psicologia pode colaborar para a compreensão e o enfrentamento das violências sexuais vividas por crianças em sua realidade familiar? De quais formas crianças socioeconomicamente vulneráveis estão sendo tratadas pelas políticas públicas quando têm seus direitos violados e como é que a Psicologia tem se posicionado nestes campos de atuação? Como a Psicologia, em interface com outras áreas, pode colaborar com o enfrentamento deste problema que tem, ainda, violado sistematicamente a infância?

Partindo dessas inquietações, o objetivo fundamental deste estudo é compreender, a partir das publicações científicas disponíveis, como tem se dado a atuação da Psicologia, na realidade brasileira, junto a crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar pertencentes a famílias em condição de vulnerabilidade social.

As justificativas sociais e científicas da escolha do tema se voltam, especialmente, ao desejo de dar luz a uma problemática que costumeiramente se manter marginalizada. Dar destaque ao estudo da atuação psicológica junto aos casos de abuso sexual intrafamiliar em contextos socioeconomicamente vulneráveis dimensiona-se como posicionamento ético-político e compromisso social da Psicologia. Se é princípio fundamental da ciência e profissão, tal como prevê o próprio Código de Ética Profissional do Psicólogo (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005), a atuação pautada na promoção dos direitos humanos e na eliminação de quaisquer formas de opressão e violência a partir de uma perspectiva crítica e fundamentada em responsabilidade social, concebe-se que posicionar a Psicologia de modo a

colaborar com a compreensão e o enfrentamento do problema em questão é deslocamento necessário à construção crítica da ciência e prática psicológica.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Abuso sexual infantil: aspectos conceituais

A criança é considerada no ordenamento jurídico em vigência, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), como sujeito de direitos, pessoa em situação de desenvolvimento, a quem a sociedade, a família e o Estado devem ofertar proteção integral. Em que pese os avanços legais e sociais obtidos historicamente no que tange aos direitos de crianças e adolescentes, no plano concreto, elas/es são alvos recorrentes de violações de direitos humanos.

Tal como salienta o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2020), as diretrizes das políticas existentes no cenário brasileiro, voltadas à infância, compõem um amplo marco legal nacional e internacional, dentre os quais se destacam: “a Convenção sobre os Direitos de Crianças e Adolescentes (CDC) de 1989, a Constituição Federal (CF) de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescentes (ECA) de 1990” (p. 9). Apesar dessas conquistas, na vida concreta, as vidas de crianças e adolescentes seguem sendo alvos de privações, violações, abusos, violências e mortes. Esse crítico cenário convoca a Psicologia a refletir sobre a necessidade de fortalecer as ações de promoção, proteção e defesa dos direitos deste grupo nos mais diversos espaços de convivência.

Dentre as inúmeras formas de violências cometidas contra crianças, a violência sexual é, pois, uma delas, que se caracteriza como uma das mais graves formas de violações dos direitos humanos e pode se expressar como abuso sexual, exploração sexual, pornografia, turismo sexual, etc. (CFP, 2020).

O conceito de violência sexual infantil abordado pelo Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (BRASIL, 2013), afirma-a como “todo ato, de qualquer natureza, atentatório ao direito humano ao desenvolvimento sexual da criança e do adolescente, praticado por agente em situação de poder e de desenvolvimento sexual desigual em relação à criança e ao adolescente vítimas” (p. 22). Na mesma direção, Gonçalves (2011) conceitua que, dentre as inúmeras formas de violência, a violência sexual é todo ato ou jogo sexual, que envolva ou não contato físico, cujo autor da violência está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou o/a adolescente, com o objetivo de estimulá-la/o sexualmente ou utilizá-la/a para obter satisfação sexual.

Em consonância, o Guia Operacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO; INSTITUTO ALANA, 2020) descreve a violência sexual infantojuvenil como “uma grave violação de direitos que atinge a dignidade humana e a integridade física e mental das vítimas” (p. 14). O material aponta que o problema é recorrente no mundo todo e revela a objetificação de crianças e adolescente, a adultização precoce e as desigualdades de gênero. Trata-se, portanto, de um fenômeno complexo, que provoca marcas profundas e se relaciona a fatores culturais, sociais e econômicos.

A propósito, Sanderson (2005) caracteriza a violência sexual contra crianças: como um fenômeno de natureza social, influenciado pela cultura e pelo tempo histórico. Aponta que ela: inclui tanto comportamentos de contato quanto de não-contato; integra um conjunto de outros abusos, podendo surgir relacionado a eles; diz respeito a atos que visam a forçar ou estimular uma criança a participar de atividades sexuais; pode ser empregado por quaisquer pessoas, sejam elas familiares, conhecidos ou desconhecidos; há uma desigualdade entre a pessoa que abusa e a criança: de idade, de tamanho e/ou de poder; e é um fenômeno rotineiramente encoberto, visto que se estima que apenas 10% dos casos sejam denunciados. Fato é que

a violência sexual muitas vezes perpetua-se encoberta por pactos silenciosos, frequentemente responsáveis pela manutenção de situações violadoras de direitos humanos para inúmeras crianças e adolescentes brasileiros. O que torna urgente e necessário dimensionar melhor essa realidade, especialmente acerca da violência doméstica e sexual, que ainda permanece oculta na esfera do privado. Ao entender as situações de violência sexual – a que são submetidas crianças e adolescentes como uma questão social, cultural, econômica e política, faz-se necessário ampliar concepções e formas sociais de enfrentá-la, na medida em que há uma tendência a sua naturalização (CFP, 2020, p. 17).

Quanto a este risco relativo à banalização da violência, Gonçalves (2011) já havia assinalado que, de fato, a violência é tão usual e cotidiana que passa por um fenômeno supostamente natural, quando não é natural, mas construído e perpetuado socialmente. A autora pondera que, vivendo cotidianamente em meio ao abuso de poder contra crianças, anula-se o estranhamento quanto às violações decorrentes destas situações. Lembra, ainda, que os indícios de violência não são taxativos, o que demanda um olhar cuidadoso e circunstanciado pelas equipes multiprofissionais que atendem crianças e famílias com suspeita de violências sexuais.

Sanderson (2005) também destaca, quanto aos sinais da violência, que nem todas as crianças verbalizam o abuso sofrido, mas passam frequentemente a demonstrar indícios, aos quais os pais e professores devem estar atentos. Lembra que nenhum sinal ou sintoma isoladamente pode ser conclusivo sobre o abuso, devendo ser analisados dentro do contexto

mais amplo da criança e da família. Podem ser emocionais, interpessoais, comportamentais, cognitivos, físicos e/ou sexuais.

A respeito dos efeitos da violência sexual, Gonçalves (2011) comenta que “embora seja difícil determinar o impacto preciso que a violência vai produzir sobre a criança, sabe-se que ele depende de um conjunto de circunstâncias” (p. 301), como a natureza da violência, as características da criança, a relação entre vítima e agressor, a existência ou não de rede de apoio familiar e social, dentre outras.

De modo semelhante, Rovinski e Pelisoli (2019) apontam que os danos variam de acordo com um conjunto de características da vítima, como idade, sexo, funcionamento psicológico, antecedentes psicopatológicos, recursos de enfrentamento, etc., somadas a fatores relacionados a própria violência, como gravidade, duração, cronicidade, relação com o autor, uso de outras formas de violência, etc., além das reações posteriores do contexto social da vítima, que poderá ou não se colocar como rede de apoio.

As discussões tecidas nesta subseção, embora tenham como propósito se configurar enquanto breve resgate conceitual da violência sexual infantil, já dimensionam a reflexão sobre o tema diante da complexidade que o envolve, convocando a Psicologia a se implicar com o assunto de forma crítica, com atenção particular ao contexto doméstico, no qual este problema histórico-social tende a se perpetuar de forma silenciosa e duradoura, tal como será discutido a seguir.

2.1.1 Família, (des)proteção e a atuação da Psicologia

O mais recente Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2022) expõe aumento da taxa de violência sexual no último ano na realidade brasileira e explicita que, dentre as vítimas, a maioria (mais de 60%) são crianças. À semelhança de outras estatísticas oficiais, revela que, em quase 80% dos casos, os autores das violências são pessoas conhecidas, em sua maioria familiares.

Neves *et al.* (2010) destacam que o abuso sexual, a depender da relação estabelecida pela criança ou adolescente com o autor da violência, pode ser considerado intrafamiliar ou extrafamiliar. O primeiro decorre de relação com membro da família de origem ou extensa, enquanto o segundo decorre de relação com membro da comunidade ou quando figura ausência prévia de qualquer vinculação.

Lançando o olhar especificamente para a violência sexual intrafamiliar, que é foco deste trabalho, o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2020, p. 58), discute que, historicamente,

“situações de violência intrafamiliar, em especial violência sexual, não eram foco de intervenções externas e estiveram restritas ao âmbito familiar. Envoltas de silêncio, eram compreendidas como privadas”. Em razão deste ocultamento e subsequente naturalização, muitas situações de violência não foram (ou não são, ainda) denunciadas. Entretanto, infelizmente, os casos de violência intrafamiliar são extremamente comuns, sendo que os dados registrados em estatísticas oficiais são apenas o que chega a ser de fato denunciado e/ou notificado.

Rovinski e Pelisoli (2019) argumentam que o abuso sexual intrafamiliar se destaca como o mais comum quando comparado com aquele perpetrado por pessoas de fora da família ou do convívio da criança. Os principais autores das violências são, portanto, pais, padrastos e tios, enquanto as principais vítimas são meninas. Este é um problema altamente complexo e difícil de ser identificado, especialmente porque a violência intrafamiliar recorrentemente envolve a manutenção de um segredo, que tende a perpetuar a violência por maior tempo e a revelação do abuso, quando ocorre, costuma gerar uma crise familiar.

Gabel (1998) já havia pontuado que a dinâmica do abuso intrafamiliar é extremamente grave, por inúmeras razões, dentre as quais pode-se destacar: há uma transgressão dos limites físicos-subjetivos da criança; ocorre a manutenção de um segredo que perpetua a desproteção da vítima e, se rompido, gera uma crise profunda na família como um todo; e se estabelece em muitas circunstâncias uma habitual cumplicidade consciente e/ou convivência inconsciente por outros membros da família, que deveriam estar ofertando proteção à criança violada.

Diante deste complexo quadro, cabe a Psicologia atuar de forma ética e comprometida com a garantia dos direitos das crianças, colaborando com o enfrentamento de toda e qualquer forma de violação. Rovinski e Pelisoli (2019) comentam que “o trabalho do psicólogo no atendimento a vítimas de violência sexual, principalmente quando estas são crianças e adolescentes, traz enormes desafios, tanto no que diz respeito aos procedimentos técnicos que devem ser realizados como no que tange à ética que se estabelece nessa relação” (p. 11).

O Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2020) bem assinala que, em meio a atual configuração plural da ciência e profissão, a Psicologia compreende a violência sexual contra a criança e a/o adolescente por meio de diversas abordagens teóricas, e vem desenvolvendo uma série de técnicas e práticas de avaliação, intervenção e cuidado. Isso reflete sua inserção em diversos âmbitos públicos e privados, abarcando inúmeros serviços como: saúde, assistência social, educação, segurança pública e sistema de justiça. Seja onde for, “o que não se pode

olvidar é que, independentemente do campo de atuação, a Psicologia possui compromisso social e cada profissional tem o compromisso ético de fazer valer esse pacto coletivo” (CFP, 2020, p. 33).

Segundo o referido material (CFP, 2020), no âmbito da justiça, as práticas psicológicas junto aos casos de violência sexual infantil ocorrem preponderantemente com enfoque avaliativo, dada a interface com a área criminal, ou mesmo quando a atuação se dá em varas de infância, a finalidade central é subsidiar decisões judiciais, através de avaliações técnicas. Inclusive, conforme Pelisoli e Dell’Aglia (2015), a avaliação psicológica em situações de abuso sexual tem sido cada vez mais demandado por setores como a Justiça. Realizar este trabalho exige um exercício profissional baseado em recursos e fundamentos científicos, assim como, recorrentemente, novos estudos e aperfeiçoamento das técnicas.

Já os profissionais inseridos nas políticas públicas municipais, segundo o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2020), assim como em outros serviços efetuados por organizações não governamentais e universidades, voltam-se aos fazeres de natureza interventiva e/ou protetiva, por meio dos quais as ações costumam focar (ou deveriam focar) em estratégias que visam a proteção e a prevenção de situações de violência sexual contra crianças e adolescentes. O órgão ainda pondera que

Vemos crescente número de estudos relacionados às práticas profissionais em situações de violência sexual, sobretudo nos contextos jurídico e clínico. Em contrapartida, a correlação dos aspectos técnicos e éticos às diretrizes e bases legais das políticas públicas em que a Psicologia está inserida tem sido menos explorada. É imperativo que qualquer prática profissional esteja não apenas atenta ao estado da arte da ciência psicológica como também às diretrizes, às bases legais e aos preceitos éticos da profissão (CFP, 2020, p. 36-37).

Indispensável, também, salientar, segundo a mesma fonte, que, em razão da complexidade do problema, não há como pensar os impactos da violência como problemática limitada ao campo da Psicologia. O trabalho deve ser interdisciplinar e intersetorial de modo a acolher toda a multidimensionalidade, que envolve sofrimento psíquico, mas também outras demandas de ordem psicossocial, pedagógica, jurídica e de saúde. Os profissionais devem intervir de maneira articulada, a partir de sua especialidade, com vistas a um objetivo comum, que é oferecer atendimento qualificado e especializado que compreenda os sujeitos em suas múltiplas dimensões.

O cotidiano do exercício profissional frente a esta problemática ainda integra inúmeros desafios, tal como destaca o estudo elaborado por Neves *et al.* (2010). As famílias em geral estão fragilizadas, as crianças amedrontadas e os profissionais rotineiramente com pouca

qualificação e recursos para atuar frente a questões tão singulares. Em que pesem os avanços no plano legal, ainda se faz necessário o devido investimento estatal e uma efetiva articulação da rede de proteção de modo dinâmico e implicado com a garantia dos direitos infantojuvenis.

3. METODOLOGIA

Este estudo assume uma perspectiva teórico-metodológica de natureza crítica e qualitativa, alinhada aos pressupostos da Psicologia Social, tomando a construção do conhecimento como ação social e intervenção no mundo. Como bem ressaltam Euzébios Filho e Gradella Júnior (2020, p. 94), “um projeto de Psicologia Crítica pressupõe um projeto de sociedade que considera necessário algum nível de transformação social”.

Rumo ao objetivo fundamental proposto e já apresentado, elegeu-se, como método de investigação, levantamento bibliográfico da produção científica relativa à atuação psicológica brasileira, nos mais diversos campos, que vem sendo realizada especificamente junto a crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar pertencentes a famílias socioeconomicamente vulneráveis. Parte-se do entendimento de que

mesmo pesquisas que têm documentos como fonte de informação podem ser consideradas como intervenção na medida em que produzem conhecimentos que modificam ou podem vir a modificar o modo como determinada situação é lida/percebida/enunciada. Seus resultados, uma vez tornados públicos, apresentam-se como dispositivos a deflagrar diálogos e intervenções outras, a modificar as relações que as pessoas com esta estabelecem (ZANELLA, 2013, p. 161-162).

Com esse compromisso, para efetuar o pretendido, utilizou-se as plataformas de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC), buscando localizar estudos completos em língua portuguesa que têm discutido o tema em questão, acima mencionado.

Empregou-se, em ambas as plataformas, as seguintes palavras-chave, articuladas em grupos de três ou quatro termos em cada busca: violência sexual (e sinônimos, como abuso sexual e violência intrafamiliar); criança (e suas variações crianças e infantil); Psicologia (e a derivação atuação psicológica); famílias em situação de pobreza (e sinônimos, como famílias socioeconomicamente vulneráveis e famílias pobres). A seguir, são apresentados e discutidos os conteúdos levantados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

As buscas efetuadas tanto na plataforma SciELO quanto na plataforma PePSIC não alcançaram nenhum estudo, quando houve o emprego da palavra-chave “famílias em condição

de pobreza” ou seus sinônimos, articulada aos demais descritores. Quando retirada e mantida apenas as demais palavras-chaves associadas, 26 estudos foram encontrados na SciELO e 17 estudos na PePSIC.

Diante deste levantamento inicial, operou-se a seleção e análise do material, tomando-se como critérios de inclusão: ser artigo completo em língua portuguesa; não ser estudo repetido nas plataformas; tratar da atuação da Psicologia junto a casos de violência sexual intrafamiliar; e abordar direta ou indiretamente as situações que envolvem famílias em condição de pobreza e/ou trabalhar com o marcador social de classe. No total, 4 artigos foram localizados, os quais foram eleitos para compor as discussões seguintes.

Em linhas gerais, os dados acima apontados já sugerem que os estudos no campo da Psicologia sobre violência sexual intrafamiliar infantil tendem a não abordar a dimensão da pobreza e seus efeitos de privação. Quando há abordagem da dimensão classe social, figura frequentemente no âmbito da fundamentação teórica dos estudos, em alusão ao fato de esta forma de violação infantil ocorrer em famílias de quaisquer classes sociais, tal como ocorreu em dois dos estudos levantados (BARBOSA; PEGORADO, 2008; AMORIM *et al.*, 2021), não havendo um aprofundamento sobre especificidades de como o problema acomete realidades sociais tão diversas, possivelmente por não ser objeto focal dos estudos encontrados. Identificou-se, por conseguinte, outros dois estudos que abordam a temática de forma mais detalhada, os quais são apresentados a seguir.

A pesquisa de Habigzang *et al.* (2005) mapeou os fatores de risco para abuso sexual intrafamiliar em processos jurídicos do Ministério Público do Rio Grande do Sul por violência sexual, no período entre 1992 e 1998. Na discussão dos resultados, ao caracterizarem as famílias que emergiram no material levantado, discorrem que, entre os principais fatores de risco, destaca-se a presença de desemprego, dificuldades econômicas, dentre outros fatores psicossociais. Salientam, todavia, que “embora o desemprego e as dificuldades econômicas sejam fatores de risco para a violência, é importante salientar que este é um fenômeno que ocorre em todos os níveis sociais, mas nem sempre chegam ao Ministério Público” (p. 346).

Nota-se, portanto, que os assinalamentos dos autores indicam que privações econômicas e vulnerabilidades sociais não podem ser tomados como eixos unidirecionais para explicar violências, haja vista que essas podem acometer qualquer classe social, contudo são fatores de risco e devem, pois, ser considerados na compreensão do fenômeno.

O estudo de Araújo (2002) põe em debate a necessidade de que as manifestações de violência sexual intrafamiliar, assim como qualquer outra expressão de violência, sejam compreendidas em interface com fatores sociais estruturais. Comenta que desigualdades econômicas, sociais e culturais e seus impactos mais variados devem ser analisados nas pesquisas sobre violência, mas não de modo que os tomem como eixo causal. Embora esses fatores cooperem para o aumento de violências, isoladamente não explicam o fenômeno.

Esse estudo dispõe sobre a importância de se considerar marcadores de classe, raça, idade e gênero, enquanto fatores relevantes na configuração das violências sexuais intrafamiliares contra crianças. Destaca, aliás, que “na escala social do exercício da dominação-exploração por legitimação do poder ou imposição através da violência, o homem adulto, branco e rico tem predominância sobre as mulheres, crianças, pobres e negros” (ARAÚJO, 2002, p. 5), convocando à reflexão crítica sobre o intercruzamento dos sistemas opressivos que sustentam inúmeras desigualdades e violências, dentre as quais se situam as violências sexuais contra crianças.

Os dados obtidos indicam que, dada a incipiência de estudos sobre o tema em questão, faz-se importante o desenvolvimento de novas pesquisas e publicações sobre o tema, visando a inserir marcadores sociais como classe – mas não apenas, também gênero, idade e raça – nos debates sobre a configuração de violências sexuais intrafamiliares infantis. Concebe-se que trazer em cena a articulação de sistemas opressivos é fator indispensável à compreensão aprofundada sobre a produção e manutenção de violências e sofrimentos a elas relacionados.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discussões construídas neste estudo permitem conceber que a Psicologia pouco tem se debruçado, no campo da pesquisa científica, ao tema em pauta, o que também pode refletir o que tem se dado no exercício cotidiano de trabalho, demandando a construção de concepções e práticas que reconheçam a complexidade dos atravessamentos que integram as demandas psicossociais de seu campo de atuação.

As considerações tecidas convidam a categoria de psicólogas e psicólogos à construção de saberes críticos e fazeres implicados com a integração dos marcadores sociais às demandas que emergem em sua práxis. Os marcadores integram os problemas sociais, como é o caso das violações ainda presentes na vida de crianças, perpetuadas por opressões integradas, as quais as vulnerabilizam e aprofundam as desigualdades sob as quais vivem. Um olhar interseccional é, pois, imperativo para a construção de um fazer ético-político.

A Psicologia, exercendo sua responsabilidade social, deve, em articulação com outras áreas, atuar colaborativamente na construção de estratégias de enfrentamentos às violências, opressões e desigualdades articuladoras e mantenedoras de expressões de sofrimentos psíquicos diversos. Empenhar-se na luta pelo fim das violências contra crianças é, pois, compromisso social, ético e político rumo a uma sociedade mais justa e democrática.

REFERÊNCIAS

AMORIM, A. F. *et al.* Desempenho intelectual e crenças disfuncionais em crianças vítimas de abuso sexual. **Revista Psicopedagogia**, v. 38, n. 116, p. 143-151, 2021. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v38n116/02.pdf>>. Acessado em: Fev, 2023.

ARAÚJO, M. F. Violência e abuso sexual na família. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 3-11, 2002. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pe/a/QJpLxjnNg6J3H4skJLgW3mf/?lang=pt>>. Acessado em: Fev, 2023.

BARBOSA, P. Z.; PEGORARO, R. F. Violência Doméstica e Psicologia Hospitalar: possibilidades de atuação diante da mãe que agride. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 77-89, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/S5pPDv5TtFq3PjDqjXGpMpw/abstract/?lang=pt>>. Acessado em: Fev, 2023.

BRAH, A. Diferença, diversidade, diferenciação. **Cadernos Pagu**, n. 26, p. 329-376, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cpa/a/B33FqnvYyTPDGwK8SxCPmhy/?format=pdf&lang=pt>>. Acessado em: Jan, 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acessado em: Jan, 2023.

BRASIL. **Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes**, 2013. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/plano-nacional-de-enfrentamento-da-violencia-sexual-contra-criancas-e-adolescentes.pdf/view>>. Acessado em: Jan, 2023.

BUENO S.; LIMA, R. S. (Orgs.). **Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2022**. Fórum Brasileiro de Segurança Pública, ano 16, 2022. Disponível em: <<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/06/anuario-2022.pdf?v=5>>. Acessado em: Jan, 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília: CFP, 2005. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>>. Acessado em: Jan, 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) na rede de proteção às crianças e adolescentes em situação de violência sexual**. 2. ed. Brasília: CFP/CREPOP, 2020. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2020>>. Acessado em: Jan, 2023.

GABEL, M. **Crianças vítimas de abuso sexual**. São Paulo: Summus Editorial, 1998.

GONÇALVES, H. S. Violência contra a criança e o adolescente. *In*: BRANDÃO, E. P.; GONÇALVES, H. S. (Org.). **Psicologia Jurídica no Brasil**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2011.

HABIGZANG, L. F. *et al.* Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 341-348, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ptp/a/RQSFdbchSLM3dbmt4VCjXZS/?lang=pt>>. Acessado em: Jan, 2023.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO; INSTITUTO ALANA. **Guia operacional de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes**, 2020. Disponível em: <<http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/CAO%20Tutela/GuiaOperacionalInfanciaMPSP.pdf>>. Acessado em: Jan, 2023.

NEVES, A. S. *et al.* Abuso sexual contra a criança e o adolescente: reflexões interdisciplinares. **Temas em Psicologia**, v. 18, n. 1, p. 99-111, 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v18n1/v18n1a09.pdf>>. Acessado em: Jan, 2023.

PELISOLI, C. L.; DELL'AGLIO, D. D. Práticas de profissionais de Psicologia em situações de abuso sexual. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 1, p. 51-67, 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arp/v67n1/05.pdf>>. Acessado em: Jan, 2023.

ROVINSKI, S. L. R.; PELISOLI, C. L. **Violência Sexual contra crianças e adolescentes: testemunho e avaliação psicológica**. São Paulo: Vetor Editora, 2019.

SANDERSON, C. **Abuso Sexual em Crianças: Fortalecendo Pais e Professores para Proteger Crianças de Abusos Sexuais e Pedofilia**. São Paulo: M. Books Editora, 2005.

XIMENES, V. M. *et al.* Pobreza e suas implicações psicossociais. *In*: ACCORSSI, A. *et al.* (Orgs.). **Distintas faces da questão social: desafios para a Psicologia**. Coleção Práticas social, políticas públicas e direitos humanos. Florianópolis: Editora ABRAPSO e Edições do Bosque CFH/UFSC, 2015.

ZANELLA, A. V. **Perguntar, registrar, escrever: inquietações metodológicas**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2013.

CAPÍTULO 14

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E MULHERES NEGRAS: ARTIGO DE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Ananda Vitoria Cardoso Rodrigues
Caroline Nery Coelho de Sousa
Gabriel Nascimento Rodrigues
Júlia Teodósio Rodrigues Coelho
Gilce Tereza Gondim Távora de Albuquerque

RESUMO

A presente pesquisa de revisão bibliográfica busca compreender a violência obstétrica praticada contra mulheres negras no Brasil, dedicando-se a delimitar o conceito de violência obstétrica e reconhecendo a raça e cor como importante marcador para delimitar os corpos mais vulneráveis a essas violências. Para essa revisão foi utilizado o método PRISMA, nas seguintes bases de dados: Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), CAPES, pePSIC e PubMed, com os descritores violência obstétrica, mulheres negras, mulheres pretas, pré-natal e pós-parto. A partir dos dados encontrados, 15 artigos foram selecionados para a discussão da temática após a seleção, seguindo critérios de idioma, período, leitura de título e texto na íntegra que atendiam ao tema norteador - violência obstétrica. Os artigos coletados revelam disparidades no tratamento, acolhimento e recebimento de puérperas negras em relação às mulheres brancas nas etapas da gestação, parto e nascimento. Dentre os atos de violência, destacam-se três categorias: física, psicológica e institucional. A pesquisa evidenciou que além da cor da pele, questões sócio-econômicas e de gênero são indicadores para condicionar o atendimento que a gestante receberá. Verificou-se ainda a carência de produção científica acerca da temática com enfoque na vivência de mulheres negras, além da evidente necessidade de revisar as práticas em saúde pelos profissionais e instituições de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Violência obstétrica. Mulheres negras. Mulheres pretas. Pré-natal. Pós parto.

1. INTRODUÇÃO

Violência obstétrica é o termo utilizado no Brasil para descrever os tipos de violência que ocorrem no período gestacional da mulher, desde o pré-natal até o parto e puerpério, agrupando violências físicas e psicológicas dadas por relações de poder, tais como: número inadequado de consultas, desrespeito a autonomia da mulher, uso de manobras invasivas que ocasionam consequências negativas na vida das mulheres (DINIZ *et al.*, 2015).

Faz-se necessária a compreensão da problemática a partir de um viés interseccional, levando em consideração a raça, cor, classe e gênero, como determinantes e estruturantes relacionais na sociedade brasileira. Desse modo, uma gama de opressões converge sobre a mulher negra e pobre, comprometendo seu acesso a serviços de saúde e resultando na apropriação de seu corpo e processos reprodutivos. Por esse motivo, Lima (2016) aponta que a violência obstétrica se localiza entre a violência institucional e a violência de gênero. Assim, cabe pontuar o racismo institucional existente nesses atos, visto que prioridades são

estabelecidas na hora do atendimento à gestante, de modo a privilegiar corpos brancos em detrimento de corpos negros.

Segundo a Política Nacional de Saúde Integral à Pessoa Negra (2017), a população que se autodeclara negra no Brasil vem aumentando nos últimos anos e em 2010 alcançou mais da metade da população. Em 2021, de acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população negra - que é classificada pelo próprio Instituto como a junção dos grupos de pessoas pretas e pardas - chegou a 56,1% da população brasileira, sendo que 9,1% declararam ter a cor preta e 47% a cor parda. Ademais, o Brasil possui heranças de distintas etnias, tornando-se um país de miscigenados com características fenotípicas distintas entre estes grupos, porém, apesar da pluralidade étnica, a população negra é a que mais sofre com as desigualdades.

O objetivo geral desse artigo surgiu a partir do seguinte questionamento: “O que foi produzido, na última década, sobre a violência obstétrica praticada contra mulheres negras/pretas, no Brasil?”. Esse, por sua vez, foi impulsionado por pesquisas preliminares dos autores acerca da temática, em que foram encontrados dois documentários (“A dor reprimida: violência obstétrica e mulheres negras” e “Documentário IRÔ”) motivadores da presente pesquisa de revisão bibliográfica, ambos denunciavam a carência de produções científicas voltadas para a violência obstétrica praticada contra mulheres negras.

Desse modo, tendo em vista as disparidades no tratamento, acolhimento e recebimento de mulheres em todas as etapas da gestação. E, considerando os altos índices de violências físicas, psíquicas e institucionais direcionadas a gestantes negras, que configuram violações de direitos, objetivo específico deste estudo foi levantar sistematicamente, na literatura, trabalhos que contribuam para a delimitação do que é a violência obstétrica, agrupando dados de como a mulher negra é afetada por essa problemática.

2. MÉTODO

Para a construção do presente artigo (revisão bibliográfica) foram realizadas buscas nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), CAPES, pePSIC e PubMed. Os descritores utilizados foram Violência Obstétrica AND Mulheres Negras OR Mulheres Pretas OR Pré-Natal OR Pós Parto. Pelo critério de busca, foram incluídos todos os artigos e dissertações publicados na última década (2012-2022), no Brasil e em português.

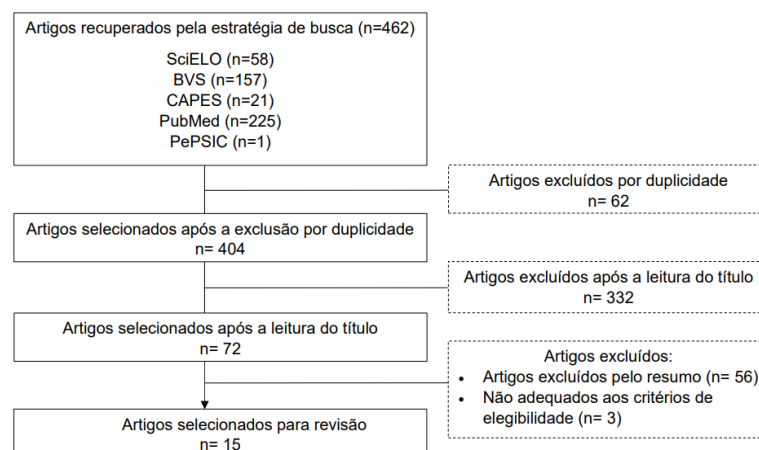
Após a pesquisa nas cinco bases, iniciou-se o nível de seleção por exclusão, dividido em 3 etapas seguindo critérios diferentes. No primeiro momento, foram excluídos artigos por duplicidade. Em seguida, realizou-se a leitura dos títulos dos artigos remanescentes seguindo o critério de inclusão mais geral: ter como tema norteador a violência obstétrica.

Em seguida, fez-se a leitura dos resumos dos artigos remanescentes com base em dois critérios mais específicos estabelecidos: ter como tema norteador a violência obstétrica praticada contra mulheres negras ou que explicita os determinantes psicossociais e sociodemográficos que influem na desigualdade, além do acesso ao texto completo e em português nos meios eletrônicos usados.

3. RESULTADOS

Para a elaboração deste artigo de foram encontrados um total de 466 artigos e dissertações, sendo: SciELO (58), BVS (157), CAPES (21), PePSIC (1) e PubMed (225). Após esta primeira seleção feita a partir dos descritores foram aplicados aos artigos critérios de exclusão, nesta fase 62 artigos foram excluídos por duplicidade, em seguida 332 pela leitura do título, 56 pelo resumo por tangenciar o tema de pesquisa e outros 3 por não atenderem aos seguintes critérios: o artigo possuir versão disponível em PDF, ser escrito em português, trabalhos publicados fora dos períodos descritos e não tratar de violência obstétrica praticada contra mulheres negras. Ao final da seleção 15 artigos foram selecionados para revisão, destes destaca-se a pouca produção na área da psicologia, somente um artigo denominado “A violência obstétrica praticada contra mulheres negras no SUS” (CURI; RIBEIRO; MARRA, 2020) relaciona-se com a proposta deste artigo. De acordo com os critérios de elegibilidade foram selecionados 15 artigos para esta revisão, conforme a *Figura 1*.

Figura 1: Fluxograma do número de artigos encontrados e selecionados após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.



Fonte: Autoria própria (2022).

Quadro 1: Resultado da pesquisa nas bases de dados.

Título	Autor(es)	Objetivo(s)	Data de publicação
Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil	Rosa Maria Soares Madeira Domingues; Elaine Fernandes Viellas; Marcos Augusto Bastos Dias; Jacqueline Alves Torres; Mariza Miranda Theme-Filha; Silvana Granado Nogueira da Gama e Maria do Carmo Leal	Verificar o grau de adequação da assistência pré-natal no Brasil e sua associação com características sociodemográficas das mulheres.	2015
Parirás na dor? Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras.	Aline de Carvalho Martins; Geiza Martins Barros	Proporcionar maior visibilidade às discussões acerca da violência obstétrica sofrida por mulheres brasileiras nas instituições de saúde públicas.	2016
Raça e violência obstétrica no Brasil	Kelly Diogo de Lima	Comparar as características sociodemográficas de mulheres segundo cor/, com foco nas mulheres negras e analisar os tipos mais comuns de agressões a elas infringidas na assistência ao parto pelo Sistema Único de Saúde.	2016
A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil	Maria do Carmo Leal, Silvana Granado Nogueira da Gama; Ana Paula Esteves Pereira; Vanessa Eufrauzino Pacheco; Cleber Nascimento do Carmo; Ricardo Ventura Santos	Avaliar as iniquidades na atenção pré-natal e parto de acordo com a raça/cor.	2017
Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica	Jussara Francisca de Assis dos Santos	Trazer os conceitos interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos para compreender a violência obstétrica relacionada às mulheres negras na saúde.	2018

Título	Autor(es)	Objetivo(s)	Data de publicação
Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa	Rebecca Lucena Theophilo; Daphne Rattner; Éverton Luís Pereira	Analisar diferenças na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS segundo raça/cor a partir de dados da Pesquisa da Ouvidoria Ativa da Rede Cegonha em 2012.	2018
Mulheres negras e maternidade: um olhar sobre o ciclo gravídico-puerperal	Tamiz Lima Oliveira	Analisar e refletir, a partir das vivências das mulheres negras, o processo de gestação, parto e puerpério sob a ótica de suas narrativas.	2019
A violência obstétrica praticada contra mulheres negras no SUS	Paula Land Curi; Mariana Thomaz de Aquino Ribeiro; Camilla Bonelli Marra	Examinar a violência obstétrica contra mulheres negras no Sistema Único de Saúde (SUS), partindo de experiências de estágio e extensão universitária em Psicologia, em maternidades públicas, de distintos níveis de complexidade, coadunadas a pesquisas de Iniciação Científica Pibic/CNPq.	2020
Relação dos determinantes psicossociais com a prevalência da violência obstétrica	Júlio César Veiga Pena; Dayane Cereja Ferreira da Silva; Stephanie Araújo Chucre de Lima; Angélica Homobono Nobre	Analisar a relação dos aspectos biopsicossociais que permeiam a prevalência da violência obstétrica em Belém.	2020
Desafios do processo gestacional de mulheres negras: uma revisão narrativa	Carolina Barbosa Carvalho do Carmo; Lucas Caetano Melo; Thamyres Ferreira da Silva; Enrique Meireles Bitencourt de Souza; Claudia Mendonça Magalhães Gomes Garcia	Discutir aspectos concernentes ao processo gestacional de mulheres negras, quais sejam: se existem diferenças de tratamento entre mulheres brancas e negras durante a gravidez e nos momentos do parto e pós-parto, como essas diferenças são influenciadas pelos aspectos fisiológicos de cada grupo étnico e como isso afeta as taxas de morbimortalidade.	2021

Título	Autor(es)	Objetivo(s)	Data de publicação
Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras	Kelly Diogo de Lima; Camila Pimentel; Tereza Maciel Lyra	Compreender e analisar as vivências de mulheres negras acerca dos cuidados na gestação, no parto e no pós-parto.	2021
Enfrentamento à violência obstétrica: contribuições do movimento de mulheres negras brasileiras	Jussara Francisca de Assis dos Santos	Ressaltar a necessidade de apropriação das contribuições do movimento de mulheres negras por parte de gestoras/es e profissionais de saúde para a efetivação da equidade racial no que se refere à assistência ao parto.	2021
A pandemia de Covid-19 como justificativa para ações discriminatórias: viés racial na seletividade do direito a acompanhante ao parto	Juliana Mittelbach; Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque	Analisar um subproduto inesperado encontrado na pesquisa de dissertação de mestrado intitulada A cor da violência obstétrica. Chamou a atenção dentre os dados levantados nas entrevistas que 86% das mulheres brancas puderam ter acompanhante de livre escolha em algum momento da internação para o parto. Entre as negras entrevistadas, somente 33% obtiveram autorização para exercer este mesmo direito garantido pela lei nº 11.108 de 2005.	2022
Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado	Millani Souza de Almeida Lessa; Enilda Rosendo Nascimento; Edméia de Almeida Cardoso Coelho; Ieda de Jesus Soares; Quessia Paz Rodrigues; Carlos Antônio de Souza Teles Santos; Isa Maria Nunes	Caracterizar as mulheres que realizaram o pré-natal no Brasil segundo raça/cor e variáveis sociodemográficas e verificar associação entre os indicadores de processo do cuidado no pré-natal e a raça/cor das mulheres.	2022
Tendência das desigualdades sociodemográficas no pré-natal na Baixada Litorânea do estado do Rio de Janeiro, 2000-2020: um estudo ecológico	Sandra Costa Fonseca; Zenair Simião Barbosa de Carvalho; Pauline Lorena Kale; Cynthia Boschi-Pinto; Júlia Cardoso Correia Guimarães	Analisar a tendência das desigualdades sociodemográficas no acesso e utilização do pré-natal na Baixada Litorânea, estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2000-2020.	2022

Fonte: Autoria própria (2022).

Este artigo apresenta uma análise da literatura produzida acerca da violência obstétrica contra mulheres negras, concebido como uma questão de saúde pública e derivada das facetas do racismo estrutural, contemplando os conceitos teóricos de violência obstétrica e sua prática contra mulheres pretas e sua configuração no território brasileiro, com a pretensão de iluminar os pontos selecionados pela literatura acerca do assunto.

A estrutura da sociedade brasileira enraíza-se em um passado escravista, cujas heranças se perpetuam até os dias presentes em diversos âmbitos, como o racismo estrutural. A raça torna-se um marcador determinante da desigualdade econômica, e a desigualdade racial é um elemento presente até nos indicadores de recebimento de orientações ao longo do pré-natal com relação à gestação, trabalho de parto e parto, visto que há uma menor prevalência de instruções dadas para puérperas negras quando comparadas ao grupo das brancas (LESSA *et al.*, 2022).

A violência obstétrica, na literatura selecionada, é conceituada e delimitada em (aproximadamente 46,7% dos artigos). Nestes, por sua vez, o conceito é apresentado por diferentes autores e/ou fontes públicas (TESSER; KNOBEL; ANDREZO, 2015; DINIZ *et al.* 2015; D' OLIVEIRA *et al.*, *apud* DINIZ *et al.*, 2015; LEAL *et al.*, 2014; SÃO PAULO, 2014; REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012), entretanto são extremamente tangentes entre si, de modo a contemplarem pontos similares e/ou construtivos do conceito.

Portanto, é possível apreender o conceito de violência obstétrica a partir de aspectos como: a) sua configuração (tipos de violência que ocorrem no período gestacional da mulher, desde o pré-natal até o parto, puerpério e abortamento); b) suas práticas (abuso de medicalização, patologização dos processos naturais, maus tratos físicos, psicológicos e verbais, dentre outros); c) suas implicações (perda da autonomia e de capacidade de decisão da mulher sobre seu corpo e sua sexualidade; danos físicos, psíquicos e morais à mulher); e d) suas dimensões e atravessamentos (política, institucional, de gênero, de classe e de raça).

Outro tema relevante tratando-se da violência obstétrica contra mulheres negras, nota-se a relevância da cor da pele como um forte marcador do tratamento dado a este grupo minoritário. Durante a revisão bibliográfica, também foram encontrados outros fatores influenciadores: relações de gênero e questões socioeconômicas. Essa sobreposição de variáveis é caracterizada, na literatura, pelo conceito de interseccionalidade. De acordo com (ASSIS, 2018, p. 555, *apud* CRENSHAW, 2002, p. 177), interseccionalidade refere-se a forma pela qual os diversos sistemas discriminatórios (como por exemplo, o racismo, o patriarcalismo e a opressão de classe) “criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras”. Desta forma, Assis (2018) conclui que a violência obstétrica contra mulheres pretas é uma violação que encontra terreno fértil nesses cruzamentos de dimensões vivenciados por esta minoria e se legitima nessas intersecções.

No que tange aos tipos de violência, observou-se vários na literatura e, para fins didáticos, utilizou-se três categorias (violência física, psicológica e institucional), e suas

respectivas conceituações, propostas por Martins e Barros (2016). As autoras indicam, ao todo, cinco categorias das quais ficaram de fora do presente artigo de revisão: a violência moral (citada apenas nesse estudo) e sexual, sendo a última mencionada nominalmente apenas em mais um estudo (CURI; RIBEIRO; MARRA, 2020). A violência física, no trabalho mencionado, configura “ações sobre o corpo da mulher que possam causar dor ou danos físicos desnecessários”, é um dos termos em maior evidência, aparecendo em 33,3% das bibliografias revisadas. A violência psicológica, tipifica “ações ou falas que causem na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, medo e outros”, a expressão é mencionada em apenas 13,3%. Por fim, a violência institucional diz respeito a “ações que dificultem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos”, constando em 33,3%.

Quando mencionado o termo violência física, os principais atos citados foram: a manobra de kristeller (pular em cima da barriga da mulher), a episiotomia (incisão no períneo), o toque no canal do parto – bem como toques violentos ou excessivos no geral –, a litotomia (posição desfavorável para o nascimento), a amniotomia (ruptura artificial da bolsa amniótica) e o uso de ocitocina sintética. Dados levantados pela pesquisa “Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento”, e analisados por Leal *et al.* (2017), no artigo A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil, apontam que a aplicação de anestesia local, na episiotomia, foi menor em mulheres negras em comparação com as brancas.

A violência psicológica é ressaltada por Martins e Barros (2016) englobando: comentários visando difamar a mulher, não reconhecimento de seu estado emocional durante o período do parto, julgamento e culpabilização, xingamentos, hostilidades e gritos, abuso verbal, humilhação, palavras e expressões de ironia, comentários desrespeitosos, reprimendas e ameaças de abandono.

Ademais, as autoras destacaram, para além das três mencionadas aqui, a violência moral caracterizada pelo “não reconhecimento da mulher como sujeito do parto e a colocação do médico nesse lugar, cabendo a ele a autoridade, responsabilidade e a condução ativa desse processo, controlando e se apropriando desse evento, reforçando o nascimento não como uma experiência fisiológica, mas como um evento de riscos iminentes” (MARTINS; BARROS, 2016. p. 217). Optou-se por aglutinar esta última na categoria de violências psicológicas, de modo a homogeneizar os dados encontrados na maioria dos trabalhos levantados, considerando que o termo “violência moral” foi destacado em apenas um artigo. Entretanto, vale ressaltar que a violência moral possui uma conceituação mais complexa e específica, diz respeito também a alienação da mulher, desconsiderando o conhecimento sobre seu próprio corpo,

supervalorizando o uso de equipamentos, tecnologia e da medicalização, podendo gerar desdobramentos como a quebra de sigilos e invasão de privacidade (MARTINS; BARROS, 2016. p. 217).

Assis (2018) relata diversas expressões, coletadas por (ASSIS, 2018 *apud* KALCKMANN *et al.*, 2007), direcionadas a mulheres negras durante o pré-natal e parto, como: “Escutei a recepcionista (pré-natal) falar: negra é como coelho, só dá cria”, “No pré-natal, só mandavam emagrecer eu nem sabia o que era eclampsia, quase morri” (ASSIS, 2018, p. 549 *apud* KALCKMANN *et al.*, 2007, p. 146). Neste seguimento, Lima, Pimentel e Lyra (2021) apontam que frases como “Na hora de fazer gostou, agora tem que aguentar!” são exprimidas com frequência por profissionais da saúde. Essa última pesquisa entrevistou apenas mulheres negras e, dentre os relatos, também emergiram os seguintes que atentam para o fato de que os tipos de violência não ocorrem isolados: “Uma coisa que eu não aguentei foi o toque, levei muitos. Acho que o último que eu levei foi pro menino sair [...] foi cerca de uns seis toques. Ela disse: ‘Vou dar um toque em você!’ Aí abriu uns centímetros de dilatação. Eu gritei: ‘Meu Deus do céu!’ Ela disse: ‘Não faça escândalo, não!’”; “O médico disse que eu estava ‘acabada’. Disse que não sabia nem como essa criança vai sobreviver dentro de mim. ‘Levante as mãos pro céu! Se bobear essa criança [...] tá pra nascer em fevereiro? Não, não sei. Acho que a gente vai tirar, vai tirar ela em janeiro’, ele disse.” (LIMA; PIMENTEL; LYRA, 2021, p. 4912; 4914).

Violência institucional também é entendido como “a falha coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica” por Oliveira (2019, p. 13, *apud* CARMICHAEL; HAMILTON, 1967, p. 4). Aparecendo também como racismo institucional, definido de forma similar por Mittelbach e Albuquerque (2022) como o “fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em função de sua cor, cultura, origem racial ou étnica”. Ademais, em Lima, Pimentel e Lyra (2021) configuram esse tipo como a falta de acesso aos serviços essenciais de saúde, a peregrinação e a proibição de acompanhante ao parto. Tais conceituações vão ao encontro do que o estudo de base nacional de Leal *et al.* (2017) revela: puérperas negras obtiveram um maior risco de terem um pré-natal inadequado, falta de vinculação à maternidade e ausência de acompanhante em comparação às puérperas brancas. E, puérperas declaradas pardas também enfrentam um maior risco de pré-natal inadequado e falta de acompanhante ao comparar às brancas, segundo constata a mesma pesquisa.

De acordo com os dados apresentados, mulheres negras encontram-se mais vulneráveis a violência obstétrica quando comparadas a mulheres brancas, tornando a cor da pele um

importante determinante para definição do acompanhamento gestacional da mulher. Segundo Assis (2018, p. 551, *apud* Diniz 2015), o índice de mortalidade materna entre mulheres negras pode ser consequência do acompanhamento inadequado do ciclo gravídico-puerperal. Estas consequências podem ser observadas nos dados de mortalidade materna do ano de 2012, no qual apurou-se que a cada 100 mil nascidos vivos eram verificados 66 óbitos maternos por causas diretas, sendo 62,8% desses óbitos entre mulheres negras e 35,6% entre mulheres brancas (LIMA 2016, p. 8, *apud* BRASIL, 2015).

A partir da pesquisa realizada depreende-se que mulheres negras são as que mais chegam a óbito durante o parto por causas obstétricas diretas, como infecções, hemorragias e hipertensão causadas por omissão ou tratamento incorreto, representando mais da metade em comparação a mulheres brancas. Assis (2018) afirma que os casos de óbito de gestantes por hemorragia nos anos entre 2000 e 2012 diminuíram entre mulheres brancas de 141 casos por 100 mil partos para 93 casos e aumentaram entre mulheres pretas de 190 casos para 202 casos.

4. DISCUSSÃO

A revisão também permite visualizar a violência obstétrica contra mulheres negras como um fenômeno marcado pelo conceito de interseccionalidade, uma vez que os eixos de poder e fatores sócio-históricos relacionados à vivência da mulher negra, como o racismo e o sexismo já citados, articulam-se de modo a produzir e perpetuar essa forma de violência (ASSIS, 2018 *apud* CRENSHAW, 2002).

No contexto da violência obstétrica contra esse grupo minoritário, a interação desses fatores de desigualdade reflete no tratamento oferecido às grávidas negras. Consoante a Declaração Universal de Direitos Humanos, no artigo 25º, são assegurados os direitos à assistência médica, em destaque para a maternidade com assistência especial. Dessa forma, ocorre o negligenciamento e a violação de tais direitos devido à vulnerabilidade sociocultural da mulher negra, cujo corpo encontra-se na dualidade objetificação-invisibilização (TEIXEIRA, 2017).

Portanto, repensar a localização da mulher negra na estrutura social e iluminar os aspectos que definem sua posição de vulnerabilidade permite mobilizar transformações nesse âmbito, resgatar experiências invisibilizadas e humanizar a experiência da corporalidade da mulher negra em sua gravidez, desde o pré-natal até o parto e puerpério.

Infere-se que a conceituação da violência obstétrica, bem como sua categorização contribuem para torná-la mais palpável, mapeando a problemática. Verificou-se, na literatura

revisada, uma alarmante falta de conhecimento das puérperas - principalmente as puérperas negras - sobre essa temática, que acarreta a dificuldade na identificação de condutas irregulares de profissionais da saúde e situações de violação de direitos durante todo o período gestacional, parto e pós-parto. Carmo (2021) conclui em seu estudo que as mulheres quando detentoras de informação e instrução quanto os aspectos da violência obstétrica exigem mais por um bom atendimento e questionam possíveis violações de seus direitos no período gravídico.

Logo, a fraca disseminação de informações e uso de linguagem técnica e pouco acessível configuram tipos de violência institucional e psicológica. Nesse sentido, a identificação de disparidades na atenção à saúde, categorização e conceituação podem assumir papéis de extrema importância na elaboração de políticas públicas e cartilhas, com enfoque na violência obstétrica que vitimiza mulheres negras por todo o país.

Durante a revisão dos artigos observou-se a escassez acerca do tema mortalidade materna, dos 15 artigos revisados somente um tratou da temática evidenciando que durante os últimos dez anos os casos de mulheres negras que vieram a óbito em decorrência da violência obstétrica aumentaram, como afirma (ASSIS, 2018), seja por causas diretas como hemorragia ou por causas indiretas como acompanhamento inadequado e omissão de informações acerca dos cuidados que se deve ter pelas gestantes no pré-natal.

Outro dado importante que vale ressaltar é que mais de 90% dos casos de óbito de parturientes por causas diretas poderiam ter sido evitados, segundo (ASSIS, 2018). Estes óbitos por causas diretas poderiam ser evitados se a autonomia das mulheres fosse respeitada enquanto livres para escolher entre cesárea e parto vaginal, porém não é a realidade, mulheres negras ao optarem por parto vaginal deparam-se com a resistência da equipe médica e acabam por ter seus direitos violados, sendo expostas a riscos que uma cesariana pode acarretar.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) indica que a taxa ideal para partos por cesárea seria entre 10% a 15%, entretanto no Brasil mais de 52% dos partos são cesáreas (OMS, 2015), estes dados evidenciam a falha do sistema de saúde em promover o cuidado a parturientes, esta falta de cuidado é visível ainda mais em gestantes negras pois encontram-se em desvantagem devido a cor pele e a baixa condição socioeconômica, acabam por legitimar violações devido a opressão sofrida pela equipe multiprofissional.

Pela pesquisa pôde-se evidenciar duas causas para a mortalidade materna, causas diretas e indiretas que corroboram em consequências danosas à vida das mulheres negras, isto quando não resultam em morte. Nessa perspectiva observa-se a falta de pesquisas que tratem do tema

principalmente com o grupo de mulheres negras, a falta de efetivação de políticas públicas que assegurem que a escolha da mulher pelo parto vaginal seja respeitada quando não coloque em risco a vida do bebê e faltam ainda dados que retratem a consequência da cesárea inadequada na vida dos bebês.

A violência tratada neste artigo é caracterizada como violência de gênero e as mulheres negras e pardas, como já citado, são o alvo majoritário dessa desigualdade. Santos (2021) aponta o movimento de mulheres negras como grande contribuinte para a conquista de políticas de saúde no que tange ao combate da violência obstétrica, visto que em toda sua história, essa parcela da população é vítima de desigualdades sociais e tem sua humanidade desqualificada em vários aspectos de suas vivências. A autora pontua como exemplo, os esforços do movimento para a instituição da PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (SANTOS, 2021 *apud* BRASIL, 2013) a partir de campanhas realizadas na década de 80 e 90.

O movimento de mulheres negras se mostra historicamente de forte presença no que tange à conquista de espaço, voz e resultado na luta da população negra, em específico as mulheres, personificado pela Articulação de Mulheres Negras Brasileiras, que abrange 45 organizações espalhadas pelas regiões do Brasil as quais estão à frente de inúmeras vertentes de demandas dessa parcela da população. Vale destacar que o movimento também foi pano de fundo, por exemplo, da criação de programas e secretarias que visam inibir as disparidades de gênero, a citar a Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM), criada em 2003 (SANTOS, 2021). O movimento das mulheres negras, portanto, é fundamental para a mudança de paradigma necessária para a humanização do parto e efetivação dos direitos reprodutivos da mulher negra.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos da construção deste artigo foram, a partir da revisão bibliográfica, analisar o que foi produzido nos últimos 10 anos sobre o tema em questão, conceituar o que é a violência obstétrica e delimitar quais os tipos de violência que ocorrem no processo grávido-puerperal considerando principalmente mulheres negras, as quais são as vítimas majoritárias deste tipo de violência.

A partir da análise da literatura selecionada, foi verificado que não só a cor da pele é um importante marcador na definição do tratamento que será oferecido a mulheres grávidas, mas questões como condição socioeconômica e gênero também interferem no tratamento. Quanto maior a vulnerabilidade maior também a possibilidade de ter seus direitos violados, por

isso é de extrema importância a efetivação de políticas públicas para esse grupo, que reconheçam a vulnerabilidade da mulher negra em relação a mulher branca a fim de garantir condições básicas de acesso ao pré-natal adequado e parto humanizado.

É possível observar que o processo gestacional é tomado pelo saber biomédico estabelecendo uma relação de poder entre profissional e usuária, instituindo o médico como único detentor do saber, porém vale ressaltar que toda a equipe multiprofissional obstétrica pode reproduzir ações que violentam a integridade dessas mulheres, nessa perspectiva vale ressaltar a importância da educação continuada aos profissionais de saúde que visem garantir o acolhimento e assegurem a dignidade da mulher como um direito básico e universal.

Além disso o processo de seleção da literatura para a construção deste artigo nos possibilitou constatar a carência de produções científicas que falem da violência obstétrica praticadas contra mulheres negras e exponham as violências morais, físicas e institucionais a qual esse grupo está vulnerável, os efeitos e danos psicológicos a essas mulheres depois do processo gestacional e às consequências no processo inadequado e omissos a partir dos profissionais à gestantes e parto que pode até levar a parturiente a óbito.

Com a análise da literatura selecionada é possível apontar a necessidade da revisão das práticas em saúde pelos profissionais, questionando o quanto da construção social e da cultura na qual a própria pessoa fora constituída interfere ou modela sua prática do profissional na produção de saúde, implicando na reprodução de práticas racistas e desiguais já estruturadas na sociedade. A auto análise destes profissionais, o posicionamento ético e humano pode culminar na redução da violência, promoção de saúde alinhada ao bem estar físico e emocional.

Por fim cabe apontar a psicologia como importante aliado na área oferecendo serviços de acolhimento, informando mulheres sobre seus direitos e como proceder em casos de violência, realizando ações e/ou formações que possam garantir aprendizado a equipe multiprofissional dos hospitais possibilitando o oferecimento de um parto humanizado e pré-natal adequado a mulheres negras. Considerando a psicologia um importante dispositivo para a efetivação de políticas públicas, para o cuidado com a gestantes em todo o Brasil, cabe sugerir a pesquisas futuras a realização de trabalhos na área dedicados à problemática da violência obstétrica a partir de um recorte de raça, focalizando as mulheres pretas e negras vitimadas por essa mazela.

REFERÊNCIAS

ASSIS, J. F. de. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. **Serviço Social e Sociedade**. {S,l} n. 133, p. 547 - 565, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.159>. Acesso em: Fev. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 3. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2017. p.12Disponível em:https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em: Fev. 2023.

CARMO, C. B. C. do *et al.* Desafios do processo gestacional de mulheres negras: uma revisão narrativa. **Femina**, v. 49, n. 12, p. 690–698, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1358206>. Acesso em: Fev. 2023.

CURI, P. L.; RIBEIRO, M. T. DE A.; MARRA, C. B. A violência obstétrica praticada contra mulheres negras no SUS. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 72, n. spe, p. 156169,2020.Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672020000300012&lng=pt&nrm=iso> . Acesso em: Fev. 2023.

DINIZ, S. G. *et al.* Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412822015000300019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: Fev. 2023.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Classificação Étnico-Raciais da População**. Rio de Janeiro, 2021.Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/populacao/18319-cor-ou-raca>. Acesso em: Fev. 2023.

LEAL, M. do C. *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de saúde pública** [online], v. 33, n. Suppl 1, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>. Acesso em: Fev. 2023.

LESSA, M. S. de A. *et al.* Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3881 - 3890, out. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.01282022>. Acesso em: Fev. 2023.

LIMA, K. D. de. **Raça e violência obstétrica no Brasil**. 2016. 24 f. Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/18547>. Acesso em: Fev. 2023.

LIMA, K. D. de; PIMENTEL, C; LYRA, T. M. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. **Ciência e Saúde Coletiva**. {S.l}, v. 26, n. 3, p. 4909 - 4918, nov. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.24242019>. Acesso em: Fev. 2023.

MARTINS, A. DE C.; BARROS, G. M. Parirás na dor? Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras. **Revista Dor** [online], v. 17, n. 3, p. 215 - 218, set. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160074>. Acesso em: Fev. 2023.

MITTELBACH, J.; ALBUQUERQUE, G. S. C. de. A pandemia de Covid-19 como justificativa para ações discriminatórias: viés racial na seletividade do direito a acompanhante ao parto. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00332>. Acesso em: Fev. 2023.

OLIVEIRA, M. S. dos S. P. T; QUEIROZ, J. M. de. Corpo em debate: a objetificação e sexualização da mulher negra. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL ENLAÇANDO SEXUALIDADES, 5, 2017, Campina Grande. **Anais...** Campina Grande: Sexualidades e relações de gênero: produção e gestão do conhecimento. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00332>. Acesso em: Fev. 2023.

OLIVEIRA, T. L. Mulheres Negras e Maternidade: um olhar sobre o ciclo gravídico-puerperal. **Cadernos de Gênero e Diversidade**, [S. l.], v. 5, n. 4, p. 12–23, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/cgd.v5i4.29686>. Acesso em: Fev. 2023.

OMS. **Declaração da Organização Mundial da Saúde sobre as taxas de cesáreas**. Organização Mundial da Saúde, v.1, p, 1, 2015. Disponível em: <https://www.paho.org> > noticias > 16-6-2021-taxas-cesaria... Acesso em: Fev. 2023.

SANTOS, J. F. D. A. DOS. Enfrentamento à violência obstétrica: contribuições do movimento de mulheres negras brasileiras. **Revista Em pauta**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 47, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2021.56082>. Acesso em: Fev. 2023.

CAPÍTULO 15

O GRUPO OPERATIVO DE PICHON-RIVIÈRE: UMA ANÁLISE DO PROCESSO GRUPAL NO FILME “PEQUENA MISS SUNSHINE”

Juliane de Oliveira Silva

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo abordar algumas das contribuições da teoria dos grupos operativos proposta por Pichon-Rivière através de um diálogo com a obra cinematográfica “Pequena Miss Sunshine”, realizando um recorte que busca identificar o processo grupal neste filme, bem como os momentos da tarefa. O filme ilustrou as noções de papel, porta-voz, bode expiatório e de líder, apontando quais personagens assumem estes papéis e em quais momentos. Algumas limitações em relação à teoria foram encontradas, mas estas dizem respeito à particularidade do grupo em questão, que como uma família, não se desfaz com a conclusão da tarefa. Também se tornou claro o caráter terapêutico do grupo operativo nesta família na medida em que os membros do grupo se tornaram mais flexíveis a partir uma ruptura de estereótipos e fortalecimento do Eu, bem como na dissolução de conflitos existentes entre os integrantes do grupo/família.

PALAVRAS-CHAVE: Grupo-operativo. Processo grupal. Família.

1. INTRODUÇÃO

Este ensaio tem como objetivo abordar algumas das contribuições da teoria dos grupos operativos proposta por Pichon-Rivière através de um diálogo com a obra cinematográfica “Pequena Miss Sunshine”, realizando um recorte que busca identificar o processo grupal neste filme, bem como os momentos da tarefa. Também serão ilustradas as noções de papel, porta-voz, bode expiatório e de líder, apontando quais personagens assumem estes papéis e em quais momentos.

O presente trabalho, ao refletir criticamente a respeito do processo grupal e dos momentos da tarefa em um grupo específico, a família Hoover do filme, proporciona uma oportunidade singular para se pensar as contribuições e limitações da teoria de Pichon-Rivière. Para tanto, faz-se necessário que os principais aspectos da teoria dos grupos operativos seja apresentada, seguida de uma breve contextualização a respeito do filme para facilitar o entendimento da análise que aqui está sendo proposta.

1.1 A concepção de grupos e o grupo operativo de Pichon-Rivière

Um agrupamento existe quando há um conjunto de pessoas que compartilham do mesmo espaço, com um objetivo comum, como por exemplo, esperando a chegada de um ônibus. Apesar destas pessoas não terem qualquer vínculo, a partir de uma relação afetiva e comunicacional, como um pneu furado, elas se tornam um grupo (FERNANDES, 2003). Um

grupo operativo, segundo Bleger (1980) é um conjunto de pessoas que tenham um objetivo comum e que trabalham em equipe para alcançá-lo.

Portarrieu e Tubert-Oklander (1986) apontam que este objetivo em comum sinaliza a necessidade de uma tarefa que seja realizada em conjunto para atingir o objetivo estabelecido e que esta tarefa é um organizador das interações que ocorrem entre os membros do grupo, sejam elas pensamento, comunicação ou ação. De acordo com Pichon-Rivière (1982), a tarefa possui dimensões explícita e implícita. A primeira se refere ao objetivo imediato do grupo, isto é, o trabalho a ser realizado, enquanto a segunda diz respeito à manutenção da coesão grupal e a superação das ansiedades despertadas durante a realização da tarefa explícita.

O conceito dos grupos operativos foi introduzido por Enrique Pichon-Rivière em 1957, através da “Experiência Rosario”, baseada na escola de Kurt Lewin, mas que contava com a inclusão de referencial teórico psicanalítico para interpretação dos processos grupais. A Experiência Rosario ficou famosa por representar uma importante mudança qualitativa na concepção sobre os processos de mudança grupais a partir de uma teoria integrativa que engloba a obra de Lewin, as contribuições psicanalíticas freudianas e kleinianas, as da psicologia social, da sociologia e da teoria da comunicação (PORTARRIEU; TUBERT-OKLANDER, 1986).

Para Fernandes (2003), os grupos operativos são aqueles que, com objetivos delimitados, proporcionam aprendizados e progressos aos seus membros, individualmente ou enquanto equipe, sendo em parte, terapêuticos, mesmo que não tenham essa finalidade a priori. O mesmo autor acrescenta ainda que a tática prioritária no grupo operativo deve ser a construção de um esquema referencial comum, para que sua estrutura deixe passe de estereotipada para uma com maior mobilidade de papéis. Segundo Saidón (1986), cada integrante contribui com seu esquema referencial e que partindo dos denominadores comuns destas participações é que o ECRO grupal se constituirá, e que aprendizagem do grupo se estrutura como um processo contínuo, oscilante e dinâmico, em que a maior heterogeneidade entre os membros gerará a maior homogeneidade da tarefa.

Bleger (1980) argumenta que o esquema referencial é o “conjunto de experiências, conhecimentos e afetos com os quais o indivíduo pensa e atua” (BLEGER, 1980, p. 67), e que a revisão e questionamento constantes do Esquema Conceitual Referencial Operativo (ECRO) grupal comum, mantendo-o dinâmico e plástico é imprescindível para a aprendizagem, uma vez que o estereotipado torna-se uma barreira no desenvolvimento da tarefa. Desta forma:

Não há diferença essencial entre aprendizagem e terapia na teoria dos grupos operativos, a diferença está somente na tarefa explícita que o grupo se propõe realizar.

O trabalho em si é uma abstração que não cura nem faz adoecer, o que cura, enriquece a personalidade ou faz adoecer são as condições humanas e inumanas que o trabalho é realizado, o tipo de vínculo ou relação interpessoal que se estabeleceu durante o trabalho (BLEGER, 1980, p. 62).

Berstein (1986) aponta que ao considerar a tarefa como a cura, os integrantes do grupo compartilhando um ECRO tem a possibilidade de reaprender, fortalecer seu Eu e superar a resistência à mudança. Assim, o sujeito é modificado pelo grupo, que realiza uma ação corretiva, enquanto transforma-se em um agente de mudança, pois os papéis passam de fixos e estereotipados a funcionais e operativos, permitindo que se assumam papéis complementares e suplementares. Tais papéis, avaliados em termos de pertença, afiliação, cooperação, pertinência, comunicação, aprendizagem e telê, os quais, representados na forma de um cone invertido, convergem como papéis ou funções para provocar na situação de tarefa a ruptura do estereótipo (PICHON-RIVIÈRE, 1982).

1.2 Os papéis

A dinâmica grupal é marcada pela assunção e abdicação de papéis pelos membros do grupo, em que cada um dos participantes constrói seu papel a partir da relação com o outro generalizado do grupo, entre o papel prescrito e o papel assumido, respondendo a representação de si mesmo e a representação da expectativa do outro (SAIDÓN, 1986). De acordo com Pichon-Rivière (1982), são quatro os papéis principais: porta-voz, líder, bode expiatório e sabotador. O porta-voz surge a partir da necessidade de denunciar um acontecimento relacionado a uma situação grupal. Descortinam-se então duas possibilidades: os demais integrantes enfrentam e resolvem os problemas ou assumem que esta dificuldade pertence aquele sujeito. Na primeira opção, o porta-voz se torna o líder e o grupo se torna cooperativo, mas no segundo caso, o porta-voz, ao não ser ouvido, se transforma no bode expiatório e no alvo de hostilizações sutis (PICHON-RIVIÈRE, 1982).

O sabotador surge quando o nível de ansiedade é tal que fugir da tarefa é mais agradável que completá-la. Então, ele apresenta outras necessidades que supostamente seriam mais importantes e tenta levar o grupo a seguir seus passos (SILVA; VILLANI, 2009). Os líderes podem ser classificados em democráticos, autocráticos, demagógicos ou laissez-faire. A liderança democrática se configura por uma relação líder/grupo em que os processos de ensinar e aprender formam uma unidade de alimentação e realimentação. O líder laissez-faire delega ao grupo sua própria gestão e assume parcialmente a função de coordenação e orientação. Na liderança de tipo autocrático, o líder utiliza métodos rígidos e diretivos, endossando uma relação de dependência e de resistência à mudança. Finalmente, o líder demagógico parte de uma

estrutura autocrática, aparenta democracia, mas que ocasionalmente atua como laissez-faire (SAIDÓN, 1986).

Partindo da observação de comportamentos grupais, Pichon-Rivière (1982) propôs uma escala de avaliação da dinâmica relacional. O primeiro grau de identificação com a tarefa e com o grupo é a afiliação, quando o membro do grupo se aproxima, ainda que com algum distanciamento. Com a pertença, ocorre uma maior identificação e integração grupal, permitindo a elaboração da tarefa. No momento seguinte, a cooperação representa uma contribuição, mesmo que silenciosa, à tarefa grupal. Em seguida, ao atingir-se a pertinência, o grupo se lança em direção à tarefa. Depois disso, a comunicação, verbal, pré-verbal ou gestal, se torna importantíssima para o processo de interação grupal. Ocorre ainda a aprendizagem, marcada por uma transformação qualitativa do grupo, acarretando criatividade, elaboração das ansiedades e adaptação ativa à realidade. Finalmente, o clima no qual o grupo se desenvolve, resultado de uma transferência positiva ou negativa para realizar a tarefa grupal, obtêm-se a telé (PICHON-RIVIÈRE, 1982; SAIDÓN, 1986; SILVA; VILLANI, 2009).

Na medida em que o processo grupal está caracterizado pelas relações interpessoais, a teoria dos grupos operativos subsidia o entendimento dos elementos mobilizadores das estruturas internas dos sujeitos, de forma que estes consigam superar suas dificuldades de aprendizagem e comunicação (SILVA; VILLANI, 2009). Assim, em um grupo no qual está operando, o sujeito revela através de comportamentos repetitivos interpretados como sintomas o seu mundo interno, construído pela internalização dos objetos e relações objetais, em uma tentativa de reconstruir a realidade exterior (PICHON-RIVIÈRE, 1982). Entretanto, no processo de internalização, o mundo externo é distorcido, resultando em um aspecto dinâmico de intersubjetividades dos mundos interno e externo (PICHON-RIVIÈRE, 1982; SILVA; VILLANI, 2009). Silva e Villani (2009) salientam que esta noção é utilizada para a conceituação de Pichon-Rivière para vínculo, definido como “uma estrutura complexa que inclui um sujeito, um objeto e sua mútua inter-relação com processos de comunicação e aprendizagem” (PICHON-RIVIÈRE, 1982, n.p).

1.3 A resistência à mudança

De acordo com Berstein (1986), “todo processo de cura implica mudança” (p. 109) e a atitude frente a esta mudança pode ser positiva, chamada de atitude mutante, ou negativa, nomeada de resistência à mudança. Nas situações de mudança, surgem os medos básicos: o medo da perda, correspondente a uma ansiedade depressiva, e o medo do ataque, temor frente

ao desconhecido, relacionado ao surgimento da ansiedade paranoica ou persecutória. Para Pichon-Rivière (1982), estas ansiedades atuam como obstáculos epistemofílicos, ou seja, aqueles que atrapalham a aprendizagem por meio de uma problemática afetivo-emocional, considerando a aprendizagem enquanto conceito global de aquisição de capacidades e conhecimentos, desde aqueles realizados pelo bebê até as realizadas no processo de adaptação ativa à realidade.

No grupo operativo, se fortalece o Eu dos membros do grupo principalmente através da diminuição dos medos básicos, conseguindo estabelecer uma adaptação ativa à realidade. A técnica propõe a tarefa grupal de construção de um ECRO comum, condição necessária para instrumentalizar a comunicação do grupo, implicando em um processo de aprendizagem (BERSTEIN, 1986).

1.4 Momentos da tarefa

Segundo Pichon-Rivière (1982), o grupo operativo passa por três fases ligadas ao grau de envolvimento de seus membros no desenvolvimento da tarefa: pré-tarefa, tarefa e projeto. Na pré-tarefa pode-se observar a dissociação do pensar, sentir e atuar, podendo encontrar uma ampla variedade de técnicas defensivas com o objetivo de evitar a realização do trabalho.

A tarefa consiste na elaboração das ansiedades e emergência da posição depressiva básica, no qual o objeto do conhecimento se torna penetrável pela ruptura dos estereótipos que funcionava como um obstáculo do aprendizado da realidade. Dessa forma, o sujeito modifica sua atitude em relação à tarefa, em um movimento que direciona o grupo do implícito para o explícito (PICHON-RIVIÈRE, 1982). Castanho (2007) afirma esta elaboração psíquica é o aspecto propriamente terapêutico do grupo operativo, no sentido de promoção de saúde mental, sendo disparada pela tarefa proposta ao grupo. Entretanto, se a dissociação entre o sentir, o pensar e o fazer continuam presentes, pode-se realizar a tarefa explicitamente proposta sem a elaboração psíquica. Contudo, Pichon-Rivière (1982) salienta que o grupo pode ser considerado em tarefa quando as tarefas implícita e explícita estiverem em andamento.

Durante o projeto, o grupo pode propor objetivos e planejar o futuro; e cada membro do grupo se encontra melhor adaptado à realidade com a qual interage, funcionando com originalidade. Nesta fase, o interjogo dos papéis ocorre com maior intensidade (PICHON-RIVIÈRE, 1982; SILVA; VILLANI, 2009).

2. PEQUENA MISS SUNSHINE: SINOPSE E PERSONAGENS

“Pequena Miss Sunshine” é um filme norte-americano de 2006 que retrata a história de uma família em conflito, na qual cada membro possui seus próprios problemas e peculiaridades, mas que decide deixar suas diferenças de lado para levar a filha caçula, Olive (Abigail Breslin), de 9 anos, para um concurso de beleza para pré-adolescentes. Richard (Greg Kinnear), o pai que vende um programa motivacional de 9 passos para se tornar um vencedor com o qual não tem êxito; Sheryl (Toni Collette), a mãe que trabalha fora e realiza os serviços domésticos e que valoriza a honestidade, mas desmente seu compulsivo hábito de fumar cigarros; Frank (Steve Carell), o tio que é professor universitário e afirma ser o maior estudioso de Marcel Proust que recentemente tentou o suicídio; Dwayne (Paul Dano), o irmão mais velho, seguidor da filosofia de Friedrich Nietzsche, que desejando se tornar piloto da Força Aérea fez um “voto de silêncio” até conseguir ingressar na escola de pilotos; e Edwin (Alan Arkin), o avô paterno que ensaia a menina para o concurso todos os dias e foi expulso da casa de repouso por usar heroína, se juntam à Olive para atravessar o país e realizar o sonho desta de se tornar uma miss.

Durante um jantar em família, Olive recebe a notícia que foi classificada para participar do concurso “A Pequena Miss Sunshine”, no sul da Califórnia. A viagem é muito cara para ser feita de avião, então os Hoover acabam indo na velha Kombi amarela e enferrujada de Richard. A família inteira parte na viagem de 3 dias do Novo México até a Califórnia, pois Sheryl tem medo que Frank tente suicídio novamente, vovô Edwin quer ir já que foi ele quem coreografou Olive, Richard é o único que sabe dirigir a Kombi e Dwayne não pode ficar sozinho em casa.

3. O PROCESSO GRUPAL DA FAMÍLIA HOOVER

Partindo da definição de Bleger sobre o *grupo operativo*, pode-se considerar que a família Hoover se torna um grupo operativo, pois seu objetivo em comum era viajar até a Califórnia para o concurso A Pequena Miss Sunshine. A tarefa comum, de levar Olive até o concurso a tempo, esteve claramente dividida nos momentos da tarefa.

A *pré-tarefa*, que ocorre quando o grupo está em dissociação com o pensar, sentir e atuar, aconteceu durante os conflitos para decidir quem iria na viagem e os conflitos entre os membros durante o início da viagem, pois a família Hoover não estava de fato, unida em prol da realização da tarefa, embora as identificadas técnicas para evitar o início da tarefa tenha sido identificados apenas neste primeiro momento, em que Sheryl precisa apelar para um acordo com Dwayne para que este decida ir também.

A passagem da pré-tarefa para a tarefa não possui um momento bem definido no filme em questão, mas pode-se perceber que ela ocorre através gradativamente, na medida em que a velha Kombi começa a dar defeitos. Como é final de semana e o automóvel, muito velho, as peças para fazer o reparo iriam chegar apenas no meio da semana seguinte, de modo que Richard e Sheryl decidem prosseguir viagem assim mesmo. A cena em que todos precisam empurrar a Kombi para sair da oficina mecânica e voltar à estrada mostra que algum grau de comprometimento com a tarefa está presente em toda a família.

Depois de algum tempo de viagem, enfrentando muitas dificuldades, o vovô Edwin morre no hotel em que a família Hoover passa a noite. Ele é levado para o hospital local, mas não há mais nada que os médicos possam fazer. Preencher toda a papelada e aguardar os preparativos fúnebres levaria muito tempo e Olive não chegaria a tempo para realizar sua inscrição. Surge o grande dilema: deixar o vovô para trás, ir até o concurso e depois voltar para pegá-lo ou ficar e atender as questões burocráticas? A assistente social deixa excepcionalmente claro que a primeira destas não é uma opção. Richard decide então roubar o corpo de seu pai, continuar a viagem até o Pequena Miss Sunshine e lá fazer os preparativos, pois foi o vovô Edwin que ensaiava Olive diariamente para esta apresentação. Esta passagem explicita que o grupo está em *tarefa*, já que as ansiedades e a resistência à mudança foram elaboradas e o ECRO do grupo está sendo continuamente revisto, questionado e atualizado, reestruturando a tarefa em termos de tempo e espaço, para garantir que ela seja cumprida.

Quando se decide que Olive está banida para sempre dos concursos de beleza do estado da Califórnia devido à coreografia ensinada pelo vovô Edwin e à “bagunça” que os Hoover aprontam durante esta apresentação, em que toda a família sobe ao palco para dançar com ela mesmo que os jurados tentem tirá-la de lá, a família recebe este comunicado de um policial. Diante disso, Frank diz: “Acho que podemos viver com isso” e todos sorriem. Nesta cena, podemos perceber o *projeto* emergindo da tarefa, pois a família Hoover se permite um planejamento para o futuro, mesmo que o filme não explicita qual. E neste ponto, há um distanciamento da teoria, pois mesmo que a tarefa tenha chegado ao fim e o grupo tenha se dado conta disso, a separação do grupo decorrente deste encerramento não é perceptível para esse caso, uma vez que o grupo é uma família que se tornou mais coesa com a realização da tarefa.

O caráter terapêutico dos grupos operativos está presente, mesmo que não seja a finalidade a priori do grupo, através da superação dos obstáculos para a realização da tarefa, ou seja, depois de todas as dificuldades enfrentadas ao longo da viagem, uma vez que os Hoover se tornam mais coesos enquanto grupo/família, como pode ser notado no momento da

apresentação da coreografia de Olive no concurso, pois todos dançam para ajudá-la a tentar realizar seu sonho. Enquanto indivíduo, cada membro do grupo também realizou aprendizados durante o desempenho da tarefa, confrontando seus próprios desejos e medos em momentos particulares do filme. E se pode notar uma maior flexibilidade, uma ruptura de estereótipos e fortalecimento do Eu em cada pessoa da família.

Os papéis exercidos circularam entre alguns membros da família, embora Dwayne tenha desempenhado o maior número deles. O *porta-voz* surge a partir da necessidade de denunciar um acontecimento relacionado a uma situação grupal, e é Dwayne quem principalmente faz esta denúncia de duas formas diferentes, através do seu voto de silêncio e aos berros, ao descobrir que é daltônico e que portanto nunca poderia ser um piloto. A necessidade do grito para se expressar depois de tanto tempo sem usar a voz salienta o que não estava sendo percebido pela família enquanto grupo e que estava interferindo na sua dinâmica.

O papel de *bode expiatório* é por vezes desempenhado pelo vovô Edwin e por Frank, pois ao não serem ouvidos quando apontam as falhas do grupo, verbalmente ou não, se tornaram alvos de sutis ataques hostis vindos de Richard. A *liderança* desempenhada por Richard ora assumiu características autocráticas, ora democráticas, mas ao longo da história, com o desenvolvimento da tarefa e dos próprios membros do grupo, sua liderança assume um caráter mais estável e democrático.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este ensaio teve como objetivo abordar algumas das contribuições da teoria dos grupos operativos proposta por Pichon-Rivière através de um diálogo com a obra cinematográfica “Pequena Miss Sunshine”, realizando um recorte que buscou identificar o processo grupal neste filme, bem como os momentos da tarefa. O filme ilustrou os conceitos de grupo operativo, de pré-tarefa, tarefa e projeto, e de papéis, como o de porta-voz, líder e bode expiatório.

Algumas limitações em relação à teoria foram encontradas, mas estas dizem respeito à particularidade do grupo em questão, que como uma família, não se desfaz com a conclusão da tarefa. Também se tornou claro o caráter terapêutico do grupo operativo nesta família na medida em que os membros do grupo se tornaram mais flexíveis a partir uma ruptura de estereótipos e fortalecimento do Eu, bem como na dissolução de conflitos existentes entre os integrantes do grupo/família.

REFERÊNCIAS

- BERNSTEIN, M. Contribuições de Pichon-Rivière à psicoterapia de grupo. In: OSÓRIO, L. C. *et al.* **Grupoterapia hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986, p. 108-132.
- BLEGER, J. Grupos operativos no ensino. In: BLEGER, José. **Temas de psicologia: entrevista e grupos**. São Paulo: Martins Fontes, 1980, p. 53-82.
- CASTANHO, P. C. G. O momento da tarefa no grupo: aspectos psicanalíticos e psicossociais. **Revista da SPAGESP – Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais de São Paulo**, Ribeirão Preto, vol. 8, n. 2, 13-22, jul-dez.2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v8n2/v8n2a03.pdf>. Acesso em 24 jul. 2012.
- DAYTON, J.; FARIS, V. (Diretores). **Pequena Miss Sunshine** [DVD]. Estados Unidos: Fox Searchlight Pictures, 2006.
- FERNANDES, W. J. A importância dos grupos hoje. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 4, p. 83-91, dez. 2003. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702003000100012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 27 jul. 2012.
- PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 1982.
- PORTARRIEU, M. L. B.; TUBERT-OKLANDER, J. Grupos operativos. In: OSÓRIO, L. C. *et al.* **Grupoterapia hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986, p. 135-141.
- SAIDÓN, O. I. O grupo operativo de Pichon-Rivière – Guia terminológico para a construção de uma teoria crítica dos grupos operativos. In: Baremlitt, Gregório. **Grupos: Teoria e Técnica**. Rio de Janeiro: Graal, 1986, p. 169-202.
- SILVA, G. S. F.; VILLANI, A. Grupos de aprendizagem nas aulas de física: as interações entre professor e alunos. **Ciência e Educação**, Bauru, v. 15, n. 1, 2009, 21-46. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/ciedu/a/WPvbtKvmjPNdmydfMgmCwKH/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 27 jul. 2012.

CAPÍTULO 16

DO HETEROSSUORTE AO AUTOSSUORTE: SEXUALIDADE, GÊNERO E O SUPORTE FAMILIAR

Nicolle Tancman Candido da Silva

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo compreender as formas como as questões de gênero e sexualidade impactam as famílias. A reflexão acerca do tema é extremamente importante, sendo necessária uma constante revisão do assunto. Isto porque, além de ser algo inerente à natureza do indivíduo, é também cultural; nesse sentido, ocorrem transformações importantes na temática à medida que a sociedade vai revendo seus valores. A fase do desenvolvimento entendida como marcante nestas questões é a adolescência, sendo os pais considerados como uma fonte importante de prestação de heterossuporte que pode contribuir no desenvolvimento do autossuporte dos filhos e também para uma vivência mais autêntica. A abordagem teórica é a Gestalt-terapia. A pesquisa tem natureza qualitativa e foram selecionadas publicações de autores renomados para embasar este artigo.

PALAVRAS-CHAVE: Gestalt-terapia. Heterossuporte. Autossuporte. Sexualidade. Gênero. Família. Adolescência.

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho busca entender como que a família lida com as questões ligadas à sexualidade e gênero dos seus filhos, passando pelas fases do desenvolvimento.

Será abordada brevemente a história da sexualidade humana, com a finalidade de entender como as religiões se envolviam nessas questões e o reflexo disso nos tempos atuais. Além disso, serão mencionadas as conquistas em termos de liberdade sexual no Brasil e a década que mais marcou esse período.

O conceito amplo e dinâmico da sexualidade, que vai além dos órgãos genitais, enfatizando a relação com a personalidade do indivíduo, também se encontra presente neste estudo.

Alguns conceitos da abordagem gestáltica serão trazidos e relacionados com o tema proposto.

Como é na adolescência que normalmente acontecem transformações no corpo, que despertam maior interesse sexual, aliado ao fato de que também ocorre a busca de identidade, ou seja, “quem sou eu?”, “o que eu gosto?”, será versado um pouco sobre essa fase do desenvolvimento.

As expectativas sociais quando se fala de gênero, como isso reflete no sistema familiar e as problemáticas que envolvem a forma como cada ser humano se identifica são dispostas nesta pesquisa.

Será explicada a importância da família na prestação de heterossuporte, já que é nesse ambiente que o indivíduo construirá suas relações iniciais e poderá sentir segurança nos momentos em que surgirem angústias e indagações, lhe propiciando o desenvolvimento do autossuporte.

Por fim, é demonstrado como que o psicoterapeuta da abordagem gestáltica pode atuar, a fim de ajudar as famílias a se conectarem e fortalecerem seus vínculos.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O estudo da sexualidade vem ganhando cada vez mais importância em função da dinâmica social e construção de novos valores. É algo inerente ao indivíduo e leva em conta de que não se deve considerar apenas as genitálias como fonte restrita ao estudo. A forma de compreensão dos conceitos abordados vem se modificando à medida que a sociedade muda.

Esse tema é tão relevante que, apesar do engajamento de grupos para uma aceitação maior do comportamento social relativo à sexualidade, ainda é um tema carregado de preconceitos por grande parte da sociedade e em muitas ocasiões pode ser considerado um tabu a qualquer discussão e compreensão de mundo. Nesse sentido, pode se afirmar que causa sofrimentos porque não se identifica empatia, podendo inclusive provocar repressão. É necessário lembrar que a sociedade é plural e todas as pessoas devem ser respeitadas e compreendidas, independentemente de sexo, gênero, credo, raça etc.

Ao decorrer da história, as pessoas foram reprimidas nas questões que envolviam principalmente o sexo. As religiões usavam o nome de Deus para controlar a vida das pessoas, principalmente das mulheres. Em relação ao comportamento, ensinavam que o sexo era algo ruim, gerando medo nos fiéis, conforme nos mostra Dabhoiwala (1969):

[...] ficava claro na Escritura (ex. 1Cor 7,5), e em inúmeros ensinamentos posteriores, que o enorme prazer que o sexo podia proporcionar não passava de uma armadilha de Satã, o que fazia dele o pecado mais perigoso de todos (DABHOIWALA, 1969, p. 23).

Ele aponta que “a tolerância sexual cresceu a partir da tolerância religiosa.” Apesar disso, até hoje, é possível constatar casos de intolerância sexual envolvendo algumas religiões e, como muitas famílias estão inseridas nestas instituições, acaba dificultando o apoio dos pais

de forma plena com relação à sexualidade dos filhos, já que as igrejas são importantes formadoras de opinião. Contudo, esse cenário vem mudando.

Recentemente, de acordo com a CNN Brasil (2022) no Vaticano, o Papa Francisco, que é o mais importante líder da Igreja Católica, pediu que os pais não condenem os filhos homossexuais, mas que ofereçam apoio. Em outra oportunidade, o Papa Francisco já havia declarado que gays têm os mesmos direitos de ser aceitos pelas famílias e que, embora a igreja não aceite o casamento religioso de pessoas do mesmo sexo, ela pode apoiar leis de união civil. Isso é um avanço e, com o passar do tempo, serão percebidos os impactos na realidade das famílias.

Voltando para o passado, no Brasil da década de 1970, segundo Pinto (2002), houve vários acontecimentos marcantes no tema da sexualidade, dentre eles: o surgimento da pílula anticoncepcional, que tinha como consequência a possibilidade de fazer sexo de uma forma mais livre; o entendimento de que ser homossexual não é estar doente e, portanto, não precisa ser curado; e, também, a masturbação passou a ser considerada como algo saudável. São marcos na sociedade que permitiram alterações de pensamento e comportamento.

Pinto (2015) ensina que a sexualidade é entendida como parte da personalidade que, juntamente com as questões genéticas, compõem a corporeidade do indivíduo. O conceito de corporeidade é trazido de uma forma bem didática por Alvin (*apud* FRAZÃO *et al.*, 2016, p. 23), quando diz que “a corporeidade é a experiência vivida do corpo no mundo” e que se assemelha com o conceito de corpo da Gestalt-terapia. A autora também nos traz a definição:

[...] corpo também não se limita à dimensão física ou material de um corpo biológico, ossos, músculos, órgãos. Considera, também, a vitalidade do corpo, sua condição de organismo vivo com uma natureza que tende ao equilíbrio, se ajusta e comunga com outros organismos de tendências, por assim dizer, universais (ALVIN *apud* FRAZÃO *et al.*, 2016, p. 23)

Dessa maneira pode-se entender a sexualidade como uma parte da identidade do indivíduo, que não se limita ao corpo físico, mas também sobre como se dá essa interação com o meio e a cultura do lugar que habita e dos ajustes criativos que fará. Isto significa que, quanto mais saudável forem os ambientes que esse indivíduo atravessar ao longo da vida, melhor para que consiga viver de forma mais autêntica.

A partir da ideia de que o ser humano é visto como um todo, porém composto de partes individuais que o tornam único, Pinto (2015, p. 25) entende o homem como um ser animobiopsicocultural. Dessa forma, compreende-se a importância de vários aspectos para compor a personalidade, sendo que nenhum deles, de forma isolada, é determinante.

Quando consegue-se ter um autossuporte para que se consiga lidar com os intemperes da vida, a fim de buscar a autorregulação de forma saudável, os desafios apresentados podem ser vividos e enfrentados sem que o ser humano perca sua autenticidade. Até porque, como dizia Sartre (*apud* FRAZÃO *et al.*, 2013, p. 5), “não importa o que fizeram a você, mas o que você faz com o que lhe fizeram”.

Esse processo de desenvolvimento do autossuporte acontece ao longo da vida, tendo a família e a escola um papel fundamental na prestação de heterossuporte, já que fazem parte dos primeiros locais de inserção social do indivíduo, onde aprende os costumes e valores que vão nortear, em um primeiro momento, suas tomadas de decisões, até que possa refletir e, assim, fazer as suas próprias escolhas, o que normalmente se inicia na adolescência, período no qual vão em busca de sua identidade, sendo, para tanto, o contato com o meio algo fundamental.

É na adolescência, período marcado pela busca por pertencimento e senso de *self*, assim como pelas transformações corporais (como, por exemplo, o aparecimento de pelos, crescimento dos seios e a menstruação), que se intensifica as relações sociais. Nesse sentido, Zanella (2013, p. 9) afirma que nessa fase do desenvolvimento ocorre o despertar para o amor romântico e para a sexualidade e, por conseguinte, podem surgir muitas angústias e questionamentos, principalmente em relação à sexualidade. Para Mirabella (*apud* ZANELLA 2013, p. 12), “alguns adolescentes passam por essa fase de uma forma mais tranquila, dependendo de como têm se constituído até então e, também, do suporte que têm recebido, principalmente dos seus familiares.”

Para Costa, Pacheco e Silva (2007), que revelam um pouco da adolescência em seus estudos, é na adolescência que uma nova imagem corporal é formada.

Na adolescência as mudanças físicas correlacionadas com as mudanças psicológicas levam o adolescente a uma nova relação com os pais e com o mundo. Essa nova fase vem marcada por um processo de perdas, ou seja, a perda do corpo infantil, a perda dos pais da infância e a perda da identidade infantil. Quando o adolescente vive todo esse processo, ele se inclui no mundo com um novo corpo já maduro e uma nova imagem corporal formada, e é essa a grande função da adolescência, a busca da identidade que ocupa grande parte de sua energia e nesse sentido a sexualidade na adolescência se evidencia de forma acentuada (COSTA; PACHECO; SILVA, 2007, p. 24).

Neste sentido e fazendo uma correlação da adolescência com a sexualidade humana, verifica-se que é na adolescência que vários fatores podem contribuir para a saúde física e mental do indivíduo. A família é muito importante para desenvolver o autossuporte. É necessário um ambiente, um relacionamento seguro, independente da dificuldade de serem pais

e filhos de gerações diferentes. Inclusive, os pais podem ser beneficiados pela oportunidade de vivenciar novos valores diferentes aos aculturados ao longo de sua jornada.

É importante, para fins didáticos, fazer uma diferenciação de nomenclatura, pois “orientação sexual” e “educação sexual” não se confundem. Segundo Pinto (2002, p. 5) e conforme a terminologia proposta pelos PCNs (Parâmetros Curriculares Nacionais), é designada: “a expressão ‘Orientação Sexual’ para o trabalho realizado na escola e a expressão ‘Educação Sexual’ como relativa à moral sexual familiar e social com a qual a criança se depara desde o seu nascimento” (PINTO, 2002, p. 5).

Então, entende-se que cabe aos cuidadores dos menores a educação sexual, ou seja, ajudar a lidar com as questões e os desafios ligados à sexualidade que vão sendo apresentado desde que esse ser chega ao mundo, a fim de que possa passar pelas fases do desenvolvimento de uma forma mais harmoniosa, sabendo que terá apoio.

Como já dito anteriormente, o conceito de sexualidade é amplo e não pode ser reduzido ao ato sexual, já que envolve a cultura, ajudando na formação da personalidade do indivíduo. Conforme Pinto (2002, p. 6):

A sexualidade humana é mais ampla que o puramente instintual e não se limita apenas na busca de um parceiro e nem se reduz apenas à união dos órgãos genitais no coito. A sexualidade humana é permeada de símbolos que direcionam o desejo e são por ele direcionados (PINTO, 2002, p. 6)

Quando se tem a notícia de uma gravidez, a primeira pergunta que muitos fazem é qual é o sexo? Muitas expectativas são colocadas desde então. A sociedade, ainda hoje, tem uma idealização daquilo que se espera de comportamento de cada gênero. Brinquedos, cores, roupas, são exemplos vistos, apesar dos movimentos sociais que lutam por uma neutralidade e respeito ao indivíduo pelo que se é independente de qualquer coisa.

Ao longo da história de cada ser humano, conforme vai entrando em contato com o mundo e seu próprio corpo, muita coisa pode acontecer em se tratando de sexualidade e gênero.

Cabe aqui, para melhor compreensão, trazer a definição que Pereira *et al.* (2021, p. 53) traz sobre orientação afetivo-sexual: “orientação afetivo-sexual é quando nos referimos sobre o que o ser humano sente na sua fronteira de contato, o que o atrai e quais relações permitem um encontro satisfatório na fronteira de maneira que atendam suas necessidades afetivas e sexuais” (PEREIRA *et al.*, 2021, p. 53).

Essa atração pode ser pelo mesmo gênero ou pelo oposto ou pelos dois. Isso não é algo cristalizado, ou seja, pode acontecer mudanças no decorrer da existência.

Pereira *et al.* (2021, p. 53) também definem a identidade de gênero como um senso de self, ou seja, em relação ao indivíduo:

[...] as identidades de gênero se referem à maneira como ele se vê, a relação dele com ele mesmo, dele com seu corpo, de como ele se percebe, de como ele se identifica, de como ele existe e não necessariamente com quem ele se relaciona ou com quem ele desperta desejo, em um contexto bem subjetivo e individual (PEREIRA *et al.*, 2021, p. 53).

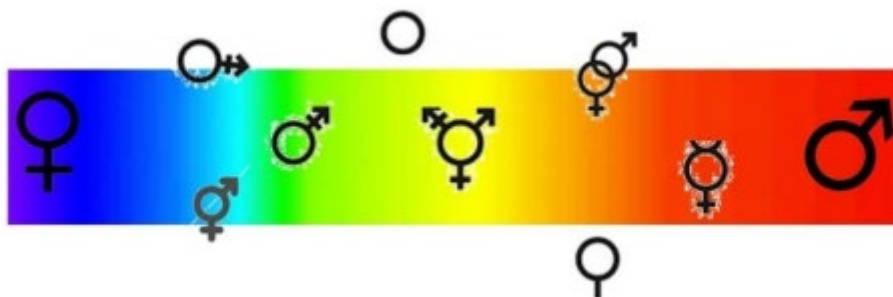
Dessa maneira, dentro da diversidade de gêneros, enquanto a pessoa cisgênera é aquela que se identifica com o gênero que lhe foi atribuído ao sexo biológico, a pessoa transgênera é aquela pessoa que nasce com características marcadas socialmente como de um gênero, inclusive o órgão sexual, mas se percebe e se identifica com o gênero oposto.

Existem pessoas que se reconhecem como não-binárias, que são aquelas que não se identificam com a dualidade de gêneros clássicos, que tradicionalmente dividiu as pessoas em meramente homens ou mulheres. Ao contrário, as pessoas não-binárias vão além desses conceitos, assumindo identidades como bigênero, agênero, demigênero, pangênero e gênero fluido, entre tantas outras

De acordo com Reis *et al.* (2016, p. 8):

Cabe, aqui, explicar o gênero como um espectro, isto é, entendê-lo como flutuante na linha entre os polos feminino e masculino – ou mesmo que abandona essa linha (Figura 1). Essas flutuações também são pensadas para as relações afetivas e/ou sexuais dos sujeitos, por vezes também abandonando as delimitações de orientação sexual (REIS *et al.*, 2016, p. 8).

Figura 1: Espectro de gênero. O polo vermelho simboliza o a identidade 100% feminina e o azul, 100% masculina. Nas cores do espectro entre os polos e fora da linha se localizam os inúmeros gêneros não-binários – meramente representados por alguns ícones já definidos.



Fonte: Autoria Própria (2022).

Qualquer pessoa é suscetível a conflitos de identidade sexual e de gênero em algum momento da vida. A busca e a confirmação pela identidade sexual e de gênero autênticos não é simples, mas tende a ser menos sofrida quando há o apoio da família.

Em uma entrevista disponível em vídeo no Youtube, através do depoimento de três pessoas não-binárias sobre como a família reagiu à notícia, HMC (2021, dos 7 min. e 11 seg. aos 8 min. e 12 seg.) mostra a importância da aceitação, apoio e acolhimento familiar.

Quando os pais conseguem passar para o filho a mensagem de que estará ao seu lado, respeitando suas escolhas, ainda que precisem rever seus valores, conseguem ajudar a fortalecer a autoestima e, conseqüentemente, o autossuporte, assim como, dessa maneira, contribuir para que o filho haja de forma autêntica e reduza o sofrimento ao passar pelo dilema existencial, conforme Antony (2007), “o dilema existencial do indivíduo: ser o que sou ou ser o que esperam que eu seja? Ter uma personalidade espontânea ou deliberada?”

É na família que quase sempre é o primeiro lugar de inserção social do ser e onde serão passados os valores que até então os pais têm como verdadeiros. Contudo, caso esses valores sejam impostos em contraste aos valores que os próprios filhos percebem e descobrem ao longo da existência, seja na infância, na adolescência ou na fase adulta, dá-se o dilema existencial podendo levar a um bloqueio de contato conhecido como introjeção.

Importa trazer aqui a definição de introjeção que, segundo Antony (2009, *apud* MING-WAU *et al.*, 2019): “A introjeção é a internalização de crenças, valores e atitudes que são transmitidos pela família e pelo ambiente durante o crescimento e desenvolvimento da criança e que repercute na sua existência e interfere nas suas experiências futuras.” (ANTONY, 2009, *apud* MING-WAU *et al.*, 2019, p. 28).

Essa introjeção pode se dar de maneira saudável, conforme Pereira e Agostinho (2015, p. 290, *apud* ZANELLA, 2013):

Sendo a família o principal contexto no qual as crianças desenvolvem competências que vão adquirindo com o apoio dos adultos de referência, a interação pais-filhos e os cuidados parentais constituem-se como o recurso emocional e cognitivo mais importante para o desenvolvimento emocional, intelectual e comportamental (AGOSTINHO, 2015, p. 290, *apud* ZANELLA, 2013 p. 23).

Por outro lado, quando a introjeção acontece em demasia forma o bloqueio de contato. De acordo com Perls (1977, p. 48):

A introjeção, pois, é o mecanismo neurótico pelo qual incorporamos em nós mesmos normas, atitudes, modos de agir e pensar, que não são verdadeiramente nossos. Na introjeção colocamos a barreira entre nós e o resto do mundo tão dentro de nós mesmos que pouco sobra de nós (PERLS, 1977, p. 48).

É possível observar, pois, a importância dos pais no processo de confirmação da autenticidade dos filhos para estes que possam agir de forma livre e genuína ao ser relacionar com o mundo.

Ao receber a família na clínica, o psicólogo pode ajudar pais e filhos a se comunicar de uma forma na qual haja a escuta e o respeito às necessidades de todos os envolvidos. Silveira, Brandão e Gomes (*apud* ZANELLA, 2013) propõem um olhar para a parentalidade positiva ao afirmar que:

A parentalidade positiva demanda uma reflexão profunda sobre a qualidade dos vínculos parentais e como estes reverberam nos processos de comunicação, advertindo acerca dos riscos e dificuldades decorrentes de lares pouco vigilantes (SILVEIRA; BRANDÃO; GOMES *apud* ZANELLA, 2013, p. 5).

Tal intervenção visa ajudar famílias a se conectarem, de forma que exista o acolhimento das emoções e uma escuta empática, na qual os pais possam servir como heterossuporte, no intuito de confirmar o filho em sua existência, qualquer que seja a situação, inclusive quanto a gênero e sexualidade.

Outra técnica apontada pelos autores é a Comunicação Não Violenta (CNV) de Marshall B. Rosenberg (2006):

Trabalhamos com os adolescentes e suas famílias a relevância de primeiro observarem as situações sem julgamentos nem avaliações, atendo-se a expressar o que lhes agrada ou não naquilo que o outro está fazendo. Encorajamos que busquem identificar como estão se sentindo diante de determinada ação. Podemos auxiliar os clientes a reconhecer quais necessidades estão ligadas aos sentimentos identificados. Então, torna-se mais viável a elaboração de um pedido mais específico que promova enriquecimento e encontro (SILVEIRA; BRANDÃO; GOMES *apud* ZANELLA, 2013, p. 23).

Os manejos apontados são apenas dois exemplos de como o terapeuta pode auxiliar as famílias que vão para a clínica com diversas questões, inclusive as ligadas ao tema gênero e sexualidade, a construírem uma relação de respeito diante das diferenças individuais apresentadas no grupo.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho demonstrou que a forma como a família lida com as questões da sexualidade e de gênero dos seus filhos desde a infância pode contribuir para uma vivência mais autêntica.

Foram observados: como algumas instituições, sobretudo igreja e escola, influenciam nesse processo de confirmação da autenticidade; a diversidade existente no tocante à sexualidade e gênero; e como o psicólogo, na abordagem da Gestalt-terapia, pode atuar na prática para ajudar as famílias.

Ao longo da história, as religiões foram usadas como instrumentos de repressão da sexualidade e de controle, principalmente, da mulher, através da disseminação do medo. Tal

passado ainda resvala nas famílias da atualidade, o que acaba dificultando o apoio dos pais de forma plena com relação à sexualidade dos filhos, já que as igrejas são importantes formadoras de opinião. Contudo, esse cenário vem mudando, uma vez que a tolerância sexual tem melhorado a partir de vários fatores, entre eles, uma tolerância religiosa mais evidente.

O conceito da sexualidade, baseada em diferentes autores, foi trazido diversas vezes ao longo da pesquisa, o que justifica a importância do conteúdo apresentado.

Alguns conceitos da Gestalt-terapia foram apresentados durante o texto, em especial o conceito de introjeção.

O texto procurou revelar algumas problemáticas que envolvem a forma como cada ser humano se identifica, as expectativas sociais quanto ao gênero e de que maneira isso reflete no sistema familiar.

A fase do desenvolvimento que mais está presente no estudo é a adolescência, principalmente porque é nela que se tornam mais evidentes as questões ligadas à identidade de gênero e à sexualidade.

O profissional que atua com famílias na abordagem da Gestalt-terapia tem como contribuir buscando trazer a experiência do contato de forma saudável. É muito importante buscar apresentar a essa família formas criativas de ajustes, possibilitando novas percepções para o novo que se apresenta naquele sistema. A comunicação não violenta e a parentalidade positiva são ferramentas propostas.

REFERÊNCIAS

ANTONY, S. A criança em desenvolvimento no mundo: um olhar gestáltico. Rio de Janeiro: **IGT na Rede**, v. 3, n. 4, 29 ago. 2007. Disponível em: <http://igt.psc.br/ojs3/index.php/IGTnaRede/article/view/50> Acesso em: 05 maio 2022.

CNN BRASIL (Brasil). Apoie seus filhos caso eles sejam gays, diz Papa Francisco aos pais: em audiência semanal, Francisco mencionou dificuldades na criação dos filhos, incluindo "não se esconder atrás de uma atitude de condenação". São Paulo: **CNN**, 26 jan. 2022. p. 2-2. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/apoie-seus-filhos-caso-eles-sejam-gays-diz-o-papa-francisco-aos-pais/> Acesso em: 09 fev. 2022.

COSTA, J. F. da; PACHECO, Z. M. L.; SILVA, G. A. da. **Compreendendo a sexualidade dos adolescentes**. Belo Horizonte: Revista Mineira de Enfermagem, 2007. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/334> Acesso em: 05 out. 2021..

DABHOIWALA, F. **As origens do sexo: uma história da primeira revolução sexual.** Tradução: Rafael Mantovani. 1. ed. São Paulo: Globo, 2013. Tradução de: The origins of sex: a history of the first sexual Revolution.

REIS, N.; PINHO, R. Gêneros Não-Binários: Identidades, Expressões E Educação. **Reflexão e Ação**, v. 24, n. 1, p. 7-25, 28 abr. 2016. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/reflex/article/view/7045> Acesso em: 11 abr. 2022.

FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. **Gestalt-terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas** [recurso eletrônico] / organização Lilian Meyer Frazão, Karina Okajima Fukumitsu. 1. ed. São Paulo: Summus, 2013.

FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. **Modalidades de intervenção clínica em Gestalt-terapia** [recurso eletrônico] / organização Lilian Meyer Frazão, Karina Okajima Fukumitsu. São Paulo: Summus, 2016.

HMC, P. **Pessoas Não-Binárias Respondem: O que é ser não-binário? Como chamar? Qdo percebeu?** Youtube, 8 jun. 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Uu4PEFhV8N0> Acesso em: 11 abr. 2022.

HMC, Pedro. **Um livro para ser entendido.** 1. ed. São Paulo: Planeta, 2016.

PERLS, F. S. **A abordagem gestáltica e testemunha ocular da terapia.** Rio de Janeiro: LTC, 1988. Tradução de: *The Gestalt Approach e Witness to Therapy.* Palo Alto: *Science and Behavior Books*, 1973. Disponível em: https://gmeaps.files.wordpress.com/2016/12/abordagem-gestc3a1ltica-e-testemunha-ocular-da-terapia_fritz-pearls.pdf Acesso em: 05/05/2022.

PINTO, Ê. B. **A GESTALT-TERAPIA E A ORIENTAÇÃO SEXUAL NA ESCOLA.** Disponível em: <http://www.eniobritopinto.com.br/wp-content/uploads/2019/01/2002-a-gestalt-terapia-e-a-orientacca7acc83o-sexual-na-escola-1.pdf> São Paulo: EBP, 2002. Acesso em: 02 out. 2021.

PINTO, Ê. B. **Elementos para uma compreensão diagnóstica em psicoterapia: O ciclo de contato e os modos de ser.** São Paulo: Summus, 2015.

ZANELLA, R. **A Clínica Gestáltica Com Adolescentes: Caminhos Clínicos E Institucionais** [recurso eletrônico] / organização Rosana Zanella. São Paulo: Summus, 2013.

CAPÍTULO 17

OS EFEITOS DO DISTANCIAMENTO SOCIAL NO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS E AS IMPLICAÇÕES PARA O DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DE ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Arthur Vinicius Souza de Faveri Moreira
Emyly Melone Silva
Jessica Souza Martins
Kelly Firmino de Vasconcelos
Lorena Queiroz Canêdo
Ricardo Rezende
Vanessa Oliveira

RESUMO

No dia 11 de março de 2020 a COVID-19, causada pelo novo Coronavírus (Sars-Cov-2), foi declarada pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS), resultando no rigoroso distanciamento social (lockdown), conforme recomendação nº 036 (CNS- 2020). Diante disto, este estudo busca identificar os efeitos do distanciamento social no desenvolvimento de crianças de 0 a 6 anos e quais implicações esses prejuízos podem trazer para o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA). Este estudo tem como objetivo geral identificar os efeitos do distanciamento social em crianças e quais as implicações para o diagnóstico de TEA. Diante dos estudos apresentados, destacam-se vários prejuízos causados às crianças devido ao isolamento social, decorrente da pandemia da COVID-19, sintomas estes que, se analisados de maneira errônea, podem confundir e atrapalhar o processo de diagnóstico do TEA, visto que muitos sintomas apresentados estão relacionados a alguns critérios estabelecidos para tal, como a irritabilidade, os atrasos na fala e no desenvolvimento motor, a inflexibilidade, a ansiedade, dentre outros. Contudo, destaca-se que algumas pesquisas precisam ser realizadas e algumas mudanças propostas, visando entender que o desenvolvimento das crianças que viveram o período pandêmico é diferente dos estudos desenvolvidos pré-pandemia. Destaca-se a importância da reestruturação das fases do desenvolvimento pós-pandemia, considerando que muitos profissionais responsáveis pelo diagnóstico de transtornos neuropsiquiátricos como TEA, utilizam como base para este fim essas teorias ainda não adaptadas à nova realidade. Além disto, é importante que estes profissionais estejam inteiramente atentos à realidade e aos estudos atuais, visando que o desenvolvimento típico e atípico pode ter suas mudanças com o tempo e perante eventos inesperados e de repercussão mundial, como a pandemia. A avaliação do autismo é essencialmente clínica e o profissional deve utilizar de diferentes recursos para compor o seu processo de avaliação. Seu papel em um diagnóstico é crucial e pode transformar para sempre a vida da criança, visto que muitas vezes a sociedade a define pela sua própria patologia. Por fim, há que se recomendar para estudos posteriores identificarem alternativas para se reconhecer o impacto do isolamento social decorrente da pandemia da COVID-19 para o diagnóstico de TEA, o que exige maior aprofundamento.

PALAVRAS-CHAVE: Isolamento. Diagnóstico. Transtorno de Espectro Autista.

1. INTRODUÇÃO

O primeiro artigo sobre autismo foi publicado em 1943 pelo Dr Leo Kanner, destacando os distúrbios Austríacos de contato afetivo, apresentando 11 casos por ele tratados desde 1938, segundo Mello (2007).

Em 1944, Hans Asperger, também médico austríaco, escreve o artigo Psicopatologia Autística da Infância, apresentando casos semelhantes aos apresentados por Dr. Kanner. A autora descreve Autismo como sendo um “distúrbio do desenvolvimento que se caracteriza por

alterações presentes desde idade muito precoce, tipicamente antes dos três anos de idade, com impacto múltiplo e variável em áreas nobres do desenvolvimento humano como as áreas de comunicação, interação social, aprendizado e capacidade de adaptação”, sendo quatro vezes mais frequente entre homens, sem destacar sua relação com raças, credos ou classes sociais.

Entretanto, Mello (2007) apresenta que ainda não foram identificadas as causas do Autismo, mesmo acreditando-se que decorre de anormalidades em alguma parte do cérebro, podendo ser de origem genética ou ocasionado por problemas ocorridos durante a gestação ou no momento do parto, o que traz a recomendação de se ter cuidados durante a gravidez, principalmente em relação a ingestão de produtos químicos (fumo, remédios, álcool, dentre outros).

Para o autor, a Associação dos Amigos do Autista (AMA) entende que o Autismo é um distúrbio de comportamento baseado em dificuldade de comunicação, de socialização e no uso da imaginação:

- Dificuldade de comunicação: dificuldade no uso coerente de todos os aspectos da comunicação verbal e não verbal, incluindo gestos, expressões faciais, linguagem corporal, ritmo, modulação da voz, dentre outros. A gravidade depende das variações dessa dificuldade e, além disso, a autora destaca a possibilidade de ocorrência da Ecolalia Imediata (repetição imediata do que foi dito ao Autista) e da Ecolalia Tardia (repetição de frases ouvidas a horas ou dias, no contexto correto, mas com tom de voz diferente do usual).

- Dificuldade de socialização: considerada pela autora como a mais significativa e vulnerável das dificuldades, envolvendo déficit em se relacionar com os outros, de compartilhar sentimentos/gostos/emoções e de discriminar entre diferentes pessoas (aproxima-se das pessoas abraçando-as, mexendo em seus cabelos e, eventualmente, beijando-as, mas o fazem indistintamente, sem diferenciar pessoas, lugares ou momentos). Além disso, tem dificuldade em imitar outras pessoas (base do aprendizado) e de ter empatia ou compreender na perspectiva do outro.

- Dificuldade no uso da imaginação: em várias áreas do pensamento, linguagem e comportamento, o Autista se apresenta como rígido e inflexível, aspectos estes que são utilizados para justificar comportamentos obsessivos e ritualísticos, compreensão literal da linguagem, falta de aceitação das mudanças e dificuldades em processos criativos. Um bom exemplo disso pode ser apontado em o Autista passar horas explorando um objeto ou se fixando em determinados assuntos.

Entretanto, Mello (2007) informa que a AMA indica “que o diagnóstico seja feito por um profissional com formação em Medicina e experiência clínica de vários anos diagnosticando essa síndrome”, ocorrendo através de avaliação do quadro clínico, pois inexitem testes laboratoriais, já que o “Autismo não apresenta um marcador biológico”. Os exames médicos são utilizados para investigar possíveis doenças, como Síndrome do X-frágil, fenilcetonúria ou esclerose tuberosa, por exemplo.

Apesar de, eventualmente, existirem indícios fortes por volta dos dezoito meses, o diagnóstico somente é considerado conclusivo após vinte e quatro meses, sendo, porém, frequentemente é superior aos trinta meses. Para a autora, a AMA alerta sobre os graus de gravidade do transtorno, que exigem intervenções específicas a cada tipo ou grau de comprometimento.

O Transtorno do Espectro Autista (TEA), segundo OMS (2022), é classificado com o código 6A02 no CID-11, com suas subdivisões focadas a prejuízos na linguagem funcional e deficiência intelectual, para tornar o diagnóstico mais objetivo e simplificar a codificação para acesso a serviços de saúde. São detalhados da seguinte forma:

- 6A02.0 – Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com comprometimento leve ou ausente da linguagem funcional;
- 6A02.1 – Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com comprometimento leve ou ausente da linguagem funcional;
- 6A02.2 – Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com linguagem funcional prejudicada;
- 6A02.3 – Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com linguagem funcional prejudicada;
- 6A02.5 – Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com ausência de linguagem funcional;
- 6A02.Y – Outro Transtorno do Espectro do Autismo especificado;
- 6A02.Z – Transtorno do Espectro do Autismo, não especificado.

O contexto desse estudo considera o distanciamento decorrente do isolamento social provocado pela pandemia da COVID-19, doença causada pelo novo Coronavírus (Sars-Cov-2) que teve seus primeiros casos na China em novembro de 2019 e que acabou sendo declarada como pandemia em 11/março/2020 pela OMS (UNASUS, 2022). Devido a sua rápida

disseminação geográfica, alcançando praticamente todos os países do mundo, atualmente 515 milhões de contaminados e 6,2 milhões de óbitos, segundo Bing (2022). Deste modo, desde que foi declarada pandemia até os dias atuais, a população em geral teve sua saúde física e mental afetada e, nesse estudo, serão avaliados especificamente os eventuais impactos desse distanciamento em crianças até seis anos, bem como suas implicações para o diagnóstico do TEA.

Linhares (2020) entende que, apesar de as crianças estarem entre os grupos com menos contaminação da COVID-19, elas sofrem mais intensamente os impactos dessa pandemia em seu desenvolvimento psicológico, relacionando “aspectos conceituais da Teoria do Caos no desenvolvimento e do estresse tóxico, associados aos conceitos de autorregulação e enfrentamento do estresse” para, a partir da perspectiva psicológica, refletir sobre o impacto da pandemia no desenvolvimento das crianças e na parentalidade.

Por fim, é interessante observar que, buscando identificar no Conselho Federal de Psicologia (CFP) e no Conselho Regional as orientações para diagnóstico de Autismo no cenário pós-pandêmico, em pesquisa nos sites do CFP (CFP, 2022) não foram localizadas instruções ou recomendações para as (os) psicólogas (os) sobre o TEA dentro do contexto pós-pandêmico, sem qualquer divulgação de conteúdo ou qualquer tipo de referência sobre o tema.

Entretanto, o CRP-MG (CRP-MG, 2022), apesar de também não ter sido localizadas instruções ou recomendações para as(os) profissionais sobre o tema, apresenta o tema sendo discutido em entrevistas (2018/1 e 2019/4), debates no órgão (2013/1 e 2018/1), debate em faculdades (2022/1) e seminário (2012/1 e 2015/1), o que demonstra preocupação e responsabilidade no trato do tema e no envolvimento das(os) Psicólogas(os) para discuti-lo, mesmo que sem periodicidade definida.

E é neste contexto que este estudo se justifica, pois há a necessidade de compreender se os efeitos causados pela pandemia da COVID-19 podem prejudicar o diagnóstico do TEA em crianças de 0 a 6 anos, quando comparados aos critérios diagnósticos do TEA, e se há necessidade de uma reestruturação após este evento histórico atípico.

O objetivo geral desse estudo é identificar os efeitos do distanciamento social em crianças e quais as implicações para o diagnóstico de TEA, e, para atingi-lo, faz-se necessário alcançar os seguintes objetivos específicos:

- Identificar os critérios diagnósticos do TEA apresentados no DSM-5 e em estudos complementares.

- Identificar os efeitos da pandemia no desenvolvimento de crianças de 0 a 6 anos.
- Identificar quais os recursos utilizados para auxiliar no diagnóstico do TEA.

Este estudo está organizado em Introdução, Desenvolvimento, Metodologia, Resultados e Conclusão, sendo que na Introdução é apresentado o contexto no qual ele é desenvolvido, bem como sua justificativa e seus objetivos geral e específicos. No Desenvolvimento são apresentados os desdobramentos dos objetivos do estudo, detalhando o conceito e histórico do TEA. Na Metodologia são apresentados o método de pesquisa e os procedimentos metodológicos. Nos Resultados são apresentados os critérios diagnósticos do TEA, as consequências da pandemia no desenvolvimento das crianças e que recursos podem auxiliar no diagnóstico do TEA com segurança e efetividade. Por fim, na Conclusão são apresentadas as considerações finais do estudo.

2. BREVE HISTÓRICO SOBRE TEA

Autismo e Realidade (2022) apresenta a evolução histórica do termo autista, destacando que foi utilizado pela primeira vez pelo psiquiatra Eugen Bleurer em 1908, buscando descrever as alterações de realidade em pacientes esquizofrênicos, mas foi em 1943 com o artigo de Leo Kanner que foi utilizado o termo Autismo infantil precoce já que identificaram que todos os sintomas apareciam na infância. Em 1980, Hans Asperger se tornou pioneiro no assunto ao ser reconhecido pelo artigo “A psicopatia autista na infância” que relatava as habilidades das crianças em descrever determinados temas e por outro lado seus prejuízos na fala, na cognição, no foco e nos movimentos físicos.

Além disso, os autores informam que, na publicação do primeiro manual diagnóstico de transtornos mentais (DSM-1) em 1952, o Autismo era considerado como um subgrupo da esquizofrenia e, na década de 1950, muito se falava sobre o conceito de “mãe geladeira” proposto por Kanner, ao qual considera os déficits na infância irresponsabilidade dos pais nos primeiros meses de vida. Foi na década de 1960 que o Autismo passou a ser considerado um transtorno cerebral na infância, que poderia ser encontrado em qualquer lugar do mundo.

Em 1978, segundo Autismo e Realidade (2022), o Autismo foi classificado como um distúrbio do desenvolvimento cognitivo pelo psiquiatra Michael Rutter, baseado em quatro critérios:

1. Atraso e desvio sociais não só como deficiência intelectual;
2. Problemas de comunicação não só em função de deficiência intelectual associada;
3. Comportamentos incomuns, tais como movimentos estereotipados e maneirismos;
- e
4. Início antes dos 30 meses de idade. (AUTISMO E REALIDADE, 2022).

Esta classificação possibilitou muitos estudos para o desenvolvimento do terceiro Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-3), no qual o Autismo é classificado nas condições de Transtornos invasivos do desenvolvimento (TDI). Para os autores, no DSM-4 a síndrome de Asperger é adicionada ao Autismo, considerando a ocorrência de casos mais leves. Entretanto, em 1998, o cientista Andrew Wakefield publica um artigo considerando que o Autismo seria causado por vacinas, logo esta teoria é descontinuada ocasionando a perda da sua licença médica.

Com base no Conselho Nacional de Saúde – CNS (2011), em 2007 a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou o dia 2 de abril como o Dia mundial da conscientização ao Autismo. E, em 27 de dezembro de 2012, é sancionada a Lei nº 12.764/12, que garante a proteção dos direitos das pessoas com Transtorno do Espectro Autista, regulamentando o acesso precoce a diagnósticos e tratamentos, terapias e medicamentos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), além da educação e proteção social a empregos e serviços que proporcionem oportunidades iguais.

Para Costa (2017), o DSM-4 levanta categorias diferentes que incluíam o Autismo, síndrome de Asperger, Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, a síndrome de Rett e o Transtorno Desintegrativo da Infância e, no DSM-5 (2014), a versão atualmente utilizada, foi estabelecido o termo Transtorno do Espectro Autista, substituindo todos os termos associados ao Autismo, aumentando suas especificidades e sensibilizando os critérios diagnósticos, na busca de evitar diagnósticos errados.

O autor destaca que a palavra espectro vem da ideia de continuum, ou seja, da sequência apresentada nos transtornos neuropsiquiátricos, no qual o Autismo se encaixaria em crianças com algumas características que influenciam a funcionalidade, causando impactos na vida social, profissional e pessoal destacando os prejuízos na comunicação social e na repetição de comportamentos.

Em 8 de janeiro de 2020 foi sancionada a Lei nº13.977 denominada como Lei Romeo Mion que garante aos pacientes com TEA, a emissão de uma carteirinha que substitui a emissão de atestado com responsabilidade de estados e municípios garantindo ainda mais o direito destes pacientes.

Atualmente, segundo Comporte-se (2010), ainda não sabe qual a verdadeira etiologia do TEA, pesquisas indicam que pode tratar se de fatores genéticos e ambientais; embora alguns autores afirmem que a origem do Autismo se dá a partir de “alterações encefálicas em fases

críticas do desenvolvimento embrionário”. Entretanto pesquisas não conseguiram suportar esta teoria.

Com base em divulgação do Correio Brasiliense (2022), cerca de dois milhões de crianças brasileiras são autistas e destaca a atenção dos pais quanto ao desenvolvimento da criança, reforçando a importância do diagnóstico precoce para melhorar sua qualidade de vida.

3. O PAPEL DA PSICOLOGIA FRENTE AO TEA

Segundo o blog Autismo (2021), a Psicologia e o Autismo caminham juntos, pois em alguns casos é este profissional que levanta a hipótese de um possível diagnóstico para a família. Entretanto, muitas vezes este encaminhamento vem da escola, que levanta alguns sinais de dificuldade e solicitam avaliação. É importante destacar, a partir de uma entrevista com a psicoterapeuta Mayara Izidoro, a importância da presença dos pais e da escola durante todo o processo de diagnóstico.

Juntamente a uma equipe multidisciplinar, o Psicólogo é responsável por estudar o caso e propor intervenções com base em cada caso apresentado, segundo Neurosaber (2017). Além disso, para o IEAC (2022) cabe ao Psicólogo auxiliar como as ações e reações dos autistas podem afetar os demais a sua volta.

Apesar da importância do Psicoterapeuta em todo o processo de diagnóstico e intervenção do TEA, a avaliação neuropsicológica também é responsável por contribuir no processo diagnóstico ao qual que será tratado mais adiante, de acordo com Mundo Psicólogos (2019).

Para Souza (2016), são várias as propostas de intervenção baseadas em várias abordagens teóricas, o que se configura em um grande desafio aos Psicólogos. Contudo, destaca-se como principal técnica de abordagem o método ABA – Análise do Comportamento Aplicado, fundamentada pela abordagem Behaviorista, também conhecida pelo método Análise do Comportamento.

Costa (2018) também destaca ABA como principal método para intervenção no TEA, por ser respaldado cientificamente, sendo seu principal objetivo modificar o comportamento a partir dos métodos de aprendizagem. ABA oferece diversas técnicas e treinamentos diferentes entre idades e demandas, e pode ser dividido em duas abordagens:

- A primeira busca alcançar o aprendizado ou desenvolver habilidades relacionadas ao Autismo, baseados nos métodos de TEACH e no modelo Denver.
- A segunda enfoca nas práticas de intervenção focada, ou seja, trabalhar por vez sobre um objeto ou habilidade específica.

Com base nas pesquisas de Souza (2016), as intervenções em ABA podem ocorrer de forma particular ou em clínicas especializadas, e estão focadas nas habilidades do dia a dia, como tomar banho e escovar os dentes; no auxílio a atividades motoras e habilidades cognitivas; habilidades sociais e até na diminuição de comportamentos agressivos. Esta abordagem também destaca a importância da presença do paciente no ensino regular da escola.

IEAC (2022) ressalta que o ABA normalmente não é disponibilizado em sessões de psicoterapia. Para aplicar é necessário que o profissional psicólogo passe por um curso específico já que os ramos desta abordagem propõem uma intervenção de alta qualidade.

4. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO TEA APRESENTADOS NO DSM-5 E EM ESTUDOS COMPROVADOS

O DSM-5 (2014), em sua abordagem dimensional ao diagnóstico, reforça a importância de se ampliar a visão sobre a maioria dos diagnósticos e transtornos, inclusive o TEA, sendo que o uso dos estudos de fatores de risco tanto genéticos como ambientais, compartilham sintomas e fatores de risco, considerando a realidade clínica, a heterogeneidade de sintomas em um mesmo transtorno e o compartilhamento significativo de sintomas entre vários transtornos. Dessa forma, estrutura-se contra a homogeneidade diagnóstica a partir de uma subtipificação progressiva inserida em categorias de transtornos, considerando os transtornos mentais como heterogêneos desde fatores de risco genéticos até sintomas.

Além disso, esse documento explica que os transtornos do neurodesenvolvimento são um grupo de condições com início no período do desenvolvimento, “em geral antes de a criança ingressar na escola, sendo caracterizados por déficits no desenvolvimento que acarretam prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional”, variando “desde limitações muito específicas na aprendizagem ou no controle de funções executivas até prejuízos globais em habilidades sociais ou inteligência”, sendo comum ocorrer associação de mais de um transtorno do neurodesenvolvimento – por exemplo, indivíduos com TEA

apresentam, com frequência, deficiência intelectual (Transtorno do Desenvolvimento Intelectual), e indivíduos com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) apresentam também um transtorno específico da aprendizagem.

O TEA, segundo DSM-5 (2014), apresenta como Critérios Diagnósticos, os déficits persistentes de comunicação e de interação social,

- Déficit persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos: manifestados na atualidade ou no histórico prévio, considera-se os déficits na reciprocidade socioemocional (abordagem social anormal, dificuldade para estabelecer uma conversa normal, compartilhar pouco os interesses, emoções ou afeto, dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais).

- Déficit nos comportamentos comunicativos não verbais: para a interação social, com baixa integração na comunicação verbal e não verbal, com anormalidade no contato visual e linguagem corporal, com presença ou déficits na compreensão e no uso de gestos e com a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal.

- Déficit para desenvolver, manter e compreender relacionamentos: com a dificuldade no ajustamento do comportamento para adequação aos diversos contextos sociais, no compartilhamento de brincadeiras imaginativas, para fazer amigos e na ausência de interesse por pares.

Para se avaliar a gravidade do TEA, considera-se os prejuízos na comunicação social, os padrões de comportamento restritos e repetitivos de comportamento / interesses / atividades, os interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco e, por fim, a hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente, conforme se pode ver no quadro 1:

Quadro 1: Níveis de gravidade para Transtorno do Espectro Autista.

Nível de gravidade	Comunicação social	Comportamentos restritos e repetitivos
Nível 3 "Exigindo apoio muito substancial"	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal causam prejuízos graves de funcionamento, grande limitação em dar início a interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa com fala inteligível de poucas palavras que raramente inicia as interações e, quando o faz, tem abordagens incomuns apenas para satisfazer a necessidades e reage somente a abordagens sociais muito diretas.	Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos interferem acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento/dificuldade para mudar o foco ou as ações.
Nível 2 "Exigindo apoio substancial"	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal; prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio; limitação em dar início a interações sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa que fala frases simples, cuja interação se limita a interesses especiais reduzidos e que apresenta comunicação não verbal acentuadamente estranha.	Inflexibilidade do comportamento, dificuldade de lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador casual e interferem no funcionamento em uma variedade de contextos. Sofrimento e/ou dificuldade de mudar o foco ou as ações.
Nível 1 "Exigindo apoio"	Na ausência de apoio, déficits na comunicação social causam prejuízos notáveis. Dificuldade para iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou sem sucesso a aberturas sociais dos outros. Pode parecer apresentar interesse reduzido por interações sociais. Por exemplo, uma pessoa que consegue falar frases completas e envolver-se na comunicação, embora apresente falhas na conversação com os outros e cujas tentativas de fazer amizades são estranhas e comumente mal-sucedidas.	Inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Dificuldade em trocar de atividade. Problemas para organização e planejamento são obstáculos à independência.

Fonte: DSM-5 (2014).

Costa (2018) destaca que o ambiente é um fator importante na influência de sintomas graves do TEA, porém eles são persistentes e não podem ser explicados pelo contexto atual da criança, visto que não é o suficiente para um diagnóstico assertivo. O TEA não possui fatores biológicos, uma vez que não há exames que detecte o transtorno; com isto os fatores moleculares e genéticos não podem ser considerados e o processo diagnóstico é exclusivamente clínico no contato direto com o paciente e familiares.

O diagnóstico do TEA pode ser feito por vários profissionais da saúde, psicólogos, médicos, fonoaudiólogos, e terapeutas ocupacionais. Entretanto Costa (2018) ressalta a importância de uma especialização específica na área, visto que o profissional responsável pelo diagnóstico, precisa ter o entendimento sobre desenvolvimento atípico e típico, funções cognitivas, nosologia e epidemiologia. Além disso, é importante um trabalho multidisciplinar para um diagnóstico mais preciso.

Steigleder (2019) levanta em seus estudos possíveis sinais de alerta que podem auxiliar no processo diagnóstico, visando uma intervenção precoce. Dentre eles, destaca-se a atenção compartilhada (AC), apontada também como um dos critérios de diferenciação de outros transtornos. A AC é denominada como “interação triádica, ou seja, a criança consegue interagir e emitir respostas a um objeto e simultaneamente voltar o foco a outro evento, que pode ser um objeto ou uma pessoa, este evento ocorre de forma sincronia”. Alguns estudos, ainda indicam que a AC é um dos sintomas mais precoces do TEA.

Segundo o autor, além da AC, outro ponto importante a ser observado são as brincadeiras simbólicas, destacando uma pesquisa que aponta que as crianças com TEA tem um prejuízo no engajamento a essas atividades, além disto, podem permanecer menos tempo focados na brincadeira e apresentar um repertório menor, além de demorar mais tempo para simbolizar.

São vários os fatores que devem ser considerados no processo diagnóstico do TEA, além de utilizar métodos de pesquisas atuais como o DSM-5 e o CID-11. Mas, segundo Costa (2018), é importante que o profissional considere alguns elementos como a idade, visto que em casos precoces, alguns sintomas podem aparecer antes dos 24 meses de idade, apesar de não ser aconselhado um diagnóstico nesta fase, algumas alterações na comunicação podem ser observadas.

Os sintomas podem se tornar mais específicos aos 5 anos, na idade pré-escolar, onde os sintomas são mais específicos. De acordo com o autor, “quanto mais grave os sintomas, mais precocemente o diagnóstico é feito”, por isto é importante também se atentar a severidade proposta no Quadro 1.

O autor também destaca a diferença de diagnósticos entre gêneros. Meninas podem apresentar juntamente ao TEA, a deficiência intelectual (DI), o que provoca casos mais severos; entretanto, caso não haja a presença da DI, os sintomas podem ser mais sutis e acabam sendo subdiagnosticadas. A análise genética também é importante, visto que os sintomas podem ser

recorrentes entre as famílias, portanto, caso haja um membro da família diagnosticado com TEA, há uma probabilidade de outro membro apresentar os sintomas.

É de extrema importância a observação e análise dos sintomas apresentados; visto que alguns podem ser confundidos com outros transtornos. Costa (2018), ressalta que é necessário excluir alguns diagnósticos para se chegar ao TEA, como a hiperatividade: é preciso confirmar que este sintoma não está ligado ao Transtorno de Déficit de Atenção (TDAH), e que a falha na comunicação não é um transtorno da comunicação social. Além destes, outros transtornos são apresentados para análise de diagnósticos diferenciais, como Deficiência Intelectual (DI), Transtorno de Tourette, Transtorno do processamento sensorial (TPS), Distúrbios do sono, Epilepsia, Transtorno Obsessivo compulsivo (TOC), Esquizofrenia, Transtornos de ansiedade e Superdotação.

Steigleder (2019) ressalta que o diagnóstico do TEA, é um grande desafio para quem o avalia, por isto é importante sempre estar atento as atualizações, estudos e todos os critérios propostos para se ter sucesso no diagnóstico.

5. EFEITOS DA PANDEMIA NO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS DE 0 A 6 ANOS

Linhares (2020) destaca que o mundo entra em uma grave crise mundial a partir da pandemia da COVID-19 e, como em 2020 não havia um tratamento farmacológico ou vacinal de comprovada eficácia, a recomendação implantada para minimizar a contaminação foi o distanciamento e isolamento social, o que poderá gerar consequências negativas nas pessoas em seus contextos de desenvolvimento, tanto no contexto familiar quanto nos relacionamentos com a população de seu bairro, cidade, estado país e internacional.

A autora reforça que precisa se construir conhecimentos sobre os aspectos psicológicos das pessoas, como no esforço realizado pela Academia Britânica de Ciências Médicas e pelo centro de pesquisa MQ Transforming Mental Health, que convocou um grupo de especialistas para obter dados sobre os efeitos da pandemia na saúde mental da população em geral e de grupos mais vulneráveis, especialmente no “cérebro, em termos de função, cognição e saúde mental de pacientes com COVID-19”.

Além disso, entende que é grande o desafio da aprendizagem, tanto para compreender os levantamentos epidemiológicos e a evolução da COVID-19, quanto para avaliar os impactos psicológicos na saúde mensal das pessoas em geral. Nesse sentido, a Psicologia está preparada para se destacar no último desafio, pois tem evidências científicas, teorias e conceitos

disponíveis para essa compreensão, sendo identificados impactos no comportamento das pessoas, como ansiedade, medo, depressão e pânico – mas ainda há dificuldade de se identificar as consequências da pandemia e o consequente isolamento social, cheio de insegurança e incertezas, no funcionamento psicológico de crianças.

Linhares (2020) explica que, apesar desse grupo vulnerável sofrer menos impactos da saúde que os adultos em relação à saúde mental, destacando um estudo realizado na China que previu que “o confinamento de 220 milhões de crianças e adolescentes chineses.... provocará impactos psicológicos, na medida em que estão sujeitos a estressores, tais como duração prolongada, medo de infecção, frustração e tédio, informações inadequadas, falta de contato pessoal com colegas, amigos, professores, falta de espaço pessoal em casa e a perda financeira da família!”.

Nessa linha, Bimbati (2022) apresenta os resultados de 2021 do Sistema de Avaliação da Educação Básica (SAEB) aplicado em escolas públicas e privadas, informando que, em 2019, 15,5% dos alunos estavam com níveis de alfabetização abaixo do esperado pela idade e, em 2021, sobre para 33,8%. A autora entende que “a queda da aprendizagem nessa etapa era esperada devido ao fechamento das escolas e às dificuldades de acesso ao ensino remoto”, reforçando que o cenário da alfabetização é preocupante e que não há alfabetização de forma remota.

Linhares (2020) avalia os contextos do desenvolvimento em condições adversas, na perspectiva da Teoria do caos e da Teoria Bioecológica, nas quais se reconhece o desenvolvimento humano na perspectiva da pessoa, do processo, do contexto e do tempo, além de considerar os processos proximais (entre a pessoa e os cuidadores familiares, principalmente os cuidadores/pais e os professores no ambiente educacional) e os distais (que afetam indiretamente o desenvolvimento humano, como as condições de emprego dos pais ou as crenças/valores de uma cultura). Nessa perspectiva, é importante destacar que, na pandemia, há um “microcontexto caótico” quando se observa os ambientes familiares que extrapola o baixo nível socioeconômico familiar, envolvendo também questões como a atividade frenética, a falta de estrutura física, previsão/control e alto nível de estimulação, comprometendo ainda mais o desenvolvimento das crianças. Ainda mais em um contexto cheio de desafios para as famílias, como convivência próxima por períodos prolongados, sem a rotina da escola/esporte/lazer, rearranjo do espaço físico para trabalho dos pais, escola dos filhos e lazer de todos, instabilidade no emprego/desemprego/problemas financeiros, irregularidade da assistência médica, dentre outros, além da ameaça de contaminação e morte na própria família.

A autora destaca a importância da ausência das crianças na escola, que representa um “microsistema essencial ao desenvolvimento e aprendizagem” das crianças, pois elas não fazem a socialização com os pares, não realizando “experiências lúdicas compartilhadas [...], convivência com as diferenças, compartilhamento de decisões, enfrentamento de desafios, negociação de conflitos, adiamento de gratificações, espera da sua vez, exercício controle de impulsos, dentre outras habilidades”, ou seja, não permite que as crianças tenham vivências em espaço coletivo compartilhado e das relações proximais.

Outro ponto importante apresentado pela autora é o estresse tóxico, que se refere a um estresse forte, frequente e com ativação prolongada do organismo, mas que ocorre sem a presença de mecanismos de proteção amortecedores de seus efeitos negativos, gerando hipervigilância e exaustão nos indivíduos e, as crianças expostas a esse estresse mostram alto nível de cortisol em comparação com outras que não experimentam esse tipo de estresse. A autora ainda destaca que esse tipo de estresse pode “causar hiperatividade nos circuitos neuronais que controlam as respostas de medo”, podendo levar a respostas de agressão como defesa, ameaçando a capacidade de enfrentamento adaptativo.

Linhares (2020) destaca alguns potenciais efeitos psicológicos do estresse tóxico nas crianças, reconhecendo que “a situação atual da pandemia não apresenta evento precedente com características semelhantes, considerando-se não só a questão de ser evento estressor prolongado, mas também bastante restritivo com a medida de distanciamento social e interrupção de mecanismos de proteção ampliado ao indivíduo”.

Nesse contexto, diante da dificuldade de se avaliar os impactos psicológicos no desenvolvimento de crianças, a autora recomenda que, mesmo com o cuidado de utilizar a generalização inadequadamente, faz-se necessário utilizar estudos anteriores de desastres naturais, ataques de terrorismo, conflitos armados e guerras, que foram eventos estressores tóxicos com impacto ampliado em pessoas, famílias, comunidades, cidades e países, dependendo do evento. Mas há poucos estudos no Brasil, tanto pelos poucos tipos de eventos estressores quanto pela dimensão territorial e diferenças regionais.

A autora apresenta estudos realizados na China, com estratégias de resiliência em crianças e adolescentes para fortalecer o enfrentamento às consequências psicológicas da pandemia da COVID-19, identificando como principais problemas emocionais e comportamentais a distração, irritabilidade, agitação, medo de fazer perguntas sobre a epidemia, querer ficar ligados aos familiares, que se associam a pesadelos, falta de apetite e

desconforto físico. Especialmente no grupo de crianças de 3 a 6 anos, há a maior ocorrência de excesso de apego aos pais e medo de esses familiares adoecerem, o que se recomendou trabalhar com comunicação sobre os “medos e preocupações, jogos colaborativos, atividades físicas, música como forma de terapia, por exemplo, além de os pais prestarem atenção às dificuldades de sono”.

Por fim, Linhares (2020) relata que, em suas considerações finais, é importante reconhecer a importância de medidas simples para buscar a estabilidade, estruturação e organização do ambiente doméstico, minimizando o ambiente caótico e estressor, além de buscar o suporte e segurança de crianças. Dessa forma, é necessário evitar estratégias para enfrentar emocionalmente todos esses problemas, saindo dos extremos da “negação ou o enfrentamento mágico e fantasioso” x “o pensamento negativo catastrófico que leva à dramatização”. E, por fim, destaca a necessidade de a Psicologia realizar estudo empíricos para identificar os impactos no tempo, especialmente após 2020 e intergeracionais, que são fundamentais para se compreender os impactos no desenvolvimento das crianças.

Rocha (2022) apresenta uma pesquisa realizada pela UFU (Universidade Federal de Uberlândia) e da UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais) com parceria ao Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico (Nupad) e com a Secretaria Estadual de Saúde (SES-MG) no qual foram estudados 560 bebês desde abril de 2021. A partir de brincadeiras lúdicas e escalas, como Bayley e Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem (ADL), conseguiram concluir até o momento aproximadamente 52% das crianças apresentam suspeitas de comportamentos de irritabilidade e inflexibilidade.

Uma notícia publicada pela UFMG em 2021 destaca que crianças na faixa de 1 a 3 anos estão entre as mais afetadas pela pandemia, visto que estão em uma fase importante do desenvolvimento. Com isto a professora Cláudia Siqueira do departamento de Pediatria da Universidade relata que muitos impactos já podem ser conhecidos, porém muitos outros ainda podem aparecer. Dentre os principais prejuízos até o momento, pode-se ressaltar o atraso na linguagem, alterações do ritmo do sono, ansiedade de separação, entre outros. Com isto as crianças têm uma maior dificuldade em interagir, demoram mais a falar o que afeta diretamente o aprendizado e o relacionamento com outras pessoas.

Além disto, Sander (2021) liga os atrasos na fala ao excesso de telas durante a pandemia, e destaca uma pesquisa onde foi observada uma perda nas habilidades motoras após o isolamento social. Os resultados mostraram que as crianças não desenvolveram as habilidades

fundamentais, e perderam habilidades em algumas atividades apresentadas que envolviam corridas, pulos e equilíbrio.

Rocha (2021) também relata os impactos no desenvolvimento da fala das crianças na pandemia, e ressalta que é importante a preparação dos profissionais fonoaudiólogos e outros profissionais para lidar com este problema.

6. RECURSOS UTILIZADOS PARA O DIAGNÓSTICO DO TEA EM CRIANÇAS

São muitos os recursos apresentados para auxiliar no processo diagnóstico do TEA. Além dos meios apresentados no tópico 3.1, pode-se apresentar alguns métodos utilizados pelos profissionais que trazem sucesso a um diagnóstico mais assertivo.

Entre esses métodos estão os testes psicológicos regulamentados pela Resolução CFP Nº 009/2018, que estabelece diretrizes para o uso deste recurso. Através do SATEPSI – Sistema de avaliação de testes psicológicos é possível localizar testes específicos para avaliação de sintomas relacionados ao TEA, que envolvem critérios de idade e público-alvo.

Costa (2018) ressalta a importância da avaliação neuropsicológica, porém destaca que é apenas uma avaliação diagnóstica que não descarta o processo multidisciplinar para tal. O objetivo desta avaliação é levantar o maior número de informações possíveis, para concluir se tais queixas são ou não compatíveis com transtornos neuropsiquiátricos.

Para ao autor, a avaliação neuropsicológica pode ser direta, no qual se avalia questões específicas como a inteligência, linguagem habilidades sociais, dentre outros. Ou pode ser indireta, através do relato do próprio paciente, dos responsáveis, da escola de alguns profissionais envolvidos, no qual podem ser usados relatos livres e métodos como a Anamnese.

O autor ainda destaca que no TEA é frequente o atraso na linguagem e no desenvolvimento motor, com isto alguns instrumentos podem ser utilizados para auxiliar na avaliação, como:

- O Inventário Portage Operacionalizado: intervenção em famílias que avalia o desenvolvimento motor, a linguagem, socialização e autocuidados; disponível para crianças de 0 a 6 anos.
- O teste de desenvolvimento de Denver que avalia o atraso na linguagem, no desenvolvimento motor grosso/fino e pessoal/social, também disponível para crianças de 0 a 6 anos.

- Escala de comportamento adaptativo de Vineland que avalia a comunicação, autonomia, socialização e funções motoras do nascimento a vida adulta.

- E os protocolos de sinais de risco do desenvolvimento da linguagem que avalia marcos da linguagem do 0 a 36 meses.

Costa (2018) apresenta, também, algumas outras escalas: Escala de Avaliação dos Traços Austísticos - ATA, *Childhood Autism Rating Scale* – CARS, *Austim Screening Questionnaire* – ASQ, Inventário de comportamentos autísticos – ABC, Escala de Responsividade Social 2 (SRS 2), dentre outros.

É importante caracterizar as habilidades sociais com base na idade da criança, sendo que o autor destaca que é necessário observar os comportamentos repetitivos e restritos e as respostas aos estímulos sensoriais. Também não se pode deixar de lado o histórico médico da criança, a análise do comportamento funcional, exigir algumas tarefas ou situações, chamar atenção, autoestimulação, avaliação das habilidades dentre vários outros recursos que facilitam o processo diagnóstico do TEA.

E, quanto aos testes psicológicos, o autor informa que o avaliador pode utilizar recursos que auxiliam na avaliação da inteligência, da motricidade, da linguagem, habilidades sociais e teorias da mente.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos estudos apresentados, destacam-se vários prejuízos causados às crianças devido ao isolamento social, decorrente da pandemia da COVID-19, sintomas estes que, se analisados de maneira errônea, podem confundir e atrapalhar o processo de diagnóstico do TEA, visto que muitos sintomas apresentados estão relacionados a alguns critérios estabelecidos para tal, como a irritabilidade, os atrasos na fala e no desenvolvimento motor, a inflexibilidade, a ansiedade, dentre outros.

Entretanto, é importante ressaltar que, além do DSM-5 e do CID-11, existem muitas pesquisas e recursos que buscam auxiliar o profissional neste processo, porém não se deve deixar de considerar que ainda não há dados suficientes para adaptá-los às mudanças para o período pós-pandemia.

Contudo, destaca-se que algumas pesquisas precisam ser realizadas e algumas mudanças propostas, visando entender que o desenvolvimento das crianças que viveram o período pandêmico é diferente dos estudos desenvolvidos pré-pandemia. Portanto, crianças que, aos 3

anos, conseguiam falar cerca de 900 a 1000 palavras como proposto por Papalia (2013), atualmente podem não conseguir atingir tal marco. E isso não necessariamente indicaria um sinal de um possível transtorno como o TEA, mais sim a ausência de estímulos nessa fase crucial do desenvolvimento.

Com isto, destaca-se a importância da reestruturação das fases do desenvolvimento pós-pandemia, considerando que muitos profissionais responsáveis pelo diagnóstico de transtornos neuropsiquiátricos como TEA, utilizam como base para este fim essas teorias ainda não adaptadas à nova realidade. Além disto, é importante que estes profissionais estejam inteiramente atentos à realidade e aos estudos atuais, visando que o desenvolvimento típico e atípico pode ter suas mudanças com o tempo e perante eventos inesperados e de repercussão mundial, como a pandemia.

Ao longo deste trabalho, é possível refletir sobre a grande responsabilidade depositada nas mãos do profissional Psicólogo e dos demais responsáveis por este processo. A avaliação do autismo é essencialmente clínica e o profissional deve utilizar de diferentes recursos para compor o seu processo de avaliação. Seu papel em um diagnóstico é crucial e pode transformar para sempre a vida da criança, visto que muitas vezes a sociedade a define pela sua própria patologia.

O DSM-5 (2014) reforça e cita por várias vezes a palavra cautela, com sentido de enfatizar que todo cuidado é pouco, portanto, todos os profissionais devem se atentar quaisquer pontos e queixas levantadas, além de buscar o conhecimento, a prática e experiência para bons resultados, e não focar apenas em pequenos aspectos que buscam definir possíveis transtornos, visto que se tem um gama enorme de técnicas para ser utilizada, uma complementando a outra.

Por fim, há que se recomendar para estudos posteriores identificarem alternativas para se reconhecer o impacto do isolamento social decorrente da pandemia da COVID-19 para o diagnóstico de TEA, o que exige maior aprofundamento.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento... *et al.* revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli... *et al.* – 5. ed. – Dados eletrônicos – Porto Alegre: Artmed, 2014.

Autismo em dia. Psicologia e Autismo: **Profissional conta como é trabalhar com o TEA.** Disponível em: <<https://www.Autismoemdia.com.br/blog/psicologia-e-Autismo/>>. Acesso em 26 set. 2022.

Autismo e Realidade. O que é Autismo? Marcos históricos. Disponível em: <<https://Autismoerealidade.org.br/o-que-e-o-Autismo/marcos-historicos/>>. Acesso em: 26 set. 2022.

BIMBATI, A.P. **Com a pandemia, dobra proporção de crianças que têm déficit na alfabetização.** UOL, 2022. Disponível em: <<https://educacao.uol.com.br/noticias/2022/09/16/pandemia-saeb-criancas-alfabetizacao.htm>>. Acesso em: 16 set. 2022.

BING. **Monitorizador da COVID-19.** Disponível em: <<https://www.bing.com/covid>>. Acesso em: 07 set. 2022.

CFP - Conselho Federal de Psicologia. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/>>. Acesso em: 07 set. 2022.

CFP - Conselho Federal de Psicologia. **SATEPSI – Sistema de avaliação de Testes Psicológicos.** Disponível em: <<https://satepsi.cfp.org.br/>>. Acesso em 18 out. 2022.

CNS - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **2 de abril. Dia mundial da conscientização do Autismo.** Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/01_abr_Autismo.html#:~:text=Conselho%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde&text=A%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20das%20Na%C3%A7%C3%B5es%20Unidas,\(nome%20oficial%20do%20Autismo\).](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/01_abr_Autismo.html#:~:text=Conselho%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde&text=A%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20das%20Na%C3%A7%C3%B5es%20Unidas,(nome%20oficial%20do%20Autismo).>)>. Acesso em: 26, set. 2022.

CNS - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Recomendação nº 036, de 11 de maio de 2020.** Disponível em: <[https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1163-recomendac-a-o-n-036-de-11-de-maio-de-2020#:~:text=Recomenda%20a%20implementa%C3%A7%C3%A3o%20de%20medidas,dos%20servi%C3%A7os%20atingido%20n%C3%ADveis%20cr%C3%ADticos.](https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1163-recomendac-a-o-n-036-de-11-de-maio-de-2020#:~:text=Recomenda%20a%20implementa%C3%A7%C3%A3o%20de%20medidas,dos%20servi%C3%A7os%20atingido%20n%C3%ADveis%20cr%C3%ADticos.>)>. Acesso em 06 set, 2022.

COSTA. A. J.; ANTUNES. A. M. **Transtorno do Espectro Autista na prática clínica.** São Paulo – SP. Casapsi Livraria e Editora LTDA. 2018

CRP-MG - Conselho Regional de Psicologia-MG. Disponível em: <<https://crp04.org.br/?s=transtorno+de+espectro+autista>>. Acesso em: 07 set. 2022.

DECRETO LEI Nº 13.977, DE 8 DE JANEIRO DE 2020. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L13977.htm>. Acesso em 26, set. 2022

DIAGNOSTICOTEA. SRS- 2 Escala de Responsividade Social. Disponível em: <<http://diagnosticotea.com.br/cursosescalars2#:~:text=A%20SRS%2D2%20%C3%A9%20uma,o%20seu%20processo%20de%20avalia%C3%A7%C3%A3o>>. Acesso em 02, nov. 2022.

IEAC - Instituto de Educação e análise do comportamento. Intervenção Psicológica em Autismo. Disponível em: <https://blog.ieac.net.br/intervencao-psicologica-no-Autismo/>. Acesso em 26 set. 2022

INSTITUTO NEUROSABER. **Atuação do Psicólogo com o transtorno do Espectro Autista.** Disponível em: <https://institutoneurosaber.com.br/atuacao-psicologo-com-o-transtorno-espectro-autista/> Acesso em 26 set. 2022.

JUSBRASIL. **Lei 12764/12 | Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012.** Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/1033668/lei-12764-12>. Acesso em 26 set. 2022.

LINHARES, M. B. M.; ENUMOZ, S. R. F. **Reflexões baseadas na Psicologia sobre efeitos da pandemia COVID-19 no desenvolvimento infantil.** Estudos de Psicologia (Campinas), 37, e200089. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200089>. Acesso em 13 set. 2022.

MELLO, A. M. S. de. **Autismo: guia prático - 5ª. Edição - São Paulo: AMA, 2007.**

MUNDO PSICOLOGOS. **Benefícios da avaliação psicológica nos casos de Autismo.** Disponível em: <https://br.mundopsicologos.com/artigos/beneficios-da-avaliacao-neuropsicologica-nos-casos-de-Autismo#:~:text=A%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20neuropsicol%C3%B3gica%20pode%20contribuir,de%20quem%20tem%20o%20transtorno>. Acesso em: 26 set. 2022.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **CID-11.** Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Acesso em: 07 set. 2022.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano.** 12ª ed. Porto Alegre: AMGH Editora, 2013.

PERES, E. D. *et al.* **Cerca de 2 milhões de pessoas vivem com o Autismo no Brasil.** Correio brasileiro. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/brasil/2022/04/4997766-cerca-de-2-milhoes-de-pessoas-vivem-com-o-Autismo-no-brasil.html>. Acesso em 26 set. 2022

PORTAL COMPORTA-SE. **Autismo – um breve histórico.** Disponível em: <https://comportese.com/2010/09/19/Autismo-um-breve-historico/>. Acesso em 26 set. 2022.

ROCHA, L. **Atraso no desenvolvimento infantil pode estar relacionado à pandemia, diz estudo. Portal CNN.** Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/atraso-no-desenvolvimento-infantil-pode-estar-relacionado-a-pandemia-diz-estudo/>. Acesso em 18 out. 2022.

ROCHA, M. B. **A pandemia de Covid- 2019 e suas possíveis consequências para o desenvolvimento e atraso da linguagem e da fala em crianças: uma questão urgente.** Disponível em <https://www.scielo.br/j/acr/a/WSDZnpJ9Z3YBMz767RW7j3C/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 18 out. 2022.

SANDER, I. **Atraso na fala, perda motora e ansiedade: o impacto da pandemia nas crianças e como combatê-los.** Disponível em: [https://www.scielo.br/j/acr/a/WSDZnpJ9Z3YBMz767RW7j3C/?format=pdf&lang=pt](#)

<https://gauchazh.clicrbs.com.br/comportamento/noticia/2021/07/atraso-na-fala-perda-motora-e-ansiedade-o-impacto-da-pandemia-nas-criancas-e-como-combate-lo-ckrtdt3jbs005n01934nyokjba.html>> . Acesso em 18 out. 2022.

STEIGLEDER, B, G. **Protocolo de avaliação comportamental para crianças com suspeita de TEA (PROTEA-R-NV): Evidências de validade.** Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/218048/001122597.pdf?sequence=1>>. Acesso em 18 out. 2022.

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais. **Atraso de linguagem e dificuldade de interação: os impactos da pandemia na vida das crianças.** Disponível em: <<https://ufmg.br/comunicacao/noticias/impactos-da-pandemia-no-desenvolvimento-e-socializacao-infantis>> Acesso em 18 out. 2022.

UNASUS. **Empresa Mundial de Saúde declara pandemia do novo Coronavírus.** Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>>. Acesso em: 06 set. 2022.

CAPÍTULO 18

DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM: UMA ANÁLISE DO FILME “O LADRÃO DE RAIOS” PELO VIÉS DA PSICOLOGIA CRÍTICA

Lara Camelo Oliveira
Taciane Cavalcanti do Amaral Mota

RESUMO

O capítulo trata-se de uma análise do filme “O Ladrão de Raios”, de 2010, através do viés da psicologia crítica, enfocando as dificuldades de aprendizagem e abordando formas de superá-las. Após uma introdução ao filme e ao seu protagonista, que sofre de dislexia e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, aborda-se, primeiramente, a importância de uma equipe multiprofissional para auxiliar estudantes com dificuldades, em que explica-se qual seria o papel de cada profissional no tratamento desses transtornos. Em seguida, é dado um panorama sobre a psicologia crítica no contexto educacional, ilustrando como ela se aplicaria no caso do personagem, e traz-se alguns dados sobre plasticidade cerebral e as possibilidades de desenvolvimento cognitivo. Conclui-se que a escola por vezes acaba por contribuir para o fracasso escolar de estudantes neuro divergentes ao rotulá-los como “alunos-problema”, e que é necessário um olhar crítico e uma intervenção do psicólogo escolar para mudar esta realidade e permitir o desenvolvimento de tais estudantes.

PALAVRAS-CHAVE: Dificuldades de aprendizagem. Psicologia crítica. TDAH. Dislexia.

1. INTRODUÇÃO

O filme “O ladrão de raios”, de 2010, adaptado do livro homônimo do autor Rick Riordan e dirigido por Chris Columbus, trata da história de Percy Jackson, um adolescente disléxico e que sofre do transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Devido a essas condições, ele tem dificuldade de se adaptar à escola, geralmente tirando notas abaixo da média e não conseguindo acompanhar os outros estudantes. Além disso, a escola em que estuda é um ambiente hostil em que há muitas brigas e *bullying* entre os alunos, e ele precisa lidar com um padrasto abusivo em casa.

Por causa da impulsividade proveniente do transtorno, Percy é considerado um “aluno problema”. Ele responde aos professores, se envolve em brigas para defender seus amigos e eventos extraordinários o acompanham; Isso porque, como será descoberto ao longo do filme, Percy é filho do deus grego Poseidon, e a história se desenrolará a partir desta premissa.

O filme utiliza a ideia de que Percy é um adolescente diferente devido à sua origem divina como uma metáfora a respeito de seus transtornos; No caso da dislexia, ele teria dificuldade para ler em inglês porque sua mente estaria programada para ler em grego antigo, idioma de seu pai; O déficit de atenção o ajudaria a focar nas batalhas e ter um bom reflexo, enquanto a hiperatividade seria importante para que ele seguisse seus instintos de forma

impulsiva e pudesse se defender de monstros. Dessa forma, o filme procura passar uma mensagem de aceitação para os jovens considerados “diferentes” e “problemáticos”, mostrando que na verdade eles têm características únicas que não devem ser discriminadas. Rick Riordan relatou que tem um filho que sofre desses transtornos e criou a história para ajudá-lo no processo de auto aceitação.

2. A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

É possível observar ao longo do filme que Percy não recebe a atenção necessária em relação a seus transtornos. Não há psicólogo escolar e nenhum tipo de acompanhamento específico nesse ambiente, embora o estudante seja diagnosticado. Por exemplo, há uma cena em que uma professora pede para que ele interprete uma frase escrita no quadro, mas ele não consegue porque a dislexia o impede de ler, tendo dessa forma o seu aprendizado prejudicado, pois não é oferecido nenhum tipo de auxílio.

Caso houvesse psicólogo escolar na escola de Percy, seria sua função trabalhar junto com ele e com os professores para promover o seu desenvolvimento, aplicando estratégias que o auxiliassem na leitura e escrita para sua dislexia (SILVA; BEZERRA; FARIAS, 2016). Como ele também apresenta desatenção devido ao TDAH, o psicólogo seria responsável, ainda, por estimulá-lo ao aprendizado, buscando assuntos temas que despertassem seu interesse, uma vez que o transtorno é marcado principalmente pela desatenção a temas considerados difíceis ou desinteressantes (Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5).

Além disso, seria importante um encaminhamento para profissionais de fora da instituição escolar: o acompanhamento psiquiátrico constante é essencial para a saúde mental de pessoas diagnosticadas com TDAH (FRANÇA, 2012) e este profissional seria responsável por prescrever medicações para o alívio dos sintomas, se necessário.

Um acompanhamento com um psicólogo clínico cognitivo-comportamental também é aconselhável para pessoas que sofrem de TDAH (MONTEIRO; CRISTINA, 2014). No caso de Percy, nota-se que sua impulsividade é um dos motivos pelos quais ele tem dificuldade para se relacionar na escola, tendo apenas um amigo. Dessa forma, um psicólogo que abordasse suas questões individuais, não apenas voltadas para a aprendizagem, o auxiliaria em sua saúde mental como um todo (MONTEIRO; CRISTINA, 2014).

Também seria interessante um encaminhamento para um psicopedagogo, profissional responsável por utilizar conhecimentos da psicologia e da pedagogia para compreender e amenizar déficits de aprendizagem (SÁ *et al.*, 2008). O trabalho com o estudante consistiria,

primeiramente, em uma avaliação, para que assim fosse realizada a delimitação das dificuldades específicas. Seriam utilizados testes para analisar as competências fonológicas, a linguagem compreensiva e expressiva, levando-se em conta o nível oral e escrito, além do funcionamento intelectual, o processamento cognitivo e as aquisições escolares (TELES, 2004).

Baseado-se nos dados obtidos, seria papel do psicopedagogo realizar uma intervenção, tendo como objetivo reorganizar os circuitos neurológicos do estudante, implementando-se um programa reeducativo, buscando integrar o ouvir e ver com o dizer e escrever, utilizando-se para isso, métodos multissensoriais, estruturados e cumulativos, pois pode ser observada uma grande eficácia acerca de seu uso como intervenção para a dislexia (HENRY, 2000), sendo tal posicionamento é promovido pela Associação Internacional de Dislexia.

Além disso, são indicados outros princípios que devem ser passados do psicólogo escolar para os professores, como o ensino direto e explícito, o qual compreende-se que os conceitos devem ser ensinados de forma direta, explícita e consciente, nunca por dedução; ensino diagnóstico, realizando uma avaliação diagnóstica sobre as competências que foram adquiridas e as próximas a serem adquiridas; ensino sintético e analítico, realizando-se exercícios de ensino da fusão fonêmica, fusão silábica, segmentação silábica e segmentação fonêmica. E por fim, pode ser citado também, a automatização das competências aprendidas, em que consiste no treino das competências aprendidas até que se tornem automatizadas. (HENRY, 2000).

Tendo em vista o pensamento de Benczick (2000), de que “O profissional pode focalizar dificuldades específicas da criança, em termos de habilidades sociais, criando um espaço e situações para desenvolvê-las, por meio da interação com a criança por intermédio de qualquer atividade lúdica”. Isso quer dizer que as intervenções psicopedagógicas para o TDAH podem ser realizadas mediadas por recursos técnicos de arteterapia e através da aplicação de jogos, por exemplo.

Para que isso seja implementado, o psicólogo deve agir como agente mediador, sendo essa mediação um fator fundamental para que o aluno possa aprender e se desenvolver (GASPAR; RUAS; COSTA, 2011). Diante disso, pode-se dizer que quando realizadas interações do aluno com os objetos de conhecimento, se constitui assim, significados e sentidos, tendo estes, papel importante na construção que o aluno terá sobre si mesmo, portanto, o sucesso ou o fracasso escolar de Percy Jackson e de tantos outros alunos da vida real, têm seus determinantes construídos no processo de ensino-aprendizagem, o qual compreende-se que tem

como fundamento basilar, o profissional da psicologia exercendo a mediação adequada para o aluno e seu contexto, levando em consideração diversos aspectos sociais e culturais. (MARINHO; ALMEIDA, 2014)

3. A IMPORTÂNCIA DA PSICOLOGIA CRÍTICA NO AMBIENTE ESCOLAR

Portanto, diante do exposto, compreende-se que as queixas relatadas devem ser compreendidas para além do biologicismo, partindo-se da zona de desenvolvimento real a qual o personagem principal do filme se encontra, vislumbrando a zona de desenvolvimento proximal, a qual as intervenções devem ser direcionadas, visando assim, através de atividades mediadas e intencionais que se promova o desenvolvimento das funções psicológicas superiores, como defendido por Vygotsky (*apud* GUZZO; MOREIRA; MEZZALIRA, 2016).

Essa visão não biologizante defendida pelo teórico serve de base para a psicologia crítica, que se constrói a partir da ideia de que o meio sócio-cultural é essencial para o desenvolvimento do indivíduo, tanto em termos de aprendizado quanto na formação de sua personalidade (DAZZANI; SOUZA, 2016). Seria importante, portanto, levar em consideração todo o ambiente no qual Percy estaria inserido para compreendê-lo e auxiliá-lo.

Neste contexto, a família deve ser incluída no processo de adaptação do aluno (NEVES; DAMIANI, 2006). Nota-se que, como mencionado anteriormente, Percy apresenta problemas familiares, com um padrasto que se comporta de maneira abusiva consigo e com sua mãe. O psicólogo escolar, tendo consciência de como o meio social interfere na aprendizagem, procuraria mediar com a mãe do aluno a respeito dessa relação, mostrando que ela piora os problemas de raiva e de falta de concentração na escola. Mais tarde, durante o filme, é revelado que o padrasto é considerado importante pela mãe para proteger o filho de monstros, por isso ela mantém o relacionamento com ele; Portanto, percebe-se que, caso ela concluísse que o relacionamento era mais prejudicial do que benéfico ao filho, poderia encerrá-lo.

No entanto, nota-se que a escola em que Percy estuda mostra-se passiva diante de suas dificuldades, deixando o adolescente lidar sozinho com suas questões internas e familiares. Isso é um fator que, fora da ficção, é um dos principais responsáveis pelo chamado fracasso escolar, (BOSSA, 2009) como será abordado mais adiante no capítulo.

Além disso, nota-se que há uma profecia auto-realizadora ligada aos chamados “alunos-problema”, como citado por Otta *et al.* (1983). Isso ocorre porque os professores, ao determinarem que um estudante é incapaz, não lhe dão a devida atenção e não o estimulam da maneira necessária para que haja aprendizado. Tal atitude diante destes estudantes funciona

para alimentar o ciclo de não aprendizado e desmotivação que por vezes acaba os tornando, de fato, incapazes de continuar aprendendo. É importante, portanto, que o psicólogo escolar tenha uma visão crítica e atenta para evitar que isso ocorra, uma vez que os professores costumam rotular como problemáticos justamente alunos que vêm de uma estrutura familiar disfuncional e/ou que possuem algum transtorno mental (ANGELUCCI *et al.*, 2004).

Cabe ao psicólogo, assim, mediar a relação entre estudante e professor, realizando a escuta ativa do profissional para entendê-lo e orientá-lo (SAMPAIO *et al.*, 2017). É importante que o psicólogo tenha empatia para com o profissional, e, se necessário, promova palestras e reuniões com todo o corpo escolar para orientá-los a respeito da psicologia crítica, mostrando que não é indicado individualizar as queixas a respeito do aluno e que é necessário contextualizá-lo em seu meio social para acolhê-lo e auxiliá-lo a se desenvolver (SAMPAIO *et al.*, 2017).

4. AS POSSIBILIDADES DE DESENVOLVIMENTO

Como citado por Feuerstein *et al.* (2010), é possível notar que a experiência do aprendizado e a própria inteligência do indivíduo podem ser modificadas através do processo chamado Modificabilidade Cognitiva Estrutural. Isso advém também da motivação do indivíduo, e o psicólogo escolar tem um importante papel para auxiliar a desenvolvê-la. No filme, observa-se que Percy está desmotivado com os estudos, como é ilustrado em uma cena em que ele utiliza fones de ouvido para não escutar a aula; isso deveria ser investigado para que se encontrasse temas e matérias que o estimulassem, uma vez que seu desinteresse provavelmente está ligado às suas dificuldades (Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5).

Nota-se que, no passado, a dificuldade de Percy seria considerada irreparável por conta de seus transtornos, mas atualmente a neuroplasticidade, descoberta pela neurociência, permite com que sejam exploradas diversas formas de estimular e garantir que o indivíduo atinja o seu potencial máximo independente de qualquer condição (FEUERSTEIN *et al.*, 2010); Nota-se que a idade do personagem seria um obstáculo, pois ele é um adolescente perto de concluir o ensino médio e, quanto mais cedo forem feitas as intervenções, mais fácil será atingir os resultados; No entanto, o tratamento psicopedagógico pode ser realizado até mesmo com adultos e idosos, uma vez que a plasticidade cerebral diminui seu ritmo, mas nunca para de acontecer (FEUERSTEIN *et al.*, 2010).

Ademais, sabe-se que existem diversos tipos de inteligências (CAMPBELL; CAMPBELL; DICKINSON, 1996); Percy apresenta dificuldade em literatura, mas consegue responder bem às questões de história e mitologia grega, e é um excelente nadador, o que requer inteligência corporal. É papel do psicólogo escolar e da escola ajudá-lo a desenvolver-se naquilo em que ele tem facilidade, e seria até mesmo possível utilizar tais habilidades em seu favor para ajudá-lo em outras disciplinas. Por exemplo, seu interesse pela mitologia grega poderia ser utilizado para o aprendizado da disciplina de literatura.

No entanto, devido ao fato de Percy ser um semideus e correr perigo ao ser perseguido por monstros, o que pode ser entendido para os fins deste capítulo como uma metáfora para o preconceito com os seus transtornos, ele acaba tendo que fugir da escola; isso pode ser compreendido como uma espécie de fracasso escolar, no sentido que em que as suas diferenças em relação aos outros alunos o impediram de continuar os estudos. Um dos monstros que perseguem Percy é a professora de literatura, matéria em que o personagem mais apresenta dificuldade, o que também funciona como um paralelo com a realidade, em que professores podem se tornar os algozes dos alunos neuro divergentes.

Da mesma forma, o motivo pelo qual Percy é perseguido por monstros é a acusação infundada de que ele teria roubado o raio mestre de Zeus, pelo fato de que seu pai, Poseidon, é rival do primeiro. Assim, uma acusação injusta e baseada unicamente em circunstâncias que estão fora do controle de Percy acabam dando origem a uma problemática que irá prejudicar sua vida e seus estudos futuramente. Isso pode ser comparável a alunos que são rotulados como preguiçosos e baderneiros por causa de características que lhes são intrínsecas, o que gera o sentimento de injustiça e desmotivação e podem, também, acabar se tornando profecias auto-realizadoras.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nota-se que o filme ilustra as dificuldades vivenciadas por alunos que sofrem de transtornos no sistema educacional de maneira condizente com a realidade, em que não costuma haver profissionais capacitados nas escolas para lidar com alunos que fujam do que é considerada a normalidade (MORI, 2016). A começar pela ausência do psicólogo escolar, que é essencial para garantir uma adaptação adequada por esses alunos, passando pelo despreparo dos professores, que exigem igualmente de Percy e pela exclusão e o *bullying* realizado por outros estudantes, percebe-se que a trajetória desse aluno não permitiu que ele desenvolvesse seu potencial, o que acabou levando ao fracasso escolar.

Dessa forma, é importante que o olhar dos profissionais da psicologia não esteja voltado apenas para a culpabilização do indivíduo, categorizando-o como incapaz por conta de seu(s) transtorno(s) ou deficiência(s). Do contrário, é necessário que haja uma atuação em conjunto com toda a equipe escolar, família e comunidade para que o aluno seja acolhido, aceito e atendido em suas necessidades, independentemente de possuir ou não qualquer tipo de déficit, afinal a neuroplasticidade permite o seu desenvolvimento e sabe-se que todo estudante é dotado de potencialidades.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: Porto Alegre, 2014.

ANGELUCCI, C. B. *et al.* O estado da arte da pesquisa sobre o fracasso escolar (1991-2002): um estudo introdutório. **Educação e pesquisa**, São Paulo, n. 01, jan. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ep/a/S97ys447ZPsVNwqrRRgTFhc/?format=pdf&lang=pt>. Acessado em: jan. 2023.

BENCZIK, E. P. B. (org.) **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Atualização Diagnóstica e terapêutica: Um guia de orientação para profissionais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

CAMPBELL, L.; CAMPBELL, B.; DICKINSON, D. **Teaching & Learning through Multiple Intelligences**. Boston: Allyn and Bacon, 2003.

DAZZANI, M. V.; SOUZA, V. L. T. (org.) **Psicologia Escolar Crítica: teoria e prática nos contextos educacionais**. Campinas: Alínea, 2016.

FEUERSTEIN, R; FEUERSTEIN, R. S; FALIK, L. **Além da inteligência: Aprendizagem mediada e a capacidade de mudança do cérebro**. São Paulo: Editora Vozes, 2010.

FRANÇA, M. T. D. B. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): ampliando o entendimento. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, n. 82, jun. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352012000100014. Acessado em: jan. 2023.

GUZZO, R. S. L.; MOREIRA, A. P. G.; MEZZALIRA, A. S. C. Desafios para o cotidiano do psicólogo dentro da escola: a questão do método. **Psicologia escolar crítica: teoria e prática nos contextos educacionais**, Campinas, 21-36, jan. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=144250&pid=S1413-0394202100010001200013&lng=pt. Acessado em: jan. 2023.

HENRY, M. K. **Multissensorial teaching**. The International Dyslexia Association (IDA). 2000. Disponível em: http://ma.dyslexiaida.org/wp-content/uploads/sites/7/2016/03/Multisensory_Teaching.pdf. Acessado em: jan. 2023.

MARINHO-ARAÚJO, C. M.; ALMEIDA, S. F. C. (org.) **Psicologia escolar: construção e consolidação da identidade profissional**. Campinas: Alínea, 2005.

MONTEIRO, B. C. C. TDAH: Proposta de tratamento clínico para crianças e adolescentes através da terapia cognitivo-comportamental. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, Rio de Janeiro, n. 1, maio 2014. Disponível em: https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/1345/1103. Acessado em: jan. 2023.

MORI, N. N. R. Psicologia e educação inclusiva: ensino, aprendizagem e desenvolvimento de alunos com transtornos. **Acta Scientiarum. Education**, Maringá, n. 1, jan. 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3033/303343564006.pdf>. Acessado em: jan. 2023.

NEVES, R. A.; DAMIANI, M. F. Vygotsky e as teorias da aprendizagem. **UNIrevista**, [s.l], n. 2, abril. 2006. Disponível em: <https://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/3453/Vygotsky%20e%20as%20teorias%20da%20aprendizagem.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acessado em: jan. 2023.

OTTA, E. *et al.* (org.) **Profecias auto-realizadoras em sala de aula: Expectativas de estudantes de psicologia como determinantes não-intencionais de desempenho**. [s.l] Psicologia, 1983. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/349090505/PROFECIAS-AUTO-REALIZADORAS-EM-SALA-DE-AULA-pdf>. Acessado em: fev. 2023.

SÁ, M. S. M. M. *et al.* (org.) **Introdução à psicopedagogia**. Curitiba: IESDE Brasil, 2008

SILVA, E. B. O.; OLIVEIRA, G. F. Dislexia em Perspectiva: Contribuições da Psicopedagogia e da Psicologia. **Id Online Revista Multidisciplinar e de psicologia**, [s.l], n. 31, out. 2016. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/531/703>. Acessado em: jan. 2023.

TELES, P. Dislexia: como identificar? Como intervir?. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, [S. l], n. 6, jan. 2004. Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10097>. Acessado em: dez. 2022.

CAPÍTULO 19

COVID 19 E SAÚDE MENTAL: DEMANDAS EM PSICOLOGIA – PSICOLOGIA ORGANIZACIONAL E DO TRABALHO¹

Cristiane Elisa Ribas Batista
Nicole Eduarda Martins

RESUMO

A pandemia traz alguns desafios para a atuação da Psicologia no campo da saúde mental e do trabalho. Em vários serviços pode-se identificar casos de sofrimento e adoecimento mental que se referem ao trabalho no contexto da pandemia. A partir desses casos, alguns profissionais da Psicologia têm se dedicado a construir estratégias de intervenção sobre a problemática. O universo deste artigo é composto por artigos científicos publicados nas principais bases de dados, tendo como embasamento a revisão sistemática da literatura, e tem por objetivo mapear demandas psicológicas emergentes nas distintas áreas de atuação da psicologia decorrentes da pandemia da Covid-19, sendo assim observa-se o ponto de vista da Psicologia, sobre a prática profissional e os compromissos éticos que a pandemia impõe.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia. Demandas Psicológicas. Saúde Mental e Trabalho. Pandemia da Covid-19.

1. INTRODUÇÃO

No ano de 2020, o mundo se deparou com a pandemia do COVID-19, uma doença causada pelo coronavírus que se manifesta através de um quadro clínico que chegou a problemas respiratórios graves. De acordo com o Ministério da Saúde (2020), o vírus foi descoberto em dezembro de 2019 após casos registrados na China. A contaminação se dá através de saliva, tosse, espirro e/ou superfícies contaminadas e se espalhou de forma acelerada pelo mundo, fazendo com que a Organização Mundial de Saúde declarasse estado de pandemia (ONU, 2020).

O mundo tem vivenciado nos últimos anos, mudanças de rotinas de vida diária em virtude da pandemia da Covid-19, os estudos buscam conhecer sobre o tratamento e prevenção, identificar problemáticas a serem enfrentadas pela população no período pós pandemia e pontuações sobre a necessidade de desenvolvimento de estratégias em saúde para o auxílio das

¹ Pesquisa realizada com apoio financeiro do Programa de bolsas Universitárias do Estado de Santa Catarina – UNIEDU/FUMDES.

problemáticas a serem enfrentadas nos pós pandemia a partir do desenvolvimento de estudos que possam aprimorar a atuação de profissionais das distintas áreas da saúde.

Neste contexto, a Psicologia enquanto ciência destinou seus estudos a identificação de sinais e sintomas relacionados a pandemia da Covid-19 na população em geral e descreveu demandas de intervenção profissional, salientando a relevância da contribuição do Psicólogo na prevenção e intervenção das problemáticas psicossociais decorrentes das distintas fases de enfrentamento da pandemia da Covid-19.

Os estudos desenvolvidos na área da Psicologia destinaram-se as investigações fragmentadas das suas respectivas áreas de atuação e/ou a investigações generalistas, resultando em lacunas de estudos amplos que venham a integrar os resultados científicos identificados e atribuí-los as áreas de atuação. Frente ao exposto, o presente estudo se propõe a contribuir com a construção do conhecimento científico profissional no âmbito da Psicologia, mapeando as demandas psicológicas emergentes nas distintas áreas de atuação da psicologia que decorrem da pandemia da Covid-19 por meio de buscas e categorização de conteúdos dispostos em publicações de domínio público de modo a integrar os resultados e atribuí-los as distintas áreas de atuação da Psicologia enquanto profissão.

O desenvolvimento do presente estudo, justifica-se pela pluralidade da atuação do Psicólogo no âmbito clínico, organizacional, escolar, esporte, desastres naturais e de saúde, havendo uma amplitude de problemáticas psicossociais nas distintas áreas cuja atuação poderá ser balizada por características específicas inerentes ao contexto no qual se torna emergente. Tais fatores, contribuem para o direcionamento de intervenções e do desenvolvimento de políticas que possam vir a subsidiar o enfrentamento dos fatores decorrentes da pandemia da Covid- 19 nos diversos contextos que integram a vida da população.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Estudos científicos que se destinam ao estudo dos temas relacionados a pandemia da COVID-19 tem sido considerado uma das configurações fundamentais para o fomento de discussões e desenvolvimento de ações a nível nacional e internacional por configurar um problema mundial único do qual decorre inúmeras problemáticas multidimensionais que demandam estudos a curto, médio e longo prazo (CAMARGO, 2020).

Nesta perspectiva autores (CAMARGO, 2020; SCHMIDT, 2020) destacam a importância de estudos que possam explicar questões relacionadas aos distintos contextos da pandemia da Covid-19, já o desenvolvimento de estudos na área da Psicologia tem sido

observado nas distintas áreas de atuação, Conzenza (2021) e Fernandes (2021) pontuam a necessidade do desenvolvimento de ações em atendimento psicológico, a necessidade de pesquisas e intervenções em saúde é pontuada por Dantas (2021) que aborda o atendimento psicológico na área da saúde, o contexto da psicologia hospitalar é salientado por da Silva (2021), no âmbito da Psicologia escolar Fiaes (2021), destaca a necessidade de explorar as possibilidades de atuação e no contexto do trabalho Peixoto (2020), descreve os desafios da pandemia da Covid-19 aos Psicólogos organizacionais.

O presente estudo científico, remete a refletir sobre demandas encontradas no âmbito organizacional em decorrência da pandemia da Covid-19.

3. MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo está circunscrito dentro da área de conhecimento das Ciências Humanas, trata-se de uma pesquisa de natureza básica, quanto aos objetivos, refere-se a uma pesquisa exploratória e descritiva. Quanto à abordagem do problema, apresenta-se como uma pesquisa qualitativa, pois visa descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados.

O universo da pesquisa será composto por artigos científicos publicados nas principais bases de dados, tendo como objetivo a revisão sistemática da literatura.

Para inclusão dos estudos na revisão integrativa da literatura foram estabelecidos previamente os critérios de inclusão: artigos completos no período compreendido de 2019 a janeiro de 2022, nos idiomas português e inglês disponíveis nas bases de dados PubMed, Web of Science e Biblioteca Virtual em Saúde (MEDLINE e LILACS) com os descritores: Psicologia e Covid-19; Psicologia e Pandemia Covid-19, Covid -19 e respectivamente: Psicologia Organizacional, Psicologia Saúde, Psicologia Esporte, Psicologia escolar e Psicologia emergente.

As publicações foram identificadas e classificadas, sendo descartadas aquelas que não atendam os critérios de inclusão do estudo. Para seleção dos estudos, foi seguido a leitura do resumo e selecionado para leitura na íntegra aqueles que contemplem conteúdos e/ou por similaridade de objetos de estudo, os quais entraram para o estudo.

De posse dos artigos selecionados para compor a amostra do estudo, estes foram analisados a partir de um instrumento norteador construído para delinear o conteúdo do material analisado, o qual contempla as temáticas pertinentes ao objetivo do estudo em questão, sendo considerados fatores correspondentes aos objetivos específicos do estudo.

Os resultados e discussão das informações foi apresentados de forma descritiva possibilitando a avaliação da revisão integrativa dos temas centrais focalizados no estudo e posteriormente discutidos com a desídia de identificar avanços e lacunas do conhecimento agregado pelo acervo analisado.

No que tange aos fenômenos psicológicos inerentes aos distintos contextos de atuação do psicólogo, Horta *et al.* (2021), algumas manifestações nos profissionais de saúde necessitam de atenção, tais como: forte nível de estresse,

cansaço e dificuldades em lidar com o acréscimo de condições adversas que o enfrentamento da pandemia acarreta, onde o isolamento e o processo de trabalho são maiores, períodos de pressão e cansaço se elevam mais do que o habitual.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A psicologia organizacional refere-se ao desenvolvimento e a aplicação de princípios científicos no ambiente de trabalho, preocupando-se em compreender o comportamento individual e aumentar o bem-estar dos funcionários no ambiente de trabalho (ZANELLI; ANDRADE; BASTOS, 2014).

Segundo Tubinambá (1987), a psicologia organizacional no Brasil apresenta quatro divisores:

I-Fase Preliminar: com forte ênfase psicométrica; II- Fase psicotécnica e III – Fase Educacional do Treinamento nas Organizações: caracterizada pelo tecnicismo e expansão dos métodos utilizados na fase anterior, objetivando a adaptação do homem ao trabalho; IV- Fase Psicossociológica: onde se destacam a adoção de procedimentos como o T- Group e estratégias de Desenvolvimento Organizacional (D. O), com a busca de comprometimento efetivo dos dirigentes da organização (TUBINAMBÁ, 1987, p. 94-104).

No que tange as áreas de atuação do psicólogo organizacional, Zanelli, Bastos e Rodrigues (2014), ressaltam quatro níveis de intervenção. O primeiro refere-se a uma investigação mais superficial. O segundo, nível tático, volta-se para atuação, onde o profissional elaborará uma estratégia com a equipe, a partir do diagnóstico estabelecido. O terceiro diz respeito a criação de estratégias para determinar as atividades, que resultarão impactos a médio e longo prazo. Já, o quarto nível, está relacionado a formulação de políticas que se estenderão em articulações de ações estratégicas e intervenção técnica.

Dessa forma, o psicólogo organizacional atua em atividades: técnicas, estratégicas e políticas. No técnico, o profissional de psicologia utiliza dos instrumentos disponíveis, com intuito de estabelecer atividades sistemáticas. No plano estratégico há uma integração da equipe

para elaboração das táticas de ação. Por fim, no plano político ocorre a integração da equipe para formular as políticas globais da organização (NAGUEL; DENCK, 2007).

Nesse sentido, foca-se o olhar para os profissionais da psicologia que atuam em organizações de trabalho frente a pandemia do Covid-19, ainda que durante a

pandemia muita atenção tenha se voltado para o trabalho realizado em casa (*home office*), uma parte importante das empresas continuaram a operar com algum grau de presencialidade. Suas atividades eram de algumas formas essenciais à manutenção da vida social ou não podiam ser executadas longe do local onde elas originariamente estavam planejadas. Diante dessa condição objetiva da realidade, emergem as questões em que foi desafios para os profissionais da área, como: enfrentar essa realidade, e lidar com essa situação, adaptar as atividades mesmo tendo muitos fatores que impactam sua atuação, essas são algumas das questões que pode-se compreender como desafios para os profissionais da psicologia organizacional e do trabalho frente a Covid-19.

4.1 Covid-19: A importância da psicologia organizacional nesse cenário

A rotina de trabalho é um dos tópicos mais sensíveis e que frequentemente afetam a saúde mental da população brasileira de forma negativa, seja pela sensação de medo de perder o emprego, pela falta de oportunidades de trabalho, pela alta exigência de boa performance, pelo convívio com chefes abusivos, entre outros fatores.

Os psicólogos organizacionais especializados são os profissionais dedicados a estudar e entender as implicações da psicologia no ambiente corporativo, com o objetivo de promover a saúde no contexto do trabalho. Assim, a Psicologia Organizacional é importante para zelar pela saúde mental dos colaboradores de uma empresa, reduzindo a ocorrência de burnout e as taxas de rotatividade nos cargos, melhorando a qualidade de vida, auxiliando no processo de recrutamento e seleção, entre outros benefícios (PEREIRA, 2005; ZANELLI; BASTOS, 2014).

4.1.1 Covid-19: O papel da psicologia frente à pandemia

O papel da psicologia em tempos como esse é fundamental, assim os profissionais desta área precisam estar capacitados para lidar com as demandas, criar estratégias criativas e efetivas no combate ao adoecimento mental, na contribuição com o enfrentamento da solidão, medo, sofrimento, morte de entes queridos, luto e preocupações financeiras também foram citados como estressores que levam à ansiedade e à depressão. Trindade e Serpa (2013) dissertam sobre a contribuição da psicologia nos debates em relação às estas situações, refletindo uma busca por promover a cidadania e intervenções que envolvam os indivíduos afetados, a fim de

evitar que eles sejam alienados e, possam colaborar com a minimização das ansiedades e de possíveis transtornos emocionais. Ainda analisando as ideias de Trindade e Serpa (2013) também é possível enfatizar que a atuação dos profissionais de psicologia em situações de Covid-19 não pode se limitar no pós Covid-19, focar apenas nas consequências do momento, mas deve ser abrangente e buscar intervir no antes, no durante e no depois dos acontecimentos. Sempre pensando na conscientização e no envolvimento das pessoas no processo de enfrentamento da pandemia.

4.2 Covid-19: Demandas dos psicólogos organizacionais

Não foi só o estresse e a ansiedade que interferiu na saúde dos trabalhadores em tempo de pandemia da Covid-19, mas também a mudança brusca de rotina que a pandemia causou na vida e no trabalho das pessoas trouxe impactos também para a saúde mental. É o que mostra um estudo realizado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e publicado pela revista *The Lancet*.

5. CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente estudo mostra-se relevante no que tange a apropriação do conhecimento científico aos profissionais de Psicologia que segundo indicadores do Conselho Federal de Psicologia (2022) atualmente encontram-se devidamente habilitados o total de 417.72 no Brasil, destes, 15.900 atuam no estado de Santa Catarina nas distintas áreas de atuação e que poderão se beneficiar dos resultados do presente estudo na atuação profissional direcionando ações à inúmeras pessoas que se beneficiam de intervenções psicológicas nas mais diversas áreas de atuação.

A atribuição das demandas em relação às distintas áreas de atuação do Psicólogo podem contribuir para o desenvolvimento de ações e intervenções específicas, para caracterizar as áreas com demandas mais significativas, bem como a gravidade dos fatores nas respectivas áreas de atuação possibilitando não apenas o direcionamento de intervenções como o aprimoramento de pesquisas e conteúdo que possa contribuir para o fomento do ensino nas instituições de ensino.

A prática profissional da Psicologia no cenário da pandemia da Covid-19 demanda uma série de alterações e dá destaque ao tema do sofrimento psíquico e da saúde mental relacionada ao trabalho. No que se refere ao trabalho, constata-se a precarização de suas condições em ampla escala, que vai dos direitos às relações estabelecidas com o local e a organização do trabalho com efeitos na vida psíquica e na vida social, podendo gerar sofrimento.

Para concluir, em tempos de pandemia, a ciência e a profissão psicológicas se fazem imprescindíveis, pois, no isolamento e nos espaços de confinamento, o adoecimento e as violações se tornam exacerbados, o que aumenta a responsabilidade coletiva pelo trabalhador.

REFERÊNCIAS

CAMARGO, N. C.; CARNEIRO, P. B. Potências e desafios da atuação em Psicologia Escolar na pandemia de Covid-19. **Cadernos de Psicologia** Curitiba, n. 1, Abril. 2020. Disponível em: <<https://cadernosdepsicologias.crppr.org.br/potencias-e-desafios-da-atuacao-em-psicologia-escolar-na-pandemia-de-covid-19>>. Acessado em: Maio, 2022.

OLIVEIRA, C. J. O. *et al.* Psicólogo hospitalar: desafios e possibilidades do manejo frente ao paciente oncológico diante do contexto de pandemia (Covid-19). **Id on Line Rev.Mult. Psic.**, Julho.2021, vol.15, n.56, p. 225-240. ISSN: 1981-1179. Disponível em:<<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3118/4996>>. Acessado em: Julho, 2022.

DANTAS, E. S. O. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Campinas, p. 25, janeiro. 2021. Disponível em: <<https://dspace.unila.edu.br/bitstream/handle/123456789/7158/Artigofinal%20TCR%20.pdf?sequence=1>>. Acessado em: Junho, 2022.

FERNANDES, A. D. S. A. *et al.* Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil. **Caderno Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, São Paulo**, 28(2), p.725-740, Dezembro. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoar1870>>. Acessado em: Agosto.2022.

HORTA, R. *et al.* O estresse e a saúde mental de profissionais da linha defrente da COVID-19 em hospital geral. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 1, p. 30-38, mar. 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/3wN8kZGYJVd3B4tF6Wcctgs/?lang=pt>>. Acessado em: Abril.2022.

NAGUEL, M.; DENCK, R. **Série técnica: manual de psicologia organizacional** - Curitiba: Unificado, 2007. Disponível em: <https://crppr.org.br/wp-content/uploads/2019/05/168.pdf> . Acesso em 16 de março de 2022.

PEIXOTO, A. L. A.; VASCONCELOS, E. F.; BENTIVI, D. R. C. Covid-19 e os Desafios Postos à Atuação Profissional em Psicologia Organizacional e do Trabalho: uma Análise de Experiências de Psicólogos Gestores. **Psicologia: Ciencia e Profissão**, Belo Horizonte. 40, 1-18, 2020. Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/1982-3703003244195>>. Acessado em: Nov.2022.

SCHMIDT, B. *et al.* Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19), **SciELO Preprints**. Campinas, Versão 1. p.37, 2020. Disponível em:<[http:// dx.doi.org/10.1590/SciELOPreprints.58](http://dx.doi.org/10.1590/SciELOPreprints.58)>. Acessado em: Agosto de 2022.

PEREIRA, M. S. As concepções sobre saúde do trabalhador, as práticas profissionais e o contexto de atuação de psicólogos organizacionais. **Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo**, São Paulo, 4, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=4478445&pid=S1983-8220201500030000600038&lng=pt>. Acessado em: Nov.2022.

TRINDADE, M. C.; SERPA, M. G. O papel dos psicólogos em situações de emergências e desastres. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Belo Horizonte. 13(1), 279-297. Dez.2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812013000100017>. Acessado em: Abril.2022.

TUPINAMBÁ, A. C. R. A Psicologia Organizacional no Brasil: sua evolução e situação atual, **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 5, n.2, 1987, p. 95-104. Jul/ Dez. 1987. Disponível em: <<https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/10888>>. Acessado em: Dez.2022.

ZANELLI, J. C., ANDRADE, J. E. B.; BASTOS, A. V. B. Diversidade cultural no contexto organizacional. **Psicologia Organizacional e trabalho no Brasil**. Porto Alegre. 2º ed, Artmed, 2014. Disponível em: http://cm-cls-content.s3.amazonaws.com/201801/INTERATIVAS_2_0/PSICOLOGIA_ORGANIZACIONAL_E_DO_TRABALHO_II/U1/LIVRO_UNICO.pdf. Acessado em: Agosto.2022.

CAPÍTULO 20

PSICOBÍÓTICOS: TERAPÊUTICA ALTERNATIVA NO TRATAMENTO DE DOENÇAS ASSOCIADAS AO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Cristiane Pereira Rodrigues da Silva
Letícia Rafaella Florêncio Daltro
Sabrinna de Almeida Silva
Beatriz Santiago Guerra

RESUMO

Introdução: Os transtornos neuróticos mais prevalentes na população são os de ansiedade e depressão, essas doenças são as responsáveis pelas principais causas de incapacidade no mundo, afetando a capacidade de um indivíduo de funcionar e viver. A disponibilidade de medicamentos psicotrópicos essenciais a preços acessíveis é limitada, especialmente em países de baixa renda, além de que os tratamentos psicológicos e farmacológicos dos serviços de tratamentos são considerados ausentes ou subdesenvolvidos, com base nisso essa revisão integrativa apresenta um novo recurso terapêutico para o tratamento dos sinais de ansiedade e depressão, através da ligação entre o trato intestinal, os microrganismos que nele residem e o sistema nervoso central. **Objetivo:** Tendo como objetivo compreender a relação desse eixo e a contribuição do uso dos probióticos nesses sintomas depressivos. **Metodologia:** Foi realizada uma análise de dados nos sistemas nacionais e internacionais de saúde da OMS e OPAS. Além disso, na busca de uma literatura especializada foram selecionados 32 artigos das bases de dados da Science direct, Pubmed e Scielo, afim de elucidar as manifestações dos distúrbios psicológicos e explanar testes realizados em modelos de animais com probióticos que evidenciassem a ligação da microbiota com o intestino. **Resultados:** A saúde mental é essencial para uma pessoa em seu desenvolvimento socioeconômico e humanitário, existem mecanismos no qual a microbiota pode modular o comportamento e a construção da função cerebral, através do sistema imunológico, endócrino e neurológico, assim como o cérebro pode modular a microbiota através da permeabilidade intestinal. Estudos pré-clínicos evidenciaram que as bactérias intestinais influenciam na ansiedade e artigos pontuaram a importância do transplante fecal de indivíduos saudáveis para indivíduos com TDM que de forma explícita apresentaram resultados positivos no tratamento de ansiedade e depressão. **Conclusão:** Probióticos originaram os psicobióticos e se mostram eficazes na modulação do sistema regulatório, demonstrando a importância de uma microbiota saudável e de uma barreira intestinal conservada para a saúde mental e o bom funcionamento do cérebro.

PALAVRAS CHAVES: Psicobióticos. Eixo Cérebro-Intestino. Microbiota Intestinal.

1. INTRODUÇÃO

No último relatório de saúde mental realizado pela organização mundial de saúde em 2022 mostrou que a pandemia do COVID-19 criou uma crise global na saúde mental, prejudicando mentalmente milhões de pessoas, mostrando um aumento de 25% de casos na população durante o primeiro ano de pandemia, os transtornos de ansiedade são mais prevalentes em idades mais precoces, se tornando comum entre pessoas de 50 a 69 anos, sendo o transtorno depressivos prevalentes em adultos do que todos os outros. A América tem o segundo maior número de prevalência de desordens mentais com 15,6% (WORD MENTAL HEATH DAY, 2022), segundo a OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) 1 a cada 4 pessoas nas Américas sofrem de doenças mentais (OPAS, 2022).

A disponibilidade de medicamentos psicotrópicos essenciais, que são substâncias psicoativas que agem diretamente no sistema nervoso (SNC) como ansiolíticos, antidepressivos, estabilizadores de humor, antipsicóticos a preços acessíveis é limitada, especialmente em países de baixa renda, mesmo existindo tratamentos psicológicos e farmacológicos, os serviços de tratamento e apoio são considerados ausentes ou subdesenvolvidos, 71% das pessoas com psicose não recebem serviços de saúde adequados, pessoas com problemas mentais graves morrem 10 a 20 anos mais cedo que a população em geral; ampliar o tratamento para depressão e ansiedade fornece uma relação de custo e benefício de 5 para 1, investir na saúde mental pode reduzir muito o sofrimento e melhorar a qualidade de vida da população (OMS, 2022).

Há relatos em estudos com animais que provam que a microbiota intestinal interage com o sistema nervoso entérico e sistema nervoso central através de ligações neuro imunes, neuro endócrinas e humorais, trazendo evidências de que algumas bactérias são capazes de produzir e fornecer neurotransmissores como a serotonina e ácido- aminobutírico que trazem sensação de “felicidade”. Esse conhecimento sobre a microbiota intestinal iniciou o interesse no uso de bactérias comensais em probióticos inovadores a saúde humana, desenvolvendo assim uma nova droga que tem um mecanismo de amenização dessas doenças (ADVANCES IN PROBIOTICS - CHAPTER 4, 2021).

Segundo o zoólogo e microbiologista Lya Llich com uma definição que a ingestão de microrganismos vivos tem um efeito positivo na microbiota intestinal e assim melhora a saúde e longevidade humana, foi proposto o conceito de probióticos, o termo que é utilizado a mais de 100 anos foi derivado das palavras gregas “pro” (para) e “bios” (vida), que foram descritos pela primeira vez em 1953 por Kollath, onde mais tarde Fuller observou que a ingestão de alimentos fermentados traz benefícios a saúde humana, desde essa descoberta estudos confirmam os impactos positivos dos probióticos a saúde (ADVANCES IN PROBIOTICS - CHAPTER 02, 2021). Hoje a definição atual pela FAOS (Fundo de Apoio às Organizações Sociais) e OMS (Organização Mundial de Saúde) é de que “microrganismos vivos, quando consumidos em quantidades adequadas, confere um efeito a saúde do hospedeiro” (ADVANCES IN PROBIOTICS, CHAPTER 01- 2021). Através disso Ted Dinan definiu pela primeira vez os psicobióticos como seres vivos, que após a ingestão de uma quantidade suficiente proporcionaria um benefício de bem estar aos doentes com distúrbios psicológicos (GUT MICROBIOTA AS PSYCHOBIOPTICS- CHAPTER 13, 2021). Assim a expressão

“psicobióticos” atribuiu esta nova classe de probióticos com aplicações mais extensivas na medicação mental (ADVANCES IN PROBIOTICS -CHAPTER 4, 2021).

Existe um progresso de conhecimentos sobre prováveis efeitos benéficos de inúmeras cepas probióticas que quando prescritas modulam e restauram o microbiota gastrointestinal (PARMENIDES ORTIZ *et al.*, 2018). Essa modulação através da colonização bacteriana do intestino pode influenciar profundamente a homeostase do hospedeiro e diferentes estados de doenças, sendo fundamental para o amadurecimento e desenvolvimento do sistema nervoso entérico e central, como mostraram ensaios em animais germ-free onde a falta desta colonização se associa a mudanças na expressão de neurotransmissores em ambos os sistemas. Após a colonização dos animais, as anomalias são restauradas (SOUZA; MIRANDA; TELHADO, 2021).

2. METODOLOGIA

Baseado em uma pesquisa integrativa, formando toda estrutura do estudo, que foi a definição da temática, estruturação organizacional das bases de dados, metodologia de exclusão e inclusão de artigos e sua organização.

A atual revisão integrativa se norteou a partir da questão de: “como psicobióticos poderiam ajudar no processo de tratamento de problemas psicológicos como ansiedade e depressão?”; neste contexto, obteve-se por início o entendimento sobre o que é a ansiedade e a depressão, o que são os psicobióticos, e como a microbiota interage com o Sistema Nervoso Central.

As buscas dos artigos foram seguidos por termos específicos a temática por Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): “PSICOBÍÓTICOS”, “EIXO CÉREBRO-INTESTINO”, “MICROBIOTA INTESTINAL”, fazendo busca no idioma português e inglês, as informações foram extraídas das bases de dados: Scientific Electronic Library Online(SciELO), (Science Direct), Web of Science, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MedLine/PubMed).

Duas fases diferentes foram especificadas para a escolha dos estudos, como a leitura do título palavras chaves, resumo e a leitura completa dos artigos previamente selecionados na etapa. O preceito utilizado para a inclusão foram artigos em português, espanhol e inglês, que apresentaram estudos em seres humanos, e em animais com texto completo, para que se possa ter uma maior compreensão.

Foram pesquisados um total de 48 artigos entre os anos de 2018 a 2022, com assuntos da referida pesquisa, como mostra o gráfico das bases de dados e suas respectivas quantidades sendo 15 do (MedLine/PubMed),18(SciELO) e 15(Science Direct)

3. REFERENCIAL TEÓRICO

No primeiro ano pandêmico dados mostrados pela OMS (Organização Mundial de Saúde) revelaram um aumento de 25% de casos de depressão e ansiedade na população causados pelo isolamento. Antes desse levantamento realizado pela OPA (Organização Pan-Americana da Saúde) estimava-se que mais de 300 milhões de pessoas sofriam com a depressão por ser um transtorno comum em todo o mundo (OPAS,2022). De acordo com o relatório mundial de saúde da OMS (Organização Mundial de Saúde) realizado em 2022, a saúde mental é essencial para uma pessoa em seu desenvolvimento socioeconômico e comunitário. (RELATÓRIO MUNDIAL DE SAÚDE MENTAL TRANSFORMANDO A SAÚDE MENTAL PARA TODOS, 2022.).

Em 1683 um dos primeiros microscopistas e microbiologista Anton van Leeuwenhoek usando uma invenção criada por ele conhecida como microscópio foi o primeiro a visualizar micróbios, em 1861 Louis Pasteur bacteriologista francês descobriu bactérias intestinais anaeróbicas, no ano de 1908 Ilya Metchnikov cientista ucraniano propôs que bactérias de ácido láctico proporcionavam benéficos a saúde, posteriormente o termo microbioma foi utilizado pela primeira vez por Joshua Lederberg, um biólogo americano (SEBASTIÁN; SÁNCHEZ, 2018). A microbiota é o conjunto de microrganismos vivos que habitam um ecossistema, esse nicho ecológico é uma das áreas do intestino humano mais povoada, sendo mais numerosa que o número de células do corpo humano (CHÁVEZ, 2013). O ser humano abriga e existe simultaneamente com a microbiota intestinal, um conjunto complexo que se estabelece na porção mais distal do intestino (CHARNECA; GUERREIRO, 2021).

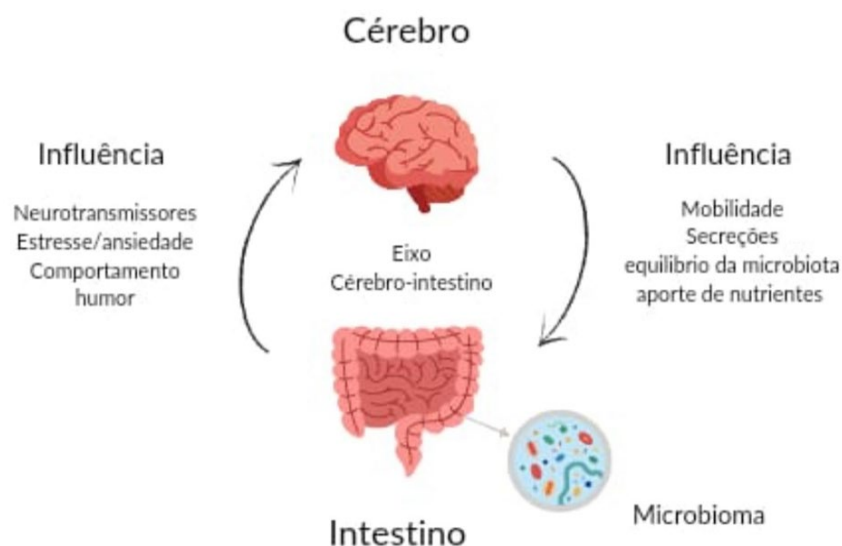
Os microrganismos do corpo humano presente pertencem a diversos conjuntos, fungos, bactérias, vírus, que estão presente no trato gastrointestinal, especialmente as bactérias realizam um papel importante dentro do corpo, no metabolismo e imunidade do indivíduo (BOARDMAN *et al.*, 2022). O seu desenvolvimento começa ao nascer, sendo sua fase inicial crucial, neonatos nascidos no parto normal tem a microbiota inicial similar a vagina da mãe, no tempo em que bebês nascidos por cesárea tem o microbioma semelhante a pele e o ambiente, a microbiota de crianças que foram amamentadas contém micro-organismos bem mais benéficos em relação a crianças que receberam na sua nutrição leite de fórmula (SANZ *et al.*, 2021). O

microbioma pode ser moldado pelo estilo de vida, envelhecimento, genética do hospedeiro e até a geografia (CENDES *et al.*, 2021).

Hipócrates, o pai da medicina foi um médico grego que dizia que as doenças começavam no intestino, para ele as bactérias intestinais faziam o trabalho sujo na proteção do organismo do indivíduo (OLIVEIRA, 2021). Revisões sugerem que a microbiota está relacionada com doenças do sistema nervoso central, visto que identificações foram realizadas ao perceber que as bactérias intestinais podem influenciar no sistema nervoso, através de alteração na atividade do eixo hipotálamo (HPA), estímulos ao nervo vago, secreções de ácido graxo, afetando a barreira hemato encefálica (BHA), ou através da capacidade da microbiota de modular os neurotransmissores através do filo do hospedeiro (STRANDWITZ, 2018).

Existem mecanismos no qual a microbiota pode modular o comportamento e a construção da função cerebral, através do sistema imunológico, endócrino e neurológico, assim como também o cérebro é capaz de modular a microbiota através da permeabilidade intestinal, motilidade e secreção gastrointestinal (CHARNECA; GUERREIRO, 2021). Essa ligação bidirecional entre o cérebro e intestino é chamada de eixo-microbiota-cérebro-intestino (CENDES *et al.*, 2021).

Figura 1: Vias de comunicação da microbiota intestinal para o cérebro.



Fonte: Autoria própria (2022).

Até recentemente acreditava-se que o controle absoluto sobre todos os órgãos de um indivíduo era feito sobre o cérebro, através de estudos, hoje sabe-se que o intestino tem a mesma relevância sobre o ser humano, sendo considerado como o segundo cérebro, com função

neuronal semelhante à do primeiro cérebro em nível bioquímico e celular, sendo o cérebro incapaz de realizar atividades sem o segundo. No intestino duas camadas de músculo revestem a sua parede, onde se localiza mais de cem milhões de neurônios, dos quais suas estruturas são as mesmas dos neurônios do cérebro, que compartilham a função de liberar neurotransmissores importantes, trazendo à tona a similaridade entre o primeiro e segundo cérebro. Os dois cérebros possuem a mesma origem, o sistema nervoso central e o sistema nervoso entérico partem do mesmo pedaço de tecido conhecido como crista neural, esse fato tornou mais evidente a ligação que a microbiota exerce sobre o eixo bidirecional (ROWLANDS, 2017).

A microbiota tem sido estudada por diversos cientistas nos últimos anos, e sua contribuição tem sido vista de forma importante para o indivíduo (WEBER *et al.*, 2020). Alguns estudos experimentais de fato identificam que alterações nesse ecossistema e os processos crônicos subsequentes podem influenciar no surgimento de transtornos de humor, como doenças psiquiátricas (TORTORELLA *et al.*, 2022).

Em ensaios pré-clínicos a microbiota fecal de pacientes diagnosticados com distúrbios neuropsiquiátricos quando transplantadas para animais sem microbiota apresentava características comportamentais e fisiológicas desses distúrbios (CENDES, *et al.*, 2022). Em um estudo realizado por Kurokawa *et al.* evidenciaram que pacientes com síndrome do intestino irritável e outras doenças que acometem o trato gastrointestinal apresentavam comodidades de ansiedade e depressão, e ao receber transplante fecal de pacientes saudáveis, houve atenuação desses sintomas (SOUZEDO; BIZARRO; PEREIRA, 2020).

O termo “psicobióticos” é definido como um novo grupo de probióticos que aconselham uso potencial no tratamento de doenças psiquiátricas (GAZERANI, 2019). Sendo assim, os psicobióticos são compostos de probióticos em porcentagem adequada de bactérias benéficas e que são aproveitados pela microbiota intestinal, convertidos em substâncias boas com ação ansiolítica e antidepressiva (CHANG *et al.*, 2022).

O intestino engloba uma microbiota abundante e variada que possui em média 1.000 a 5.000 espécies, dessas 99% são filos *Firmicutes*, *Bacteroidetes*, *Actinobactéria* e *Proteobactéria*, compreendendo mais de 100 trilhões de células microbianas que permanecem colonizando o intestino grosso e o delgado. Trilhões de microrganismos se demonstraram nas últimas décadas como reguladores do eixo- cérebro-intestino; estudos em animais sadios mostraram que a ausência de microrganismos o afeta a atividade cerebral por via do eixo- cérebro-intestino (GENEROSO *et al.*, 2021).

Os psicobióticos beneficiam pacientes que sofrem de doenças psiquiátricas. Como um grupo de probióticos, estas bactérias são capazes de gerar substâncias neuroativas, como ácido gama-aminobutírico e serotonina, que agem na linha intestino/cérebro. A avaliação pré-clínica em roedores aconselha que certos psicobióticos tenham atividades antidepressivas ou ansiolíticas. Os resultados podem ser mediados pelo nervo vago, medula espinhal ou sistemas neuroendócrinos.

Há evidências emergentes de benefícios na redução dos sintomas de depressão e síndrome da fadiga crônica. Esses benefícios podem estar relacionados à ação anti-inflamatória de algumas cepas, com efeito, psicobiótico e a capacidade de diminuir a atividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (PIMENTA, 2019). Essa definição é adequada para o desenvolvimento de produtos comercialmente direcionados contendo microrganismos vivos destinados ao uso específico em casos de doenças psiquiátricas (KRINGS *et al.*, 2020).

4. DISCUSSÃO

Um estudo pré-clínico realizado por Sudo *et al.* (2020) induziu o desequilíbrio da microbiota intestinal de camundongos com o uso de antibióticos, através desse estudo pesquisadores revelaram que as bactérias intestinais influenciavam na ansiedade, memória, aprendizado, inteligência e atenção. Esse estudo levou a compreensão de que os microrganismos tinham a capacidade de gerar neurotransmissores e substâncias moduladoras, além de modular o eixo hipotálamo, explicando assim o porquê de pacientes estarem com distúrbios psicológicos associados a problemas gastrointestinais.

Um artigo de revisão produzido por Rhys Collyer *et al.* (2020) pontou o transplante da microbiota fecal como opção de tratamento para a depressão, o transplante da microbiota fecal é um procedimento que envolve a transferência das fezes de indivíduo saudável para o seu receptor, nessa revisão camundongos receberam o transplante da microbiota fecal de indivíduos com transtorno depressivo maior (TDM) e de forma explícita apresentaram características de transtorno depressivo quando comparados com ratos de microbiota saudável, uma vez que começaram a apresentar paralisação no tempo dos testes de natação e força e redução da proporção de gastos em testes de campo aberto.

Já outro cientista de nome Takada (2020) analisou com sua equipe efeitos da bactéria *Lactobacillus casei* que crescem naturalmente no corpo humano, muito comum em laticínios, alimentos e bebidas fermentadas. O teste foi feito em estudantes de medicina saudáveis, onde um grupo recebeu placebo e o outro probióticos. Nesse teste ocorreu alterações de aumento de

estresse em ambos, entretanto os cientistas identificaram que os indivíduos que ingeriram *Lactobacillus casei Shirota YIT 9029* reduziram o aumento de cortisol diminuindo assim sintomas físicos relacionados ao estresse.

Ainda em um estudo realizado no Irã por Akkasheh e companheiros (2020) com duração de 8 semanas, os pacientes foram divididos em 2 grupos sendo 1 grupo a tomar apenas placebo e outro grupo a ingerir cápsulas de probióticos de 3 cepas liofilizadas de *Lactobacillus Acidophilus*, *Lactobacillus Bifidum* e *Lactobacillus Casei*. Nesse teste evidenciaram que pacientes que receberam as cápsulas reduziram de forma significativa a depressão quando comparado com os pacientes que receberam placebo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Probióticos específicos, chamados psicobióticos, apoiam a homeostase intestinal levando à simbiose, melhoram o estado inflamatório e melhoram a resposta ao estresse físico e psicológico. Os psicobióticos beneficiam pacientes que sofrem de doenças psiquiátricas e são eficazes no tratamento de transtornos de ansiedade.

A importância de uma microbiota saudável e de uma barreira intestinal conservada para a saúde mental e para o bom funcionamento do cérebro é, portanto, precisa para cuidar da complicada microbiota intestinal e da permeabilidade intestinal, recomenda-se reduzir o estresse e o uso indiscriminado de antibióticos, mas além de consumir uma dieta nutricional, balanceada, rica em fibras e pobre em gorduras saturadas e carboidratos refinados.

Conclui-se então que ao consumir fibra promove o crescimento de bactérias benéficas e inibe o crescimento de bactérias nocivas, alterando assim o equilíbrio entre saúde e doença. Em resumo, existe uma relação entre nutrição, microbiota intestinal e cérebro, e essa relação envolve secreções hormonais que afetam a saúde do hospedeiro, até mesmo a saúde mental. Os psicobióticos mostraram-se eficazes na modulação do sistema regulatório. As cepas de *Lactobacillus* derivadas do microbioma humano suprimem potentemente as citocinas pró-inflamatórias, como o fator de necrose tumoral humano. Estudos apontam a presença de um gene regulador, que modula a expressão de um agrupamento de genes conhecido por mediar a imunorregulação de probióticos no nível transcricional.

A resposta exagerada ao estresse HPA em camundongos GF foi revertida pela reconstituição com *Bifidobacterium infantis*. Essas descobertas podem apontar o caminho para novas estratégias para controlar a expressão gênica em probióticos por meio de

intervenções dietéticas ou manipulação do microbioma. No entanto, mais estudos em humanos são necessários para verificar cepas adequadas e quantidades terapêuticas.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, P. M.; BARBOSA, E. R.; **O Eixo Cérebro-Intestinal em Doenças Neurológicas. Revista Internacional de Ciências Cardiovasculares**, ago. 2020. Páginas 528-534 Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ijcs/a/qkyyzLH3HS9QLbMvYN9V85N/?lang=en>> Acessado em: fev.2022.

CHAKRABORTY, T. *et al.* **Capítulo 13 - Psicobióticos: Uma nova abordagem para o tratamento de distúrbios do neurodesenvolvimento. Avanços em probióticos**, set.2021. Páginas 203-216. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128229095000137>>. Acesso em: abr. 2022.

CHANG, L.; WEI, Y.; HASHIMOTO, K.; **Eixo Cérebro-Intestino-Microbiota na depressão: uma visão histórica e direções futuras. Boletim de Pesquisa do Cérebro**. maio2022. v. 182, Páginas 44–56. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0361923022000375>> Acessado em: jan. 2022.

DOMINGO, S. J. J.; SÁNCHEZ, S. C. **Da flora intestinal ao microbioma. Revista Espanhola de Enfermidades Digestivas: Órgão Oficial da Sociedade Espanhola de Patologia Digestiva**. jan. 2018, v. 110, n. 1, páginas 51–56, Disponível em: <https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082018000100009&lang=p>Acessado em: fev.2022.

FIJAN, S.; TER HAAR, J. A.; VARGA, L. Capítulo 1: **Microrganismos probióticos e seu benefício para a saúde humana. Avanços em probióticos**, Páginas 3-22, set. 2021. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128229095000010>>. Acesso em: abr.2022.

GAZERANI, P. **Probióticos para a doença de Parkinson. International Journal of Molecular Sciences**, ago.2019. v. 20, n. 17, p. 4121 Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31450864/>>Acessado em: abri.2022.

GENEROSO, J. S. *et al.* **O papel do eixo microbiota-intestino-cérebro nos distúrbios neuropsiquiátricos. Revista Brasileira de Psiquiatria**, jul. 2020. Páginas 293-302 Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbp/a/vcVptJTbDB4M4CdscTTLGFj/?lang=en>> Acessado em: fev.2022

GUERREIRO, C. S.; CHARNECA, S. **Saúde mental em perspectiva – o papel da nutrição e da microbiota intestinal. Lei da Nutrição Portuguesa, Acta Portuguesa de Nutrição**. fev.2021, páginas: 58-62, disponível em: <

http://www.scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2183-59852021000400058&lang=pt
> Acessado em: abr.2022

HASSAN, I.; GANI, A.; UL ASHRAF, Z. **Capítulo 3 - Sistema gastrointestinal simulado para avaliar as propriedades probióticas modificadas para encapsulamento de probióticos e sua sobrevivência sob sistema gastrointestinal simulado. Avanços em probióticos**, set.2021. Páginas 37-44. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128229095000034>>. Acessado em: abr. 2022.

KRINGS, A. *et al.* **Attentional biases in depression: Relation to disorder severity, rumination, and anhedonia. Comprehensive Psychiatry**, [s.l.], v. 100, p 152173, 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32359726/>> Acessado em: fev.2022

KUMARI, M.; KOKKILIGADDA, A. **Capítulo 4 - Probióticos de próxima geração. Avanços em probióticos**, set.2021. Páginas 45-79. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128229095000046>>. Acesso em: abr.2022.

MEJÍA-GRANADOS, D. M. *et al.* **O Microbioma intestinal nas doenças neuropsiquiátricas, Arquivos de Neuropsiquiatria**. mar.2022. Páginas 192–207. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/anp/a/d3zYKFvSZnzPBSrLMKfK6JB/> > Acessado em: jan.2022.

OMS, **Organização Mundial De Saúde. Relatório mundial de saúde mental, transformando a saúde mental para todos 2022**. Disponível em: < <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao> > Acessado em: jul.2022

OPAS, **Organização Pan Americana De Saúde. Depressão, 2022**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>> Acessado em: fev.2022

PARMENIDES, G. O. *et al.* **Probióticos, adjuvantes em tratamento médico. Medicina interna de México**. ago.2018, v. 34, n. 4, páginas: 574–581. Disponível em: <<https://medicinainterna.org.mx/article/probioticos-coadyuvantes-en-el-tratamiento-medico/>> Acessado em: mar.2022

PIMENTA, T. **Teste de depressão, ansiedade e estresse: DASS-21 revela que 86% dos respondentes têm algum transtorno mental. Vittude Blog**. 5 ago. 2019. Disponível em: < <https://www.vittude.com/blog/teste-de-depressao/> . > Acesso em: nov. 2022.

SOUZEDO, F. B.; BIZARRO, L.; PEREIRA, A. P. A. de. **O eixo intestino-cérebro e sintomas depressivos: uma revisão sistemática dos ensaios clínicos randomizados comprobióticos. Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, dez.2020. Páginas 269–276. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/vC7DMqRZtLcK7QmxS6NH3jM/?lang=pt>>. Acessado em: jan.2022.

STRANDWITZ, P. **Modulação de neurotransmissores pela microbiota intestinal. Pesquisa do cérebro**, ago.2018, páginas: 128–133, disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33777957/> > acesso em: abr.2022.

CAPÍTULO 21

REPERCUSSÕES DA HOMOFOBIA NA ESCOLA: UM ESTUDO DE CASO

Felipe Salviano Ramos
Lúcia Maria Temóteo
Francisco Daniel Coelho Viana
Joaquim Alves Diniz
Jordan Prazeres Freitas da Silva

RESUMO

A homofobia é caracterizada por hostilidades psicológicas e físicas a pessoas LGBTQIA+. Assim, este artigo objetiva compreender a relação entre a homofobia no ambiente escolar e a construção da subjetividade do indivíduo vítima da violência. Nesse sentido, trata-se de um estudo de caso, cujo participante foi um jovem que sofreu homofobia na escola. Para análise do material empírico apreendido, utilizou-se a entrevista semiestruturada, e para análise dos dados, recorreu-se à análise do conteúdo temático-categorial. Foi possível perceber que a homofobia na escola tem efeitos no desenvolvimento emocional de quem sofre a violência, e que, diante do cenário escolar, alguns professores omitiam a homofobia e acabavam, implicitamente, perpetuando e praticando a discriminação. Portanto, as reflexões feitas neste artigo, a respeito das atitudes tão comuns nas escolas que normatiza e enquadra a sexualidade, podem contribuir para repensar a dificuldade do espaço educacional e conviver com a diversidade sexual.

PALAVRAS-CHAVE: Homofobia. Escola. Pessoas LGBTQIA+. Estudo de Caso.

1. INTRODUÇÃO

A homofobia corresponde à discriminação ou preconceito em relação a pessoas de orientação sexual não heterossexual e engloba estereótipos, crenças e atitudes negativas contra os indivíduos que estão fora dos padrões estabelecidos pela heteronormatividade, ou seja, as pessoas de orientação heterossexual, ditas “norma” pela sociedade. Nesse mesmo sentido, a homofobia na escola pode ser conceituada como o preconceito ou discriminação contra indivíduos não heterossexuais que ocorre dentro do ambiente escolar.

A sexualidade ainda é tema de difícil abordagem e, não raro, a escola é o primeiro contato com o assunto. No entanto, no âmbito escolar, a sexualidade na maioria das vezes é apresentada com um enfoque biológico, representado pelo sexo feminino e masculino, macho e fêmea, completamente desvinculado de qualquer aspecto subjetivo do ser humano, relacionando-se apenas com as características fisiológicas e com os órgãos genitais que cada ser possui, impondo a análise de gênero um caráter dicotômico, com a existência de homem ou mulher como únicos gêneros possíveis ao ser humano. Assim pressupõe que a escola pode se revelar como um local de discriminação, preconceito e de transmissão de estereótipos.

Adolescentes são indivíduos em formação e precisam de uma referência simbólica e de uma vinculação social para a construção da personalidade e a escola tem o papel não apenas na construção intelectual do indivíduo, mas também de proporcionar esse referencial simbólico a partir de valores e visões que se coadunem com a realidade social. Dessa forma, sendo a escola um espaço de construção e consolidação de valores que farão parte de toda a vida do indivíduo, deve estar pronta para apresentar o ser humano para além dos estereótipos heteronormativos e discutir a diversidade.

A discussão de sexo e gênero se dá por uma série de significados culturais que são socialmente falados sobre o corpo, mas vale ressaltar que sexo e gênero são duas categorias distintas e dicotômicas. Essa perspectiva dicotômica sobre gênero tem como consequência a construção de padrões que já não mais correspondem à realidade social atual e o resultado disso são indivíduos incapazes de perceber para além do sexo biologicamente determinado e a violência, a discriminação e o preconceito podem surgir como os mecanismos de exteriorização dessa incapacidade, que se mantém fomentada pelos roteiros curriculares que ditam os padrões “normais” a partir da ótica heterossexista, sem espaço para o respeito às diversidades, principalmente à diversidade sexual.

A orientação sexual, a raça e a diferença de gênero são os principais alvos de violência, discriminação e preconceito e são também esses considerados elementos estruturantes da identidade de um indivíduo, e de acordo com o Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil de 2012 (BRASIL, 2013), mais de 13% das vítimas de homofobia estão na faixa etária abaixo dos 18 anos, em 58,90% dos casos a vítima conhece o autor da violência e 83,20% das violações denunciadas são de violência psicológica. Assim, para os adolescentes, que estão em processo de formação e construção de sua identidade, a homofobia escolar se constitui como um tipo de violência psicológica ainda mais danosa para aquele que está tentando “se encontrar” e, em sua maioria tem a escola como ponto de suporte já que geralmente não encontra apoio no seio familiar.

Segundo o estudo de Carrara e Lacerda (2011), os grupos etários mais jovens, ao contrário do senso comum, não se tornaram mais compreensivos em relação à homossexualidade, imputando-a como uma doença ou falha moral e sendo tolerada desde que confinada entre quatro paredes. Esses achados revelam que o ambiente escolar, que deveria ser um ambiente acolhedor, se torna um campo de batalha diário e a humilhação e a violência, principalmente a psicológica, são armas utilizadas, o que é ainda mais traumático em

adolescentes já fragilizados e vulneráveis, tendo em vista que, geralmente, em casa, tem de enfrentar uma outra guerra.

A intolerância e não aceitação da diversidade sexual acabam gerando problemas severos que a violência psicológica, segundo dados apresentados no Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil de 2012 (BRASIL, 2013), o Estado da Paraíba apresentou um dos maiores índices de homicídios por homofobia noticiados por 100 mil habitantes, cerca de 0,53 homicídios por 100 mil habitantes, além disso, há registro que discriminação e a violência psicológica são os principais tipos de violação denunciados.

Diante dessa situação de incompreensão e hostilidade, não é difícil perceber a complexidade e a amplitude dos conflitos que as vítimas de homofobia têm de enfrentar, ainda mais quando se trata de adolescentes e no ambiente escolar. Portanto, o interesse a respeito do tema surgiu a partir do desejo enquanto estudante do curso de psicologia de aprofundar os conhecimentos na área de gênero e sexualidade, sendo este interesse motivado pelo fato de ter sido testemunha de situações de homofobia, como também por ouvir relatos de pessoas que sofreram esse tipo de violência e constatar a repercussão traumática na vida dessas pessoas. Para tanto, a presente pesquisa tem como objetivo geral conhecer a repercussão da homofobia na vida de um jovem, vítima dessa violência no ambiente escolar. O trabalho parte do princípio de que a homofobia traz consequências emocionais para aquele que a vive, a intenção aqui é caracterizar essas consequências, buscando entender como ela penetra, caminha e, provavelmente, interfere na construção da subjetividade do indivíduo. Será utilizado como metodologia o estudo de caso e terá como entrevistado um jovem vítima de homofobia.

Além das questões acima colocadas, outras que norteou a pesquisa, foram elas: Como reage a vítima de homofobia escolar em relação ao processo de ensino-aprendizagem? Que posições os atores, como professores, gestores e colegas, das escolas se colocam diante da homofobia? Combatem a homofobia ou a perpetua?

O estudo tem como objetivos: conhecer a relação entre a homofobia escolar e a construção da subjetividade do sujeito vítima da violência, Entender as características das consequências emocionais da homofobia, compreender a reação da vítima da homofobia em relação ao processo ensino aprendizagem, caracterizar a postura do professor/gestor/colegas diante da problemática da homofobia a partir da percepção do indivíduo da pesquisa.

2. MÉTODOS

Foi utilizado o método de Estudo de Caso, que é caracterizado quando a proposta de pesquisa é destinada a abranger uma pessoa, poucas pessoas, uma família, um produto, uma empresa como também um órgão público. O estudo de caso é uma análise, e nota-se o quanto interessante e rico é o detalhamento desse fator envolvido, essa pesquisa contará com um relato das questões envolvidas no problema de pesquisa (VERGARA, 1998).

O estudo tratou-se de uma pesquisa do tipo qualitativo, com base em entrevista com questões norteadoras, a fim de buscar compreender a natureza do fenômeno social investigado. O ambiente de inserção da população se configurará enquanto fonte da pesquisa, levando em consideração a relação entre o mundo e o indivíduo, e o processo de coleta de dados (TRIVIÑOS, 1987).

O pesquisador que utiliza o método de abordagem qualitativa ele busca relatar o porquê do fenômeno, exprimindo o que convém ser feito, não quantificam os valores e não se submete à prova de fato. Algumas características dessa pesquisa são objetivação, descrever, compreender e explicar o fenômeno (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

O estudo de caso foi realizado no município Paraibano, tendo em vista alcançar os objetivos aqui propostos, com base na metodologia qualitativa, utilizou-se uma entrevista aberta com o uso de roteiro com a entrevista em profundidade, com questões abertas previamente elaboradas que tratam da temática em foco.

O pesquisador contou com um roteiro prévio em que ele foi constituído por perguntas principais sobre o problema de pesquisa exposto. Ao confeccionar esse roteiro prévio o pesquisador está organizando a sua entrevista e assim colhendo as informações para analisar o conteúdo exposto pelo participante do estudo de caso.

Os dados foram colhidos através da entrevista em profundidade que foi realizada com o participante da pesquisa que sofreu homofobia no contexto escolar. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP). Ao receber o parecer do CEP deu-se início a coleta de dados. Com o intuito de chegar aos objetivos propostos, à coleta de dados foi realizada em um encontro com o participante da pesquisa, todas as informações foram explicadas como o sigilo, foi colocado ao jovem que a pesquisa irá servir de subsídios acadêmico, o participante rubricou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para Bardin (2011) essa análise enquanto método, ela é um conjunto de técnicas para analisar as comunicações que utilizam procedimentos sistemáticos de descrição de conteúdo.

Através da análise dos dados foi verificado e caracterizado as consequências que a violência homofobia seja ela psicológica ou física trouxe para a vida dessa pessoa, e como interfere na subjetividade, como foi essa homofobia e detalhar esse fenômeno.

Bardin (2011), fala da importância do rigor ao utilizar a análise de conteúdo, que foi proposta por ele, servirá para o pesquisado descobrir o que está sendo pesquisado. Essa técnica a análise de conteúdo ao longo dos últimos anos vem ganhando um grande desenvolvimento, essa afirmação pode ser feita a partir dos crescimentos de publicações realizadas.

O projeto foi submetido à avaliação, apreciação, e provação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria (CEP-FSM) – Cajazeiras- PB e obteve parecer favorável sob a numeração 1.921.543. Foi entregue ao participante uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), fornecendo-lhe informações sobre o estudo ao qual está sendo convidado a participar, critério preconizado na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Pesquisa e Ensino e Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre normas éticas para pesquisa com seres humanos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A coleta de dados foi colhida em um encontro, o conteúdo relatado é suficiente para prosseguir o trabalho sem o menor prejuízo para abarcar os objetivos propostos no projeto da pesquisa, conforme também poderá testemunhar o leitor. A partir da fala do jovem participante foram ressaltados três eixos aqui colocados em forma de categorias, que ficaram assim denominados: a família, a infância e a descoberta; o social e o trabalho e o terceiro a experiência na escola.

3.1 A família, a infância e a descoberta

Os pais do Entrevistado 1 separam-se antes dele completar um ano de idade. Ele vive com a mãe, o padrasto e com seu irmão, fruto do atual relacionamento de sua mãe. Atualmente, o jovem não tem nenhum contato com o pai biológico. Até os quatro anos, quando vivia com sua mãe na mesma cidade do seu pai, ele teve contato com o pai apenas em datas de aniversário e Natal. Segundo ele relata, eram encontros curtos o que dificultou criar-se vínculo afetivo de pai e filho.

Assim o Entrevistado 1 descreve a sua relação com a família:

A relação com a minha família é bem tranquila, a minha mãe aceita de boa... eu acredito que ela não aceita, ela respeita, mas é bem tranquilo com a minha família também. Às vezes me chamam de “viado, viadinho, bichinha”, mas é normal, nada

sério, nada que eu vá levar como uma coisa que vá me chatear (ENTREVISTADO 1, 2016, informação verbal concedida em 10/10/2016).

Esses “xingamentos” vêm da própria família, o Entrevistado 1 informa que sua mãe lhe dá algumas orientações quanto a relações amorosas e quanto à prevenção de sua saúde. De acordo com a sua fala, a sua mãe “costuma dizer que esse mundo não é um mundo fácil. É “sujo e cheio de pessoas perigosas, enfim, então ela está sempre me alertando” (ENTREVISTADO 1, 2016, informação verbal concedida em 10/10/2016). O jovem afirma que a mãe se interessa em saber sobre suas relações. Diz ainda, que ela supriu as necessidades e deveres de uma figura paterna, juntamente com a tia e a avó. Em nenhum momento, ao falar sobre a figura pai, o Entrevistado 1 mencionou o padrasto.

Pode-se analisar que a partir da fala do Entrevistado 1, a mãe diz que o mundo em que ele está inserido é “sujo”, pode-se ressaltar também que a criação do Entrevistado 1 se deu por três mulheres. A mãe e o padrasto casaram-se quando ele tinha seis anos, então nos primeiros anos de vida, teve uma ausência da figura masculina no seu ambiente familiar. O Entrevistado 1 relatou ter um irmão mais novo e me descreveu a sua relação com ele: “Tenho um irmão (Risos), é bem tranquilo um acoberta o outro, por que nós dois somos, (Risos), foi difícil para meu irmão, pois ele só tem 15 anos, aí foi mais difícil, eu que acoberto as coisas dele” (ENTREVISTADO 1, 2016, informação verbal concedida em 10/10/2016).

Ao relatar a sua relação com o irmão, o Entrevistado 1, sorridente, fala que o irmão assumiu a orientação sexual para a família muito cedo, e que, por isso, o protege e acoberta alguns de seus “segredos”. Acoberta para a mãe, e defende o irmão quando necessário, o Entrevistado 1 alega ser difícil para ele, a mãe quer estar no controle o tempo todo e mesmo assim os filhos escapam. O Entrevistado 1 revela que a superproteção das mulheres responsáveis pela sua criação o impediu de ter infância.

Eu costumo dizer que eu não tive infância, porque a diferença de idade entre mim e meu irmão é grandinha, então eu fui filho único por algum tempo, então era aquela criança protegida, que não podia ir na rua brincar, eu brincava sozinho, tudo sozinho, então costumo dizer que praticamente não tive infância (ENTREVISTADO 1, 2016, informação verbal concedida em 10/10/2016).

A criança ao brincar traz para o momento objetos e fenômenos decorrentes de sua realidade externa, ou seja, dos vínculos afetivos, familiares e sociais, no brincar a criança expressa os seus sentimentos, desejos, a sua realidade interna e externa (WINNICOTT, 1975). Os brinquedos do Entrevistado 1 eram carros e bonecos, entretanto, isso não o satisfazia já que o seu desejo era o de possuir uma boneca. Esse desejo era realizado, às escondidas, ao pegar

emprestadas as bonecas de suas primas. Diz que era muito esperto e que quando alguém da família encontrava as bonecas em seu quarto, falava que as primas haviam esquecido por lá.

De acordo com Brougère (2004), ao nascer às crianças são inseridas em um mundo projetado pelos pais; estão ali sendo representadas pelas vontades e desejos deles. Nascer do sexo biológico masculino implica, na sociedade em que se vive uma determinação compulsória encabeçada pelos pais, a qual diz que azul é cor de meninos, e que brincar com meninas e gostar da cor rosa não é recomendável. Esse é um discurso que não guarda relação com o ser criança, mas sim é um reflexo da heteronormatividade, isto é, uma imposição social sobre os corpos humanos.

Sobre as brincadeiras infantis, afirma o Entrevistado 1:

Era ótimo, com os carros eu achava sem graça, eu amava fazer roupas, fazer os cabelos delas, achava que ia até ser cabelereiro, mas enfim. Eu achava melhor, tipo, achava mais interessante brincar de boneca como ainda não entendia o que era a homossexualidade e o que era gay, não entendia por ser novo, criança, eu achava simplesmente que a boneca tinha mais opções de brincar do que com um carro ou com um Max Steel •, eu odiava Max Steel em todo aniversário eu só ganhava Max Steel, mas sempre queria uma Barbie e nunca ganhei (ENTREVISTADO 1, 2016, informação verbal concedida em 10/10/2016).

Ele acredita que foi “tardio” assumir a sua orientação homossexual aos 19 anos de idade. Afirma, ainda, que reprimia a sua sexualidade por medo da rejeição familiar. Disse, também, que “tentou um relacionamento heterossexual” para se enquadrar nos padrões de aceitabilidade heteronormativos, porém, conforme informa isso não era o satisfazia. De acordo com Porchat (2011), essas questões colocadas anteriormente devido às normas partindo da ótica heterossexista, são acompanhadas na maioria das vezes de um sofrimento emocional, e com isso acaba dificultando a aceitação de si, diante da orientação sexual.

O Entrevistado 1 caracteriza o medo e o bloqueio em assumir a sua orientação da seguinte forma:

Medo de ser negado, ser colocado para fora de casa, de perder o amor de meus familiares, porque, até então, assumidos da minha família só eu e meu irmão, então aparentemente entre aspas não tem mais, era o medo da rejeição familiar (ENTREVISTADO 1, 2016, informação verbal concedida em 10/10/2016).

Após revelar para a família sobre sua orientação sexual, o Entrevistado 1 diz que passou a sentir “orgulho de sua pessoa e essência”. Sobre isso ele diz: “Eu me orgulho de ser viado, eu costumo dizer que sou viado, bicha, bichérrima, bichinha” (ENTREVISTADO 1, 2016, informação verbal concedida em 10/10/2016), fala como se intencionasse provar como sentiu-se realizado após assumir sua orientação homossexual.

3.2 O social e o trabalho

O Entrevistado 1 trabalha na área da saúde e, devido a sua performance de gênero afeminada, foi chamado atenção em seu local de trabalho. Ele disse que, por períodos, atende as expectativas que a sociedade tem para as pessoas do sexo masculino, já em outros, afasta-se dessas expectativas, performando um gênero mais próximo da feminilidade. Segundo ele:

Hoje em dia eu tô bem mais afeminado, bem mais que antes, eu costumava dizer que não, mas as pessoas do meu convívio diziam que eu era homem até não abrir a boca, porque se eu abrisse a boca saía borboletas, pronto (ENTREVISTADO 1, 2016, informação verbal concedida em 10/10/2016).

O jovem sofreu discriminações homofóbicas de distintas ordens, dentre elas chacotas por parte de crianças na rua; por colegas de trabalho; e por homens “brutos e rústicos”. Na escola, ele relata que a homofobia se caracterizou por hostilidades psicológicas e uma “quase violência sexual”:

Na adolescência já beirando o ensino médio, é que nem eu postei no meu Facebook, um meninozinho, eu vinha passando na moto falando normal ele simplesmente disse: oi bicha. Eu eu respondi: oi, porque hoje em dia isso não me atinge mais, é a mesma coisa de eu chamar um cachorro de cachorro, ou uma vaca de vaca, pronto (ENTREVISTADO 1, 2016, informação verbal concedida em 10/10/2016).

É possível notar, nas histórias de vida e a teoria também relata que, ao longo da vida de uma pessoa de orientação homossexual, em vários momentos ele/ela é discriminado (a) verbalmente, com as hostilidades psicológicas: bicha, viado, poc poc, queima rosca, pão com ovo, entre outros. Agora lanço a discussão que o Entrevistado 1 me fala em um momento da entrevista “Eu sou bicha, bichérrima” e como podemos verificar ele relata “é a mesma coisa de chamar [...], e cita dois animais irracionais” (ENTREVISTADO 1, 2016, informação verbal concedida em 10/10/2016). Entrevistado 1 é mais um nas estatísticas de homofobia, na escola, no ambiente familiar mesmo indiretamente, no trabalho e ambiente social.

As discriminações de homofobia no trabalho e ambiente social deixam as pessoas homossexuais em uma situação de “desconforto”, visto que as oportunidades de emprego são negadas, as hostilidades psicológicas se fazem presentes. O Entrevistado 1 relata que foi chamado atenção no trabalho devido aos seus traços afeminados, isso por não se enquadrar na performance heterossexual. Além de tudo colocado acima, outra forma de homofobia social, de acordo com Daniel Borrillo (2010), é quando a pessoa de orientação homossexual é “tratada” de uma forma inferior, e até mesmo intelectualmente á outras pessoas.

3.3 A Escola

O Entrevistado 1 estudou em uma escola religiosa, local em que foi vítima de homofobia por parte de professores e alunos. Segundo o Entrevistado 1, havia professores que “eram tranquilos e fingiam que nada estava acontecendo” (ENTREVISTADO 1, 2016, informação verbal concedida em 10/10/2016) e outros que, diante de sua sexualidade, agiam de forma mais agressiva, com comentários irônicos e piadas.

Quando o Entrevistado 1 começou a falar sobre a escola, mudou o seu semblante de, inicialmente um jovem alegre, brincalhão, para uma pessoa sensivelmente triste. De acordo com o Entrevistado 1, a escola era extremamente rígida, profundamente heteronormativa, conservadora e religiosa, “tinha que andar na linha [...], homem é homem, mulher é mulher” (ENTREVISTADO 1, 2016, informação verbal concedida em 10/10/2016).

Ao ser solicitado a descrever como foi sofrer homofobia no contexto escolar, o Entrevistado 1 ficou em silêncio por alguns segundos e relatou o seguinte: “acredito que uma violência homofóbica, e uma quase violência sexual [...]” (ENTREVISTADO 1, 2016, informação verbal concedida em 10/10/2016), não quis me relatar sobre essa quase violência sexual, e isso foi respeitado. Ele descreveu que sente um bloqueio sexual e sua teoria para explicar o porquê desse bloqueio foi à homofobia na escola. Ele diz:

Até hoje eu tenho um bloqueio terrível em questão a sexo, eu posso fazer tudo, posso fazer algo da ponta da cabeça a ponta do pé da pessoa ou vice e versa, mas eu tenho um pouco de bloqueio em questão ao sexo em si, a penetração, e ligo isso à homofobia, na maioria das vezes quando me relaciono com alguém na hora lá que está no auge no maior tesão, eu quebro o clima, e simplesmente visto a roupa, não procuro mais a pessoa (ENTREVISTADO 1, 2016, informação verbal concedida em 10/10/2016).

Quando se relaciona com alguém afetiva e sexualmente, caso lembre da homofobia sofrida no ambiente escolar, acaba se distanciando da pessoa. Ele falou que isso é algo que acontece com certa frequência e que, diante desse comportamento, tem profundas dificuldades para se envolver afetiva e sexualmente com outro homem:

Porque se eu visse a pessoa eu me lembrava do acontecimento, pelo simples fato de ter feito eu me lembrar, então aquela pessoa já não me deixava muito bem e eu acabava me distanciando, não sei nem porque eu estou aqui hoje (ENTREVISTADO 1, 2016, informação verbal concedida em 10/10/2016).

É perceptível o desconforto, o incômodo do Entrevistado 1 ao relatar certas particularidades de sua vida, sobretudo as que se relacionam com a homofobia escolar e com as violências sexuais sofridas. Na sala de aula, o Entrevistado 1 sempre gostou de ter amizades com pessoas do gênero feminino, pessoas com as quais ele mais se identificava. Sobre essa

relação com meninas, de maneira muito entusiasmada, ele diz que os assuntos eram mais interessantes: “garotos, filmes românticos, cabelos e maquiagens” (ENTREVISTADO 1, 2016, informação verbal concedida em 10/10/2016). Com meninos, a amizade era bem difícil:

Eu até tentava ter amigos homens heterossexuais, mas eu chegava na turminha que estavam falando sobre futebol, videogame, desenhos, gosto de desenhos mais não os que eles comentavam, de meninas, a forma que eles tratavam as mulheres, de uma forma banal, meio que um objeto em que você só serve de prazer e nada mais (ENTREVISTADO 1, 2016, informação verbal concedida em 10/10/2016).

A homofobia em sala de aula atingiu diretamente a subjetividade do Entrevistado 1. Por meio de ataques psicológicos, ele diz que o chamavam de “viadinho, bicha”, e que quando eram divididos os grupos para a realização de trabalhos, ele sempre sobrava, ou seja, o Entrevistado 1, na maioria das vezes, não era incluído em grupos por mais que tivesse amigos, visto que, segundo sua interpretação, ninguém desejaria trabalhar com um “viadinho”. Dessa forma, o jovem sentia-se excluído no contexto da sala de aula. Sobre o resultado da homofobia, ele diz: “eu acho que o bloqueio que eu sinto” (ENTREVISTADO 1, 2016, informação verbal concedida em 10/10/2016), ele menciona que reprime o ato sexual diante de ter sofrido essa discriminação homofóbica nesse ambiente.

O Entrevistado 1, ao rejeitar seus desejos, em hipótese automaticamente isso vai afetar a sua relação com os outros e com ele mesmo. De acordo com Castanheda (2007), a homofobia afeta a subjetividade, o emocional da pessoa que sofre a discriminação e tem consequências. As vítimas carregam com consigo problemas interpessoais podendo surgir de diversas formas na vida dessas pessoas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procurou-se analisar um caso de homofobia no ambiente escolar, a partir de uma entrevista qualitativa com um jovem, caracterizando um estudo de caso. Partir do pressuposto que a violência no contexto escolar produz consequências psicológicas na subjetividade dos sujeitos violentados, o artigo propôs conhecer a relação que a homofobia escolar tem na subjetividade do sujeito. Pode-se ver alguns problemas interpessoais diante dessa relação, efeitos no emocional, essa afirmação se faz de acordo com o participante da pesquisa mudar o seu semblante de um jovem alegre, ao falar da escola passou a expressar uma pessoa triste e resistente na abordagem do assunto nesse ambiente. E também um bloqueio na questão sexual, tem profundas dificuldades para se envolver afetiva e sexualmente com outro homem.

Propus, ainda, compreender a reação do participante da pesquisa em relação ao processo de ensino aprendizagem, e pude observar que na sala de aula o entrevistado sofria ataques psicológicos, chamavam – o de “viado, bicha”, e não era incluído em grupos de trabalhos o que gerava em si um sentimento de “excluído”, a escola era conservadora, heteronormativa e religiosa, não havia respeito às diversidades sexuais. O jovem hoje é formado em um curso técnico e trabalha na área da saúde.

A partir da percepção do jovem pude ver que alguns professores praticaram a homofobia em sala de aula, agindo-os de forma agressiva, irônica e com piadas, visto que um professor ético, comprometido com o seu trabalho, a educação, não tinha esse tipo de comportamento frente à outra pessoa, a um aluno/aluna apenas com uma orientação sexual diferente da dele. Faz se necessário debater gênero e sexualidade na escola e esclarecer dúvidas dos alunos que em hipótese poderá vir a contribuir para a diminuição de violências e situações hostis expostas as pessoas de orientação homossexual e colaborar para uma sociedade mais tolerante as diversidades e menos machista.

Algumas conclusões resultados dessa investigação: a homofobia na escola prejudica as relações da pessoa de orientação homossexual com os demais colegas, com o social e com si próprio, as violências psicológicas deixam marcas profundas no emocional, os colegas excluem o homossexual e tratam de forma diferente, e por fim, os profissionais da escola não estão preparados para lidar com as questões de gênero e sexualidade no ambiente escolar e acabam praticando a homofobia por, silenciar, agir de forma agressiva, com piadas taxativas e ironias.

Utilizou-se alguns autores para lançar um enfoque teórico ao objeto de estudo, que me auxiliaram a enxergar que a homofobia é caracterizada por discriminações psicológicas e físicas, e que o estado da Paraíba está em um dos índices mais altos de violências homofóbicas. Como também autores me ajudaram a perceber que a personalidade homofóbica, a rejeição, as violências impostas a quem se identifica pela sigla LGBTQIA+ pode ser uma introspecção inconsciente da sua própria homossexualidade, e por fim, Freud vem me falar com uma teoria que a homossexualidade é uma posição libidinal como qualquer outra.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BORRILLO, D. **Homofobia: História e crítica de um preconceito.** Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

BRASIL. **Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil: Ano de 2012.** Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2013.

BROUGÈRE, G. **Brinquedos e companhia.** São Paulo: Cortez, 2004.

CARRARA, S.; LACERDA, P. Viver sob ameaça: preconceito, discriminação e violência homofóbica no Brasil. In: VENTURI, G.; BOKANY, V. (Org.). **Diversidade Sexual e Homofobia no Brasil.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2011, p. 73-87.

CASTANHEDA, M. **A experiência homossexual: explicações e conselhos para os homossexuais, suas famílias e seus terapeutas.** Tradução de Brigitte Hervot e Fernando Silva Teixeira Filho. São Paulo: A Girafa, 2007.

GERHARDT, T, SILVEIRA, D. **Métodos de pesquisa.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

PORCHAT, P. **Psicologia e diversidade sexual: para uma sociedade de direitos.** Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2011.





TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 1998.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade.** Coleção psicologia psicanalítica, tradução: José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro. Imago Editora LTDA, 1975.

ENTREVISTA CONCEDIDA

ENTREVISTADO 1. **Homofobia no contexto escolar.** [Entrevista concedida a] Felipe Salviano Ramos. Paraíba, 10 de outubro de 2016.

 www.editorapublicar.com.br
 contato@editorapublicar.com.br
 @epublicar
 facebook.com.br/epublicar

Organização

Jaisa Klauss
Patrícia Gonçalves de Freitas

Psicologia social e saúde: Teoria e prática



2023





www.editorapublicar.com.br



contato@editorapublicar.com.br



@epublicar



facebook.com.br/epublicar

Organização

Jaisa Klauss

Patrícia Gonçalves de Freitas

Psicologia social e saúde: Teoria e prática



2023

