



Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

Ciências da Saúde: Da Teoria à Prática 6

Atena
Editora
Ano 2019

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

Ciências da Saúde: Da Teoria à Prática 6

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Executiva: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Natália Sandrini
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores

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

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof^a Dr^a Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof.^a Dr.^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof.ª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof.ª Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof.ª Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
C569	Ciências da saúde [recurso eletrônico] : da teoria à prática 6 / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Ciências da Saúde. Da Teoria à Prática; v. 6) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-398-9 DOI 10.22533/at.ed.989191306 1. Saúde – Aspectos sociais. 2. Saúde – Políticas públicas. 3. Saúde – Pesquisa – Brasil. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da. II.Série. CDD 362.10981
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

O material a seguir compõe o sexto volume da coleção “Ciências da Saúde: da teoria à prática”. Ao todo são onze volumes que irão abordar de forma categorizada e interdisciplinar trabalhos, pesquisas, relatos de casos, revisões e inferências sobre esse amplo e vasto contexto do conhecimento relativo à saúde. A obra em todos os seus volumes reúne atividades de ensino, pesquisa e extensão desenvolvidas em diversas regiões do país, que analisam a saúde em diversos dos seus aspectos, percorrendo o caminho que parte do conhecimento bibliográfico e alcança o conhecimento empírico e prático.

De forma especial neste volume abordamos as atividades de pesquisa desenvolvidas em diversas regiões do país, com enfoque psicologia e suas áreas afins, que partem do princípio da análise minuciosa e fundamentada de questões referentes à saúde em diversos dos seus aspectos.

O campo da pesquisa teórica em psicologia é muito vasto, e exige dos pesquisadores metodologias minuciosas dos professores que investigam os diversos aspectos psíquicos da saúde dos indivíduos. É uma área que possui um leque muito diverso, assim um volume que possui temáticas tais como: cirurgia bariátrica, relacionamento abusivo, autismo, psicologia positiva, trabalho, terapia intensiva neonatal, assistência farmacêutica, suicídio, religiosidade, obesidade, microcefalia, saúde coletiva e mental, acupuntura, terapia ocupacional, torna-se de fato relevante tanto para o acadêmico que necessita de material de qualidade para sua formação, quanto para o docente que constantemente necessita de se atualizar.

Portanto, todo o material aqui apresentado nesse sexto volume, é de fato importante não apenas pela teoria bem fundamentada aliada à resultados promissores, mas também pela capacidade de professores, acadêmicos, pesquisadores, cientistas e da Atena Editora em produzir conhecimento em saúde nas condições ainda inconstantes do contexto brasileiro. Nosso profundo desejo é que este contexto possa ser transformado a cada dia, e o trabalho aqui presente pode ser um agente transformador por gerar conhecimento em uma área fundamental do desenvolvimento como a saúde.

Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO NO PROCESSO DE CIRURGIA BARIÁTRICA PARA PACIENTES COM COMPULSÃO ALIMENTAR	
Michele Azevedo e Silva Eliana Isabel de Moraes Hamasaki	
DOI 10.22533/at.ed.9891913061	
CAPÍTULO 2	14
AMOR OPRESSOR: O PSICÓLOGO E SUAS AÇÕES PARA MUDANÇAS NA VIDA DA VÍTIMA DE RELACIONAMENTO ABUSIVO	
Winthney Paula Souza Oliveira Mônica dos Santos de Oliveira Francisca Tatiana Dourado Gonçalves Rudson Vale Costa Maria de Jesus Martins de Andrade Silva Cunha Evando Machado Costa Pedro Wilson Ramos da Conceição Maria do Socorro de Sousa Cruz Murilo Simões Carneiro	
DOI 10.22533/at.ed.9891913062	
CAPÍTULO 3	23
APROXIMAÇÕES ENTRE PSICOLOGIA COMUNITÁRIA E CONTROLE SOCIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA EM CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	
Marcos Antonio de Sousa Rodrigues Moura Adria Miranda de Abreu Marx Rodrigues de Moura	
DOI 10.22533/at.ed.9891913063	
CAPÍTULO 4	34
ALTERAÇÕES DA LINGUAGEM E DO COMPORTAMENTO EM PACIENTES COM AUTISMO	
Bárbara Freitas Almeida Johne Filipe Oliveira de Freitas Mariane Silveira Barbosa	
DOI 10.22533/at.ed.9891913064	
CAPÍTULO 5	38
AS CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA POSITIVA PARA O BEM ESTAR FAMILIAR	
Mônica dos Santos de Oliveira Jardell Saldanha de Amorim Winthney Paula Souza Oliveira Pedro Wilson Ramos da Conceição Evando Machado Costa Francisca Tatiana Dourado Gonçalves Silvinha Rodrigues de Oliveira Amanda Fernanda Damasceno Saraiva de Sousa Eliane Vanderlei da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.9891913065	

CAPÍTULO 6	49
AS RELAÇÕES DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: AVANÇOS E RETROCESSOS DECORRENTES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	
Sergiana de Sousa Bezerra	
Maria Eniana Araújo Gomes Pacheco	
DOI 10.22533/at.ed.9891913066	
CAPÍTULO 7	65
COMPREENDENDO A EXPERIÊNCIA DE CUIDAR DA CRIANÇA COM CARDIOPATIA CONGÊNITA	
Fabiane de Amorim Almeida	
Alessandra Pinheiro Margoni	
DOI 10.22533/at.ed.9891913067	
CAPÍTULO 8	78
CONSTRUINDO ESPAÇOS DE FALA E ESCUTA COM ADOLESCENTES ESCOLARES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Rayssa Madalena Feldmann	
Kamilla Mueller Gabe	
Isabela Terra Raupp	
Sofia Perez Lopes da Silveira	
Almerindo Antônio Boff	
DOI 10.22533/at.ed.9891913068	
CAPÍTULO 9	86
CONTRIBUIÇÃO DA REDETERAPIA PARA A SAÚDE DE CRIANÇAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL	
Maria Gabriela Miranda Fontenele	
Denise Lima Nogueira	
Nelita Alves Medeiros do Nascimento	
Keila Maria de Azevedo Ponte	
Renides Brasil de Lima	
Renan Vieira Furtado	
DOI 10.22533/at.ed.9891913069	
CAPÍTULO 10	93
CUIDADO FAMILIAR E SUBJETIVIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	
Isabela de Oliveira da Cunha	
Daniel Magalhães Goulart	
DOI 10.22533/at.ed.98919130610	
CAPÍTULO 11	106
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA REDE DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL AOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL	
Rosali Maria Ferreira da Silva	
Anna Beatriz Pereira Silva	
Maria da Conceição Freitas	
Laysa Creusa Paes Barreto Barros Silva	
Karolynne Rodrigues de Melo	
José de Arimatea Rocha Filho	
Maria Selma Lopes Machado	
Maria Joanellys dos Santos Lima	
Williana Tôrres Vilela	
Pedro José Rolim Neto	
DOI 10.22533/at.ed.98919130611	

CAPÍTULO 12	116
ENTRE CENÁRIOS, VIDAS E INVENÇÕES: O OCUPPA PRAÇA	
Laís Macedo Angelo	
DOI 10.22533/at.ed.98919130612	
CAPÍTULO 13	119
ESTILO DE VIDA E FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO EM ESCOLARES ADOLESCENTES	
Amanda Oliveira Bernardino Cavalcanti de Albuquerque	
Natália de Oliveira Freitas	
Annielly Arruda do Nascimento	
Nayanne Samara Silva Costa	
Ricardo Nascimento Bezerra	
Ester Cecília Laurindo da Silva	
Amanda Gabriela Rocha de Souza	
Fabiola de Alencar Mendes Gonçalves	
Gustavo Aires de Arruda	
Aurélio Molina da Costa	
Clara Maria Silvestre Monteiro de Freitas	
DOI 10.22533/at.ed.98919130613	
CAPÍTULO 14	129
EXPLORANDO O PAPEL DA RELIGIOSIDADE NA EXPLICAÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL	
Kairon Pereira de Araújo Sousa	
Emerson Diógenes de Medeiros	
Anne Caroline Gomes Moura	
Paloma Cavalcante Bezerra de Medeiros	
DOI 10.22533/at.ed.98919130614	
CAPÍTULO 15	145
INTEGRALIDADE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: ÊNFASE NA GESTÃO DO CUIDADO	
Jordana Rodrigues Moreira	
Audenir Tavares Xavier Moreira	
Aline Ávila Vasconcelos	
Carlos Bruno Silveira	
Fernando Virgílio Albuquerque de Oliveira	
Jhennifer de Souza Góis	
Kellinson Campos Catunda	
Lucas Queiroz dos Santos	
Lourdes Suelen Pontes Costa	
Maria Salete Bessa Jorge	
DOI 10.22533/at.ed.98919130615	
CAPÍTULO 16	152
O ENCARCERAMENTO DE MULHERES: O CUIDADO E CONTROVÉRSIAS EM SAÚDE	
Maria Auxiliadora Teixeira Ribeiro	
Niedja Mara Silva Fontes de Deus	
DOI 10.22533/at.ed.98919130616	
CAPÍTULO 17	165
A EXPERIÊNCIA DE ESPIRITUALIDADE DO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS	
Waleska de Carvalho Marroquim Medeiros	
Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto	
DOI 10.22533/at.ed.98919130617	

CAPÍTULO 18 178

O PAPEL DO PSICÓLOGO NO ATENDIMENTO AO PACIENTE, FAMÍLIA E EQUIPE DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NO PIAUÍ

Jonathan Ruan de Castro Silva

Priscila Souza Rocha

Eldana Fontenele de Brito

DOI 10.22533/at.ed.98919130618

CAPÍTULO 19 184

OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA: ENFRENTANDO O PRECONCEITO

Fabiane de Amorim Almeida

Ana Carolina Santiago

DOI 10.22533/at.ed.98919130619

CAPÍTULO 20 195

ORIENTAÇÕES PARA PAIS E CUIDADORES DE CRIANÇAS COM MICROCEFALIA

Jonas Loiola Gonçalves

Andréia Mônica da Silva Costa

Karina Rocha da Silva

Thiago Silva Ferreira

Tatiana Oliveira Nóbrega

Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro

DOI 10.22533/at.ed.98919130620

CAPÍTULO 21 203

QUALIDADE DE VIDA DE FORMANDOS EM CIÊNCIAS BIOLÓGICAS DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA FEDERAL

Melkyjanny Brasil Mendes Silva

Charlyan de Sousa Lima

Franciane Silva Lima

Lucas Gabriel Pereira Viana

Jéssica Maria Linhares Chagas

Bruna dos Santos Carvalho Vieira

Francilene Cardoso Almeida

Dávila Joyce Cunha Silva

Rosalina da Silva Nascimento

José Ribamar Gomes Aguiar Júnior

Valquiria Gomes Carneiro

DOI 10.22533/at.ed.98919130621

CAPÍTULO 22 213

REFORMA PSIQUIÁTRICA, CIDADANIA E BANALIZAÇÃO DA INTERDIÇÃO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS

Vânia Monteiro de Menezes

Andréia de Fátima de Souza Dembiski

Pedro Felipe Furlaneto Nava

Renata Garutti Rossafa

Maria Beatriz Bastos Párraga

Vera Lúcia Blum

Sirlene Guimarães Ribeiro

DOI 10.22533/at.ed.98919130622

CAPÍTULO 23 229

SAÚDE COLETIVA E SAÚDE MENTAL: INTERFACES DE UM DIÁLOGO

Rodrigo Scalabrin
Maria Andreлина do Nascimento Oliveira
Paôla Kessy de Souza Belo
Calvino Camargo

DOI 10.22533/at.ed.98919130623

CAPÍTULO 24 244

SAÚDE E BEM-ESTAR NAS ONDAS DE RÁDIO: GARANTIA DE ACESSO À INFORMAÇÃO DE QUALIDADE

Wanderson Sant 'Ana de Almeida
Luana Kronit Bastos
Kárita Misaele Sousa Felipe
Gabriela dos Reis
Edlaine Faria de Moura Villela

DOI 10.22533/at.ed.98919130624

CAPÍTULO 25 250

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: SIGNIFICADOS E PRÁTICAS EDUCATIVAS DE AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE

Maria Lusía de Moraes Belo Bezerra
Geraldo Mário de Carvalho Cardoso
Rosana Quintella Brandão Vilela
Divanise Suruagy Correia
Karina Perrelli Randau

DOI 10.22533/at.ed.98919130625

CAPÍTULO 26 262

SENTIMENTOS E EXPECTATIVAS MATERNAS DIANTE DO DIAGNÓSTICO DE DEFICIÊNCIA DOS FILHOS E AS CONTRIBUIÇÕES DO PSICÓLOGO NO PROCESSO DE ACEITAÇÃO

Winthney Paula Souza Oliveira
Francisca Tatiana Dourado Gonçalves
Rudson Vale Costa
Mônica dos Santos de Oliveira
Maria de Jesus Martins de Andrade Silva Cunha
Evando Machado Costa
Pedro Wilson Ramos da Conceição
Maria do Socorro de Sousa Cruz
Murilo Simões Carneiro

DOI 10.22533/at.ed.98919130626

CAPÍTULO 27 272

TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL E ACUPUNTURA: ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS COMPLEMENTARES NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO DO IDOSOS

Alanna Rosa Mota Carvalho Pivatto

DOI 10.22533/at.ed.98919130627

CAPÍTULO 28	286
TERAPIA OCUPACIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE INTERVENÇÕES COM PACIENTE HOSPITALIZADO	
<p>Maria Luisa Gazabim Simões Ballarin Gisele Brides Prieto Casacio Célia Emília de Freitas Alves Amaral Moreira Liana Maura Naked Tannus Samara Olivia dos Santos</p>	
DOI 10.22533/at.ed.98919130628	
CAPÍTULO 29	296
TRANSTORNOS ALIMENTARES – APOIO FAMILIAR	
<p>Renata Zanella Wilian Joaquim de Almeida Elisete Teleginski Deitrichkeit Kerli De Meira Golfetto Wellington Souza</p>	
DOI 10.22533/at.ed.98919130629	
CAPÍTULO 30	303
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SITUAÇÕES DE CRISE PSICOLÓGICA	
<p>Débora Carvalho Cardoso Vitorino Nara Cíntia Alves Cordeiro Ilana Mendes Cabral Rita Hyannara de Sousa Carvalho Larissa Sousa Marinho</p>	
DOI 10.22533/at.ed.98919130630	
CAPÍTULO 31	310
USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS: UMA EXPERIÊNCIA DE PROMOÇÃO À SAÚDE COM PAIS DE ALUNOS EM CRECHES DE MARABÁ-PA	
<p>Letícia Dias Lima Jedlicka Priscila da Silva Castro Eliana Lima Ferreira Eric Renato Lima Figueiredo Leiliane dos Santos da Conceição Aline Coutinho Cavalcanti</p>	
DOI 10.22533/at.ed.98919130631	
CAPÍTULO 32	314
VIDAS ATRAVESSADAS PELO ABUSO SEXUAL E PELO TRANSTORNO ALIMENTAR	
<p>Denise Brito da Rocha Angela Cardoso Andrade Carlos Antônio Bruno da Silva</p>	
DOI 10.22533/at.ed.98919130632	
SOBRE O ORGANIZADOR	329

ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO NO PROCESSO DE CIRURGIA BARIÁTRICA PARA PACIENTES COM COMPULSÃO ALIMENTAR

Michele Azevedo e Silva

Universidade Federal de São Paulo, São Paulo – SP

Eliana Isabel de Moraes Hamasaki

Universidade Nove de Julho, São Paulo – SP

RESUMO: Este trabalho teve como objetivo abordar o processo e a importância do acompanhamento psicológico nos momentos pré e pós-cirurgia bariátrica de pacientes com transtorno compulsivo alimentar (TCA). Considerando, para tanto, desde os aspectos da obesidade até a relação do indivíduo com o alimento e a compulsão alimentar. Destaca-se a mudança dos padrões de beleza no decorrer da história, a atual pressão social, que impõe, a cada dia, a manutenção de um corpo cada vez mais magro. São apresentados os métodos cirúrgicos empregados em pacientes que não conseguem emagrecer com outras formas de tratamento, especificamente porque esta é uma situação bastante comum em pacientes com compulsão, devido aos seus episódios de comer. Utilizando como base estudos produzidos sobre o tema e resultados de pesquisas, discute-se que a mudança corporal pode ser alcançada por meio da intervenção cirúrgica, mas que, se esta não for acompanhada de preparação e de acompanhamento do indivíduo acerca de suas expectativas e da conscientização do

problema e da necessidade da instalação de novos repertórios e hábitos, a situação pode ser transferida a outros problemas ou, ainda, tornar-se mais grave.

PALAVRAS-CHAVE: Obesidade. Compulsão alimentar. Cirurgia bariátrica. Acompanhamento psicológico.

PSYCHOLOGICAL ACCOMPANYING IN THE PROCESS OF BARIATRIC SURGERY FOR PATIENTS WITH FOOD COMPULSION

ABSTRACT: This study aimed to address the process and importance of psychological counseling in the pre and post-bariatric surgery of patients with compulsive eating disorder (ED). Considering, therefore, from the aspects of obesity to the relationship of the individual with food and binge eating. It stands out the change of the standards of beauty in the course of history, the current social pressure, which imposes, every day, the maintenance of a body increasingly thinner. We present the surgical methods employed in patients who can not lose weight with other forms of treatment, specifically because this is a very common situation in patients with compulsion due to their eating episodes. Based on studies produced on the subject and research results, it is argued that bodily change can be achieved through surgical

intervention, but that if this is not accompanied by preparation and follow-up of the individual about their expectations and the awareness of the problem and the need to install new repertoires and habits, the situation can be transferred to other problems or even become more serious.

KEYWORDS: Obesity. Food addiction. Bariatric surgery. Psychological accompaniment.

INTRODUÇÃO

Muitas vezes, a obesidade está atrelada a uma compulsão alimentar, sob a qual o indivíduo apresenta necessidade de comer, mesmo estando saciado. Essa necessidade de se alimentar desnecessariamente pode ter função de conforto emocional, diminuição de estresse, dentre outras questões de caráter psicológico que são aliviados pelo indivíduo, por meio da comida e de sua relação com esta.

Quando uma pessoa se submete à cirurgia bariátrica, seu estômago fica com capacidade reduzida de acomodar alimentos frente à capacidade que ele possuía, antes do procedimento cirúrgico. Caso alguém com compulsão alimentar passe pelo procedimento de cirurgia bariátrica, o que tem sido bastante comum, pois a compulsão alimentar pode levar à obesidade mórbida, esse indivíduo não conseguirá comer demasiadamente e, frente a essa situação, o mesmo pode vir a apresentar grande sofrimento e até uma substituição de compulsão podendo, por exemplo: se tornar alcoolista, usuário de drogas, compulsivo por compras ou por sexo. Para evitar possíveis casos de substituição de compulsão ou outros tipos de sofrimento psíquico, a compreensão e acompanhamento psicológico tem um papel importante na vida desse paciente.

Por isso, no decorrer desse capítulo, enfatizar-se-á a importância do acompanhamento psicológico pré e pós cirurgia bariátrica como fator que auxilia na preparação do indivíduo para enfrentar uma mudança corporal que, por sua vez, repercutirá, de forma direta, no seu estilo de vida. Além disso, considera-se esse tipo de acompanhamento necessário como suporte, especialmente no período pós a cirurgia, no processo de adaptação ao mesmo, com as novas variáveis presentes em sua vida.

OBESIDADE COMO RESULTADO DA COMPULSÃO ALIMENTAR

A compulsão alimentar faz parte do grupo de transtornos alimentares que se encontram descritos na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5 – APA, 2014). Analisando os critérios descritos no manual para o diagnóstico de TCA, verifica-se que a maioria desses são a apresentação de algum tipo de comportamento, tais como: comer até se sentir desconfortavelmente «cheio» ou comer grandes quantidades de alimento na ausência da sensação física de fome. Esses comportamentos não parecem estar distantes do que fazemos em

nosso dia-a-dia. Entretanto, a separação do transtorno da linha da normalidade denota estar intrinsecamente ligada ao excesso.

Com a descrição do DSM-5 (APA, 2014), pode-se notar que o diagnóstico do TCA apresenta uma etiologia prioritariamente médica. Porém, essa não é a única maneira de olhar para a questão. Talvez seja a mais tradicional, pois cientificamente a medicina foi a primeira área a abordar as psicopatologias, mas sua forma de tratar esse tipo de evento apresenta algumas divergências de opiniões com a análise do comportamento (BANACO et al., 2012).

A análise do comportamento é uma ciência do comportamento fundamentada na filosofia do Behaviorismo Radical que tem como objeto de estudo a interação do indivíduo com o ambiente (RODRIGUES; RIBEIRO, 2007).

A medicina descreve o fenômeno das psicopatologias de forma a buscar, primeiramente, a causa desse fenômeno e, por fim, descreve o curso do desenvolvimento da doença. Já a análise do comportamento considera que a psicopatologia pode ser um problema que pode ser descrito a partir de excessos ou déficits comportamentais. Dessa forma, o comportamento psicopatológico pode ser configurado como uma série de comportamentos excessivos ou a falta de algum comportamento. A maioria dos comportamentos que integram os quadros psicopatológicos são de ordem relativamente comum e ocorrem em frequência e graus que podem causar desconforto, e por se suceder em locais impróprios (BANACO et al., 2012).

As principais divergências entre a descrição das psicopatologias encontradas nos manuais médicos e a visão da análise do comportamento são:

1. O modelo médico descreve minuciosamente como funcionam os comportamentos psicopatológicos. E, para a análise do comportamento, a forma do comportamento não é o mais importante e, sim, a função que esse comportamento possui na relação do indivíduo com o ambiente.
2. A medicina busca, na etiologia da doença, as anormalidades do organismo. E a análise do comportamento se propõe a explicar e descrever a probabilidade da frequência e intensidade com que o comportamento se apresenta.
3. A psiquiatria se dedica a descrever o curso de uma doença mental. Já a análise do comportamento tenta desvendar quais condições mantêm um comportamento ao ser emitido.
4. O modelo médico batizou os problemas de comportamento como “doenças mentais”. Enquanto que a análise do comportamento considera que os comportamentos são frutos de uma seleção pelas consequências, semelhante à seleção natural que opera sobre os organismos: o comportamento que de alguma forma “funciona” para um indivíduo será mais suscetível de ocorrer do que aquele que “não funciona”. Tal conceito dificulta que haja um entendimento quanto ao problema de comportamento como fruto de uma “doença mental”.
5. Enquanto na psiquiatria se tenta descrever o que é comportamento “normal” para identificar o “anormal”; na análise do comportamento, tenta descrever as leis gerais do comportamento, seja ele qual for (BANACO et al., 2012).

Apresentando essas duas formas de analisar o fenômeno, não se pretende, aqui, defender uma proposta em detrimento de outra; pelo contrário. Devido à psicopatologia ser uma área extensa e complexa, admite-se que todas as formas de olhar para a problemática são válidas e é mais enriquecedor a soma dos saberes do que a subtração. Até porque alguns comportamentos psicopatológicos podem, de fato, ter sua origem em estruturas físicas, pertencendo a área médica. Já outros se manifestam devido arranjos ambientais que produzem comportamentos que seriam classificados como psicopatológicos e esses pertencem ao âmbito de estudo da análise do comportamento (BANACO et al., 2012).

Tratando exclusivamente da compulsão alimentar e levando-se em consideração os critérios utilizados pelo DSM-5 para seu diagnóstico, sob os quais diversos comportamentos estão vinculados ao transtorno, entende-se que a concepção da análise do comportamento possa contribuir de forma teórica, metodológica e terapêutica para a compreensão e intervenção do fenômeno.

O transtorno de compulsão alimentar, segundo a medicina, é caracterizado por episódios de compulsão na ingestão de alimentos: tais episódios ocorrem com relativa frequência, dentro de um determinado intervalo/período. Sob o olhar da análise do comportamento, o fenômeno da compulsão alimentar é definido quando o comportamento de comer compulsivamente ocorre em alta frequência, mesmo com sensação de saciedade.

Assim, admite-se que o indivíduo que apresenta alta frequência de episódios de compulsão alimentar é um potencial candidato à obesidade, uma vez que a compulsão alimentar, associada ao sedentarismo, é considerada uma das principais variáveis para a determinação da obesidade, segundo um levantamento, acerca dos fatores considerados causadores da obesidade, realizado por Barbieri e Mello (2012).

A obesidade é caracterizada, essencialmente, pelo excessivo ou acúmulo anormal de adiposidade no organismo que pode causar comprometimentos à saúde (BARBIERI; MELLO, 2012). É considerada uma doença crônica e seu diagnóstico é realizado a partir da aferição do Índice da Massa Corporal (IMC), adotado como parâmetro por organismos internacionais, a exemplo da Organização Mundial da Saúde (OMS), para estimar a prevalência deste transtorno na população (DOBROW; KAMENETZ; DEVLIN, 2002). Esse índice estabelece, basicamente, duas categorias para descrever a condição de um indivíduo que está acima do peso corporal considerado normal: o **sobrepeso** e a **obesidade**.

O sobrepeso é caracterizado quando o cálculo do IMC resulta em índices que variam de 25 a 29,9 Kg/m². A obesidade é caracterizada quando o cálculo do IMC atinge índices de 30 a 34,9 Kg/m².

A chamada **obesidade mórbida** é aferida quando o índice do IMC ultrapassa 35 Kg/m². Nesta condição, o indivíduo já excede o peso normal em mais de 40% (DAMIANI; DAMIANI; OLIVEIRA, 2002).

Juntamente a essa condição da obesidade, podem surgir problemas de saúde. A

obesidade, hoje, é considerada uma epidemia global. Cerca de 1,1 bilhões de adultos e 10% das crianças do mundo possuem sobrepeso ou são obesas. Classicamente, a questão da obesidade está associada a fatores de risco para doenças cardiovasculares, como: diabetes mellitus, hipertensão sistêmica e, cada vez mais, encarada como fator de risco independente para doenças arteriais coronarianas (GOMES et al., 2010).

PRINCIPAIS TÉCNICAS DE CIRURGIA BARIÁTRICA E SEUS IMPACTOS SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES

A obesidade é uma doença crônica, de caráter multifatorial. Quando ocorre insucesso nas intervenções clínicas e terapêuticas, pode ser levantada a hipótese de um tratamento com resultado considerado mais ágil ou rápido: a intervenção cirúrgica.

As cirurgias admitidas, nestes casos, são nomeadas de cirurgias bariátricas. Elas podem vir a modificar somente o estômago, com o intuito de reduzir o compartimento do alimento e despertar a impressão de saciedade. Ou, também, podem se localizar no complemento do intestino delgado, buscando diminuir a área de absorção de nutrientes (ZEVE; NOVAIS; OLIVEIRA, 2012).

Para a realização desse procedimento, segundo Hintze et al. (2011), é importante que o paciente se enquadre nos requisitos apontados como indicadores para a intervenção cirúrgica. Esses indicadores são descritos pela resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.766/05 e são:

- Possuir idade superior a 18 anos;
- Ter índice de massa corporal (IMC) superior ou igual a 35 Kg/m² ou igual ou superior a 40KG/ m²;
- Apresentar, se o IMC for igual ou superior a 35Kg/ m², comorbidades como: hipertensão arterial, osteoartrite, apneia do sono, diabetes, doença coronariana entre outras;
- Ter realizado outras tentativas através de métodos convencionais, como, por exemplo: dietas e atividades físicas;
- Possuir estrutura psicológica para seguir a nova dieta prescrita pós cirurgia.

Algumas das técnicas utilizadas na intervenção cirúrgica para a diminuição do peso são: Gastroplastia vertical com bandagem, *Lap Band*, *A Capella*, Derivação Bíleo Pancreática e o *Marca Passo Gástrico*.

A cirurgia bariátrica, assim como qualquer outro procedimento bioeticamente aceitável, deve atender aos seguintes quesitos:

1. Não ocasionar efeitos colaterais expressivos, previsíveis e evitáveis, seguindo o princípio da não malevolência.
2. Proporcionar benefícios para o indivíduo sob tratamento, seguindo o princípio da benignidade.
3. Ser disponível para diferentes pessoas, livre de qualquer tipo de preconceito,

seja de cor, gênero, credo, posição política ou socioeconômica. Desta forma, deve ser cumprido o princípio da justiça.

4. A autonomia deve ser respeitada, levando em consideração que o paciente opta em aceitar ou não o tratamento sugerido, após explicação, clara, objetiva e honesta dos objetivos, riscos e possíveis complicações da intervenção, sem tentativa de provocar a aceitação do procedimento sugerido e, é exigida a utilização de termo de consentimento livre e esclarecido (JORGE FILHO, 2006).

No Brasil, observa-se que o índice de pessoas que se submetem à cirurgia bariátrica está cada vez maior. Em 1999, foram realizadas 63 gastroplastias; já em 2003, o número saltou para 2.528 intervenções: isto é, o número de cirurgias realizadas, no ano de 2003, foi 40 vezes maior do que as realizadas no ano de 1999 (HINTZE et al., 2011). E, desde então, esses números vem subindo cada vez mais.

A cirurgia pode gerar complicações, mas em sua grande maioria, de pequena gravidade (incisionais, urinárias e pulmonares). Porém, complicações como fístulas digestivas (2,6%) ou embolia pulmonar (1%), possuem alta gravidade e exigem cuidados intensivos (GARRIDO, 2000 apud SANTOS; GUIMARÃES, 2008).

Pós a realização da cirurgia, ocorre uma grande mudança na vida do paciente, principalmente referente à alimentação. É de extrema importância que haja uma preparação prévia e adequada do indivíduo submetido a esse procedimento cirúrgico. Exemplo disso, é que a dieta pós cirúrgica inicia-se com líquidos; depois de uma ou duas semanas, pode dar início à dieta composta de alimentos pastosos e, finalmente após um mês, inicia-se a dieta leve com pequenas quantidades de alimentos sólidos. Desta forma, este tipo de orientação será de grande valia para a recuperação do paciente.

Assim, a cirurgia decerto não é uma solução definitiva para a obesidade mórbida. Na realidade, o que pode ocorrer, em muitos casos, é a substituição do problema (o da obesidade com suas comorbidades) por complicações pós-operatórias, limitações de hábitos alimentares etc.

Os procedimentos cirúrgicos são agressivos e seus efeitos pós-operatórios indesejáveis poderão aparecer, em grau maior ou menor (JORGE FILHO, 2006). Sendo assim, a intervenção pode alterar a estrutura corporal; mas, para que a obesidade seja vencida com êxito visando a qualidade de vida do paciente, é necessário tratar o sujeito que a possui de forma ampla. E se, mesmo com uma preparação adequada e acompanhamento pós intervenção, o indivíduo poder vir a apresentar diversas complicações, isso pode se tornar ainda mais grave caso não e, por esse fato, torna-se ainda mais necessária uma preparação adequada pré cirurgia e o acompanhamento no período pós operatório.

A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO NOS PERÍODOS PRÉ E PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA DE PACIENTES COM COMPULSÃO ALIMENTAR

Atualmente, a compulsão alimentar, assim como a bulimia nervosa, estão se tornando cada vez mais frequentes e com grande aumento de prevalência na população (GORDON, 1999 apud MACHADO et al., 2001).

Como descrito no capítulo anterior, a compulsão pode ser um fator gerador de obesidade. A obesidade grau III está vinculada a uma piora da qualidade e redução de expectativa de vida, alta frequência de comorbidade e maior probabilidade de insucesso em tratamentos menos invasivos (SEGAL; FANDIÑO, 2002).

Assim, se o público candidato à cirurgia bariátrica é composto de obesos, principalmente daqueles que não obtiveram sucesso em métodos menos agressivos, e que, ainda, a compulsão alimentar pode ser um dos fatores prejudiciais em sua tentativa de emagrecer (dietas e reeducação alimentar, por exemplo), estes indivíduos – se não estiverem sob alguma forma de tratamento e/ou acompanhamento específico – pode não conseguir evitar os episódios de “ataques” ao comer. Isto é, por mais que haja esforço para a manutenção de uma alimentação correta, quando o episódio de compulsão emergir, a alimentação adequada instaurada será quebrada/interrompida.

Além de levar em consideração essas informações, verifica-se o aumento de casos de pacientes com compulsão alimentar que buscam a intervenção cirúrgica visando o emagrecimento, uma vez que, em geral, esses pacientes consideram outros métodos “demorados” ou mais “difíceis” para o seguimento a um determinado padrão alimentar.

Todos os candidatos ao procedimento da cirurgia bariátrica devem contar com acompanhamento – tanto pré como pós – à intervenção cirúrgica. E aqueles que apresentam episódios de compulsão alimentar se encontram numa situação ainda mais delicada, devido às características típicas do transtorno apresentando e, assim, destacar-se-á, aqui, a necessidade de intervenções mais específicas voltadas a esses candidatos, enfatizando a importância do acompanhamento psicológico a essa demanda.

O acompanhamento desses pacientes, no período pré operatório, é caracterizado por uma avaliação realizada por equipe multidisciplinar constituída por: pneumologista, cirurgião cardiologista, psicólogo, nutricionista e outros profissionais, caso haja necessidade (CRUZ; MORIMOTO, 2004 apud QUADROS; BRUSCATO; BRANCO, 2006).

É de grande importância essa avaliação para saber se o indivíduo está apto à cirurgia, e, também, com a contribuição do saber do profissional de cada área específica se constrói uma percepção mais global desse indivíduo, assim contribuindo para o desenvolvimento de estratégias de intervenção cada vez mais ajustadas ao paciente.

O início da avaliação dos potenciais candidatos à cirurgia bariátrica se dá, inclusive, com o objetivo de avaliar a presença da compulsão alimentar, bem como a

sua intensidade. Essa mensuração geralmente é realizada via escalas de avaliação desenvolvidas e adaptadas para rastrear TCA. E vale ressaltar, ainda, que o diagnóstico deve vir acompanhado por uma entrevista clínica complementar à aplicação desses materiais (FREITAS et al., 2001).

Após a elaboração de um diagnóstico preciso realizado pelo profissional que, além de adotar os critérios do DSM-5 (APA, 2014), pode recorrer a escalas de avaliação clínica, pode-se começar a pensar em alguns tipos de estratégia de intervenção psicológica para o paciente que apresenta um quadro no qual esteja envolvido o TCA.

No caso da compulsão alimentar, especificamente, são acrescentados alguns agravantes que denotam, ainda mais, a necessidade de acompanhamento psicológico pré e pós cirurgia. Não raro, são observadas maior frequência de recaídas no período pós cirúrgico, como: abuso de álcool e drogas, comorbidade à depressão e transtornos de personalidade (MACHADO et al., 2008).

Se o paciente com compulsão alimentar passar pela intervenção da cirurgia bariátrica, sem uma preparação adequada, seus episódios de comer podem continuar se repetindo. E um estudo realizado na Universidade da Pensilvânia, coordenado por Thomas A. Wadden, demonstrou que o comportamento de purgar e vomitar em pacientes bariátricos aparece em um a dois terços dessa população (MARCHESINI, 2010).

Esses dados são preocupantes porque, após a cirurgia, o estômago já não possui capacidade de receber grandes quantidades de alimentos e, se o indivíduo ingerir alimentos em grande proporção, poderá ter danos à sua saúde e até prejudicar a própria intervenção realizada.

Investigações com grande amostra populacional aponta a compulsão alimentar associada ao risco significativamente aumentado de dependência de álcool. O abuso de álcool e drogas pode resultar, como um mecanismo de substituição à compulsão. Por exemplo, o indivíduo que apresentava episódios de comer compulsivamente, após realizada a cirurgia, se continuar a comer em excesso, terá alta probabilidade de se sentir mal, devido à sua nova capacidade estomacal. Como consequência a isso, não conseguirá realizar seus episódios compulsivos como anteriormente e, assim, o mesmo pode vir a substituir sua compulsão. E a bebida pode ser uma das fontes escolhidas porque, durante o período imediatamente após o procedimento cirúrgico, ela é ingerida com facilidade, assim como as drogas, além de algumas destas terem fator inibidor de apetite (MACHADO et al., 2008).

O FENÔMENO DA OBESIDADE E OS EFEITOS DA CIRURGIA BARIÁTRICA SOBRE OS PACIENTES, SEGUNDO A ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

A análise do comportamento (AC) é uma área da Psicologia, cujo enfoque é o comportamento do indivíduo na relação deste com o seu mundo (RODRIGUES;

RIBEIRO, 2007).

Nessa interação, o comportamento é tido como fenômeno relacional. O ambiente, para a AC, integra as dimensões sociais e físicas, nas quais são vivenciadas a interação do indivíduo. É importante a diferenciação do comportamento da pessoa e o ambiente em que ele ocorre, para fins práticos e teóricos. Entretanto, deve-se destacar que não há a possibilidade de separar o comportamento do ambiente.

O objeto central do analista do comportamento é o comportamento do indivíduo, estabelecido na relação entre comportamento e ambiente, visando esclarecer por que um grupo ou uma pessoa faz algo de determinada maneira. O comportamento de “realizar algo”, sob o enfoque da AC, é amplo; pois, é de interesse deste referencial, tanto os comportamentos privados [pensamentos e sentimentos], como os públicos [visíveis] (HAMASAKI, 2014).

Atualmente, diversas linhas teóricas da Psicologia, tem tomado a obesidade como campo de intervenção e de análise, cada qual com sua forma de olhar e abordar o fenômeno. A AC, assim como as demais áreas da Psicologia, também vem desenvolvendo pesquisas sobre a obesidade.

De acordo com Cavalcante (2009) desde a publicação do estudo clássico realizado por Ferster, Nurnberger e Levitt (1962), há um crescente interesse pelos profissionais da área em compreender melhor esse fenômeno. O trabalho realizado era caracterizado pela descrição e análise do comportamento alimentar, a partir da relação indivíduo-ambiente, desenvolvida ao longo da história do indivíduo, com o objetivo de identificar quais condições ambientais (variáveis) eram responsáveis pela instalação e manutenção do padrão comportamental observado. Assim, com o intuito de identificar a função desse padrão, buscou-se, também verificar métodos para estabelecer autocontrole e mudanças comportamentais desses indivíduos.

Ainda segundo Cavalcante (2009) os estudos, inicialmente, eram desenvolvidos apenas em laboratórios com ambiente controlado, como nos trabalhos de Fester, Nurnberger e Levitt (1962) e Goldiamond (1965). Entretanto, de forma progressiva foi se estendendo para outros cenários, como consultórios psicológicos e hospitais, como apresentado na análise de atendimento clínico na dissertação de mestrado de Barbosa (2001).

De acordo com Cavalcante (2009) no Brasil, o estudo primeiro da AC na área foi desenvolvido por Kerbauy (1972), em sua tese de doutorado em Psicologia na Universidade de São Paulo (USP). Desde o surgimento desse estudo, diversos pesquisadores do país tem estudado o tema sob o mesmo referencial, visando desenvolver conhecimentos científicos que orientem suas ações terapêuticas.

Com o aumento da realização de estudos referentes à obesidade, sob perspectiva da análise do comportamento, passou a se levantar questões referentes à função que o comportamento alimentar adquire para o obeso. Para responder a esta pergunta, de acordo com o referencial teórico escolhido, é necessário passar pelo processo de descrição e análise das contingências a que o indivíduo está exposto. Isto é, por uma

análise funcional de seu comportamento (CAVALCANTE, 2009).

A análise funcional está associada a uma ideia selecionista, não mecanicista, na qual não há apenas um originador do comportamento. A referida análise está voltada para o reconhecimento da complexa e múltipla rede de determinações de instâncias de comportamento, representadas pelas ações sob diferentes níveis (ontogênese, filogênese e cultura) das consequências resultantes do comportamento sobre a chance de respostas da mesma classe (NENO, 2003).

No livro *Obesidade e análise do comportamento* (2009) são citados os estudos de Silva (2001), Kerbauy (1988) e Gonçalves e Oliveira (2003) que apontam possíveis causas da instalação e manutenção da compulsão alimentar do indivíduo. O primeiro autor (SILVA, 2001) aponta a escassez de fontes de reforçamento positivo alternativos à comida no ambiente do sujeito obeso, vinculado à história de exposição a contingências familiares, especialmente na infância, quando o alimento é aplicado em substituição a outros reforçadores, como por exemplo: atenção, contato físico, entre outros. Tais fontes são elementos relevantes para a instalação e manutenção do comportamento alimentar do obeso.

Já a segunda autora (KERBAUY, 1988) conclui que o comportamento alimentar do indivíduo pode ser instalado e mantido, também, por reforçamento negativo. Porque há momentos em que o indivíduo entra em contato com estímulos aversivos ou pré-aversivos e não tem a oportunidade da emissão de respostas de fuga e/ou esquiva. O indivíduo pode vivenciar uma sensação de ansiedade e com o objetivo de, pelo menos momentaneamente, baixar o estado corporal ocasionado, ele, então, come, reforçando negativamente o comportamento de ingerir alimentos nestas situações.

É importante destacar que, coerentemente com a fundamentação epistemológica da Análise do Comportamento, a ansiedade não é tomada como causa do comportamento alimentar do obeso, mas a situação que a gerou. Nestes termos, a ansiedade é tão produto das contingências quanto o comportamento alimentar do obeso. (CAVALCANTE, 2009, pp. 29-30)

Outros estudos destacam que as contingências existentes no ambiente social do obeso podem estar vinculadas ao modelo de ingestão de alimento apresentado. Esses estudos apontam que os padrões comportamentais e a oferta de alimentos, existentes no ambiente familiar, são variáveis que afetam a instalação do quadro da obesidade. Essas variáveis também se relacionam com as dificuldades em realizar dieta alimentar, fazer exercícios periodicamente e manter a perda de peso obtida, inclusive, com o uso de medicamentos (CAVALCANTE, 2009).

Agora, se tratando especificamente dos obesos que se submeteram à cirurgia bariátrica, é preciso enfatizar que a utilização de apenas estratégias médicas, mesmo as mais interventivas, como a cirurgia, podem até produzir perda de peso, mas não preparam o indivíduo para lidar com sua nova situação (ADES; KERBAUY, 2002).

Cavalcante (2009) relata, em seu trabalho, que estudos como os de Ades, Kerbauy (2002) demonstram que intervenções que associam a medicina e as estratégias

comportamentais são mais eficazes, visto que a preparação comportamental aumenta o repertório do organismo, em diversos aspectos, promovendo o aprendizado de como lidar com as novas contingências que se caracterizaram em seu ambiente da cirurgia em diante.

Pessoas com excesso de peso são mais diferentes que parecidas. Nem todos os nossos sujeitos respondem ao procedimento da mesma maneira. As variáveis pessoais e sociais envolvidas são relevantes e muitas vezes desconhecidas e escapam ao controle do experimentador. Parece que temos em mãos uma tecnologia que nos permite fortalecer comportamentos incompatíveis com a resposta de comer excessivamente a ser eliminada, mas que há ainda um longo caminho a percorrer. Encontrar a resposta controladora proposta por Skinner é possível. O problema central é manter essa resposta. (KERBAUY, 1977 apud CAVALCANTE, 2009)

Assim, torna-se claro que, quando falamos de obesidade e de compulsão alimentar, não se deve generalizar os modelos de intervenção ou a queixa do paciente. Porque cada indivíduo possui uma constituição singular e uma história construída ao longo da vida com essas questões, que é única. Portanto, para a análise do comportamento, antes de buscarmos intervenções externas ao indivíduo, como a intervenção cirúrgica, deve-se compreender e trabalhar qual é o papel que a alimentação possui na constituição e dia a dia desse paciente.

REFERÊNCIAS

ADES, Lia; KERBAUY, **Rachel Rodrigues**. **Obesidade: Realidade e indagações**. Revista Psicologia. USP, v. 13, n. 1, p. 197-216, São Paulo 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100010&lng=pt&nrm=iso&tng=pt. Acesso em: 10 ago. 2015.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIACION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5ª ed. – DSM-5 – Porto Alegre (RS): Artmed, 2014.

APPOLINARIO, José Carlos; CLAUDINO, Angélica M. **Transtornos alimentares**. Revista Brasileira Psiquiatria vol.22, p.28-31, São Paulo 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1516-44462000000600008&script=sci_arttext. Acesso em: 06 set. 2015.

BANACO, Roberto Alves et al. Psicopatologia. In: Maria Martha Costa Hübner; Marcio Borges Moreira. (Orgs.). **Temas clássicos da psicologia sob a ótica da análise do comportamento**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan Ltda., 2012, p. 154-166.

BARBIERI, Aline Fabiane; MELLO, Rosângela Aparecida. **As causas da obesidade: Uma análise sob a perspectiva materialista histórica**. Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP, v.10, p. 133-153, Campinas, 2012. Disponível em: <http://fefnet178.fef.unicamp.br/ojs/index.php/fef/article/viewFile/653/396>. Acesso em: 10 ago. 2015.

CAVALCANTE, Lúcia Cristina. **Obesidade e Análise do Comportamento**. Belém (PA): Artmed 2009.

DAMIANI, Durval; DAMIANI, Daniel; OLIVEIRA, Renata Giudice. **Obesidade: Fatores genéticos ou ambientais?** Revista Pediatria Moderna, v. 38, n. 3 p. 57-80, São Paulo, 2002. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=1850 HYPERLINK „ Acesso em: 04 abr. 2015.

DOBROW, Ilyse J.; KAMENETZ, Claudia; DEVLIN, Michael J. **Aspectos psiquiátricos da**

obesidade. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 24, n. 3, p. 63-7, New York, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13975.pdf> Acesso em: 04 abr. 2015.

FREITAS, Silvia et al. **Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica.** Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 23, n. 4, p. 215-220, Barra 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n4/7169.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

GARRIDO, Arthur B. Junior. **Cirurgia em obesos mórbido: Experiência pessoal.** Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 44, n. 1, p. 106-110, São Paulo, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302000000100017&script=sci_arttext . Acesso em: 06 set. 2015.

GOMES, Fernando et al. **Obesidade e doença arterial coronariana: Papel da inflamação vascular.** Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v. 94, n. 2, p. 273-9, São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n2/21.pdf> . Acesso em: 06 set. 2015.

HAMASAKI, Eliana Isabel de Moraes. **Variáveis sociais e saúde: Multideterminação do comportamento humano e suas implicações em diferentes contextos.** Projeto Docente de Iniciação Científica. Universidade Nove de Julho, São Paulo, 2014.

HINTZE, Luzia Jaeger et al. **Cirurgia bariátrica no Brasil.** Revista de Ciências Médicas, v. 20, n. 3/4, Campinas 2011. Disponível em: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/585/565>. Acesso em: 10 ago. 2015.

JORGE FILHO, Isac. **Aspectos éticos e legais da cirurgia bariátrica.** Revista Einstein, v. 4, n. supl. 1, p. S125-S129, São Paulo 2006. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/268-125-129.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

MACHADO, Cristiane Evangelista et al. **Compulsão alimentar antes e após a cirurgia bariátrica.** Revista ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, v. 21, n. 4, p. 185-191, São Paulo 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abcd/v21n4/v21n4a07>. Acesso em: 10 ago. 2015.

MACHADO, Paulo P. P. et al. **Tratamento cognitivo comportamental em grupo da perturbação de ingestão alimentar compulsiva: Um estudo exploratório.** International Journal of Clinical and Health Psychology, v. 1, p. 307-316, Braga 2001. Disponível em: <http://www.aepc.es/ijchp/articulos.php?coid=Espa%F1ol&id=14>. Acesso em: 10 ago. 2015.

MARCHESINE, Simone Dallegrave. **Acompanhamento psicológico tardio em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.** Revista ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, v. 23, n. 2, p.108-113, Curitiba 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abcd/v23n2/10.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

NENO, Simone. **Análise funcional: Definição e aplicação na terapia analítico-comportamental.** Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva, v. 5, n. 2, p. 151-165, Belém 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v5n2/v5n2a06.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

QUADROS, Magda Rosa Ramos; BRUSCATO, Giovanna Teresa; BRANCO FILHO, Alcides José. **Compulsão alimentar em pacientes no pré-operatório de cirurgia bariátrica.** Revista Psicologia Argumento, v. 24, n. 45, p. 59-65, Curitiba 2006. Disponível em: http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:d6jEV0y2hfAJ:scholar.google.com/+Compuls%C3%A3o+Alimentar+em+Pacientes+no+Pr%C3%A9-Operat%C3%B3rio+de+Cirurgia+Bari%C3%A1trica.&hl=pt-BR&as_sdt=0,5. Acesso em: 10 ago. 2015.

RODRIGUES, Josele Abreu; RIBEIRO, Michela Rodrigues. **Análise do comportamento: Pesquisa, teoria e aplicação.** Porto Alegre (RS): Artmed, 2007.

SEGAL, Adriano; FANDIÑO, Julia. **Indicações e contra-indicações para realização das operações**

bariátricas. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 24, n. supl III, p. 68-72, São Paulo 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbp/v24s3/13976.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

ZEVE, Jorge Luiz de Mattos; NOVAIS, Poliana Oliveira; OLIVEIRA, Nilvan Júnior. **Técnicas em cirurgia bariátrica: Uma revisão** da literatura. Revista Ciência & Saúde, v. 5, n. 2, p. 132-140, Porto Alegre 2012. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/10966/8206>. Acesso em: 10 ago. 2015.

AMOR OPRESSOR: O PSICÓLOGO E SUAS AÇÕES PARA MUDANÇAS NA VIDA DA VÍTIMA DE RELACIONAMENTO ABUSIVO

Winthney Paula Souza Oliveira

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UNIFACEMA
Caxias – MA

Mônica dos Santos de Oliveira

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UNIFACEMA
Caxias – MA

Francisca Tatiana Dourado Gonçalves

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UNIFACEMA
Caxias – MA

Rudson Vale Costa

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UNIFACEMA
Caxias – MA

Maria de Jesus Martins de Andrade Silva Cunha

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UNIFACEMA
Caxias – MA

Evando Machado Costa

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UNIFACEMA
Caxias – MA

Pedro Wilson Ramos da Conceição

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UNIFACEMA
Caxias – MA

Maria do Socorro de Sousa Cruz

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UNIFACEMA

Caxias – MA

Murilo Simões Carneiro

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UNIFACEMA
Caxias – MA

RESUMO: INTRODUÇÃO: O Brasil é um país com altos níveis de violência em suas diversas facetas, criminalidade, marginalidade social, bem como maus tratos no espaço doméstico e familiar. Conhecer, compreender tais cenários, os comportamentos da vítima e agressor, conduz o profissional, a sociedade e até mesmo a vítima a buscar propostas para coibir a violência no espaço familiar. Cabe ao psicólogo ter posse de conhecimentos, informações e medidas de intervenção que conduzam à vítima a buscar apoio para superação das agressões, de forma a promover a reestruturação da relação vítima – agressor para ressignificação desta, para que um novo perfil comportamental afetivo entre os pares seja traçado de forma funcional ou mesmo propiciar assistência psicológica à vítima que deseja romper definitivamente os vínculos com o agressor. **OBJETIVO:** Estudar a violência doméstica contra a mulher perpetrada pelo parceiro do sexo masculino e as ações do psicólogo para minimização dos impactos na vida das vítimas. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão de literatura de natureza

bibliográfica sobre a violência doméstica contra a mulher em suas diversas interfaces, física e psicológica e as contribuições do psicólogo para ressignificação da vida das vítimas de relacionamentos abusivos, através do acolhimento, prevenção, identificação ou mesmo erradicação da violência doméstica. A coleta de dados se deu a partir dos bancos de dados eletrônicos Scielo, Lilacs e Medline buscando artigos científicos que contemplassem a temática para estruturação deste estudo. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A violência contra a mulher é uma fragmentação dos direitos humanos, suas manifestações lesionam a integridade física, psicológica e perturbam a saúde das vítimas de maneira global, degradando suas emoções, causando prejuízos e alterações comportamentais. As ações efetuadas pelo psicólogo para modificações de condutas e superação da violência, permeiam ações de respeito com foco para o fortalecimento da auto estima, auto valorização, promoção da qualidade de vida e inserção de estratégias para que a vítima se liberte da angústia, pois muitas vezes acredita que é a culpada pelas agressões desferidas pelo parceiro. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O trabalho do psicólogo, consiste no apoio para que a vítima abandone a situação de aceitação das agressões e da violência. Seguindo o caminho de reestruturação entre o casal através do rompimento do ciclo de agressões ou através de estratégias que permitam à vítima remodelar sua vida e romper com o relacionamento abusivo por meio da solidificação e valorização dos aspectos e sentimentos positivos em relação a si, auto valorização, respeito, amor e estima próprios, fortalecendo a mulher para a formação e estabelecimento de vínculos adequados e saudáveis.

PALAVRAS-CHAVE: Violência Doméstica; Violência Contra a Mulher; Psicologia.

1 | INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde – OMS relata que a violência doméstica contra a mulher é um problema de ordem de saúde pública presente em todas as classes sociais. Os relacionamentos abusivos, violentos e tóxicos, são bastante comuns e evidenciam-se por meio do excesso de poder de um parceiro sobre o outro, expresso através de agressões físicas, negligência, violência sexual ou psicológica.

O parceiro abusivo exterioriza a violência por intermédio de crises de ciúmes, diminuição da auto estima, culpabilização, gritos, socos, xingamentos, controle da parceira com incontrastáveis proibições e impedimentos, com externalização de condutas possessivas direcionadas ao outro, com muita frequência a severidade das agressões acarretam em posteriores suicídios ou homicídios para libertação de uma situação opressora há muito instalada.

Para coibir ou minimizar os dados alarmantes de violência dirigidas ao público feminino, em 2006 foi promulgada a Lei nº11.340, popularmente conhecida como Lei Maria da Penha, para que as vítimas de violência doméstica e familiar diante do cenário da justiça dispusessem de amparo para libertação de relações tóxicas, bem como meios preventivos, apresentação de medidas de segurança à vítima, punição ao agressor e mesmo erradicação da violência. Apesar, desta Lei retratar a eliminação de

todas as formas de violência, existem impedimentos sociais, econômicos e culturais que aprisionam e calam as vítimas, mantendo-as encarceradas, seja por dependência financeira, medo de refazer a vida, receio de ameaças e represália do parceiro agressor, preocupação com a opinião pública ao ser desvelada as agressões, manutenção do modelo de família tradicional ou pelo fato de a mulher ainda manter um forte vínculo afetivo com o agressor, estas, são algumas situações que dificultam e perpetuam os casos de violência prolongando e intensificando o sofrimento e desgaste físico e/ou psicológico da mulher refém de relacionamento opressor.

O Brasil é um país com altos níveis de violência em suas diversas facetas, criminalidade, marginalidade social, bem como maus tratos no espaço doméstico e familiar. Conhecer, compreender tais cenários, os comportamentos da vítima e agressor, conduz o profissional, a sociedade e até mesmo a vítima a buscar propostas para coibir a violência no espaço familiar e cabe ao psicólogo ter posse de conhecimentos, informações e medidas de intervenção que conduzam à vítima a buscar apoio para superação das agressões, reestruturação da relação vítima – agressor para ressignificação da relação do casal, o psicólogo deve traçar um novo perfil comportamental afetivo entre os pares de forma funcional ou, nos casos em que a mulher opta por romper os vínculos com o agressor, o profissional deve propiciar apoio e assistência psicológica à vítima. Constitui-se como objetivo central deste estudo compreender a violência doméstica contra a mulher perpetrada pelo parceiro do sexo masculino e as ações do psicólogo para minimização dos impactos na vida das vítimas.

2 | RELAÇÕES TÓXICAS: AMOR OPRESSOR

2.1 Gênero e violência: um diálogo necessário

Ao estudarmos sobre a História das mulheres é perceptível a invisibilidade que norteiam a existência feminina, logo se faz necessário mesmo que de maneira breve expor o grito, o clamor, bem como o protesto apresentado pelos movimentos de mulheres que buscaram e continuam a lutar para romper com o silêncio e a invisibilidade a que as mulheres foram submetidas ao longo da História (PERROT, 2004).

Em razão desse contexto, na história das sociedades humanas, “[...] contada e, supostamente, feita pelos homens, identificamos que o espaço privado foi reservado às mulheres como local privilegiado de sua ocupação e ação [...]” (SENA, 2004, p. 47). É importante destacar que, apesar do lugar social destinado às mulheres coube, principalmente, a estas desnaturalizar e contestar a ordem estabelecida imposta pela sociedade patriarcal, fato que pode ser percebido por meio da luta nos movimentos de mulheres e feministas que passaram a defender os direitos sociais e políticos da população feminina. Nessa direção, Sena afirma:

[...] compreendemos que, ao se deslocarem do espaço meramente privado, que é percebido como espaço de excelência das mulheres, e se deslocarem para o espaço público - sinalizado pela sua crescente inserção no mercado de trabalho, pela sua participação na Literatura, na Ciência, nas artes, pelo seu engajamento na vida política - trazem para ele um conjunto de elementos diferentes: significados, emoções, concepções de mundo, relações sociais, racionalidade. As complexas relações estabelecidas no espaço denominado como de todos/as gestaram um campo fértil para que as mulheres se organizassem politicamente, materializando uma sociabilidade que produz novas configurações da esfera pública, assim como reorienta a efetivação e limites dos marcos democráticos. (SENA, 2004, p. 47)

A violência contra a mulher é um fenômeno histórico, fruto das relações de desigualdade de gênero, as quais, conjuntamente com os recortes de classe, raça, geração e sexualidade, estão imbricadas aos interesses que norteiam as relações entre homens e mulheres que no geral são marcadas pela submissão feminina. Todavia, não é possível analisar sobre as relações de gênero sem compreendê-las em seu contexto sociohistórico, econômico e cultural. Quando esses marcadores da diferença são analisados na ordem patriarcal, percebe-se que tais relações são hierarquizadas, logo as mulheres são vistas como propriedade chegando ao ponto do homem ceifar precocemente a vida das mulheres, pois o índice de violência está alarmante.

A violência de gênero é naturalizada de tal forma que é visto como um fenômeno que sempre existiu e que sempre ocorrerá, em virtude da superioridade destinada aos homens. Destaca-se então que é preciso desconstruir esta naturalização e, portanto, compreender que a “violência contra a mulher” foi construção e pode ser desconstruída, principalmente com ações que promova a igualdade de gênero.

Por conseguinte, ao falarmos sobre violência contra a mulher temos a pretensão de destacar às relações patriarcais de gênero que estabelecem com disparidade a vivência entre homens e mulheres, fato que pode ser comprovado na relação de convívio, identidade e sexualidade entre os sexos. Gênero é uma categoria criada para demonstrar que a grande maioria das diferenças entre os sexos são construídas social e culturalmente a partir de papéis sociais diferenciados que, na ordem patriarcal, criam pólos de dominação e submissão (SAFIOTTI, 2004).

A compreensão desse contexto é essencial para que possamos entender a luta da mulher em busca de direitos e visibilidade social, bem como a sua capacidade de dialogar com a sociedade “[...] fazendo história se fazendo reconhecer enquanto sujeitos individuais e coletivos, rebelando-se pelos direitos à cidadania, a uma identidade social e política [...]” (ESMERALDO, 1998, p. 55 apud SENA, 2004 p. 76). Nesse contexto, o território marcado pelas mulheres colaborou para que a agenda política contemplasse as novas demandas apresentadas pelos movimentos organizados de mulheres.

O fortalecimento da sociedade civil organizada e de todos os protagonistas que se preocupam com o enfrentamento da pobreza, das desigualdades, da exclusão social, da discriminação, da violência, torna-se primordial, tendo em vista que a participação organizada pode-se consolidar por meio da atuação constante e consciente dos atores envolvidos no processo de desenvolvimento da sociedade.

Refletimos com Ferreira (2007) que o mapa das desigualdades somente será modificado, com qualidade, por meio de políticas públicas¹, bem como mecanismos que possam coibir e combater a violência contra a mulher, para que assim possam atender às demandas sociais, apresentadas pela população feminina.

Nesse contexto nota-se que,

[...] a luta pela cidadania alterou a vida de milhões de mulheres na sociedade ocidental. As ativistas feministas fizeram campanhas por todos os recantos do planeta, pelo reconhecimento dos direitos das mulheres: direito a existir com dignidade, direito de propriedade, direito à educação e ao trabalho, direito de votar e ser eleita, direito a participar de espaços de poder e decisão, direito a seu próprio corpo, direito a viver livre de violências, direito de viver em igualdade de condições com os homens. Essas conquistas vêm sendo lentamente alcançadas, mas ainda é preciso superar grandes desafios para que a igualdade seja efetivada. (BRASIL, 2010, p.8)

Portanto, destaca-se que a população carece buscar o empoderamento, a igualdade de gênero, a visibilidade social, bem como lutar pelo fim de todas as formas de discriminação e violência as quais as mulheres estão submetidas.

2.2 Contribuições Psicossociais para ressignificação da vida das mulheres vítimas de violência doméstica

A violência contra as mulheres trata-se uma experiência de violação de direitos e de conflitos interpessoais que envolvem rompimentos nas relações de intimidade e confiança. É vista como um fenômeno que independe de idade ou contexto social, que ocorre em diferentes culturas e se apresenta de várias maneiras, física, moral, psicológica, patrimonial e sexual, todas com grande impacto sobre a vida da vítima (SAFFIOTI, 2006; FONSECA, 2012). É considerado um grave problema de saúde pública que vem a cada dia tomando proporções ainda maiores, apesar dos diversos dispositivos jurídicos usados para seu enfrentamento, bem como as políticas públicas de proteção e acolhimento.

Sabe-se que apenas os dispositivos jurídicos e executivos propostos primordialmente pela lei de nº 11.340, conhecida como lei Maria da Penha, não dão conta de toda demanda gerada pela violência contra a mulher e a sociedade espera uma solução efetiva e democrática para essas situações de violência e que não sejam apenas jurídicas, fazendo da inclusão do atendimento psicossocial, nesses sistemas de suporte, a resposta social exigida (VASCONCELOS E MACHADO, 2015) .

A literatura afirma que os maus tratos sofridos pela mulher vítima de violência, geram perdas significativas em sua saúde física e mental, bem como nas relações sociais, que deixam de funcionar como rede de apoio (MONTEIRO, SOUZA, 2007).

1. Políticas públicas podem ser compreendidas como respostas do Estado, frente às demandas da sociedade de forma mais propositiva, também são entendidas como processos sociais, históricos, contínuos e inacabados, constituídos por sujeitos cuja ação tem sido responsável pela ampliação de políticas sociais. Esses sujeitos podem ser partidos políticos, os sindicatos e os movimentos sociais como um todo, que têm funcionado, nas últimas décadas, no Brasil como elementos de pressão e ação para provocar mudanças sociais que têm como princípios a igualdade social. (FERREIRA, 2004, p. 2)

Sendo assim, um dos suportes oferecidos pelo atendimento psicossocial para as mulheres que viveram a mesma experiência de violência é realizar grupos em que elas possam quebrar o isolamento, obter informações, dar e receber suporte emocional (MATOS et al.,2012).

A atenção psicossocial tem um grande papel no processo de ressignificação para vida das mulheres que são vítimas de violência, pois é através desse serviço, seja ele grupal ou individual, que elas recebem atendimento e acolhimento necessários à superação da violência, contribuindo para o fortalecimento da mulher e o resgate da sua cidadania e de seu protagonismo social, agindo em novos projetos de vida e padrões de relação afetiva(HANADA, 2010).

Com isso, a atenção psicossocial vem cada vez mais ganha espaço de atuação e se insere como metodologia de trabalhos para políticas públicas. Tornando essencial o seu protagonismo em todas as redes de suporte destinadas à mulher, que de acordo com o publicado pela Secretaria de Políticas para mulheres (SPM), a rede de atendimento é composta por todos os serviços governamentais e não governamentais, que oferecem assistência à mulheres em situação de violência, que incluem os centros de referência, as casas abrigos, os postos de saúde e hospitais, institutos médico legais (IML), serviços de assistência jurídica e psicológica, defensoria pública, delegacia da mulher e poder judiciário, os serviços do Sistema Único de Assistência Social (Centro de Referência de Assistências Social - CRAS e Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS), dentre outros (BRASIL, 2006). Todos esses serviços podem ser porta de entrada para mulheres vítimas de violência à assistência e devem oferecer acolhimento necessário. A problemática acarreta inúmeras questões complexas que a caracterizam como um objeto interdisciplinar, exigindo assim, diversas atuações que permitam efetivamente a ressignificação da vida dessas mulheres.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura de cunho bibliográfico sobre a violência doméstica contra a mulher em suas diversas interfaces, física e psicológica e as contribuições do psicólogo para ressignificação da vida das vítimas de relacionamentos abusivos, através do acolhimento, prevenção, identificação ou mesmo erradicação da violência doméstica.

Buscou-se artigos do período de 2010 a 2018, percebeu-se o quanto a temática violência doméstica é recorrente fazendo necessário estudar e disseminar informações para apoio às vítimas e combate a toda e qualquer forma de violência.

Foram utilizadas as bases de dados Scielo, Lilacs e Medline. Foram lidos e utilizados artigos e materiais com enfoque sobre violência doméstica, abuso psicológico, relacionamento tóxico e assistência psicológica à vítima de violência doméstica.

Os critérios de inclusão utilizados foram: trabalhos completos originais publicados

com o tema proposto na língua inglesa, portuguesa e espanhola. Já os critérios de exclusão foram: textos incompletos que destoavam do tema central de estudo.

4 | DISCUSSÃO

A violência contra a mulher é uma fragmentação dos direitos humanos, suas manifestações lesionam a integridade física, psicológica e perturbam a saúde das vítimas de maneira global, degradando suas emoções, causando prejuízos e alterações comportamentais. As ações efetuadas pelo psicólogo para modificações de condutas e superação da violência, permeiam ações de respeito com foco para o fortalecimento da auto estima, auto valorização, promoção da qualidade de vida e inserção de estratégias para que a vítima se liberte da angústia, pois muitas vezes acredita que é a culpada pelas agressões desferidas pelo parceiro. (MONTEIRO, 2012).

O atendimento deve destacar-se pelo respeito às escolhas da vítima, muitas encontram elementos satisfatórios para se manter no relacionamento, o profissional deve destacar e evidenciar os pontos positivos da vítima para que esta desperte e redirecione suas escolhas, o psicólogo deve se pautar no acolhimento, auxílio, enfrentamento, e despertar na vítima o reconhecimento da relação como violenta, além da apresentação de medidas protetivas e de assistência às mulheres agredidas seja a violência de ordem física, verbal ou psicológica.

Na intervenção tem-se a preocupação em promover a autonomia e deslocamento das mulheres da condição de vítima, para planejarem novas possibilidades concretas de vida. Com o atendimento psicológico trabalha-se os aspectos da subjetividade e da individualidade, que favorecem atitudes de submissão a violência, juntamente com as questões de ordem cultural, objetivando assim, identificar as barreiras que impedem as mulheres em revelar a violência sofrida e o complexo sofrimento psíquico presente nessas experiências (PORTO; BUCHER-MALUSCHKE, 2012).

A violência e agressividade não podem ser naturalizadas nos relacionamentos, o psicólogo perante uma vítima que mesmo diante do quadro de violência ainda almeja permanecer no relacionamento, necessita promover ao casal um espaço para resolução de conflitos, sem hostilidade e agressões, apresentar possibilidades de expressão das divergências e respeito sem a utilização de violência física, palavras ofensivas e desagradáveis, buscando ativar reações de acolhimento e compreensão entre o casal.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência está presente em um elevado número de relacionamentos, a frequência e a intensidade das agressões acarretam prejuízos e deixam consequências físicas e psicológicas. O trabalho do psicólogo, consiste no apoio para que a vítima

abandone a situação de aceitação das agressões e da violência. Seguindo o caminho de reestruturação entre o casal através do rompimento do ciclo de agressões ou através de estratégias que permitam à vítima remodelar sua vida e romper com o relacionamento abusivo por meio da solidificação e valorização dos aspectos e sentimentos positivos em relação a si, auto valorização, respeito, amor e estima próprios fortalecendo a mulher para a formação e estabelecimento de vínculos adequados e saudáveis.

As vítimas que desejam uma libertação do relacionamento, devem receber apoio para a mudança, estas devem despertar e almejar mudanças de vida. Ao psicólogo cabe, despertar e conscientizar a vítima para consciência do problema vivenciado, e efetivação de ações que conduzam às mudanças comportamentais, prevenção de recaídas e manutenção das ações. Faz-se necessário potencializar a rede familiar e de amigos para que a vítima obtenha um suporte social adequado, sem julgamento, pautado na compreensão e aceitação, para que esta empodere-se, busque novos interesses, ocupações, fortaleça-se, desenvolva autonomia e recupere a confiança, o respeito e à dignidade humana para seguir adiante.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 11.340/2006, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Tempos e Memórias do Feminismo no Brasil**. Brasília: SPM, 2010. 68 p.

CARAVANTES, L. Violência intrafamiliar en la reforma del sector salud. In: COSTA, A.M.; MERCHÁNHAMANN, E.; TAJER, D. (Orgs.). Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000. p.18.

FERREIRA, Mary. **As Caetanas vão a Luta**: Feminismo e Políticas Públicas no Maranhão. Grupo de Mulheres da Ilha. São Luis: EDUFMA, 2007.

FONSECA, D. H.; RIBEIRO, C. G.; LEAL, N. S. B. Violência doméstica contra a mulher: Realidades e representações sociais. *Psicologia & Sociedade*; Vol. 24 n.2.2012. p.341-358. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822012000200008>.

HANADA, Heloisa; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 33-60, Apr. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2010000100003&lng=en&nrm=iso>.

LEITAO, Maria Neto da Cruz. Mulheres sobreviventes de violência exercida por parceiros íntimos – a difícil transição para a autonomia. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.48, n.spe,p.07-15, Aug. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000600002>

MATOS, M.; MACHADO, A.; SANTOS, A.; MACHADO, C. Intervenção em grupo com vítimas de violência doméstica: uma revisão da sua eficácia. *Análise Psicológica*, Lisboa, v. 30, n. 1-2, p. 79-91, jan. 2012. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312012000100008&lng=pt&nrm=iso>.

MONTEIRO, C.F.S. O papel do psicólogo no atendimento às vítimas e autores de violência doméstica. UniCEUB. Brasília. 2012. Disponível em: <http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/2593/3/20820746.pdf>> Acesso em 12 de julho de 2018.

MONTEIRO, C.F.S.; SOUZA, I.E.O. Vivência da violência conjugal: fatos do cotidiano. Ver. Texto e Contexto enfermagem; Vol. 16. n.1. 2007. p. 26-31. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a03v16n1>>.

PADOVANI, Ricardo da Costa; WILLIAMS, Lúcia Calvacanti de Albuquerque. Intervenção psicoterapêutica com agressor conjugal: um estudo de caso. **Psicol. estud.**, Maringá, v.7, n. 2, p.13-17, Dec. 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722002000200003>

PERROT, Michelle. **As mulheres ou os Silêncios da História**. Tradução Viviane Ribeiro. Bauru – SP: EDUSC, 2005.

PORTO, M.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Violência, mulheres e atendimento psicológico na Amazônia e no Distrito Federal. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 17, n. 2, p. 297-306, jun.2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722012000200013&lng=en&nrm=iso>.

REISENHOFER, S; TAFT, A. J. Women's journey to safety - the Transtheoretical model in clinical practice when working with women experiencing Intimate Partner Violence: a scientific review and clinical guidance. *Patient Educ Couns.* 2013;93(3):536–48

SAFFIOTI, Heleieth Lara Bongiovani. *Gênero, patriarcado, violência*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SAFFIOTI, H.I.B. Ontogênese e filogênese do gênero: ordem patriarcal de gênero e a violência masculina contra mulheres. Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO – Brasil). 2006. Disponível em: <http://www.flacso.org.br/portal/pdf/serie_estudos_ensaios/Heleieth_Saffioti.pdf>.

SENA, Francisca Maria Rodrigues. **Mulheres em Movimento: Construção de Relações de Gênero na Militância Política das Mulheres**. Fortaleza – Ceará. 2004.

VASCONCELOS, I. S. L. de; MACHADO, L. Z. Intervenção judicial e a efetividade de procedimentos alternativos no combate à violência doméstica. *Gênero e Direito*. Paraíba, n.1, p. 261-280. 2015. Disponível em <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/ged/article/view/22911>>

APROXIMAÇÕES ENTRE PSICOLOGIA COMUNITÁRIA E CONTROLE SOCIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA EM CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Marcos Antonio de Sousa Rodrigues Moura

Discente do curso de Psicologia na Universidade
Federal do Piauí
Parnaíba - Piauí

Adria Miranda de Abreu

Discente do curso de Psicologia na Universidade
Federal do Piauí
Parnaíba - Piauí

Marx Rodrigues de Moura

Docente do IFPI, campus Picos, mestre e doutor
em Serviço Social
Picos - Piauí

RESUMO: Controle e Participação Social são princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde, a partir dos quais, os usuários do sistema têm a possibilidade de fiscalizar, auxiliar e dar a direção das ações em saúde tanto em nível municipal, estadual como federal, a partir da participação das reuniões dos Conselhos de Saúde. Tais espaços, contudo, acabam se tornando ambíguos por serem manipulados por lógicas que entendem a saúde como mercadoria e não como direito, legitimando e fazendo, assim, a manutenção das condições que possibilitam a produção de desigualdades sociais, bem como sua não superação. Desse modo, intentamos pensar aproximações possíveis entre os campos da Saúde Coletiva, Controle Social e Psicologia Comunitária e

Crítica, de modo a entender de que maneira as formulações criadas neste último campo podem ser úteis no fortalecimento do Controle e Participação Social. Para tanto, relatamos e discutimos aqui uma experiência de participação em reuniões de Conselho Municipal de Saúde. Utilizamos o método da observação participante de modo a entender a dinâmica e as atividades do grupo que compõe o Conselho, bem como as lógicas que circulam por ele. A partir desta experiência percebemos que os Conselhos, apesar de lugares ambíguos de disputa de interesses, não deixam de ser ferramentas potentes, que não devem ser descartadas, mas sim potencializadas e fortalecidas. Apontamos ainda para a importância de desenvolver ações voltadas para uma reorientação na forma como os usuários se percebam, tanto os que estão dentro como fora dos Conselhos, passando de usuários consumidores para co-gestores do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Participação Social. Controle Social. Saúde Coletiva. Psicologia Comunitária. Psicologia Crítica.

APPROACHES BETWEEN COMMUNITY
PSYCHOLOGY AND SOCIAL CONTROL: A
REPORT OF EXPERIENCE IN A MUNICIPAL

ABSTRACT: Control and Social Participation are fundamental principles of the Health Unic System, from which, users of the system have the possibility of supervising, assisting and giving direction to health actions at the municipal, state and federal level, from participation of the meetings of the Health Councils. However, these spaces become ambiguous because they are manipulated by logics that understand health as a commodity and not as a right, legitimizing and thus maintaining the conditions that allow the production of social inequalities, as well as its non-overcoming. In this way, we try to think possible approximations between the fields of Collective Health, Social Control and Community and Critical Psychology, in order to understand how the formulations created in the latter field can be important at improving Social Control and Participation. To do so, we report and discuss here an experience of participating in meetings of the Municipal Health Council. We use the method of participant observation in order to understand the dynamics and activities of the group that compose the Council, as well as the logics that circulate through it. From this experience we realize that the Councils, despite ambiguous places of interest dispute, are still powerful tools that should not be discarded but rather improved and strengthened. We also point out the importance of developing actions aimed at reorienting the way users perceive themselves, both inside and outside the Councils, from consumer users to co-managers of care.

KEYWORDS: Social Participation. Social Control. Collective Health. Community Psychology. Critical Psychology.

1 | INTRODUÇÃO

Inicialmente, a noção de controle social dizia respeito a um controle do social por parte do Estado, termo este que fora cunhado primeiramente pela sociologia (CORREIA, 2000). Depois, após as pressões de movimentos sociais e de intelectuais, que orquestraram o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), e culminaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tal noção de controle social foi deslocada de um controle do povo para um controle pelo povo.

É importante que pontuemos aqui que o contexto supracitado foi possível devido à emergência dos estudos em Saúde Coletiva, que possibilitaram reflexões acerca das questões que estavam postas na época que compreende à segunda metade do século XX e facilitaram também perceber que fatores influenciavam de forma negativa a oferta e as práticas em saúde da época. Nesse sentido, as contribuições de autores como Arouca (1975) foram fundamentais para que se pudesse questionar os modos hegemônicos de produzir e conceber as práticas e os serviços de saúde em um período no qual a Medicina Preventiva tinha grande influência sobre as práticas em saúde hegemônicas no país.

De dentro dos departamentos de Medicina Preventiva surgem as primeiras críticas a este modelo que, de forma tímida, levam em consideração a questões sociais, mas

não as aprofundam, de modo que suas intervenções acabam sendo por demasiado rasas em um sentido de que, embora levando em consideração as influências sociais no contexto da produção de saúde ou do adoecimento, não visavam uma transformação nas condições sociais. Assim, o que se tinham, no âmbito da Medicina Preventiva, eram ações pautadas em resolver questões pontuais, como campanhas direcionadas a alguma epidemia que estivesse presente, mas não a noção de que seria necessário transformar o contexto em que as pessoas assoladas pela epidemia viviam de modo a evitar que episódios como estes voltassem a aparecer (VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014).

Neste sentido, como desdobramento das críticas à Medicina Preventiva surge o campo da Saúde Coletiva. Tal pode ser caracterizado como um campo no qual se “busca entender a saúde/doença como um processo que se relaciona com a estrutura da sociedade, o homem como ser social e histórico e exercício de ações de saúde como prática social permeada por uma prática técnica” (VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014, p. 7). Entender saúde/doença como processo permeado por questões sociais e históricas – e também políticas, culturais, em suma, questões para além do âmbito biológico – foi um passo importante para que se pudessem pensar novas práticas e novas formas de atuação, bem como para que fosse possível a criação de um novo referencial teórico e epistemológico que embasasse tais práticas.

Assim, é possível que entendamos a Saúde Coletiva, em primeiro lugar, como uma criação eminentemente latinoamericana, desenvolvida para dar de conta da complexidade das demandas desta região. Ademais, é possível compreender a mesma como espaço multiprofissional e interdisciplinar, que procura pensar saúde/doença no âmbito dos grupos e classes sociais, com práticas voltadas para a análise de determinantes sociais da saúde, e não apenas os biológicos, além de criar formulações no âmbito da política e da gestão, de modo a dar de conta das questões em saúde a nível populacional.

Este campo teve a particularidade de ser discutido no âmbito da sociedade civil, pelos movimentos sociais, estudantil, sindical, pela classe média, o que favoreceu a disseminação e organização destes setores da sociedade. Tal organização possibilitou que, para além do movimento acadêmico de crítica ao preventivismo, houvesse também um movimento vivo voltado para a transformação e para o questionamento das práticas em saúde (PAIM, 2013). Este movimento, que ganhou bastante força entre as décadas de 1970 e 1980, principalmente porque neste período o sistema de saúde vigente sofria uma crise e passa por um difícil período de sustentação (PAIM, 2009) recebe o nome de Reforma Sanitária.

A Reforma pode ser entendida como um movimento pela democratização da saúde no Brasil. No âmbito da saída do regime civil-militar, os setores acima citados organizaram um movimento, em conjunto com a academia, voltado para a transformação das práticas e diretrizes norteadoras da oferta de serviços de saúde no país (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

A Reforma Sanitária não visava, contudo, transformar apenas o âmbito administrativo e financeiro. Paim (2013) aponta para o fato de que ela foi pensada de modo a se assemelhar a uma reforma geral, isto é, uma reforma que visa a transformação de todos os setores da sociedade a partir de reformas parciais – que são reformas localizadas. Por exemplo, o foco da Reforma estava voltado para transformar todos os setores da sociedade – político, social, de saúde, administrativo, financeiro – a partir de reformas pontuais, como as que aconteciam no setor da saúde.

Paim e Almeida-Filho (2014) dão destaque para a Reforma a partir de cinco etapas: Reforma como ideia, proposta, projeto, movimento e processo. Em relação à sua ideia, esta preconiza a saúde como direito de todos, ligada à cidadania, e não ao mérito ou poder aquisitivo; no âmbito da proposta, ela pode ser caracterizada com um conjunto articulado de princípios e proposições políticas; o projeto da Reforma foi materializado nas discussões da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), consolidação da ideia de saúde como direito e materialização da mesma nas propostas políticas; o movimento pode ser caracterizado como o processo supracitado de mobilização de vários setores da sociedade brasileira, tais como movimento estudantil, sindical e assim por diante; e, por fim, o projeto pode ser considerado como as políticas desenvolvidas em diferentes conjunturas a partir da 8ª CNS.

Neste aspecto, como desdobramento direto das lutas encampadas na Reforma, criam-se as condições para a construção da proposta de um Sistema de Saúde que tivesse como princípio fundamental a saúde como direito (PAIM, 2009). Seguindo o mesmo caminho que a etapa denominada ideia da Reforma.

De forma muito resumida, podemos dizer que é assim que se criam as condições para construção e implantação do SUS (Sistema Único de Saúde). Desde um aspecto legal, ele é respaldado pelas leis 8080/90 – Lei Orgânica do SUS – e 8142/90, que é uma lei complementar que diz respeito às formas de Participação e Controle Social no SUS. A necessidade de criação de uma lei complementar se deu pelo fato da lei 8080/90 ter sofrido muitos vetos para poder ser promulgada, sendo assim necessária uma segunda lei que versasse sobre os assuntos que tinham sido excluídos da Lei Orgânica.

A lei 8142/90, de dezembro de 1990, diz respeito a formulações referentes às instâncias de controle social. Como dito no começo do texto, segundo Correia (2000), há um controle do social, que mais se aproxima de coerção, e há um controle que passa pelo social, este é o caso do Controle Social dos Conselhos de Saúde. Estes, juntamente com as Conferências são as instâncias previstas pela lei no que se refere ao Controle e Participação Social instituídos (BRASIL, 1990).

Os Conselhos podem ser considerados como órgãos de caráter permanente e deliberativo, compostos, de forma paritária, por prestadores(as) de serviço, representantes do governo, profissionais de saúde e usuários. Um dos objetivos destes órgãos seria a formulação de estratégias para o exercício do controle social desde aspectos de planejamento de atividades até financeiros (BRASIL, 1990). Sua

existência e pleno funcionamento é peça chave no que tange o repasse financeiro (CORREIA, 2000). Desse modo, podemos perceber a centralidade do Controle e Participação Social no SUS, respaldada por leis e assegurada pela criação de órgãos nas quais se pode debater sobre questões relacionadas ao sistema.

Eles se constituem como espaços de disputa de interesses, negociação, conflito, bem como de exercício e aplicação de poder (MOURA, 2018). Longe de serem espaços harmônicos, onde impera o equilíbrio, são peça fundamental para o funcionamento dos Conselhos o debate e as desestabilizações constantes nas estruturas, de modo a garantir e efetivar a Participação e a consolidação dos direitos conquistados na lutas citadas acima.

Ainda sobre o repasse financeiro, Correia (2000) atenta também para o fato de que, devido à necessidade de criação do Conselho para o repasse, estes acabam sendo criados meramente em um âmbito formal, para cumprir requisitos. Assim, em alguns casos, o que acontece em alguns casos é a manipulação do Conselho, desde sua criação, o que cria uma condição de ingerência política e torna os estes órgãos meros espaços de aprovação de contas financeiras, para que mais repasses possam acontecer.

Portanto, em relação às estratégias de Controle e Participação Social, podemos ver que se configuram como muito potentes, podendo os Conselhos serem vistos como um sistema de vigilância sobre a gestão pública, bem como de cobrança e prestação de contas junta à sociedade civil (MOURA, 2018). Contudo, devido a alguns problemas como a inexistência de condições que assegurem uma efetiva igualdade entre os conselheiros, bem como as problemáticas suscitadas por Correia (2000) em relação à manipulação da criação e das atividades dos Conselhos, este forte instrumento pode ser usado de maneira indevida, beneficiando interesses escusos, voltados para a manutenção das condições de dominação já existentes na sociedade e de oferta de serviços de saúde de má qualidade para a população.

Após esta breve exposição que vai desde a formulação do campo da Saúde Coletiva, devido às críticas ao preventivismo, passando pela Reforma Sanitária e chegando ao SUS e no Controle e Participação Social, falaremos um pouco sobre o referencial da Psicologia na América Latina, com um enfoque para a Psicologia Comunitária.

De início, é interessante pontuar que a Psicologia Comunitária e as formas latinoamericanas de perceber e atuar na Psicologia foram influenciadas, em um primeiro momento, por uma matriz da Psicologia Social europeia e norteamericana e foi a partir da crítica a este modelo que foi possível surgir uma Psicologia Social Latinoamericana, bem como seus desdobramentos.

A Psicologia Social na década de 1950 gira em torno de duas tendências. Uma ligada aos Estados Unidos, enquanto interventor de práticas grupais no que tange a busca por harmonia entre o grupo, visando à produtividade. A segunda tendência tem objetivo comum à primeira, a produção de relações harmônicas, porém pauta-se na

fenomenologia e nos modelos científicos. Em meados da década seguinte a eficácia da Psicologia Social passa a ser questionada, pelo fato dessa não demonstrar domínio sobre o campo que se propõe a atuar. Desse modo, busca-se por uma Psicologia Social que trate com maior sensibilidade as questões comunitárias. Assim, em 1979, destaca-se a culminância de movimentos propondo base materialista-histórica, com foco em práticas comunitárias (LANE; CODO, 1989).

Tais movimentos emergem com potência na América Latina e os congressos são analisadores da questão, constituindo-se como local de debate e construção coletiva. Os embates entre o sociologismo e o biologismo perduraram, mas nesse momento a Psicologia Social, entre as décadas de 1970 e 1980, constitui-se enquanto ciência que compreende o homem no lugar de produtor da sua própria história, sendo assim, um ser ativo e capaz de transformar (LANE, 1989).

No Brasil, em meados da década de 1960, a Psicologia já se aplicava a contextos comunitários de baixa renda, visando transformar as conjunturas de vida e existência da população (CAMPOS, 2007). Tal campo foi chamado inicialmente de psicologia na comunidade, consistindo em ações nas quais a comunidade ocupava um espaço pouco participativo no que se refere ao processo de elaboração das atividades desenvolvidas na mesma.

Posteriormente, na década seguinte, em contexto opressor, visando à conscientização acerca do referido contexto por parte das camadas populares, bem como a transformação da conjuntura, o paradigma referido acima passa a ser denominado psicologia da comunidade ou comunitária, essa mudança refere-se ao processo de construção da mesma e de seu caráter participativo (SAWAIA, 2007). No que diz respeito ao campo de construção teórico, o vínculo construído entre os aspectos teóricos e práticos se faz presente e afirma que o conhecimento é gerado a partir da relação entre profissionais e os sujeitos em questão (CAMPOS, 2007).

Desse modo, o trabalho nessa área gira em torno da compreensão das questões ditas problemáticas, bem como a elaboração de modos de enfrentamento e efetuação dos mesmos. Defendendo valores como a ética solidária, pautada na construção de melhores condições de vida. Assumindo assim, atribuição ética e política, na medida em que defende a construção de relações pautadas na autogestão cooperativa e repudia práticas opressoras e dominadoras.

Nessa perspectiva de construção de práticas democráticas voltadas a autonomia dos sujeitos, a Psicologia Comunitária utiliza de estratégias como reunião com moradores, instrumento potente para análise das demandas e do incentivo a efetivação dos atributos da própria comunidade, através, por exemplo, da constituição de grupos autogestivos (CAMPOS, 2007). Tal construção coletiva passa pela definição do que a comunidade elenca como prioritário no campo de atuação. Cabe ressaltar a constituição do conceito de comunidade pela psicologia e pelas ciências humanas e sociais, como parte de um processo maior. Com a intenção de transformar a realidade posta, o caráter crítico se revela (SAWAIA, 2007).

Desse modo, tendo em vista a proximidade entre as finalidades da Saúde Coletiva e da Reforma Sanitária, e de um de seus desdobramentos jurídico-institucionais - a saber, o Controle Social -, com as da Psicologia Comunitária e da Psicologia da América Latina, buscamos relatar experiência de participação em reuniões de Conselho Municipal de Saúde, bem como perceber e destacar, de que forma, a partir de um olhar pelas lentes teórico-práticas desta Psicologia Crítica Latinoamericana, seria possível pensar possibilidades de fortalecimento do Controle e da Participação Social na realidade do SUS.

2 | METODOLOGIA

Mónico *et al.* (2017, p. 724) aponta para o fato de que toda observação, seja ela cotidiana ou científica, possibilita “a identificação de problemas, entendimento de conceitos, bem como a análise de relações e aplicações de esquemas de diferenciação dos mesmos”. Método qualitativo originado da pesquisa etnográfica.

Tal método propicia produzir descrições qualitativas e narrativas, que visam à obtenção de dados de forma diferente de pesquisas quantitativas. A imersão no campo e participação conjunta nas atividades possibilita que o observador perceba comportamentos, crenças, atitudes, emoções, que dificilmente ele perceberia se recorresse a métodos quantitativos ou entrevistas estruturadas. Esta abordagem é recomendada quando o(a) pesquisador(a) está interessado(a) na dinâmica de grupo menos artificializada, e não apenas na coleta de informações individuais (MÓNICO *et al.*, 2017).

Alguns critérios são importantes para o desenvolvimento de pesquisas com este método, tais como os níveis de envolvimento, que podem ser: alto, baixo ou sem envolvimento. Dentre os altos há os que podem ser chamados de participação completa - que pressupõe alto nível de envolvimento com o grupo -, ativa - que se trata de uma participação direta nas atividades do grupo, depois de perceber sua dinâmica -, e moderada, sendo que esta última diz respeito a uma participação de posição cambiante, entre participante do grupo e observador (MÓNICO *et al.*, 2017).

Ademais, existem características do observador participante que precisamos ter em mente ao planejar uma pesquisa com este método. Tais características podem ser classificadas da seguinte forma: 1) ter em mente um duplo propósito no grupo, a saber, ou seja, participar da atividade e observar a mesma; 2) desenvolver uma atenção explícita, que consiste em observar os detalhes e sistematizá-los; 3) valer-se em sua imersão de lente de ângulo aberto, que consiste em expandir a capacidade de percepção para os detalhes supracitados, alargar a capacidade de perceber e captar informações; 4) vivenciar a experiência de *insider* e *outsider*, isto é, observador e participante nas atividades do grupo; e, por fim, 5) realizar anotações constantes dos dados, que podem ser tanto de caráter objetivo como subjetivo em relação à

experiência vivenciada (MÓNICO et al, 2017).

Em nosso caso, devido à escassez de tempo, desenvolvemos uma participação moderada, fazendo parte de três reuniões do Conselho Municipal. Nas duas primeiras reuniões que presenciamos, os conselheiros trataram de assuntos comuns nos Conselhos como apreciação das prestações de contas por parte dos conselheiros e discussões sobre algumas demandas relacionadas a questões organizacionais da estrutura de atendimento das unidades de saúde. Durante a terceira reunião aconteceu a votação para formação da mesa diretora que presidiria o Conselho pelos próximos dois anos.

Os autores citados apontam também que é interessante, dependendo do tipo de estudo, complementar a observação participante com outras metodologias. Assim, em nosso caso, complementamos a observação participante com outras metodologias, recorremos, além dela, também a uma pesquisa bibliográfica, de modo a dar maior corpo a nosso relato e à discussão das problemáticas suscitadas por ele.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Procederemos, inicialmente, ao relato do acompanhamento das reuniões que presenciamos, e posteriormente, abordaremos as possíveis aproximações, a partir da discussão com conceitos, da temática do Controle Social e da Psicologia Comunitária e Crítica.

Nas duas primeiras reuniões que presenciamos, evidenciou-se a forma como as prestações de contas são apreciadas, sendo que nem sempre os conselheiros representantes de usuários têm a possibilidade e conhecimento técnico suficiente para debaterem sobre o conteúdo das mesmas. Tal fato é bastante coerente com o que aponta Correia (2000) e Moura (2018), no que se refere, respectivamente, à questão da criação e atuação manipulada e meramente formal dos Conselhos, bem como da existência de uma certa assimetria informacional, a qual evidencia as diferentes posições em termos de aprendizado técnico nas quais os conselheiros estão.

Tal fato é importante para que atentemos para a importância de haver uma preparação para a ocupação dos cargos de conselheiros. Esta requer tanto habilidade de diálogo e negociação como habilidade com questões técnicas, como as referentes ao Plano de Saúde da gestão municipal - que é importantíssimo no que se refere à direção que as ações em saúde vão tomar –, que são importantes para que haja fiscalização e auxílio na execução das ações em saúde do município.

Outra problemática percebida diz respeito ao fato de que os conselheiros disputam entre si lugares privilegiados de exercício do poder no próprio espaço do Conselho, não apenas como representantes, isto é, não como as instituições ou associações que representam ou como usuários do sistema, buscando efetivar o direito à saúde, mas a nível individual, como se no processo de debate e disputa esquecessem-se de

que estão ocupando este espaço em prol da representação de um número maior de pessoas.

De antemão, é interessante destacarmos que a discussão que vem a seguir diz respeito a uma aproximação entre a vivência citada acima e o referencial da Psicologia Comunitária, bem como outras vertentes da Psicologia na América Latina. O que intentamos aqui é observar a situação com as lentes de uma Psicologia crítica de modo a pensar formas e estratégias de fortalecimento e efetivação deste poderoso instrumento e princípio do SUS, que é o Controle e a Participação Social.

É importante ter em mente que as ações relativas à Participação Social e protagonismo dos usuários, se as tomarmos, principalmente, a partir da ótica da Psicologia Comunitária e da Saúde Coletiva, devem ir além da presença e representação instituída em um Conselho. A saúde é um direito de cada cidadão, que deve ser reclamado também fora dos espaços instituídos do Estado – e não nos esqueçamos que os Conselhos podem ser entendidos como estes tipos de espaço –, os quais podem ser facilmente cooptados (BRAVO; CORREIA, 2012). Ademais, este direito não diz respeito apenas à ausência de doença, mas também à luta por uma vida digna, sem humilhação, com redução das desigualdades sociais (SAWAIA, 2009) e das iniquidades.

Neste ponto, o referencial da Psicologia Comunitária e Crítica é importante, visto que nos incentiva a olhar constantemente para tais desigualdades, com vistas a, no processo de superação destas, potencializar as identidades coletivas, além de fortalecer o senso de controle do próprio destino por parte de grupos dominados (DOBLES, 2011), fazendo com que estes deixem de viver a partir de uma heteronomia e possam desenvolver autonomia e uma participação mais efetiva e forte.

Os entraves percebidos a partir de nossa observação-participante estão bastante ligados à questão financeira e também das habilidades técnicas necessárias para a ocupação do cargo de conselheiro, bem como em relação às motivações pelas quais as pessoas buscam este lugar.

Uma alternativa interessante em relação a isso, e que converge com o que colocamos acima, sobre a necessidade de ativar a participação fora do ambiente institucional do Conselho, reside na ativação da rede de serviços, nos diversos níveis de atenção e com parcerias para além do SUS, adentrando na realidade do SUAS (Sistema Único de Assistência Social), com uma intencionalidade clara de fomentar e desenvolver a participação, transformando o usuário-consumidor de serviços em usuário-protagonista, co-gestor de seu processo. Transformação esta que é considerada uma ação importante e estratégica nestes tempos de avanço da racionalidade capitalística e neoliberal (DARDOT; LAVAL, 2017).

Transformar meros consumidores de serviços em co-gestores do processo de saúde proporciona uma maior percepção dos usuários, dentro e fora dos Conselhos, sobre o processo de saúde/doença, não só o seu, mas também de seu entorno e das condições que influenciam este processo, condições estas que não são apenas

biológicas, podendo ser também eminentemente sociais, culturais, econômicas e assim por diante. Essa mudança na forma de conduzir e se perceber na relação de cuidado, tanto de si, como dos outros e do território, é fundamental para que, para além de um resgate das pessoas que sofrem cotidianamente com diversos tipos de violência – racial, de gênero, simbólica – haja um fortalecimento da participação na construção de um novo projeto de sociedade por parte dessas mesmas pessoas (WOLFF, 2011).

4 | CONCLUSÃO

Desse modo, fica claro que um dos espaços institucionalizados de participação e controle social no âmbito da saúde, o conselho municipal, mantém-se ainda hoje como um espaço ambíguo, que ao mesmo tempo em que tem a potencialidade de se apresentar como uma instância de vigilância e deliberativa, tem essa mesma abafada por práticas contraditórias, o que favorece o surgimento de críticas em relação ao mesmo. Contudo, este espaço não deve ser desvalorizado de todo, visto que pode oferecer uma alternativa no tocante à resolução de problemáticas de oferta e organização dos serviços de saúde, além da vigilância financeira, caso tenha suas relações internas bem trabalhadas.

Além disso, uma alternativa possível à saturação das ações realizadas dentro dos Conselhos, é o fortalecimento do Controle e Participação Social fora do ambiente instituído do Conselho, no âmbito da sociedade civil. É possível perceber também que os referenciais da Psicologia Comunitária e Crítica, bem como da Saúde Coletiva, podem ser importantes norteadores no sentido de pensar os processos de emancipação e de busca por uma transformação da sociedade e fortalecimento da Participação Social. Para isso, é importante que continuemos a discutir, problematizar e intervir em contextos de desigualdades, dominação e criação de condições de vida subalternas, de modo a ampliar tanto o debate teórico como nossas práticas.

REFERÊNCIAS

AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. [Tese – Doutorado]. Campinas, 1975.

BRASIL. Lei 8142/90 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serv. Soc. Soc.** n. 109, jan/mar, São Paulo, 2012.

CAMPOS, R. H. F. Introdução: a Psicologia Social Comunitária. In: CAMPOS, R. H. F. **Psicologia social comunitária**: da solidariedade à autonomia. Petrópolis: Vozes, 2007.

CORREIA, M. V. C. **Que controle social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

DARDOT, P.; LAVAL, C. **Comum**: ensaio sobre a revolução no século XXI. São Paulo: Boitempo, 2017.

DOBLES, I. Psicologia da libertação: condições de possibilidade. In: GUZZO, R. S. L.; LACERDA JR, F. **Psicologia Social para América Latina**: o resgate da psicologia da libertação. Campinas, SP: Editora Alínea, 2011.

LANE, S. T. M. A Psicologia social e uma nova concepção de homem para a Psicologia. In: LANE, S. T. M.; CODO, W. **Psicologia Social**: o homem em movimento. 8ª ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1989.

_____.; CODO, W. **Psicologia Social**: o homem em movimento. 8ª ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1989.

MÓNICO, L. S.; ALFERES, V. R.; CASTRO, P. A.; PARREIRA, P. M. A observação participante enquanto metodologia de investigação qualitativa. **Atas** – Investigação Qualitativa em Ciências Sociais. v. 3, jun, 2017

MOURA, M. R. **A disputa pelo direito à saúde na contemporaneidade**: uma análise da defesa de interesses nas Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares. [Tese – Doutorado em Serviço Social]. Recife, 2018

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

_____. **O que é o SUS?**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

_____. ALMEIDA-FILHO, N. Reforma sanitária brasileira em perspectiva e o SUS. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

SAWAIA, B. B. Comunidade: a apropriação científica de um conceito tão antigo quanto a humanidade. In: CAMPOS, R. H. F. **Psicologia social comunitária**: da solidariedade à autonomia. Petrópolis: Vozes, 2007.

_____. Psicologia e desigualdade social: uma reflexão sobre liberdade e transformação social. **Psicologia & Sociedade**. v. 21, n. 3, 2009

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é saúde coletiva? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

WOLFF, E. A. Uma Psicologia para América Latina. In: GUZZO, R. S. L.; LACERDA JR, F. **Psicologia Social para América Latina**: o resgate da psicologia da libertação. Campinas, SP: Editora Alínea, 2011.

ALTERAÇÕES DA LINGUAGEM E DO COMPORTAMENTO EM PACIENTES COM AUTISMO

Bárbara Freitas Almeida

Faculdades Unidas do Norte de Minas – Funorte.
Montes Claros – MG

Johne Filipe Oliveira de Freitas

Faculdades Unidas do Norte de Minas – Funorte.
Montes Claros – MG

Mariane Silveira Barbosa

Faculdades Unidas do Norte de Minas – Funorte.
Montes Claros – MG

RESUMO: INTRODUÇÃO: O desenvolvimento da criança depende da integridade das áreas cognitiva, afetiva, social e comunicativa, além do ambiente no qual o indivíduo está inserido ⁽⁴⁾. No Transtorno do Espectro Autista (TEA) esses domínios podem estar comprometidos, afetando a linguagem e o comportamento dos pacientes ⁽⁴⁾. **OBJETIVO:** Verificar a produção científica acerca de alterações da linguagem e do comportamento em pacientes com transtorno autístico. **MATERIAL E MÉTODOS:** Foi realizada uma revisão sistemática da literatura na base eletrônica Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme) com os descritores: Transtornos Globais do Desenvolvimento (AND) Transtorno Autístico (OR) Autismo Infantil. Os critérios de inclusão foram artigos publicados entre 2013 e 2017 em língua portuguesa.

Teses, monografias, artigos em duplicidade e aqueles que divergem do tema central foram excluídos. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** No Transtorno do Espectro Autista (TEA) os prejuízos nos domínios cognitivos, sociais e afetivos comprometem o desenvolvimento da criança com TEA e podem surgir diversas alterações na linguagem e no comportamento ⁽⁴⁾. Quanto à linguagem, observou-se que um dos artigos discute sobre regressão autística ⁽⁵⁾. Outra produção concluiu que o início do acompanhamento de crianças em idades mais precoces apresenta maiores progressos ⁽¹⁾. E acerca do comportamento, um artigo descreve alterações como repertório limitado de atividades, de interesses e dificuldades com atenção compartilhada ⁽³⁾. **CONCLUSÃO:** A literatura é escassa acerca de produções sobre o TEA. Por conseguinte, percebe-se a necessidade de mais estudos para aperfeiçoar as formas de acompanhamento e ajudar os cuidadores a compreender o transtorno. **PALAVRAS-CHAVE:** Transtornos Globais do Desenvolvimento. Transtorno Autístico. Autismo Infantil.

ABSTRACT: INTRODUCTION: Child development depends on the integrity of the cognitive, affective, social and communicative areas, in addition to the environment in which the individual is inserted ⁽⁴⁾. In Autism

Spectrum Disorder (ASD) these domains may be jeopardize, affecting the language and behavior of patients ⁽⁴⁾. **PURPOSE:** To verify the scientific production about language and behavioral changes in patients with autistic disorder. **MATERIAL AND METHODS:** A systematic review of the literature was conducted at the Latin American and Caribbean Center for Health Sciences Information (Bireme) electronic database with the descriptors: Global Developmental Disorders (AND) Autistic Disorder (OR) Childhood Autism. The inclusion criteria were articles published between 2013 and 2017 in Portuguese language. Theses, monographs, articles in duplicity and those that diverge from the central theme were excluded. In the Autistic Spectrum Disorder (ASD), impairments in the cognitive, social and affective domains compromise the development of the child with ASD and there may be several changes in language and behavior ⁽⁴⁾. Regarding language, it was observed that one of the articles discusses autistic regression ⁽⁵⁾. Another production concluded that the beginning of the follow-up of children at earlier ages presents greater progress ⁽¹⁾. About the behavior, an article describes changes as a limited repertoire of activities, interests and difficulties with shared attention ⁽³⁾. **CONCLUSION:** The literature is scarce about productions on ASD. Therefore, there is a need for further studies to improve the methods of accompaniment and help caregivers to understand the disorder.

KEYWORDS: Global Developmental Disorders. Autonomic Disorder. Childhood Autism.

1 | INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma desordem neurológica complexa de etiologia variada ⁽⁶⁾. Para o desenvolvimento global típico, é necessário uma estreita relação entre as áreas afetiva, cognitiva, social e comunicativa ⁽⁶⁾. No TEA esses domínios podem estar comprometidos, afetando o comportamento, a linguagem e a atenção dos indivíduos ⁽³⁾. Outrossim, o cenário ambiental em que eles estão inseridos também contribui com os prejuízos sociocognitivos ⁽⁴⁾.

O escasso investimento financeiro do governo com os cuidados a favor da saúde mental infantil colaboram com os dados epidemiológicos insuficientes, carência de consensos para diagnóstico e a necessidade do avanço de informações a respeito do distúrbio, gerando precariedade na atenção básica de saúde ⁽⁴⁾.

Este estudo objetivou revisar a literatura especializada tocante à produção científica sobre as alterações da linguagem e as idiosincrasias dos pacientes autistas.

2 | METODOLOGIA

Descobrir o que dizem as produções científicas sobre as alterações da linguagem e do comportamento de pacientes com o Transtorno do Espectro Autista foi o que incitou a realização dessa revisão.

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura na base eletrônica Centro

Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme) com os descritores: Transtornos Globais do Desenvolvimento (AND) Transtorno Autístico (OR) Autismo Infantil.

Os critérios de inclusão adotados foram artigos publicados entre 2013 e 2017 em língua portuguesa. Teses, monografias, artigos em duplicidade e aqueles que divergem do tema central foram excluídos. Seis trabalhos ficaram na seleção final.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Transtorno do Espectro Autista (TEA) os prejuízos nos domínios cognitivos, sociais e afetivos comprometem o desenvolvimento da criança com TEA⁽⁴⁾. Antes dos três anos de idade, as crianças já manifestam sintomas, como déficit nas áreas de comunicação verbal e/ou não verbal, na interação social e alterações comportamentais⁽³⁾. Destarte, deve-se avaliar sob diferentes perspectivas as particularidades dos atrasos do desenvolvimento de cada paciente⁽⁴⁾. Informações sobre a frequência do atendimento médico, fatores ambientais, interações de intervenções e utilização de outros critérios para verificar a evolução de autistas são alguns fatores necessários para compreender as peculiaridades⁽¹⁾.

Usualmente, há um período de desenvolvimento típico no autismo seguido de déficits na fala e na interação social, este fenômeno é cognominado de regressão autística⁽⁵⁾. Em outras palavras, é definida como a perda de cinco palavras usadas para se comunicar em um intervalo mínimo de três meses anteriores à regressão, com ou sem prejuízos em outras áreas⁽⁵⁾. Ocorre principalmente no segundo ano de vida e é uma manifestação estritamente ligada ao autismo⁽⁵⁾. Suas causas são desconhecidas e as crianças acometidas por esse fenômeno não apresentaram desfecho clínico mais favorável na fala quando comparadas com aquelas sem regressão autística⁽⁵⁾.

Acerca das alterações do comportamento, infere-se um repertório limitado de atividades e de interesses pessoais, dificuldades com a atenção compartilhada, entre outros⁽³⁾. O início do acompanhamento dessas crianças em idades mais precoces apresenta maiores progressos em comparação com os resultados entre crianças maiores de quatro anos e os adolescentes⁽¹⁾. Não obstante, o diagnóstico e conduta terapêutica em crianças e adolescentes com transtornos mentais confere um enorme desafio à prática clínica, pois, no Brasil, apenas 2,5% do orçamento da saúde é destinado à área da saúde mental⁽⁶⁾. Além disso, a dessemelhança dos quadros clínicos, a informação limitada e a escassez de consensos diagnósticos também geram dificuldades nos serviços públicos⁽⁶⁾.

Instrumentos para a triagem das alterações comportamentais de crianças são usados para facilitar o diagnóstico⁽²⁾. Estão disponíveis atualmente dois instrumentos, entre eles o *Autism Behavior Checklist (ABC)* e o *Differential Assessment of Autism and Other Developmental Disorders (DAADD)*⁽²⁾. Aquele é uma escala de comportamentos

não adaptativos criada para a triagem e oferecer uma probabilidade possibilidade diagnóstica do autismo, enquanto este foi criado identificar comportamentos específicos do desenvolvimento, além de apresentar maior número de diagnósticos e ser o melhor para diagnosticar à medida que aumenta a idade dos pacientes ⁽²⁾.

Os tratamentos existentes para o TEA incentivam melhorias nas áreas mais afetadas, como a linguagem, a interação social, o comportamento, a ansiedade e a dificuldade de atenção ⁽³⁾. Dentre as principais intervenções, enfatizam o uso do hormônio Ocitocina que modula o comportamento social; intervenções diretas e individuais de linguagem; intervenções indiretas com o auxílio do família e o treinamento dos pais/cuidadores primários; e a intervenção mediada por *softwares* educacionais que ajudam a aumentar o vocabulário e a ampliar o reconhecimento de expressões faciais ⁽³⁾.

4 | CONCLUSÃO

A literatura é escassa acerca de produções de caráter epidemiológico ou de caracterização sobre o Transtorno do Espectro Autista. É urgente uma análise individualizada de acordo com o momento específico do desenvolvimento de cada criança. Por conseguinte, percebe-se a necessidade de mais estudos para aperfeiçoar as formas de acompanhamento e maiores fontes de conhecimento para ajudar os pais e os cuidadores primários a compreenderem o transtorno.

REFERÊNCIAS

1. Amato, CAH, Santos, THF, Barbosa, MRP, Fernandes, FDM. Estudo longitudinal da terapia de linguagem de 142 crianças e adolescentes com distúrbios do espectro do autismo. *Codas* 2013; 25(4): 388-390.
2. Barbosa, MRP, Fernandes, FDM. Comparing the results of DAADD and ABC of children included in autism spectrum disorders. *Codas* 2014 May-Jun; 26(3): 208-12.
3. Martins, LZ, Fernandes, FDM. Short-term speech-language intervention for children with disorders of the autism spectrum. *Codas* 2013 25(6): 542-7.
4. Misquiatti ARN, Brito MC, Olivati AG, Santos TR, Fernanda DM. Sociocognitive performance in autism spectrum disorders and interference of the therapeutic environment. *Codas* 2014 Set-Out; 26(5): 402-6.
5. Tamanaha, AC, Machado, GMG, Loebmann, C, Perissionoto, J. Process of speech acquisition and development of autistic children with or without autistic regression. *Codas* 2014 Jul-Aug; 26(4):265-9.
6. Teixeira, RM, Jucá, VJS. Caracterização dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil do município de Salvador (BA). *Rev. psicol. (Fortaleza, Online)* 2014 jul-dez; 5(2): 70-84.

AS CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA POSITIVA PARA O BEM ESTAR FAMILIAR

Mônica dos Santos de Oliveira

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão- UNIFACEMA
Caxias- MA.

Jardell Saldanha de Amorim

Faculdade Maurício de Nassau- UNINASSAU
Teresina- PI

Winthney Paula Souza Oliveira

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão- UNIFACEMA
Caxias- MA.

Pedro Wilson Ramos da Conceição

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão- UNIFACEMA
Caxias- MA.

Evando Machado Costa

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão- UNIFACEMA
Caxias- MA.

Francisca Tatiana Dourado Gonçalves

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão- UNIFACEMA
Caxias- MA.

Silvinha Rodrigues de Oliveira

Universidade Estadual do Piauí- UESPI
Teresina- PI

Amanda Fernanda Damasceno Saraiva de Sousa

Universidade Estadual do Piauí- UESPI
Teresina- PI

Eliane Vanderlei da Silva

Universidade Federal do Piauí- UFPI
Teresina- PI

RESUMO: A Psicologia Positiva vem afirmar-se como uma nova vertente capaz de guiar os psicólogos contemporâneos a adotarem uma visão mais aberta e apreciativa dos potenciais, das motivações e das capacidades humanas, auxiliando dessa forma a família a adaptar-se às demandas sociais, promovendo uma vida saudável aos seus membros, pautando-se na resiliência e índices de satisfação das necessidades intrafamiliares. **OBJETIVO:** Discutir as contribuições da Psicologia Positiva nos relacionamentos familiares para promoção e desenvolvimento de uma dinâmica afetiva e saudável. **MÉTODOS:** Foi realizada uma revisão bibliográfica de estudos sobre família, fatores de risco e comprometimento das relações harmoniosas, saúde emocional, dinâmica familiar e as contribuições da psicologia positiva através do levantamento de artigos científicos. A coleta dos dados foi realizada nos bancos de dados eletrônicos: Scientific Library Online (SCIELO); PSYCINFO; LILACS. **RESULTADOS:** No geral, os estudos sobre família enfatizam os aspectos deficitários e negativos da convivência familiar. O interesse pela resiliência em famílias vem contribuir para redirecionar esse ciclo de raciocínio, enfatizando

práticas que envolvam um olhar compreensivo sobre as relações sociais, introduzindo no cotidiano, condições para permanência de união e felicidade no âmbito familiar. **CONCLUSÃO:** As discussões têm contribuído para reverter o panorama “negativo” no qual o mundo familiar tem como figura principal os desajustes e conflitos. Focar, pesquisar, compreender e fortalecer os elementos de aspectos sadios e de sucesso do grupo familiar significa estudar processos e percepções das experiências de vida, contribuindo para o desenvolvimento e cultivo da saúde emocional de todos os membros familiares.

PALAVRAS-CHAVE: Família, Infância, Desenvolvimento Infantil, Psicologia Positiva.

1 | INTRODUÇÃO

A partir da Constituição Federal de 1988, teve início uma crescente transformação na forma pelo qual o Estado conceitua e compreende a família. A conceituação básica compreende que a família está em evolução, transformando-se continuamente e organizando-se muito mais por laços de afeição do que por hierarquias tradicionais. Em decorrência disso, assistimos a mudanças fundamentais, por exemplos, nas políticas públicas de promoção e assistência, na legislação sobre adoção e guarda de filhos. Em termos subjetivos, a sociedade em geral demonstra também ter flexibilizado a compreensão do que é, como se estrutura e como funciona a família.

É de conhecimento de todos que família é um conjunto de pessoas, que normalmente ligadas por um grau de parentesco, que vem a formar um grupo social, que vem à influenciar e que, por sua vez, chega à influenciar outras pessoas e/ou grupos. É uma ligação que, influencia diretamente o desenvolvimento da criança no seio da família, é onde uma criança obtém a sua base emocional/educacional que será acompanhado em toda a sua vida.

É de extrema importância às interações estabelecidas nesse microsistema, que haja uma boa comunicação e relacionamento entre a criança e a família, por trazer implicações significativas para desenvolvimento infantil de modo a promover o seu crescimento, trazendo característica de sua personalidade e no que diz respeito a sua formação de carácter, regras sociais, boa educação, interação com os outros e com seu desenvolvimento na participação das atividades familiares.

Os brasileiros, de modo geral, conceituam de forma muito positiva a família. Ela é a instituição mais importante – para o brasileiro, a família está acima da Igreja e do Estado. É valorizada, desejada e, sem dúvida, também cobrada e responsabilizada por sucessos e fracassos em suas funções principais de formar novas gerações de indivíduos/cidadãos.

À família são atribuídas duas qualidades essenciais como instituição: espaço de amor incondicional e união, mostrando a idealização e a alta expectativa a ela atribuída, além de ser considerado o espaço natural de referência pessoal e constituição de identidade.

Na Psicologia, historicamente se tem a preocupação voltada em tratar as patologias mentais negligenciando o que seria o lado saudável do ser humano. Seligman and Csikszentmihalyi (2000) argumentam se este tratamento é suficiente para melhorar as condições humanas, o que dá início ao movimento da Psicologia Positiva, que visa oferecer nova abordagem às potencialidades e virtudes humanas, estudando as condições e processos que contribuem para a prosperidade dos indivíduos e comunidades.

Mas muito antes Martin Seligman, na condição de presidente da American Psychological Association, no ano de 1998, escreveu artigos mensais que focalizavam a necessidade de mudança no foco das contribuições da Psicologia, ainda centrado numa prática historicamente orientada para a compreensão e tratamento de patologias. Com a pesquisa desse importante pesquisador, a ciência psicológica tem “esquecido” ou negligenciado a sua mais importante missão: a de construir uma visão de ser humano com ênfase em aspectos “virtuosos”. E foi nesta ótica, o movimento intitulado Psicologia Positiva vem afirmar-se na edição especial de 2001 do periódico *American Psychologist*, e é definido como uma “tentativa de levar os psicólogos contemporâneos a adotarem uma visão mais aberta e apreciativa dos potenciais, das motivações e das capacidades humanas” (Sheldon & King, 2001, p. 216).

2 | QUANDO A FELICIDADE NÃO HABITA NO MEIO FAMILIAR

A concepção de felicidade parte de uma premissa intrínseca, vê o próprio indivíduo como sua fonte, e conferi a ele a grande tarefa de si trabalhar de forma a conquistar uma vida feliz. Citamos como exemplo desse tipo de concepção as teorias de Aristóteles que via a felicidade como resultado do exercício das virtudes; a de Epicuro que pregava o controle dos excessos como forma de evitar o sofrimento e também a teoria de Sêneca que dizia ser feliz a alma livre, que desdenha dos golpes da sorte e encontra os seu contentamento na virtude. O que podemos dizer é que para alguns esta concepção de felicidade parece bem mais animadora, para outros pode parecer desconcertante, afinal, torna-se difícil explicar que o mesmo homem que criou a inteligência artificial não seja capaz de viver uma vida feliz.

Com isso partindo de uma concepção de felicidade de natureza intrínseca, a psicologia positiva, embora não segue a influência de eventos externos, trabalha com o conceito de bem estar subjetivo que corresponde à avaliação, tanto cognitiva quanto afetiva, que uma pessoa faz acerca de sua própria vida (Diener, Lucas & Oishi, 2002). Dessa forma, trata-se de um conceito amplo que inclui: experiências emocionais agradáveis, baixos níveis de humores negativos e alta satisfação em relação à vida (Idem, 2002). Já a palavra felicidade é usada como termo abrangente que descreve o conjunto de metas da Psicologia Positiva, conforme explica Seligman:

A palavra em si não é um termo da teoria (ao contrário de prazer e flow, que são

entidades quantificáveis com respeitáveis propriedades em relação ao tempo e confiabilidade entre os observadores). Felicidade, enquanto termo, é como cognição, no campo da Psicologia cognitiva, e como aprendizagem, dentro da teoria da aprendizagem: dão nome a um campo, mas não exercem qualquer papel nas teorias, dentro daqueles campos. (2004, p. 333)

Ao longo do ciclo vital da familiar envolve as várias etapas definidas sob alguns critérios pelas quais passam, da sua constituição em uma geração até a morte dos indivíduos que iniciam (Cervený, 1997). Nesse mesmo ciclo, todas as famílias enfrentam situações difíceis e geradoras de instabilidades, decorrentes de acontecimentos normativos e/ou não normativos. O impacto destas situações negativas pode gerar desajustamentos significativos nas famílias que as vivenciam por comparação àquelas que não as experienciam.

A família está sempre em uma exposição nas constantes mudanças impostas pela a sociedade e tem sido objeto de estudo por diversos pesquisadores, que em suas pesquisas tentam adequar modos de avaliações que facilitem o entendimento das relações familiares.

Nesse estudo, enfrentamos à não felicidade no habitar familiar, um adoecimento da família configurando uma crise. O que exige da família uma mobilização rápida para adaptar-se a este momento de transição e capacidade de lidar com a crise desencadeada. O que é percebido nesses momentos é que as relações familiares são arbitrárias e insalubres fragmentam o cuidado e proteção entre seus membros, principalmente entre pais - bebê e/ou criança e com a sociedade, desencadeando, dessa forma, fatores de risco para desenvolvimento infantil, interação familiar e social, fragmentando e diminuindo a probabilidade da criança tornar-se competente e ter senso de bem estar, aumentando a ocorrência de resultados negativos e indesejáveis.

É na família que se encontra todas as habilidades e se assimilam os valores fundamentais para o desenvolvimento infantil e as marcas características de sua personalidade e caráter que serão expressas em etapas posteriores do ciclo de vida.

2.1 Psicologia Positiva: proteção contra os impactos dos fatores de risco da dinâmica familiar

A família pode ser considerada o sistema mais importante na vida dos indivíduos (CERVENÝ; BERTHOUD, 2002). Para Shaffer (2005), a família possui o papel de ser fonte de segurança, afeto, proteção e bem-estar, funções as quais nem sempre consegue cumprir com todas as crianças, em todas as situações. De fato, destaca-se que ela também pode se constituir em um fator de risco para o desenvolvimento de crianças e adolescentes (SCHENKER; MINAYO, 2005). Quando a família não cumpre o seu papel de proteção, cuidando dos seus filhos, dando amor e limites, ela pode servir como um fator de risco para o desenvolvimento dos mesmos (WEBER, 2007).

Para os autores Ceconello, Antoni e Koller (2003) apontam que os fatores de risco podem estar presentes em características individuais (sexo, fatores genéticos, habilidades sociais, intelectuais e características psicológicas) e ambientais (baixo

nível sócio-econômico, eventos de vida estressantes, características familiares e ausência de apoio social). Já por outro lado, os fatores de proteção são compreendidos como condições ou variáveis que diminuem os fatores de risco, isto é, modificam, melhoram ou alteram a resposta do indivíduo a ambientes hostis os quais predispõem as consequências mal adaptativas (HUTZ, 2002).

Já sabemos que a família é uma organização social que influencia diretamente o desenvolvimento da criança, e que esse desenvolvimento pode ter fatores de risco ao indivíduo, como também é possível esses fatores dê lugar a perspectivas positivas. Para isso a psicologia positiva vem afirmar-se como uma nova vertente capaz de guiar os psicológicos a adotarem uma visão mais aberta e apreciativa dos potenciais contra os impactos dos fatores de riscos da dinâmica familiar.

Falar de fatores de riscos para o desenvolvimento infantil, é falar da interação familiar e social, fragmentação e o fato de diminuir a probabilidade da criança tornar-se competente e ter senso de bem estar, aumentando a ocorrência de resultados negativos e indesejáveis no ciclo de vida dessas.

Quando se afirma que a psicologia positiva vem com uma nova vertente. É porque ela busca o entendimento dos processos e fatores que proporcionam o desenvolvimento psicológico sadio. Além disso, nesta perspectiva interessa saber quais elementos implicam o fortalecimento e a construção de competência nos indivíduos, grupos e instituições (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Por isso, é importante a discussão paralelamente. Resiliência remete à possibilidade de adaptação positiva em contextos de adversidade e de riscos significativos e, neste sentido, contribui para a compreensão das forças humanas. Essa possibilidade produz efeitos importantes na vida dos indivíduos, uma vez que favorece as potencialidades, tornando-os mais fortes e produtivos (Paludo & Koller,...).

2.2 Resiliência familiar: novas posturas diante das adversidades

Resiliência é freqüentemente referida por processos que explicam a “superação” de crises e adversidades em indivíduos, grupos e organizações (Yunes & Szymanski, 2001, Yunes, 2001, Tavares, 2001). Alguns estudiosos reconhecem a resiliência como um fenômeno comum e presente no desenvolvimento de qualquer ser humano (Masten, 2001), e outros enfatizam a necessidade de cautela no uso “naturalizado” do termo (Martineau, 1999; Yunes, 2001).

Segundo os autores Zimmerman e Arunkumar (1994), resiliência refere-se a uma “habilidade de superar adversidades, o que não significa que o indivíduo saia da crise ileso, como implica o termo invulnerabilidade”.

Apesar destas considerações, é esta versão inicial de resiliência como invulnerabilidade ou resistência às adversidades que ainda vem orientando a produção científica de muitos pesquisadores da área. Tal perspectiva tem dado lugar à construção de um conceito que define a resiliência como um conjunto de traços e condições que podem ser replicados, conforme afirma Martineau (1999) em sua análise crítica sobre

o discurso dos denominados por ela experts no assunto.

A maioria dos estudos tem por objetivo estudar a criança ou o adolescente numa perspectiva individualista, que foca traços e disposições pessoais. Ilustrativa desta tendência é a definição adotada pelo Projeto Internacional de Resiliência, coordenado por Edith Grotberg e apoiado pela Bernard van Leer Foundation: “Resiliência é uma capacidade universal que permite que uma pessoa, grupo ou comunidade previna, minimize ou supere os efeitos nocivos das adversidades”. (Grotberg, 1995, p. 7).

Resiliência em famílias é um construto relativamente novo (Hawley & DeHann, 1996). Dos estudos sobre a resiliência no indivíduo, poucos têm considerado explicitamente as contribuições da família (Rutter, 1985; Werner & Smith, 1982). No geral, os estudos sobre família enfatizam os aspectos deficitários e negativos da convivência familiar. Uma criança “sintomática” ou um adolescente “com problemas na escola” logo dirigem o pensamento das pessoas para os possíveis desajustes de suas famílias. O interesse pela resiliência em famílias vem contribuir para redirecionar esse ciclo de raciocínio, trazendo para o mundo familiar uma ênfase “salutogênica” (Antonovsky & Sourani, 1988), ou seja, significa focar e pesquisar os aspectos sadios e de sucesso do grupo familiar ao invés de destacar seus desajustes e falhas.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura, a metodologia utilizada seguiu os princípios da pesquisa bibliográfica com finalidade de agrupar identificar e analisar estudos científicos. Para inclusão dos artigos determinou-se a pesquisa em meios eletrônicos gratuitos e de acesso público, foram excluídas as publicações incompletas. O levantamento foi realizado a partir de pesquisa eletrônica nas bibliotecas virtuais Scientific Electronic Library Online - SCIELO e LILACS.

Os descritores utilizados foram: As contribuições da psicologia positiva para o bem estar familiar; Quando a felicidade não habita no meio familiar; Psicologia Positiva: proteção contra os impactos dos fatores de risco da dinâmica familiar; Resiliência familiar: novas posturas diante das adversidades; Percepção. Após o levantamento e coleta de materiais, foram realizadas leituras dos artigos para construção do presente artigo, baseados nos estudos que problematizaram o ciclo de vida familiar, estudos sobre a família, a dinâmica familiar, e a contribuição da psicologia positiva através do levantamento de artigos científicos.

4 | DISCUSSÃO

A Psicologia Positiva vem abordar o fenômeno de bem estar como fundamental na saúde da família, trazendo para o contexto enquanto realidades sociais e individuais que implica discutir em que período do ciclo da vida eles podem ser percebidos, mantidos e promovidos. Foi com esse sentido que, Ramos (1999) salienta que desde

sempre a saúde foi uma das principais preocupações vitais para os indivíduos, pois ela é considerada como valor principal tanto pessoal como cultural, ainda que possa ser entendida sobre diferentes pontos de vista.

O bem estar é considerado um domínio da Psicologia Positiva, já que integra as áreas envolvidas na construção de modelos baseados nas experiências subjetivas do passado, presente e futuro. Para Diener (1984), o Bem Estar Subjetivo – BES – é indicado por satisfação com a vida, por afetos positivos e negativos e por senso de felicidade e, para Ryff (1989b,1995), o Bem Estar Psicológico – BEP – tem fundamentação no conceito aristotélico de eudaimonia. Porém, apesar de estarem relacionados, eles se diferem quanto à satisfação e aos afetos.

Os estudiosos da Psicologia Positiva trazem considerações importantíssimas para as discussões, um deles é que, antes da Segunda Guerra Mundial, a psicologia apresentava três diferentes missões: curar doenças mentais, tornar a vida das pessoas mais produtivas e identificar e desenvolver talentos (SELIGMAN, CSIKSZENTMIHALYI, 2000). Com esse sentido, Castro (2007) e Giannetti (2002) vêm reforçar e completar essa afirmação acrescentando que, desde a Segunda Guerra, nos Estados Unidos a psicologia é voltada exclusivamente para o tratamento das patologias humanas. Essa ciência está voltada tanto para os processos psicopatológicos e suas implicações como para os processos de reparação e cura dentro de um modelo de doença do funcionamento humano.

Diante disso, Seligman e Csikszentmihalyi (2000) fazem algumas ponderações sobre o assunto, situando a importância da psicologia na discussão sobre o futuro econômico e social da humanidade. Preocupados com as necessidades humanas eles acreditam que as ciências do comportamento e as ciências sociais podem apresentar um papel muito mais importante frente a essas questões, sendo que poderíamos articular uma visão mais clara do que seria uma vida satisfatória, das condições que promoveriam o bem-estar e de como seriam os indivíduos positivos e as sociedades que promovem o desenvolvimento de seus membros.

De acordo ainda com Seligman e Csikszentmihalyi (2000) e Snyder e Lopez (2009), a proposta da Psicologia Positiva, deveria trazer em seu bojo a mudança de foco, passando de uma reparação dos aspectos ruins da vida para a construção de qualidades positivas ou virtudes.

E é ressaltado que, de acordo com Hernandez (2003), a psicologia é muito mais do que somente a preocupação com saúde ou doença. É muito mais ampla: é trabalho, educação, amor e crescimento. A psicologia não é uma área da saúde que estuda apenas a doença. Ela verifica em suas concepções, também, o vigor e a virtude, visando a incrementar o que existe de melhor (SELIGMAN, CSIKSZENTMIHALYI, 2000).

A Psicologia Positiva, por ser considerada como estudo científico das forças e virtudes do ser humano comum, deve procurar compreender quais aspectos são responsáveis por fortalecer e construir competências nos indivíduos tanto nos adultos, idosos como também nos ciclo de vida das crianças e adolescentes.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância da família na felicidade e no bem estar de um indivíduo, já é um contexto imprescindível para um desenvolvimento de competências emocionais. Os fortes laços emocionais entre pais e filhos ou qualquer outra estrutura familiar fazem com que seja necessário que uns e outros possam aprender a ser emocionalmente inteligentes para reverter o panorama negativo para um objetivo de viver com maior bem estar.

A busca do bem estar, já faz parte do movimento contínuo do motor do desenvolvimento humano. É visando estar bem que o homem luta para chegar a seus objetivos e atingir suas metas ideais. O desenvolvimento para essa capacidade está diretamente ligado com todas as experiências mais precoces de um sujeito em sua família. Este estudo e revisão literária mostrou em que medida de uma configuração familiar contribui para o bem estar do indivíduo em seu ciclo de vida posteriores.

A estrutura familiar deve ser um referente para ajudar a desenvolver as competências emocionais dos indivíduos em construção, pois são dos vários papéis que a família tem que servem de modelos de comportamentos. Por isso que é imprescindível que os pais desenvolvam as suas emoções de forma a favorecer a dos seus filhos. Os aspectos sadios e de sucesso do grupo familiar que envolve o emocional é conquistada através da educação e do desenvolvimento de competências emocionais que contribuem para um melhor bem estar pessoal e social.

REFERÊNCIAS

- Angst, R. (2017). **Psicologia e resiliência: uma revisão de literatura**. *Psicologia argumento*, 27(58), 253-260.
- Anthony, E. J. & Cohler, B. J. (1987) *The invulnerable child*. New York: Guilford.
- Antonovsky, A. & Sourani, T. (1988) **Family sense of coherence and family sense of adaptation**. *Journal of Marriage and the Family*, 50, 79-92.
- Block, J. (2008). *The Q-sort in carácter appraisal. Encoding subjective impressions of persons quantitatively*. Washington: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/11748-000>
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. (1998). **The ecology of developmental processes**. Em W. Damon (Org.), *Handbook of child psychology V.1* (pp. 993-1027). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1979).
- Bronfenbrenner, U. (2011). *Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos*. Artmed Editora.
- Bardin, L.(2011). **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70
- Cowan, P. A., Cowan, C. P. & Schultz, M. S. (1996). **Thinking about risk and resilience in families**.

In E. M. Hetherington & E. A. Blechman (Eds.), *Stress, coping and resiliency in children and families* (1-38). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Chequini, M. C. M. (2014). **A relevância da espiritualidade no processo de resiliência.** *Psicologia Revista*, 16(1/2), 93-117.

De Antoni, C.; Barone, L. R.; Koller, S. H. (2006). **Violência e pobreza: um estudo sobre vulnerabilidade e resiliência familiar.** In: Dell'Aglio, D. D.; Koller, S. H.; Yunes, M. A. M. (Orgs.), *Resiliência e psicologia positiva: Interfaces do risco à proteção* (pp. 141-171). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Dell'Aglio, D.D., Koller, S. H., & Yunes, M. A. M. (2006). **Resiliência e psicologia positiva: interfaces do risco à proteção.** São Paulo, SP: Casa do psicólogo, 289p.

Dessen, M. A.; Polônia, A. D. C. (2007). **A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano.** *Paidéia*, 17(36), 21-32. doi: 10.1590/S0103-863X2007000100003

Hawley, D. R. & DeHann, L. (1996) **Toward a definition of family resilience: integrating life span and family perspectives.** *Family Process*, 35, 283-298.

García, V. E. C.; Gómez, V. L. A.; Gómez, D. S. M.; Marín, I. P. G.; Rodas, A. M. C. (2016). **Madres, padres y profesores como educadores de la resiliencia en niños colombianos.** *Psicología Escolar e Educativa*, 20(3), 569-579. doi: 10.1590/2175-3539201502031049

Garbarino, J. & Abramowitz, R. H. (1992) **Sociocultural risk and opportunity.** Em James Garbarino (Ed.), *Children and families in the social environment.* (2nd ed.) (pp. 35-70). New York: Aldine de Gruyter,

Garmezy, N.(1991) **Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty.** *American Behavioral Scientist*, 34, 416-430.

Germano, I. M. P.; Colaço, V. F. R. (2012). **Abrindo caminho para o futuro: redes de apoio social e resiliência em autobiografias de jovens socioeconomicamente vulneráveis.** *Estudos de Psicologia*, 17(3), 381-387. doi: 10.1590/S1413-294X2012000300005

Gore, S. & Eckenrode, J. (1996). **Context and process in research on risk and resilience.** In R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garmezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, risk and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms and interventions* (19-63). New York: Cambridge University Press.

Grotberg, E. (1995) **A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit.** The Hague: The Bernard van Leer Foundation.

Kagan, R.; Henry, J.; Richardson, M.; Trinkle, J.; LaFrenier, A. (2014). **Evaluation of Real Life Heroes treatment for children with complex PTSD.** *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(5), 588. doi: 10.1037/a0035879

KAMEI, Helder . **Flow e Psicologia Positiva: Estado de Fluxo, Motivação e alto desempenho.** 1ª ed .Goiânia: IBC, 2014.

Libório, R. M. C.; Ungar, M. (2010). **Resiliência oculta: a construção social do conceito e suas implicações para práticas profissionais junto a adolescentes em situação de risco.** *Psicologia Reflexão e Crítica*, 23(3), 476-484. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722010000300008>.

Luthar, Suniya S. (2006). **Resilience in development: A synthesis of research across five decades.** In D. Cicchetti & D. J. Cohen, (Eds), *Developmental psychopathology, Vol. 3: Risk, disorder, and adaptation* (2nd ed.) (739-795). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons.

- Martineau, S. (1999) **Rewriting resilience: a critical discourse analysis of childhood resilience and the politics of teaching resilience to “kids at risk”**. Tese de Doutorado, The University of British Columbia.
- Masten, A. S. (2001). **Ordinary magic: resilience processes in development**. *American Psychologist*, 56 (3), 227-238.
- McCubbin, H. I. & McCubbin, M. A. (1988) **Typologies of resilient families: emerging roles of social class and ethnicity**. *Family Relations*, 37, 247-254.
- Minuchin, P. (1985). **Families and individual development: provocations from the field of family therapy**. *Child Development*, v. 56, 289-302.
- Miranda, C. S. S. (2015). **Resiliência Familiar e Risco Psicossocial: Estudo das percepções das Famílias e dos Profissionais que as acompanham**. Mestrado em Estudos da Criança, Intervenção Psicossocial com Crianças, Jovens e Famílias, Instituto da Educação, Universidade do Minho, Braga, Portugal. <http://hdl.handle.net/1822/40954>
- Picanço, A. L. B. (2012) **A Relação entre Escola e Família: as suas implicações no processo de ensino-aprendizagem**. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Educação João de Deus Lisboa, Portugal.
- Pinheiro, D. P. N. (2004). **A Resiliência em discussão**. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 67-75. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722004000100009>
- Poletto, M.; Koller, S. H. (2008). **Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção**. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25 (3), 405-416. doi: 10.1590/S0103-166X2008000300009
- Rooke, M. I.; Pereira-Silva, N. L. (2012). **Resiliência familiar e desenvolvimento humano: análise da produção científica**. *Psicologia em Pesquisa*, 6(2), 179-186. doi: 10.24879
- Rutter, M. (1970) **Sex differences in children’s response to family stress**. Em: Anthony, E. J.; Koupernik, C. (Eds.). *The child in his family*. (pp. 165-196) New York: Wiley.
- Rutter, M. (1979) **Changing youth in a changing society: patterns of adolescent development and disorder**. London: Nulfield Provincial Hospitals Trust.
- Rutter, M. (1985) **Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder**. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (1987) **Psychosocial resilience and protective mechanisms**. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, (3), 316-331.
- Rutter, M. (1993) **Resilience: some conceptual considerations**. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.
- Rutter, M. (1999) **Resilience concepts and findings: implications for family therapy**. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144.
- SELIGMAN, Martin E. P. **Felicidade autêntica: Usando a Psicologia Positiva para a realização permanente**. 1ª ed . Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.
- Sheldon, K. M. & King, L. (2001). **Why positive psychology is necessary**. *American Psychologist*, 56 (3), 216-217.

- Silva, M. O. (2010). **Pobreza, desigualdade e políticas públicas: caracterizando e problematizando a realidade brasileira.** *Revista Katálysis*, 13(2), 155-163. doi: 10.1590/S1414-49802010000200002
- Sroufer L. A. & Rutter, M. (1984) **The domain of developmental psychopathology.** *Child Development*, 55, 17-29.
- Szymanski, H.(2010). **A relação família/escola: desafios e perspectivas** (2ª ed.). Brasília: Liber Livro.
- Tavares, J. (2001). **A resiliência na sociedade emergente.** Em Tavares J. (Org.) *Resiliência e educação*, (pp. 43-75). São Paulo: Cortez.
- Walsh, F. (2005). **Fortalecendo a Resiliência Familiar.** Editora Roca.
- Walsh, F. (2004). **Resiliencia Familiar: Estrategias para su fortalecimiento.** Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Walsh, F. (1993) **Conceptualization of normal family processes.** Em: Walsh, F. (Ed.). *Normal family processes*. (pp. 3-69), New York: The Guilford Press,.
- Werner, E. E. (1986) **The concept of risk from a developmental perspective.** Em: Keogh, B. K. (Ed.). *Advances in special education, developmental problems in infancy and preschool years, V.4* (pp. 1-23) Greenwich, Conn.: JAI Press.
- Werner E. E. & Smith, R. S. (1982) **Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth.** New York: McGraw-Hill,.
- Yunes, M. A. (2001). **Questão triplamente controversa da resiliência em famílias de baixa renda.** Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Yunes, M. A. M. (2003). **Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família.** *Psicologia em estudo*, 8(1), 80-95. doi: 10.1590/S1413-73722003000300010
- Yunes, M. A. M.; Szymanski, H. (2016). **Crenças, sentimentos e percepções acerca da noção de resiliência em profissionais da saúde e da educação que atuam com famílias pobres.** *Psicologia da Educação. Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação: Psicologia da Educação*,(17),2175-3520.
- Yunes, M. A. M.; Mendes, N. F.; Albuquerque, B. D. M. (2005). **Percepções e crenças de agentes comunitários de saúde sobre resiliência em família monoparentais pobres.** *Texto & Contexto Enfermagem*, 14, 24-31. doi: 10.1590/S0104-07072005000500003
- Yunes, M. A. M. & Szymanski, H. (2001). **Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas.** Em: Tavares J. (Org.) *Resiliência e Educação*, (pp. 13-42). São Paulo: Cortez.
- Zhang, Y. (2012). **Educational expectations, school experiences and academic achievements: A longitudinal examination.** University of Pennsylvania. Gansu Survey of children and families. c4
- Zimmerman, M. A. & Arunkumar, R. (1994) **Resiliency research: implications for schools and policy.** *Social Policy Report: Society for Research in Child Development*, 8 (4), 1-18.

AS RELAÇÕES DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: AVANÇOS E RETROCESSOS DECORRENTES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Sergiana de Sousa Bezerra

Universidade Estadual do Ceará – UECE
Fortaleza - Ceará

Maria Eniana Araújo Gomes Pacheco

Universidade de Fortaleza – UNIFOR
Fortaleza - Ceará

RESUMO: A assistência e atenção em saúde mental no contexto brasileiro passou por profundas transformações, que regem desde o campo político ao operacional. Buscou-se a perspectiva de novos espaços de trabalho voltados ao atendimento em comunidade, formação de equipes multidisciplinares, com ambientes adequados ao atendimento e a efetivação do trabalho dos profissionais. Foram vislumbradas condições concretas de trabalho saudável nesses espaços de atuação que constitui hoje a Rede de Atenção Psicossocial. Sabe-se que historicamente o cuidado com o trabalhador de saúde não foi uma preocupação fundamental, isso ainda pode, por vezes, ser identificado no contexto cotidiano da cidade de Fortaleza. Este trabalho teve como referência uma pesquisa realizada no ano de 2015 com profissionais de nível superior que atuavam no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Geral III, localizado em Fortaleza – CE. A presente pesquisa objetiva compreender como se configuram as relações de trabalho em

saúde mental com as mudanças provenientes da Reforma Psiquiátrica e suas implicações à saúde do trabalhador, a partir das discussões traçadas. A metodologia consistiu em análise de conteúdo realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas. Observou-se que o trabalho em saúde mental, no serviço substitutivo é permeado por forte precarização das formas de trabalho, configurada pela contratação temporária dos profissionais, com ausência de carga horária que atenda as necessidades da demanda, difusas relações de trabalho entre a equipe e implicações na saúde dos profissionais que estão imersos a essa realidade.

PALAVRAS-CHAVE: Trabalho. Saúde mental. Saúde do trabalhador.

ABSTRACT: Mental health care and care in the Brazilian context has undergone profound transformations, ranging from the political to the operational. We sought the perspective of new work spaces aimed at community service, training of multidisciplinary teams, with adequate environments for attendance and the effectiveness of the professionals' work. Concrete conditions of healthy work were seen in these spaces of action that constitute today the Network of Psychosocial Attention. It is known that historically care with the health worker was not a fundamental concern, this can still be sometimes identified in the daily context

of the city of Fortaleza. This work had as reference a research carried out in the year 2015 with professionals of higher level who worked in the Psychosocial Attention Center - CAPS General III, located in Fortaleza - CE. The present research aims to understand how the work relations in mental health are configured with the changes coming from the Psychiatric Reform and its implications to the health of the worker, based on the discussions. The methodology consisted in content analysis performed through semi-structured interviews. It was observed that work in mental health, in the substitutive service is permeated by a strong precariousness of the forms of work, configured by the temporary contracting of professionals, with absence of workload that meets the needs of the demand, diffuse working relationships between the team and implications of the professionals who are immersed in this reality.

KEYWORDS: Work. Mental health. Worker's health.

1 | INTRODUÇÃO

Este trabalho foi fruto de uma pesquisa realizada no ano de 2015 com profissionais que atuavam no CAPS Geral III para conclusão da Especialização de Saúde Pública – UECE.

O movimento de Reforma Psiquiátrica¹ inicia sua trajetória no Brasil entre os anos de 1978 e 1980, de forma tardia, acompanhou a tendência de outros movimentos reformistas, como na Itália, França e Estados Unidos. Sabe-se que o movimento brasileiro foi fundamentado nas experiências nos EUA, com forte característica da Psiquiatria Comunitária e no que foi vivenciado na Itália, baseada na Psiquiatria Democrática, iniciada por Franco Basaglia, com o diferencial de negar radicalmente a violência e o equipamento psiquiátrico tradicional, buscando o fim dos manicômios.

Conforme aborda Amarante (1994), apesar de outros países esta passando por reformas psiquiátricas e movimentos de transformação do modo asilar, no Brasil em 1960 há um grande aumento do número de hospitais psiquiátricos funcionando em condições precárias, centrados no modo asilar. Em meio a isso, cresce a *indústria da loucura* (PITTA, 2011) resultante de investimentos do Estado em instituições psiquiátricas provenientes do setor privado e aumento dos lucros das empresas farmacêuticas com medicações.

A idealização de tratamento em saúde mental em espaço que reproduz exclusão e adoecimentos é uma realidade historicamente ineficiente, adoecedora e reprodutora de violações de direitos. As práticas atuais de atenção e cuidado em saúde mental têm raízes no processo de redemocratização, a partir das contribuições de diferentes atores sociais que deram novas possibilidades de olhares para essa área, que outrora centrava-se no modelo biomédico, em concepções hospitalocêntricas, com ampla medicalização e exclusão social como formas de tratamento.

Com isso, as formas de trabalho que antes eram direcionadas ao cuidado dentro

1. Entende-se por movimento de Reforma Psiquiátrica o que Amarante preconiza, a reforma enquanto movimento histórico que tem seus avanços e retrocessos que possibilitam sua construção na sociedade.

de espaços institucionais, no modelo hospitalocêntrico, passam a ser transformadas em uma rede de atendimento voltada para a atenção extra-hospitalar, acarretando um processo de desinstitucionalização que caminha até os dias atuais, “é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.” (BRASIL, Ministério da Saúde, 2005, p.5)

Amarante (1995) aborda a conceituação de reforma psiquiátrica brasileira como um processo inovador, de quebra dos paradigmas da psiquiatria e transformação do seu modelo clássico através de propostas e questionamento para um olhar além do institucional, sua visão é direcionada para a desinstitucionalização percebendo-a em seu processo histórico, político e social. Foi desencadeada com grande participação popular nos movimentos de lutas por democracia e mudanças que problematizaram as organizações governamentais, as condições de saúde e melhorias nas condições de vida, em meio a esse contexto existiu grande fortalecimento dos movimentos sociais, dentre eles o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM)..

Em 1989, surge o projeto Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), um ano após a criação do SUS, apenas em 2001 esse projeto lei foi aprovado, passados 12 anos em tramitação no Congresso Nacional, ficando regulamentado como Lei Federal 10.216 (2001). Propõe e direciona o amparo à saúde mental, enfatizando os serviços extra-hospitalares, privilegiando aqueles realizados em âmbito comunitário, visando a assistência à saúde às pessoas com transtornos mentais e a efetivação de seus direitos.

A partir disso são criados serviços e instituições que atendam a essas exigências, sendo desenvolvidos dentro do tratamento substitutivos, formados por diferentes serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial, dentre eles, o Centro de Atenção Psicossocial.

O tratamento em espaço territorial no qual usuários de diferentes serviços substitutivos junto a dinamicidade das relações intersetoriais entre as diferentes políticas públicas desse território possibilita o acesso, a participação, a autonomia, o protagonismo e o convívio desses sujeitos com dispositivos de assistência, possibilitando a ampliação e/ou construção da rede de apoio e de cuidado, que outrora era restrito ao espaço hospitalar/manicomial.

A Reforma Psiquiátrica priorizou o atendimento público à população, objetivando garantir o acesso aos serviços e o respeito aos direitos e liberdade de todos aqueles que necessitasse desta demanda, buscando reestruturar a assistência com promoção a saúde mental e serviços em âmbito comunitário e familiar.

Entretanto, ainda encontramos retrocessos nas condições de trabalho em saúde. Quando se fala em saúde mental são observadas mudanças na forma do agir profissional, bem como nos espaços de trabalho, garantidos em legislação, mas o que também devem ser analisados são as novas formas de organização de trabalho em virtude das alterações da política de saúde mental. (PITTA, 2011)

Entende-se que esses espaços são locais de trabalho contemporâneos e que a sua efetivação faz parte do processo de redução do número de hospitais psiquiátricos, requer na mesma proporção serviços em âmbito comunitário suficientes para atender essa demanda.

Com isso, surge a necessidade de identificar as condições de efetivação desses serviços no que diz respeito às condições físicas, estruturais, financeiras, bem como a disposição da equipe profissional para prestação do atendimento público. É necessário lançar indagações acerca da forma como esses serviços estão sendo organizados nas equipes de trabalho e como está a atuação dos profissionais nesses espaços.

Na cidade de Fortaleza- CE, existem hoje 14 CAPS, entretanto, segundo publicações recentes, esses seguem atendendo em condições precárias, não disponibilizando condições básicas de estrutura e equipe profissional, com relatos de falta de profissionais . (O Diário do Nordeste, 2017; Jornal Tribuna do Ceará, 2015).

O que vem sendo abordado nas publicações são estruturas de trabalho deficitárias, número de profissionais reduzido, insatisfação dos profissionais e constantes afastamentos, e a pouca articulação entre as instituições que formam a Rede de Atenção Psicossocial. Esses fatores levam a reflexão de como estão as condições de saúde dos profissionais que atuam nesses espaços e de que forma as conquistas em relação às condições de trabalho em saúde mental vem sendo efetivada, enquanto pauta de luta que veio sendo debatida desde o início do movimento reformista.

Assim, em meio ao exposto acerca do contexto saúde e trabalho desses profissionais, pretende-se dialogar com o cenário das relações trabalhistas contemporâneas no ambiente do CAPS. Os diferentes cenários de trabalho que se apresentam atualmente se encontram gestados pela lógica majoritariamente neoliberal presente no capitalismo. Segundo Antunes (2011) (1999), Harvey (1987), Netto (2001), o trabalho é concebido com forte presença da reestruturação produtiva, precarização das formas de contratação, flexibilização dos vínculos trabalhistas, remuneração mínima, ambiente de trabalho segmentado, acordos firmados pelo Estado de forma desigual para com a classe trabalhadora, liofilização organizacional e acumulação flexível. Nesse cenário, encontra-se a exclusão da grande parcela de pessoas do mercado de trabalho que vive à margem do desemprego ou subemprego.

A saúde mental dos indivíduos está diretamente associada a fatores sociais e subjetivos, podendo sofrer alterações dependendo dos condicionantes, agravos, interações sociais que qualquer pessoa está exposta, estando essa em seu cotidiano social ou propriamente no trabalho. Quando esses fatores são desenvolvidos no ambiente de trabalho é interessante perceber quais elementos estão associados nesse contexto, sabendo que pode existir a presença da saúde, do sofrimento nesse processo.

O objetivo desta pesquisa foi compreender como se configuram as relações de trabalho² em saúde mental com as mudanças provenientes da Reforma Psiquiátrica e

2. Entende-se por relação de trabalho aquilo que Cavaignac preconiza, "por relações de trabalho entendem-se as

as implicações na saúde do trabalhador.

2 | PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma abordagem qualitativa que teve como campo empírico o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em Fortaleza, localizado no bairro Rodolfo Teófilo. Criado em 1998, esse CAPS Geral foi resultado de um convênio entre a Prefeitura de Fortaleza e o Hospital Universitário Professor Walter Cantídio (HUWC) da Universidade Federal do Ceará (UFC).

A pesquisa teve como sujeitos participantes seis (06) profissionais do serviço social, que atuavam no CAPS Geral há dois anos que concordassem participar da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a coleta de dados qualitativos foram utilizadas as técnicas: entrevista semi-estruturada e diário de campo sistemático. O estudo das informações coletadas foi realizado pela análise de conteúdo hermenêutico-dialético (MINAYO, 2000).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir da análise de conteúdo realizada por meio das entrevistas feitas com os sujeitos que participaram da pesquisa foi possível obter 3 categorias: (a) relações de trabalho no contexto do movimento da reforma psiquiátrica, (b) precarização no trabalho (carga horária, condições físicas), (c) saúde do trabalhador (sofrimento psicossocial).

Relações de trabalho no contexto do movimento da reforma psiquiátrica

Hoje existe um distanciamento maior dos usuários do CAPS com os profissionais, acredito que isso acontece pela diminuição do número de profissionais e falta de alguns deles, principalmente os médicos psiquiatras, com isso existe uma quebra do projeto terapêutico, fazendo com que os usuários voltem as internações. (ENTREVISTADO 2)

As equipes de profissionais que compõe as instituições da Rede de Atenção Psicossocial são formadas por número mínimo de profissionais, quando não, inferior ao que é preconizado para estas instituições. As formas de contratação acontecem por meio de processo simplificado de seleções públicas que ocorrem continuamente a cada dois anos e por contratações por meio de organizações sociais e empresas privadas, tais como o Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Apoio em Gestão em Saúde – IDGS, não havendo vínculo direto com a Secretaria de Saúde, outro agravante é a inexistência dos cargos oficiais que potencializam a não viabilização de concursos públicos; existindo no CAPS pesquisado apenas 3 profissionais servidores públicos.

formas pelas quais se opera a sujeição do trabalhador ao capital no processo de compra e venda da mercadoria força de trabalho; relações estas cuja reprodução constitui uma forma de mediação imanente ao modo de produção capitalista.”

Diante desse quadro, percebe-se nas falas dos entrevistados a constante falta de profissionais que atendam uma demanda crescente de usuários que procuram o serviço, existindo no CAPS Geral III uma dinâmica de atendimentos que passa a ser constantemente modificada para tentar se adequar a ausência e mudanças da equipe profissional.

Quer queira ou não, por mais que a gente não centre a atenção do atendimento no médico psiquiatra, mas hoje praticamente se tem menos 5 % dos pacientes atendidos aqui por ano com o médico psiquiatra, isso acarreta que ele não está tendo avaliação de seu quadro de saúde, não está sendo revisto medicação e nem exames de rotinas. Eles estão fazendo onde esses exames? Existe falta de manutenção integral, isso significa que ele está entrando em crise. Esse ano já observamos internações frequentes de pacientes que já estavam a mais de 5 anos sem acontecer nenhuma crise, super estáveis. Existe 6 pacientes que a gente acompanhava mais de perto, paciente convulsivos que ficavam maior parte do dia estáveis, sai da internação, passa o dia no CAPS e no outro dia já retornam para internação. A falta de profissionais vai quebrando a dinâmica da instituição, os pacientes não conseguem mais ficar nos grupos, não vão ficando bem e não participam das atividades, os pacientes não nos procuram mais. Ele vem só para pegar medicação. Então quando o plano terapêutico não está sendo minimamente atendidos, há um distanciamento deles do serviço e acontecem os esvaziamentos, isso afeta o trabalho de todos os profissionais que trabalha aqui no CAPS. (ENTREVISTADO 4)

É recorrente nas falas dos entrevistados a relação entre as flexibilizações nas formas de contratações do quadro de profissionais, a ausência de psiquiatras, descontinuidade do trabalho em equipe e percepção de que a equipe profissional não há uma interação maior pelas constantes mudanças de profissionais e o quanto isso afeta diretamente no relacionamento entre esses trabalhadores enquanto equipe e aos usuários do serviço.

Pode-se perceber por meio dos discursos dos profissionais entrevistados, que existe uma descontinuidade no tratamento dos usuários que são atendidos no CAPS Geral III, ocasionado pela falta na assistência integral, o atendimento em comunidade previsto pelo movimento psiquiátrico passa a ser fracionado, os grupos terapêuticos, atendimentos individualizado com psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais conseguem acontecer, entretanto, o atendimento e acompanhamento por parte do profissional psiquiatra acontece com pouca frequência, desencadeando uma lacuna na equipe multidisciplinar, além da consequência imediata dos usuários irem buscar atendimento nos hospitais, retornando ao ciclo hospitalocentrico, ocasionando também a superlotação dos hospitais.

É persistente nos discursos dos sujeitos que compõem o espaço do CAPS estudado a importância que eles apontam da interdisciplinaridade na equipe, existe sempre um pensamento de superação daquilo que está posto. No momento que foi feita as entrevistas, o CAPS passava por processos de mudanças, dentre elas a alteração da gestão da instituição e a proximidade do processo seletivo com inserção de novos profissionais e saída dos que já estavam há 2 anos na instituição, a percepção da descontinuidade apresentado nas falas deriva também desse momento vivenciado.

O quadro profissional das instituições sofre constantes alterações com a saída e entrada de novos profissionais em curto período, um dos entrevistados aponta que “existe um espécie de descarte da gente, passamos em uma seleção, entramos, fazemos vínculos com a equipe e os pacientes e quando menos esperamos somos descartados, se eu quiser continuar tenho que fazer uma nova seleção”.

Rollo (2007), aborda que as mudanças na dinâmica do trabalho quando geram grandes alterações de ordem organizacional e material, causam o sentimento de insatisfação e descarte do profissional por não se adequar a uma determinada ordem estabelecida.

A lógica da constante mudança do que outrora foi adequado, mas que atualmente tornou-se substituível vem gerando na sociedade comportamentos sociais que preconizam vínculos descartáveis com objetos materiais, daquilo que não me serve deve ser descartado, e percebe-se está sendo refletido na interação entre os indivíduos, proporcionando relações instáveis e com duração de curto tempo, causando insatisfações por parte do trabalhador, que acaba por descartar experiências profissionais vivenciadas ao decorrer de sua carreira profissional, bem como nas relações interprofissionais, podendo se tornar mais sensíveis na medida em que o sujeito não se adapte a esse ritmo e acaba sendo demitido. (ROLLO, 2007)

Antes a gente percebia uma equipe mais integrada, não tinha conflito, hoje eu percebo que existe conflitos instalados pelo aprofundamento da crise que vivenciamos, pelo medo de ficar desempregado, pelo estresse do trabalho, descredito da gestão com a política de saúde. Então eu acho que as relações estão mais fragilizadas e bem mais difíceis e aí eu acho acaba tendo dois grupos que pensam de forma diferente quando se fala de equipe. Há divergências em concepções. (ENTREVISTADO 6)

É possível compreender que a relação que é estabelecida entre profissionais e deles com os usuários é tensionada constantemente pelas alterações no quadro de contratação e demissão, principalmente por essa demissão não ser ocasionada por algum motivo presente nas relações estabelecidas no trabalho para que esse fim acontecesse, mas sim por uma lógica constante de privatização por meio de processos seletivos que alargam os males da flexibilização do trabalho, bem como pelas contratações decorrentes de Organizações Sociais.

O tensionamento das relações que se estabelecem nesse espaço não se limitam a relação em equipe, mas, transborda em outros campos como: a saúde dos trabalhadores, o aumento do estresse; sentimento por parte dos profissionais de insatisfação, um olhar sob a gestão de forma a não reconhecer nela estratégias de efetivação da política que rege a instituição. Esses fatores estão presentes na fragilização das relações de trabalho nesse espaço e transparece nas falas dos

entrevistados.

Precarização no trabalho³

A partir dessa categoria de análise foi possível identificar duas subcategorias que se tornam importantes para análise: tempo de trabalho, condições estruturais e físicas da instituição.

Tempo de trabalho

Desde 2009 não havia concurso público para a área de saúde mental no município de Fortaleza, os profissionais que estão de forma contínua nos CAPS são mínimos, no CAPS que houve contato para pesquisa existiam apenas três profissionais concursados, os demais desenvolvem seu trabalho nas 20 h semanais, na sua maioria, das quais foram contratados por meio da seleção pública.

O dimensionamento dessa carga horária, de acordo com a percepção dos entrevistados proporciona lacunas no atendimento, pois a distribuição era feita em turnos alternados, assim o usuário que foi atendido no período da manhã, caso necessite retornar a tarde, não encontrará esse profissional. “Eu acredito que se a gente fosse contratado para trabalhar as 30 horas semanais conseguiríamos atender melhor a demanda”(ENTREVISTADO 1). Todavia, a equipe gestora acredita que dessa forma contempla todos os dias da semana com atendimento.

Como principal desvantagem sobre o tempo de trabalho, os profissionais relatam que a remuneração pelo trabalho não é equivalente à carga horária e que por esse motivo mantem dois empregos, estando a maior parte do dia em atividades de trabalho. Entretanto, existe uma parcela menor, dois dos entrevistados possuem outro olhar sob esse mesmo assunto, encara como algo positivo, pois estão conseguindo ter experiências profissionais em dois campos de atuação distintos.

Quando indagados sobre o descanso entre as horas trabalhadas, os entrevistados afirmam acontecer de forma esporádica, pois existe uma demanda de atendimento, visitas domiciliares e grupos terapêuticos que compõem todo o tempo que passam na instituição, “às vezes não tenho tempo nem de refletir sobre o atendimento anterior que fiz, quando eu menos espero chega outro usuário.” (ENTREVISTADO 2)

Condições estruturais e físicas da instituição

O CAPS Geral III está localizado em uma região que possui grande contingente populacional, a demanda nesta instituição de acordo com os entrevistados é grande comparado ao aparato físico e organizacional do CAPS, com isso, acaba havendo diminuição nas atividades que deveriam ocorrer e um maior desconforto em relação

3. Durante este trabalho o conceito de precarização no trabalho será utilizado baseando-se de forma genérica em Mattoso (1995) quando aborda ser um conjunto amplo e variado de mudanças em relação ao mercado de trabalho, condições de trabalho, qualificação dos trabalhadores e direitos trabalhistas, no contexto do processo de ruptura do modelo de desenvolvimento fordista e de emergência de um novo padrão produtivo.

ao ambiente de trabalho, conforme relatado nas entrevistas.

Na análise das entrevistas é possível perceber que os profissionais apontam a estrutura física do ambiente de trabalho de forma insatisfatória, apresentam em suas falas a deterioração do prédio, algumas salas com presença de umidade nas paredes e mofo, poucas salas disponíveis para atendimento em grupo e individual e a falta de material para atendimento.

A ausência de um ambiente favorável ao atendimento individualizado com a preservação do sigilo profissional foi um dos fatores mais evidentes nas falas dos profissionais, “hoje temos poucas salas para o atendimento individualizado, o que nos salva são os consultórios, pela ausência de médicos psiquiátricas, por causa disso elas ficam disponíveis.” (ENTREVISTADO 1)

A garantia do sigilo dos relatos em atendimento com os profissionais assistentes sociais é um direito garantido no código de ética da profissão e o não cumprimento deste pode acarretar danos ao profissional e a instituição. Na Resolução 493 do Conselho Federal de Serviço Social, dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional de assistentes sociais, traz a necessidade de ter um ambiente adequado para a preservação das informações nos atendimentos.

Percebe-se nas falas dos profissionais que havia um convênio entre a Universidade Federal do Ceará e o CAPS, dentre o qual eram disponibilizados recursos federais para o CAPS no que se refere a reformas físicas, estrutura organizacional de trabalho, com a presença de estudantes e professores que atuavam e realizavam estágios e atividades do programa de Residência Multiprofissional coordenado pela UFC no Hospital Walter Cantídio e no CAPS, isso fazia inclusive com que o CAPS Geral III tivesse diferença entre os demais que se localizam em Fortaleza.

Entretanto, houve o rompimento e atualmente os profissionais relatam que isso ocasionou consequências à instituição e aos profissionais,

Ao longo dos 08 últimos anos nós possuíamos uma estrutura minimamente adequada para a instituição, com os desgastes do tempo, e desde que a gente começou a enfrentar os problemas com as mudanças de gestões houve o rompimento do convênio que historicamente era estabelecido entre o CAPS e a UFC, que recebia recurso para manutenção e para outros insumos da instituição e a gente não tem mais recebido esse financiamento, hoje você já observa um pouco a deterioração do prédio. A gente tinha reforma todos os anos, isso fazia ser um ambiente extremamente saudável do ponto de vista da estrutura física. E há mais ou menos um ano a gente não está tendo esse cuidado de manutenção. Você já observa uma parede mofada, uma deterioração mesmo do serviço. Que está precisando de reforma e alterações importante.(ENTREVISTADO 2)

Em síntese, na percepção dos entrevistados quando existia o convenio firmado com a UFC, o profissionais que estão na instituição a mais de 3 anos percebiam a existência de maiores investimentos na estrutura física do CAPS, eles identificavam, como foi relatado na fala “*ser um ambiente extremamente saudável do ponto de vista da estrutura física*”, isso implica diretamente segundo eles, no atendimento, no conforto e bem estar dos sujeitos que atuam e transitam naquele meio, bem como condições

mínimas de trabalho.

Saúde do trabalhador⁴

Historicamente essa questão do cuidado com o trabalhador não foi uma preocupação fundamental, não percebo nenhuma preocupação com a saúde dos profissionais no CAPS por parte da gestão e nem das relações entre os profissionais. (ENTREVISTADO 3)

A pesquisa em saúde mental exige uma percepção multifacetada desse campo, principalmente no que se refere ao ambiente de trabalho, às condições que são postas aos profissionais, bem como as relações entre os sujeitos sociais que fazem parte deste espaço, como já foi preconizado pelo movimento reformista.

Quando não existe interação harmônica entre um desses elementos elencados acima, não sendo oferecidas condições mínimas organizacionais e estruturais para efetivação do trabalho de profissionais, esses fatores sintetizados, podem ocasionar lacunas no trabalho, atingindo aos usuários que passam a vivenciar atendimentos precarizados e aos próprios trabalhadores, comprometendo seu relacionamento na equipe em que atuam e na organização institucional, podendo também afetar sua saúde mental e física.

Os trabalhadores da saúde são sujeitos construtores das ações em saúde, sendo pertencentes ao processo de produção desta área social, entretanto, ainda não encontram territórios de trabalho saudáveis. Considera-se que profissionais têm suas fragilidades, limites e podem adoecer, com isso, torna-se necessário ter atenção direcionada aos agravos e condicionantes de saúde, entendendo ser possível encontrar esses fatores em espaços institucionais. (ROLLO, 2007)

Ao indagar nas entrevistas sobre esse assunto todos os entrevistados, de forma unanime, afirmam não haver ações direcionadas ao cuidado dos profissionais que atuam naquele espaço. Os profissionais que atuam desde 2009, que entraram na instituição por meio do concurso público, trazem em suas falas que não presenciaram nenhuma iniciativa que tivesse como objetivo o cuidado com a saúde dos trabalhadores, mesmo em outras instituições que compõe a Rede de Atenção a Saúde Mental.

Conforme discute Paim (2009), a saúde do trabalhador não foi inserida logo de início no sistema público de saúde no Brasil, esta nasceu por três eixos: a saúde pública, medicina previdenciária e medicina do trabalho; a última, não teve tanto destaque para os órgãos de saúde pública, não se consolidou como conhecemos hoje por saúde ocupacional, ou saúde do trabalhador, isso só veio a acontecer a partir de 1930, com a criação do Ministério do Trabalho e implantação de outras ações direcionadas a esse âmbito.

4. Pretende-se utilizar a concepção baseada em Lourenço (2008, p. 49), no qual afirmar que a saúde é “o conjunto de conhecimentos oriundos de diversas disciplinas - como medicina social, saúde pública, saúde coletiva, clínica médica, medicina do trabalho, sociologia, epidemiologia social, engenharia, psicologia, entre outras tantas – que, aliado ao saber do trabalhador sobre as condições e a organização do trabalho, estabelece uma nova forma diferenciada de atenção à saúde dos trabalhadores e de intervenção nos ambientes de trabalho.”

As discussões acerca da saúde do trabalhador no Brasil data do século XX, mais especificamente nas duas últimas décadas desse século, no período que vivenciava a Reforma Sanitária e o processo de redemocratização. Os primeiros avanços e ações voltadas para a saúde do trabalhador iniciaram com movimentações e reivindicações dos profissionais vinculados à saúde.

Houve avanços, embora recentes, no campo normativo nas ações em saúde do trabalhador, entretanto, é presente nos dias atuais um processo gradual de efetivação no campo operacional/prático.

A realidade nos espaços institucionais de saúde e as pesquisas na área mostram a fragilidade da execução política na realidade contemporânea, fato esse identificado no CAPS. “eu acho que de fato a gente esta naquele processo de muita crise enquanto equipe, eu não percebo uma preocupação em superar e nem o cuidado com o profissional nessa perspectiva de saúde, nem na gestão maior e nem na coordenação que precisa perceber que há necessidade em se avançar nisso.” (ENTREVISTADO 6)

A percepção por parte dos entrevistados nas suas falas estão presentes o discurso da falta do cuidado com a saúde do trabalhador, aquele que cuida necessita do cuidado, entretanto, presencia-se ainda nos moldes atuais a forte influência das teorias da administração nos serviços de saúde, como alerta Kurcgant (1991), quando afirma ser perceptível os moldes dessas teorias nas instituições de saúde na rigidez das estruturas hierarquizadas, subordinação dos indivíduos, maior preocupação com a quantidade do trabalho em detrimento da qualidade de assistência e bem estar dos sujeitos envolvidos e a saúde dos trabalhadores.

Um dos entrevistados aponta a relação de insatisfação no trabalho e a sensação de invisibilidade de suas ações, posteriormente traz a presença das implicações desse fato em sua vida e sua saúde, “nós ficamos tão imersos no trabalho, mas eu mesma de tanto tentar não consigo mais me ver aqui, não acho que o que faço venha de fato transformar os pacientes, isso me afeta, fico mal, um trabalho invisível.” (ENTREVISTADO 2)

Identificar através de um olhar mais aguçado que o trabalhador da saúde pode adoecer no seu exercício de trabalho é tarefa que exige atenção diária por parte da equipe de profissionais e pelo trabalhador que deve visualizar sua atuação para além da rotina diária, entendendo que o trabalho é algo que faz parte da sociedade, que possui sua importância, mas deve ser posta condições favoráveis à sua concretização.

Entendendo ser essencial o exercício crítico em relação ao que se constrói na prática profissional, sendo a partir dessa estratégia que o trabalho caminha para ações que vão além do pragmatismo gerado na rotina diária, a reflexão sobre a prática, bem como as condições trabalhistas em termos de jornada de trabalho e remuneração, refletem diretamente no conjunto de agravos à saúde do trabalhador e na construção do próprio exercício profissional, bem como no seu reconhecimento enquanto participante

processo saúde-doença.

Relações de trabalho e a existência do sofrimento psicossocial

O sofrimento pode ser encontrado em qualquer indivíduo, desde que esse vivencie uma situação diferente do seu cotidiano que venha lhe causar mal-estar psíquico, entretanto, essa discussão não irá se deter a patologização do sofrimento, pois este está presente nas atividades coletivas vivenciadas pelo ser humano; mas sim na análise de como a sua presença no ambiente de trabalho pode influenciar nas relações entre os sujeitos que ocupam esse espaço.

As relações que se desenvolvem dentro das organizações de trabalho podem ocasionar sofrimentos nos profissionais, Dejours (1992) compreende que existem componentes que podem alterar a saúde mental de trabalhadores, esses componentes podem ser expressos na ansiedade, fadiga, frustração e a angústia.

“Percebo uma piora considerável com esses meus 05 anos aqui em relação ao funcionamento do CAPS, por conta da demanda que é crescente, o fechamento de hospitais psiquiátricos e a inoperância da rede, a situação esta terrível porque a demanda só cresce e tudo isso acarreta um mal-estar enorme em todos nós.” (ENTREVISTADO 2)

Através da fala do entrevistado pode-se identificar que o mal-estar no qual se refere está ligado às condições organizacionais do espaço de trabalho e da operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial, o desconforto gerado não se refere apenas ao setor em que atua, o entrevistado recorre a fatores amplos, que norteiam a sua área de atuação.

Perceber a relação entre mal-estar e condições precárias de trabalho requer a análise se existe organização nos espaços ocupacionais que proporcione condições para efetivação do trabalho, dentro de uma estrutura fundamentada no que é previsto em lei para os espaços de saúde, com isso, a existência da inoperância dentro das organizações vai ser mais difícil de ser encontrada, entretanto, o que percebemos através dos relatos entre os entrevistados é desorganização estrutural na instituição. “Eu escuto muita coisa que não tenho como resolver, porque o CAPS não da conta de atender a todos como deveria.” (ENTREVISTADO 6)

Em concordância com o que foi dito pelo entrevistado, existe na sua fala uma demanda no CAPS Geral III que não é atendida, pois o CAPS não comporta a quantidade de usuários que procura atendimento, isso causa no entrevistado, de acordo com o que ele apresentou posteriormente na entrevista, a presença do sofrimento caracterizado no cansaço e na falta de efetividade de seu trabalho.

Tem muitos funcionários que adoecem porque são muitos problemas na sua frente, consigo perceber isso, a pessoa fica angustiada, não consegue resolver as situações, isso gera muito estresse, é muita carga em cima da gente. Isso não acontece apenas com os assistentes sociais, todos os outros profissionais podem passar por isso. (ENTREVISTADO 3)

Quando direcionamos essa análise para a categoria de trabalho no Serviço

Social, nos deparamos com uma profissão que está em constante contato com a *Questão Social*, que é representada em suas singularidades no campo da saúde mental, entretanto, a atuação profissional requer um esforço a mais para perceber a subjetividade nesse espaço.

Vasques-Menezes (2004) compreende que os fatores externos e internos ligados aos indivíduos proporcionam o sofrimento. A existência do sofrimento não é algo impessoal, entretanto, os fatores físicos e relacionais encontrados dentro dos espaços de trabalho produzem repercussões na saúde mental dos trabalhadores.

Eu acho que a vivencia é a mesma para todos nós e isso que nós estamos vivendo hoje causa angústia, causa insatisfação, frustração em todos, vejo que em alguns casos isso afeta até o atendimento ao usuário, não existir uma equipe fixa, um dia você tem emprego outro não mais e depois estuda novamente para outra seleção, têm pessoas que tem um manejo melhor da situação, mas têm outras que não, a tolerância fica alterada e isso acaba repercutindo. (ENTREVISTADO 4)

Essa fala retrata a precarização do trabalho enquanto fator determinante da existência de angústia e sofrimento, é na vivencia cotidiana no trabalho que a insatisfação surge, o desgaste mental acarretado por consequências negativas do trabalho o caracteriza enquanto espaço de adoecimento, isso repercute, como ela aborda, no atendimento aos usuários, pois esses fazem parte desse processo de atenção em saúde.

Reconhecer o sofrimento psicossocial nos espaços de trabalho em saúde mental requer um olhar atento às interações presentes nesse ambiente, relações entre os profissionais, condições administrativas e estruturais das instituições, operacionalização da política norteadora dessa área e os componentes singulares a cada indivíduo.

É nesse conjunto de interações que se estabelecem na coletividade e singularidade dos profissionais que trabalham na saúde mental que são caracterizados processos de sofrimentos, podendo estes não ser percebidos pelos indivíduos afetados, possibilitando o adoecimento.

Existe por parte dos trabalhadores entrevistados um sofrimento que foi causado pela frustração do trabalho que realizava, ocorrido na mudança da significação do que o exercício profissional lhe representava, as transformações vivenciadas na esfera do trabalho repercute de forma direta no direcionamento que o profissional possa proceder, pois a atuação é uma interação recorrente com a instituição.

Está em um trabalho que lhe proporciona reconhecimento, satisfação e perceber efetividade em sua prática é algo que gera sentimentos positivos em relação ao exercício profissional, entretanto, a ruptura desse contexto e a existência da mudança do ambiente de atuação e das atividades que serão executadas pode ocasionar um processo de sofrimento.

A reflexão em relação aos fatores dentro do espaço de trabalho que podem ocasionar o sofrimento, seja ele ligado apenas a elementos específicos de um setor ou determinado pela desarticulação da estrutura organizacional da política pública que fundamenta a atuação, é sempre uma discussão que permeará um diálogo

constante entre a esfera coletiva e singular de cada indivíduo, entendendo que é a partir das relações existentes entre esses dois espaços e as vivências que norteiam a identificação do sofrer.

4 | CONCLUSÃO

O tratamento voltado à saúde mental no contexto brasileiro passou por profundas transformações, que regem desde o campo político ao operacional. Buscou-se a perspectiva de novos espaços de trabalho voltados ao atendimento em comunidade, formação de equipes multidisciplinares, com ambientes minimamente adequados ao atendimento e a efetivação do trabalho de profissionais que ocupam esses espaços, foi vislumbrado condições concretas de trabalho saudável nesses novos espaços de atuação que constitui hoje a Rede de Atenção Psicossocial.

Todavia, pode-se perceber que apesar das mudanças e conquistas provenientes do movimento psiquiátrico brasileiro, esse ainda não consegue proporcionar aquilo que outrora foi um dos fatores propulsores para o início do movimento: a falta de condições mínimas de trabalho em ambiente adoecido.

Os resultados mostraram que as condições de trabalho e, portanto, do atendimento aos usuários são precárias no que diz respeito às condições estruturais, materiais e organizacionais. O fator com maior prevalência entre os discursos é a precarização nas formas de contratações, que refletem-se sobre a saúde mental dos profissionais por meio de sub fatores, tais como: a insatisfação, estresse, angústia, frustração e sofrimento; combinados a elementos presentes no ambiente de trabalho.

As observações realizadas sobre as das condições de trabalho no CAPS Geral III, bem como as entrevistas com os profissionais permitiram a verificação do distanciamento daquilo que é preconizado para o trabalho em saúde mental em serviços substitutivos e o que foi identificado na instituição. Percebe-se forte presença de formas de precarização do trabalho de assistentes sociais nesse espaço e a presença do sofrimento e angústia acometidos decorrentes de relações que permeiam o trabalho.

Torna-se imprescindível que indague-se como tais profissionais em condições de constantes precarizações desempenhem atendimento sem que os usuários venham a ser diretamente atingidos pela presença desse quadro já relatado? É pertinente também questionar-se como serviços substitutivos que foram planejados para possuir condições de atendimento em âmbito comunitário, com humanização nas formas de atendimento, podem atualmente está apresentando fatores que desqualifique aquilo que foi proposto.

Por fim, tendo em vista a carência de ações voltadas para a saúde dos trabalhadores que atuam no campo da saúde, sugere-se que venham ser desenvolvidas junto à gestão local, possibilitando sempre que possível trocas de experiências.

Entende-se ser o sofrimento psicossocial uma refração da questão social

presente no trabalho de profissionais nos diferentes espaços ocupacionais que possa atuar, portanto, torna-se necessário refletir e propor mudanças em âmbito de equipe e da própria condução da política pública para tornar o ambiente mais saudável, principalmente no que se refere as formas de contratação, o posicionamento dos profissionais perante a esta situação pode modifica-la.

Pode-se perceber com isso, que o trabalho em saúde mental é uma conjuntura composta por interações singulares e coletivas que direcionam a construção da profissão e o agir profissional na atualidade dentro das instituições de trabalho.

REFERENCIAS

AMARANTE, Paulo. (org). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BRASIL. Lei 10.216, 06 de abril 2001. Diário da República, Brasília, 06 de abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2004). **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados - 10, Ano VII, nº 10, Brasília, 2012. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs/saudemental> Acesso em: jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** – 8, ano VI, nº 8. Informativo eletrônico. Brasília: 2011. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs/saudemental> Acesso em : jul. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

COSTA, E. A; SILVA, I.I. Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/Go. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 83-106, jun. 2008.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. Estudo de psicopatologia do Trabalho. São Paulo: Cortez-Oboré, 1998.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FOUCAULT: **Leituras da História da Loucura**, Elizabeth Roudinesco et al.; tradução Maria Inês Duque Estrada. – Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. 325 p HARTZ, 2008, adaptado de Évaluer L'efficacité D'un Programme Gervais et al., 1999.

GUIMARÃES, J.M.X. **Satisfação dos trabalhadores de saúde mental**: o caso dos Centros de Atenção Psicossocial de Fortaleza-Ceará. Fortaleza-CE, 2007. 154f. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública]. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-CE, 2007.

Hospitais mentais têm redução de 50% no número de leitos. Tribuna do Ceará, Fortaleza, 07 junho 2013. Disponível em: < <http://tribunadoceara.uol.com.br/videos/jornal-jangadeiro/hospitais-mentais-tem-reducao-de-50-no-numero-de-leitos/> > Acesso em: fev. 2014.

KHEN, Andres Jorge. Saúde Mental no Contexto da Globalização e Precarização do Trabalho. In: I Seminário Internacional de Atenção Psicossocial em Saúde Mental. UECE. 2013.

Lima, M.E.A. A relação entre o distúrbio mental e o trabalho: evidências epidemiológicas recentes. In W.Codo (Org.). **O trabalho enlouquece?** Um encontro entre a clínica e o trabalho, Petrópolis: Vozes, 2004.

MACÊDO, A.M.B. e JORGE, M.S.B. **Concepções de Loucura e sua Influência na Prática Psiquiátrica**. In: JORGE, M.S.B; SILVA,W.V.da; OLIVEIRA, F.B.de (Org).

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço social: identidade e alienação**. 3. Ed. São Paulo, Cortez, 1993.

MESQUITA;NOVELLINO;CAVALCANTE. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Um olhar sobre o paradigma da saúde mental**. In: XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais. 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. In: **Ciências & Saúde Coletiva**, 2011.

PITTA, **Hospital: dor e morte como ofício**. 3 ed. São Paulo: EDITORA HUCITEC, 1994.

ROLLO, A.A. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo “globalizado”? . In: SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B. (orgs.). **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. p. 19-61.

SANTOS-FILHO,S.B.; BARROS, M.E.B. (orgs.). **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.

Saúde Mental em situação precária. Diário do Nordeste, Fortaleza, 28 abril 2014. Disponível em: < <http://diariodonordeste.globo.com/materia.asp?codigo=1261138>> Acesso em: jul 2016.

SELIGMANN-SILVA, Edith. **Desgaste Mental no Trabalho Dominado**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; Cortez Editora, 1994.

SENNETT, Richard. **A cultura do novo capitalismo**. Rio de Janeiro: Record, 2006.

VASCONCELLOS, V.C.; AZEVEDO, C.S. Sentidos do trabalho e imaginário organizacional em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. **Interface – comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 4. N. 34, p. 563-576, jul./set. 2010.

VASQUES-MENEZES, I. Por onde passa a categoria do trabalho na prática terapêutica? In: W.Codo (Org.). **O trabalho enlouquece?** Um encontro entre a clínica e o trabalho. Petrópolis: Vozes, 2004.

COMPREENDENDO A EXPERIÊNCIA DE CUIDAR DA CRIANÇA COM CARDIOPATIA CONGÊNITA

Fabiane de Amorim Almeida

Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein
São Paulo, Brasil.

Alessandra Pinheiro Margoni

Hospital Vila Santa Catarina.
São Paulo, Brasil.

RESUMO: Objetivo: Compreender a experiência vivenciada pelo cuidador da criança com cardiopatia congênita. Método: Pesquisa descritiva exploratória, de abordagem qualitativa, realizada no ambulatório do Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis (PECP), com 21 cuidadores de crianças com cardiopatia congênita. Utilizou-se a entrevista semiestruturada para coleta de dados, que foram analisados por meio da técnica de Discurso de Sujeito Coletivo (DSC). Resultados: Foram identificados 11 DSCs, agrupados em três categorias. Muitas dificuldades são enfrentadas pela pessoa que cuida da criança com cardiopatia, gerando mudanças significativas na rotina da família após o impacto do diagnóstico. A responsabilidade pelo tratamento recai sobre ele, que busca adaptar-se à situação, contando com o apoio dos familiares e da fé em Deus. Considerações finais: O presente estudo traz subsídios importantes que apontam para a

necessidade de se reavaliar a abordagem do cuidador pela equipe de saúde, contribuindo para a continuidade do tratamento da criança.

PALAVRAS-CHAVE: Cardiopatias congênitas, Criança, Relações mãe-filho, Doença crônica; Enfermagem Pediátrica

UNDERSTANDING THE EXPERIENCE OF TAKING CARE OF CHILDREN WITH CONGENITAL HEART DISEASE

ABSTRACT: Objective: Understand the experience faced by the caregiver of a child with congenital heart disease. Method: Descriptive exploratory research, using qualitative approach, performed in the ambulatory of the Einstein Program in the community of Paraisópolis (EPCP), with 21 caregivers of children with congenital heart disease. It was used the semi-structured interview for the data collection, which were analyzed by means of the Collective Subject Discourse (CSD). Results: 11 CSDs were identified and assembled into tree categories. Many difficulties are faced by the person who takes care of a child with heart disease, generating significant changes in the family routine after the impact of receiving the diagnosis. The responsibility for the treatment falls on him or her, which seeks to adapt to the situation, with the support of family and faith in

God. Final considerations: This study brings important subsidies that point to the need to reevaluate the approach of the health team to the caregiver, contributing to the continuity of the child's treatment.

KEYWORDS: Heart Defects, Congenital; Child; Mother-Child Relations; Chronic disease; Pediatric Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, evidenciam-se grande avanço no tratamento das cardiopatias congênitas. Muitas delas são corrigidas cirurgicamente, entretanto os procedimentos hemodinâmicos são empregados cada vez mais para tratá-las, evitando-se o risco cirúrgico (ATIK, 2005).

As cardiopatias congênitas são identificadas mais frequentemente na infância, logo no nascimento ou nos primeiros anos de vida, dependendo de sua gravidade (SILVA, 2014). Ocorrem cerca de oito a dez casos em 1000 nascimentos, decorrentes de anormalidades genéticas, fatores ambientais (drogas, agentes infecciosos) ou da combinação de ambos (ARAÚJO et al, 2014; MUSTACCHI; SALMONA, 2014; ALMEIDA, 2008).

Em estudo recente, quase metade dos neonatos com cardiopatia teve progenitoras com alguma patologia aguda na gestação, sendo que várias doenças infecciosas estão relacionadas à ocorrência de malformações congênitas. Aponta, ainda, a presença de consanguinidade na maior parte dos casos de cardiopatias congênitas, estando relacionadas à herança recessiva de algumas variantes genéticas que, isoladamente, não causam a doença (ARAÚJO et al, 2014).

Quando uma criança nasce com anomalia cardíaca, os pais enfrentam enorme sobrecarga física e psicológica ao ter que se adaptar às necessidades especiais do filho. Após o diagnóstico, passam por um período de choque, gerando grande ansiedade por temerem que a criança morra (HOCKENBERRY; WILSON, 2014).

A existência de cardiopatia impacta significativamente no relacionamento da criança com seus pais e toda a família. O coração é visto como um órgão vital e principal responsável pela vida, sendo que os distúrbios cardiovasculares representam uma ameaça muito próxima da morte para eles, independente da sua gravidade (SMELTZER et al, 2005).

A doença e hospitalização de uma criança desencadeiam momentos de vulnerabilidade na família, que, muitas vezes, tem dificuldade para se manter em equilíbrio, diante das demandas habituais de seus membros e, ainda, daquelas relacionadas ao cuidar da criança hospitalizada (PETTENGILL; RIBEIRO; BORBA, 2008).

Como principais responsáveis pelo cuidado da criança, os pais têm que lidar com a doença diariamente, compreender as manifestações da cardiopatia e identificar prontamente os sinais de exacerbação do estado clínico (HOCKENBERRY; WILSON,

2014).

Diante do exposto, este estudo foi desenvolvido considerando alguns questionamentos. Como é a experiência vivenciada pelo adulto que cuida da criança com cardiopatia? Como é a sua rotina e quais as dificuldades enfrentadas por eles ao cuidar desta criança?

Entender como o cuidador lida com as dificuldades de seu cotidiano e como se sente diante dessa experiência pode tornar o enfermeiro melhor capacitado para intervir no atendimento das necessidades emocionais da criança com cardiopatia e sua família.

2 | OBJETIVO

Compreender a experiência vivenciada pelo adulto que cuida da criança com cardiopatia congênita.

3 | MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, realizada no ambulatório do Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis (PECP), em São Paulo (Brasil).

O estudo foi desenvolvido com 21 cuidadores de crianças com cardiopatia congênita, atendidas no ambulatório durante o período de coleta de dados, que aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado segundo a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013).

A maioria dos participantes era do sexo feminino (99%), com idade entre 20 e 65 anos (média= 42,5 anos), sendo que todos possuíam o ensino fundamental incompleto. A maioria dos cuidadores eram mães (86%), além de um pai (4,8%) e duas avós (9,6%).

Por ser um estudo qualitativo, o número de participantes foi definido no decorrer da coleta dos dados, que se encerrou quando as informações foram suficientes para compreender a situação estudada. A técnica de amostragem foi intencional, considerando a disponibilidade dos cuidadores para participar do estudo.

Os dados foram coletados após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein (CAEE: 42369915.6.0000.0071) e autorização do responsável pelo ambulatório onde foi realizada a coleta.

A coleta de dados realizou-se por meio de entrevista semiestruturada, utilizando-se um roteiro com dados de identificação dos participantes e quatro questões norteadoras sobre a experiência vivenciada pelo cuidador da criança com cardiopatia congênita.

Para analisar os dados, empregou-se a técnica de Discurso de Sujeito Coletivo (DSC), caracterizado por um conjunto de procedimentos de tabulação e organização de dados discursivos provenientes de depoimentos orais ou não (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005). Fundamenta-se na Teoria da Representação Social, entendida como uma forma de conhecimento, socialmente elaborado e compartilhado, de uma realidade comum a um conjunto social (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013).

Essa técnica envolve, basicamente: a seleção das expressões-chave de cada discurso, que são segmentos, contínuos ou descontínuos, de discursos que revelam o principal conteúdo discursivo; a identificação da ideia central (IC) de cada uma dessas expressões-chave; o agrupamento das ideias centrais semelhantes ou complementares e, também, as ancoragens, formando um discurso-síntese, o discurso do sujeito coletivo (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005). Denomina-se ancoragem, a manifestação linguística explícita de uma dada teoria, ideologia ou crença, pressupostos, conceitos e hipóteses que façam parte do cotidiano do indivíduo (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013).

4 | RESULTADOS

A partir dos discursos dos cuidadores entrevistados, foram constituídos 11 discursos do sujeito coletivo (DSC), apresentados em três categorias, que enfocam o impacto vivido por eles no momento do diagnóstico da cardiopatia, a tentativa em compreender a situação clínica da criança/adolescente e sua percepção sobre a rotina de cuidar dessa criança ou adolescente.

4.1 Revivendo o impacto do momento do diagnóstico

Desesperando-se com a notícia da cardiopatia da criança

O momento da descoberta da cardiopatia é sempre impactante, gerando uma carga emocional intensa e desencadeando sentimentos de perplexidade, desespero, pavor, tristeza e preocupação.

“Eu senti um desespero quando descobri. Fiquei apavorada, muito triste... Comecei a chorar e as médicas tentaram me acalmar, dizendo que não era tão grave, que era tratável”. Então eu fiquei um pouco aliviada. Ainda assim fiquei preocupada. “Até então, somente tinha que passar no pediatra e logo depois, passar no cardiologista...”(DSC1).

Quando a cardiopatia é descoberta ocasionalmente, em consultas de rotina, o cuidador percebe uma mudança brusca no *status* de saúde da criança, até então percebida como saudável e passando à condição de portadora de uma doença crônica. Evidencia-se a angústia dos cuidadores, diante da espera pela definição do diagnóstico e do desconhecimento sobre a real situação do quadro clínico da criança.

“Eu tinha uma consulta com a pediatra e ela percebeu que o coração dele estava muito acelerado. Foi quando ela pediu para passar com esse médico (o

cardiologista). Ele pediu alguns exames... logo consegui a vaga para ele fazer. Eu fiquei muito assustada até fazer os exames completos. Eu não sabia, ao certo, o que estava acontecendo, porque meu pai já teve um infarto e ele tem um tio que também tem sopro, e do tipo que não pode passar muito nervoso... Pensei que ele (a criança) poderia sofrer também. Depois que ele fez (o exame), o médico disse que não era para eu me preocupar tanto... era sopro, mas não corre risco nenhum de vida”(DSC1).

Descobrimo a cardiopatia na gestação

O diagnóstico de cardiopatia na infância é sempre um acontecimento traumático para as famílias, independente do momento em que ela ocorre na vida da criança. Entretanto, o choque da notícia parece tornar-se mais dramático, quando ocorre na gestação.

“Quando o médico (no pré-natal) perguntou qual era o problema no coração do meu filho, eu respondi que não sabia. Então, eu já fiquei desconfiada. Sofro de hipertensão, fiquei preocupada, nervosa e comecei a chorar. Depois, eu passei com outra médica e ela disse a mesma coisa, que ele estava com isso (sopro) e que, quando nascesse, ia direto para o centro cirúrgico. Eu fiquei internada antes dele nascer, para ver se ele ganhava peso e, mesmo assim, ele nasceu com 2,4 quilos, antes dos nove meses. Quando ele nasceu, correram com ele, para fazer a cirurgia. Fiquei muito triste, porque pensei que não fosse uma (cardiopatia) tão grave” (DSC2).

A ansiedade e apreensão se intensificam no momento do parto, principalmente se o neonato necessita ser operado imediatamente, pois geralmente o quadro é de maior gravidade e as chances de sucesso, mais restritas. Entretanto, o cuidador demonstra confiança em Deus, no que se refere ao prognóstico do bebê.

“O pai (do bebê) ficou apavorado quando ele fez a cirurgia, porque o médico disse que ele tinha somente 5% de chance. Para mim, foi um choque... Depois, disseram que não era muito grave... mas é por que eu tenho muita fé em Deus e minha família também orou. Não sei por que ele nasceu com esse problema. Não tem ninguém na família com esse problema” (DSC2).

Quando a cardiopatia é diagnosticada durante a infância

É comum a cardiopatia ser diagnosticada quando a criança é internada, geralmente por agravos de saúde relacionados, como infecções respiratórias. Dependendo da magnitude dos defeitos congênitos, as manifestações ocorrem logo nos primeiros meses de vida.

“O momento em que descobri que ele tinha problema no coração foi quando ele teve uma pneumonia. Teve que ficar internado e descobriram que ele tinha problema no coração. Ele era bebezinho... nasceu de oito meses, era muito amarelinho. Pensei que ele tinha hepatite... estava com icterícia, que é a bilirrubina. Eu achei que era uma coisa, mas era outra coisa” (DSC 3).

O temor de que a criança venha a morrer e a convivência com o sofrimento da criança geram grande tristeza e desespero. A aceitação da doença pela família é,

muitas vezes, difícil, sendo percebida como um castigo que a criança não merece.

“Ele apresentava desconforto para respirar... golfava muito, ficava muito cansado. Logo o médico pediu os exames e constatou que ele tinha sopro. Fiquei muito desesperada... o meu mundo caiu. Eu fiquei muito triste. Eu pensei que ele não ia sobreviver... Mas vendo ele hoje, não sabe o que ele já passou... Ele já nasceu sofrendo do coração, mas no coração, ninguém merece”(DSC3).

Descobrimo a cardiopatia na adolescência

Em alguns casos, a cardiopatia evolui lenta e progressivamente, de forma que as primeiras manifestações só ocorrem na adolescência.

“Descobri que ele tem problema no coração, quando ele estava brincando na escola... Ele correu e sentiu mal, com muita dor no peito, dor de cabeça, tontura e estava gelado. Tive que levar ele às pressas para o hospital. (...). Precisou ficar internado uma semana e, assim descobriram o porquê dessa crise. Só que ele tem 13 anos e nunca teve nada... e o resultado deu cardiopatia congênita”(DSC4).

Como algumas manifestações surgem muito lentamente, podem passar despercebidas pelo adolescente e pela família, sendo surpreendidos por mudanças bruscas no estado de saúde devido à progressiva sobrecarga cardíaca.

“Eu percebi que tinha algo de errado, porque ele fazia muito esforço para fazer as coisas constantemente. Ele não podia fazer muito esforço de futebol, somente uma hora por semana. Depois, o médico disse que os batimentos estavam acelerados demais e deu uma leve arritmia... Ele disse que é um monte de fios soltos e que pode dar uma descarga elétrica. Então se ele correr, se esforçar muito, pode dar de novo”(DSC4).

4.2 Tentando compreender a situação clínica da criança

Percebendo a melhora do quadro da criança

Mesmo quando o prognóstico é mais favorável e a criança evolui clinicamente de maneira positiva, o cuidador continua preocupado e apreensivo, receando um agravamento da situação.

“Quando saí da maternidade, falaram para fazer acompanhamento com o cardiologista. Ele tinha muitas, muitas crises de pneumonia e resfriado, quando bebê. Mas o cardiologista disse que vai diminuindo, conforme ele for crescendo... que ele pode viver com esse problema. Disse que era vida normal e que era tratável... que era para eu ficar calma. Mas eu vou só sossegar, quando estiver tudo bem com ele... Cada vez que ele passa no médico, ele diz que está melhor, e é uma benção. Então, a gente não fica tão preocupada. Ele (a criança) segue a vida dele normal. Hoje, já aumentou os horários de futebol, porque antes ele cansava muito”(DSC5).

O acompanhamento médico é uma constante na vida dessas crianças e os cuidadores esforçam-se para compreender a complexidade das alterações relacionadas a cardiopatia.

“Quando passei aqui no ambulatório, os médicos me explicaram que as duas veias

que bombeiam o sangue, o sangue se misturava... em vez de bombear para um lugar, ele (o coração) bombeia para outro lugar. Está fazendo acompanhamento... a cada dois meses tinha que passar ele (no médico). Depois passaram para 6 meses. Quando ele fez cateterismo, ele tinha um ano... Para ver se resolvia o problema... ele ficou com a valvulazinha aberta. Depois de um tempo, fizeram mais exames e não foi necessário fazer cirurgia, e que, agora, só tinha um buraquinho. Hoje, vou ver o que ele (médico) vai dizer. Vai ver, nos exames, como está... se fechou ou não”(DSC 5).

Diante da necessidade do filho ser operado

A necessidade de realizar a cirurgia na criança traz grande preocupação para a família, devido ao risco potencial de morte.

“Eu fico triste com isso (a cirurgia)... Vai mexer numa coisa (o coração) que comanda o cérebro. Até hoje, fico tensa... Quando ele vai fazer os exames, fico feliz quando não dá nada, para não ter que mexer de novo no coração. Se for mexer, vai ter que cortar tudo fora, não vai somente realizar o cateterismo... Então, essas coisas mexem muito com a cabeça da gente. Quando descobri (a cardiopatia), a médica me explicou que era um buraquinho no coração e, conforme ele iria crescendo, esse buraco ou iria crescer ou diminuir. No caso do meu filho, o buraco foi crescendo. Acho que tem que operar logo. Senão, quando crescer, pode ter um infarto e acabar falecendo... eu não sei direito”(DSC 6).

A ansiedade no momento da consulta dificulta a compreensão do cuidador sobre as explicações do profissional relacionadas à necessidade da cirurgia, o que aumenta o estresse.

“Hoje eu vou pedir para o médico me explicar direito, porque, às vezes, ele explica e eu não entendo direito. Vou pedir para ele anotar no papelzinho para mim... vou perguntar o que vai ter que fazer... se aumentou ou diminuiu... se vai precisar fechar”(DSC 6).

A suspensão da cirurgia por intercorrências de saúde, também gera grande estresse no cuidador, assim como o sofrimento da criança com a piora do estado geral e a hospitalização.

“Agora ele tem passado com o pneumologista, porque ele tem tido muitas crises de tosse e pneumonia. Ele já ficou internado duas vezes nas Clínicas (Hospital das Clínicas) por causa do coração... e ele não foi operado lá porque, durante a internação, ele pegou pneumonia e o médico disse que não dava para operar assim. (...) E só de pensar que tem que trazer ele para o hospital, é triste, porque ele é muito ruim de veia”(DSC6).

Perdendo a oportunidade de realizar a cirurgia do filho

Realizar uma cirurgia cardíaca na criança exige condições indispensáveis como o peso adequado para a idade e condições clínicas favoráveis, sendo necessário, muitas vezes, retardar a programação cirúrgica. Entretanto, prolongar demais o momento da cirurgia pode torná-la inviável, daí a importância do acompanhamento ambulatorial constante.

“Como eu morava no Norte e não tinha recursos, eles disseram que teria que esperar ele pegar peso para poder realizar a cirurgia. Ele tinha que ter aproximadamente 13 quilos. Assim, deveria retornar na unidade com ele, só que, durante esse período, ele chegou a 15 quilos e aconteceu que nem fui levá-lo. Passou do tempo e teve esse problema aí, desse sopro... uma CIV, mais a pressão pulmonar. Quando eu descobri (que a criança não podia mais operar), quase enfartei. (...) É muita preocupação de mãe... tenho consciência que o problema é muito grave”(DSC7).

O transplante apresenta-se como uma solução milagrosa, nos casos muito graves, e os familiares anseiam por realizá-lo logo, temendo a piora do quadro da criança e que venha a falecer.

“Porque, no futuro, o médico disse que ele pode precisar de um transplante de coração. Eu espero que ele faça transplante. Queria que o doutor fizesse logo, o colocasse na fila... Que se eu for esperar no futuro, vai ficar cada vez pior. Acho que o que tem que fazer, tem que fazer hoje” (DSC7).

4.3 Refletindo sobre a rotina de cuidar da criança cardiopata

Entendendo a rotina de cuidar da criança como “normal”

Para alguns cuidadores, a rotina de cuidar da criança com cardiopatia é igual a de uma criança “sadia”, apesar de alguns cuidados específicos que precisam ser tomados.

“A rotina é normal, mas tem alguns cuidados que tem que ter com ele. Apesar de ter problemas de saúde, ele é uma criança ativa. Ele brinca, vai para creche e nem parece que tem nada, graças a Deus! Tem uma boa alimentação, come de tudo e toma o remédio direitinho. Só não pode engordar, pois o médico disse que ele precisa andar bastante... (risos). Em casa, sempre estímulo à fazer as atividades dele e a brincar, porque a criança só aprende brincando. Eu cuido dele igual meus outros filhos, mas eu tenho um pouco mais de cuidado com ele. Ele só não pode competir, para não se cansar...” (DSC8).

A rotina de cuidar da criança não é nada fácil

A rotina de cuidar da criança pode ser muito difícil para alguns cuidadores, em função da inexperiência em cuidar de crianças com doença crônica e às constantes solicitações da escola ou creche pelos sintomas apresentados pela criança.

“Eu era muito novinha quando ganhei o G... Tinha 17 anos e nem sabia o que era mexer com uma criança com sopro... nem imaginava a gravidade. (...) A creche sempre me liga dizendo que ele esta com dor no peito, que está passando mal e, às vezes, eu não sei o que fazer ou que remédio dar para ele... Ele ficou internado e teve mais de 10 desmaios (...) Cuidar dele dá um pouco de trabalho, também, porque ele faz escândalo para tomar o remédio. Os vizinhos pensam que eu estou matando ele” (DSC9).

O temperamento difícil da criança também pode tornar muito atribulado o cotidiano do cuidador, que se angustia pelo risco de piora da cardiopatia, quando ela se agita.

“Ele é muito nervoso, fica muito vermelho e se joga no chão. Elas (funcionárias da creche) falam que ele bate nas crianças. Ele não sabe se defender então ele bate.

(...) Não pode deixar chorar muito... e ele chora por tudo. Então, a gente evita de fazer algumas coisas com ele. (...) É muito difícil lidar com uma criança assim... Minha nossa, a rotina dele não é fácil, tem que ficar de olho” (DSC9).

O cuidado da criança, às vezes, precisa ser delegado a outras pessoas e o cuidador preocupa-se em garantir a rotina da criança, mesmo na sua ausência.

“Eu cuidei dele até 5 meses em casa, depois eu tive que pagar para uma moça olhar ele, para eu voltar a trabalhar. E ela não cuidou direito. Tentei uma vaga aqui na creche e consegui. Ele não fica muito em casa, fica na creche... Fico mais (com ele) no final de semana. E na creche tem todos os cuidados... mas tem que deixar uma cartinha assinada, uma observação... se ele correr ou cair... não pode se cansar e tem que observar se ele não está roxo... tem que tomar cuidado para não passar nervoso” (DSC9).

As dificuldades financeiras e a falta de apoio familiar contribuem para que a atividade de cuidar dessa criança não seja algo fácil.

“O pai dele não ajudava em nada. Sou separada dele... somente liga de vez em quando. Toda vez que tem consulta, eu largo tudo e venho. Eu trago ele, pego atestado e, depois, vou trabalhar. Hoje, eu estou aqui, perco R\$ 130,00 no dia, me faz falta. Mas, não posso deixar ele sozinho. Tenho medo de ele passar mal... Eu ainda não consegui aposentar ele (a criança). Marquei uma perícia para ele, só que é muito difícil. Moro aqui somente há dois anos, eu não conheço os lugares direito. Tem que pegar o laudo com o médico, tudinho. E tem toda a burocracia das coisas, hoje em dia...”(DSC10).

Tendo que cuidar do neto na ausência dos pais

Os avós da criança às vezes têm que assumir o papel dos pais, visto que estes não estão em condições de assumir esse cuidado, e tentam buscar uma justificativa para a cardiopatia do neto. Preocupam-se em amenizar a situação e fazem o possível para que o neto se sinta bem.

“Ele é filho da minha filha, mas sou eu que cuido e crio. Eu e meu marido que cuidamos dele. Durante gravidez, a mãe dele usou muita droga e não sei se isso prejudicou o coração. Tentamos fazer tudo direitinho. Sempre que tem consulta eu trago meu neto ... a gente faz o possível para ele se sentir bem. Eu o deixo brincar normal, mas percebo que ele se cansa com facilidade. Às vezes meu neto tem um comportamento muito agressivo... é nervoso, bravo e agitado. Eu converso muito com ele e tenho bastante paciência. Quando ele nasceu, além do sopro, nasceu com abstinência também (mãe usuária de drogas). Acho que, por isso, ele é tão agitado. Em casa, ele fica um pouco mais tranquilo, mas o ambiente externo o deixa muito agitado. Ele tem medo de carro, moto, fica apavorado. Nas consultas médicas, sempre é aos gritos” (DSC11).

5 | DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo apontam que o momento do diagnóstico da cardiopatia gera grande impacto, independentemente da fase de vida da criança/adolescente, mas, de modo especial, no período pré-natal.

A gestação é um período de alegria para a família e a notícia de que o bebê

tão esperado tem cardiopatia, gera grande preocupação. Toda mulher que engravida idealiza a figura de uma criança saudável e o nascimento de uma criança fora desse conceito de normalidade traz uma nova realidade para a família (BENUTE et al, 2011).

Pesquisas recentes apontam a doença cardíaca congênita como a principal causa de morte entre os recém-nascidos com anomalias congênitas, e o diagnóstico pré-natal está associado à diminuição da morbidade e mortalidade neonatal. Assim, diante da suspeita de cardiopatia pela ultrassonografia fetal, a gestante é encaminhada ao cardiologista para confirmar o diagnóstico (LOPES, 2015).

Os discursos dos entrevistados apontaram, também, que o cuidador, muitas vezes, tem dificuldade para assimilar o problema de saúde da criança, não compreendendo exatamente a situação clínica da criança.

O fato de não possuir conhecimento suficiente sobre a doença da criança, interfere diretamente na maneira como a família cuida dela. É importante que o cardiologista explique para a família, de maneira clara e real, o diagnóstico, as possibilidades de tratamento e o prognóstico da cardiopatia, preferencialmente em consultas de orientação (LOPES, 2015).

As informações devem ser transmitidas considerando a sua capacidade de compreensão, por vezes comprometida pela intensa ansiedade (GILBERT; MELLO; LIMA, 2009).

Normalmente, após entender a gravidade da cardiopatia, um longo período de transição será vivenciado pela família, que busca estratégias para enfrentar a nova situação, permeada por muitas incertezas em relação ao futuro. Embora alguns cuidadores reajam tentando fugir e negar a situação, a maioria se beneficia com atitudes ativas para tentar resolver o problema. O suporte familiar também é de extremo valor nesse processo (LOPES, 2015).

Sobre a evolução clínica da cardiopatia, os discursos evidenciam que cuidador se angustia quando o prognóstico não é tão promissor, agarrando-se a possibilidades mais restritas e nem sempre viáveis ou com resultados satisfatórios, percebidas como milagrosas, como o transplante.

O transplante cardíaco pediátrico é uma terapêutica complexa, indicada quando outros tratamentos não são mais recomendados (AZEKA; MIURA, 2015). Entretanto, nem sempre é uma conduta eficaz, principalmente na miocardiopatia dilatada, quando há dilatação do ventrículo esquerdo resultando em insuficiência cardíaca (CORREIA; FRANÇA; SILVA, 2014).

Na rotina de cuidar da criança cardiopata, há situações em que o cuidador enfrenta maior sobrecarga devido às várias atividades que lhes são impostas, como o emprego, as demandas da família e, às vezes, o cuidado com outros familiares dependentes, identificados em seus relatos. A literatura aponta o impacto desse desgaste em cuidadores familiares mais jovens e do sexo feminino, relacionando-os à presença de sinais de depressão (COSTA et al, 2015).

Os cuidadores sentem culpa, tanto por se descontrolarem emocionalmente no

enfrentamento da situação de cuidado, quanto por se sentirem responsáveis, de algum modo, pelo estado em que se encontra a criança. Assim, passam a ter dificuldades de estabelecer limites para o cuidado e o promovem até a exaustão (COSTA et al, 2015).

A tarefa de cuidar, por si só, não conduz a sintomas de depressão, problemas de saúde ou isolamento social para o cuidador. Muitos cuidadores, contudo, necessitam de descanso e de cuidados com sua saúde física e mental. (COSTA et al, 2015).

Torna-se fundamental a ajuda de outros familiares, no revezamento dos cuidados, e da equipe de saúde, capacitando-os para lidarem com os aspectos específicos da doença da criança/adolescente ou do seu grau de dependência (COSTA et al, 2015).

A respeito do parentesco do cuidador da criança com cardiopatia, no presente estudo, a mãe é o principal membro familiar que assume esta função. Entretanto, constatou-se que também os avós assumiam a responsabilidade de cuidar.

Evidencia-se, na literatura, a importância dos avós no cuidado da criança doente, proporcionando apoio aos pais, fortalecendo-os e trazendo esperança, para que consigam enfrentar a situação (CORREIA et al, PROCIDONIO et al, 2015). Atualmente, cada vez mais, os avós tornam-se os cuidadores principais da criança doente, não se limitando apenas a apoiadores dos pais da criança, como se evidenciou nos discursos.

A busca por estratégias de enfrentamento em relação às dificuldades que se apresentam e a provação diária vivenciada pelos cuidadores são relatadas por eles em seus discursos. Após o diagnóstico, a família vivencia o medo frente aos cuidados diários que a criança necessita, paralelamente ao processo de mudança da rotina de vida diária.

Como forma de se preparar para o futuro, no sentido de cuidar da criança com doença crônica, a família buscar elementos que a fortaleçam nessa nova etapa da vida (DANTAS et al, 2010).

Dentre as formas de lidar com as dificuldades que se apresentam no cuidado dessa criança, destaca-se a crença em Deus. As questões da religiosidade e da fé estão muito presentes na vida das pessoas, principalmente nos momentos mais difíceis (BASTOS; CALASANS,2015).

No presente estudo, com o surgimento da doença, o cuidador passou a recorrer mais a Deus, por meio de orações, atribuindo à Ele a força que tem para enfrentar a situação.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste trabalho possibilitou compreender que a experiência do cuidador da criança cardiopata é marcada por estresse e intenso sofrimento durante todo o tratamento. O sentimento de culpa, devido ao fato da criança ter uma doença crônica, e o medo de perder o filho, em função da gravidade da doença, é frequente entre os cuidadores.

Constata-se, ainda, que, a maior responsabilidade na continuidade do tratamento recai sobre eles, geralmente a mãe, que muitas vezes deixa de atender suas necessidades para priorizar as da criança. A necessidade de levar a criança ao serviço de saúde gera mudanças significativas na rotina da família, que se organiza para dar seguimento ao tratamento.

Diante das dificuldades enfrentadas por estes familiares que cuidam da criança, evidencia-se a necessidade de uma rede de suporte para minimizar a sobrecarga de demandas, incluindo a busca do apoio dos profissionais e a confiança em Deus.

Esses resultados trazem reflexões importantes aos profissionais de saúde que atendem crianças com cardiopatia, no que se refere principalmente à necessidade de se reavaliar a abordagem desses cuidadores pela equipe de saúde.

Estabelecer um vínculo de confiança com o cuidador da criança parece ser uma estratégia valiosa, enfatizando a ideia de que o profissional é um parceiro no tratamento. Isso consiste em encontrar, junto com ele, a melhor solução para driblar as dificuldades enfrentadas, contribuindo de maneira significativa para a continuidade do tratamento.

AGRADECIMENTOS

Aos profissionais de saúde do Ambulatório do Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis, São Paulo, Brasil.

REFERÊNCIAS

ATIK, E. Diagnóstico clínico e laboratorial das cardiopatias congênitas. In: Nobre, F., Serrano Junior, C.V., organizadores. **Tratado de Cardiologia SOCESP**. Sec. 16. São Paulo: Manole, 2005. p.1321-36. Capítulo 1.

ALMEIDA, F.A. Disfunções cardiovasculares. In: Almeida, F.A; Sabatés, A.L., organizadores. **Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital**. São Paulo: Manole, 2008. p.324-49. Capítulo 27.

ARAÚJO, J.S.S. et al. Cardiopatia congênita no nordeste brasileiro: 10 anos consecutivos registrados no estado da Paraíba, Brasil. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v.27, n.1, p: 509-15, 2014. Disponível em: <<http://www.onlineijcs.com/detalhes/3/congenital-heart-disease-in-northeast-brazil--10-consecutive-years-of-records-in-paraiba-state--brazil> .Acesso em: 19 de fevereiro de 2019.

AZEKA, E, MIURA, N. Transplante cardíaco em crianças: visão atual e perspectivas futuras. **Revista da SOCESP**, v. 25, n.3, p:160-3. 2015. Disponível em:<<http://socesp.org.br/revista/assets/upload/revista/16542565691534428245pdfREVISTA-SOCESP-V25-N3.pdf>> Acesso em: 19 de fevereiro de 2019.

BASTOS, A.C.B. & CALASANS, M.T.A. Sentimentos dos pais da criança cardiopata: uma contribuição para a enfermagem. In: 6º Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal. Londrina, 2015. **Anais...** Foz do Iguaçu (PR): Unioeste.

BENUTE, G.R.G., et al. Cardiopatia fetal e estratégias de enfrentamento. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.33, n.9: 227-33, 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n9/a02v33n9.pdf>> Acesso em: 19 de fevereiro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n. 466**, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Autor, 2013. Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em 19 de fevereiro de 2019.

CORRÊA, D.A.M. et al. Sentimentos vivenciados pelos avós durante o internato do neto na unidade de terapia intensiva neonatal. In: 6º Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal. Londrina, 2015. **Anais...** Foz do Iguaçu (PR): Unioeste.

CORREIA, E.B.; FRANÇA, N.A.A.C.; SILVA M.A.D. Cardiomiopatias. In: Santana, M.V.T., organizadora. **Cardiopatias congênitas no recém-nascido: diagnóstico e tratamento**. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atheneu, 2014. Capítulo: 43, p. 465-76.

COSTA, T.F.C. et al. Qualidade de vida de cuidadores de indivíduos com acidente vascular encefálico: associação com características e sobrecarga. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.49, n.2, p:245-52, 2015. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt_0080-6234-reeusp-49-02-0245.pdf> Acesso em: 19 de fevereiro de 2019.

DANTAS, M.S.A et al. Impacto do diagnóstico de paralisia cerebral para a família. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.19, n.2, p:229-37, 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/03.pdf>> Acesso em 19 de fevereiro de 2019.

FIGUEIREDO, M.Z.A.; CHIARI, B.M.; GOULART, B.N.G. Discurso do sujeito coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa. **Distúrbio Comum**, v.25, n.1, p:129-36, 2013. Disponível em:<<http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/14931>> Acesso em 19 de fevereiro de 2019.

GILBERT, M.J.; MELLO, D.F.; LIMA, R.A.G. Experiências de mães de filhos com doença de hirschsprung: subsídios para o cuidado de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.13, n.4, p:793-01, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a15.pdf>> Acesso em 19 de fevereiro de 2019.

O'BRIEN, P.; BAKER, A.L. A criança com disfunção cardiovascular. In: Hockenberry, M.J.; Wilson, D. **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. 9a ed. Traduzido por Maria Inês Corrêa Nascimento. Rio de Janeiro: Elsevier. 2014. Capítulo 25, p. 784-830.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa**. 2. ed. Caxias do Sul: Educs, 2005.

LOPES, M.L. Diagnóstico intrauterino de cardiopatia: implicações terapêuticas. **Revista da SOCESP**, 25(3):122-5, 2015.

MUSTACCHI, Z.; SALMONA, P. Incidência, etiologia e fatores predominantes e síndromes genéticas nas cardiopatias congênitas. In: Santana, M.V.T., organizadora. **Cardiopatias congênitas no recém-nascido: diagnóstico e tratamento**. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atheneu, 2014. Capítulo: 9, p. 99-126.

PETTENGILL, M.A.M.; RIBEIRO, C.A.; BORBA, R.I.H. O cuidado centrado na criança e sua família: uma perspectiva para a atuação do enfermeiro pediatra. In: Almeida, F.A.; Sabatés, A.L. **Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital**. São Paulo: Manole, 2008. Capítulo 4, p. 34-43.

SILVA, M.A.A. Reconhecimento das malformações cardíacas - cianose, Insuficiência cardíaca, sopros e arritmias. In: Santana, M.V.T., organizadora. **Cardiopatias congênitas no recém-nascido: diagnóstico e tratamento**. 3ª ed. rev. e ampl. São Paulo: Atheneu, 2014. Capítulo: 10, p.128-28

SMELTZER, S.C. et al. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Capítulo 26, Histórico da função cardiovascular; p.654-93.

CONSTRUINDO ESPAÇOS DE FALA E ESCUTA COM ADOLESCENTES ESCOLARES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rayssa Madalena Feldmann

Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC),
Curso de Psicologia, Santa Cruz do Sul- Rio
Grade do Sul.

Kamilla Mueller Gabe

Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC),
Curso de Psicologia, Santa Cruz do Sul- Rio
Grade do Sul.

Isabela Terra Raupp

Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC),
Curso de Medicina, Departamento de Biologia e
Farmácia, Santa Cruz do Sul- Rio Grade do Sul.

Sofia Perez Lopes da Silveira

Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC),
Curso de Medicina, Departamento de Biologia e
Farmácia, Santa Cruz do Sul- Rio Grade do Sul.

Almerindo Antônio Boff

Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC),
Curso de Medicina, Departamento de Biologia e
Farmácia, Santa Cruz do Sul- Rio Grade do Sul.

RESUMO: A presente escrita trata-se de trabalho da modalidade de relato de experiência desenvolvido pela Liga Acadêmica de Psiquiatria da Universidade de Santa Cruz do Sul (LAP-UNISC) com adolescentes de duas escolas do município, sendo uma privada e outra pública. Objetiva-se relatar o trabalho de educação em saúde, realizado por meio de oficinas temáticas, com a intenção de indicar a importância de trabalhar a valorização da vida, abarcando temas

como depressão, suicídio, bullying, bem como outros temas relevantes entre adolescentes escolares na contemporaneidade. Os assuntos foram abordados envolvendo todos os estudantes presentes, convidando-os a refletir sobre suas formas de agir, sentir e pensar, bem como abrindo espaço à troca de experiências, diálogos, reflexões e perguntas. Desse modo, as oficinas possibilitaram a construção de um vínculo entre os adolescentes e os membros da LAP.

PALAVRAS-CHAVES: Adolescência. Educação em saúde. Valorização da vida.

ABSTRACT: The following work is about an experiment report developed by the Liga Acadêmica de Psiquiatria of the Universidade de Santa Cruz do Sul (LAP-UNISC) with teenagers of two municipal schools, one public and one private. The aim of this study is to report the health education work through the realization of thematic workshops that intend to indicate the importance of working with life valorization, covering themes such as depression, suicide, bullying and others relevant issues of adolescence in contemporaneity. Those topics were discussed involving all the present students, inviting them to ponder about their ways of acting, feeling and thinking, as well as allowing experience exchanges, dialogs, reflections and questions. Therefore, those

workshops enabled the development of a connection between teens and the LAP members.

KEYWORDS: Adolescence. Health education. Life valorization.

1 | INTRODUÇÃO

O presente relato de experiência apresenta o trabalho desenvolvido pela Liga Acadêmica de Psiquiatria da Universidade de Santa Cruz do Sul (LAP-UNISC) com adolescentes de duas escolas de Santa Cruz do Sul, sendo uma de caráter pública e outra privada. A Liga Acadêmica de Psiquiatria da UNISC atualmente visa aperfeiçoar a formação acadêmica dos estudantes dos cursos de Medicina e Psicologia, promovendo atividades interativas entre ensino, pesquisa e extensão de forma multidisciplinar e interdisciplinar, ofertando desta forma promoção de saúde a comunidade.

A adolescência, como uma importante etapa do ciclo vital, é marcada por diversas modificações biológicas, psicológicas e sociais, podendo ser caracterizada, assim, como um momento de grande instabilidade e fragilidade no que diz respeito ao desenvolvimento do sujeito (MOREIRA; NIEL, SILVEIRA, 2009). Isso porque é nesse período que se espera que o indivíduo busque seus objetivos relacionados à sociedade em que vive, além de consolidar traços de sua personalidade e obter uma integração em grupo social (EISENTEIN, 2005).

Antes de tudo, é importante lembrar o conceito de educação em saúde: trata-se de ações que buscam a participação da população em atividades que envolvem a saúde, como a prevenção de doenças e promoção da vida (MACHADO, 2007). Dessa forma, é preferível que se tenha uma proximidade com a população alvo e que os temas sejam abordados de modo a atrair a todos. As oficinas relatadas neste trabalho foram solicitadas pela equipe multiprofissional da Estratégia de Saúde da Família do bairro, no caso da escola pública, e através da equipe diretiva da escola, no caso da escola privada.

Já que se trata de um relato envolvendo jovens de duas escolas de Santa Cruz do Sul, deve-se ressaltar um tema que é amplamente discutido entre indivíduos dessa idade: o suicídio. Nas gerações passadas, o ato de tirar a própria vida era um assunto evitado entre a comunidade. Já entre os adolescentes dessa geração, que estão passando por um momento de mudanças sociais impactantes, o tema passou a ser abordado mais frequentemente por meio das mídias, como redes sociais e programas de televisão. O fato é que a curiosidade de saber como ajudar o amigo/parceiro que está enfrentando momentos difíceis parece ser uma questão relevante entre os estudantes. O Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da Organização Mundial da Saúde sugere que os programas de educação na escola que envolvam a temática possam ajudar professores e alunos a se sentirem úteis e ajudarem na identificação e conscientização de pessoas quanto ao manejo de crises e prevenção do suicídio (OMS, 2006a).

O suicídio na adolescência tem apresentado crescimento progressivo, assumindo proporções preocupantes. De acordo com o Mapa da Violência Letal de Crianças e Adolescentes do Brasil de 2015, em quase todas as idades as taxas de suicídio de 2013 foram superiores às de 2003 e, tanto em 2003 quanto em 2013, “foram quase duas crianças e adolescentes por dia que cometeram suicídio” (WASELFSZ, 2015, p.44). Esses números demonstram a importância de abordar, já nas escolas, os fatores que corroboram para pensamentos de se machucar ou atentar contra a própria vida.

Nesse sentido, objetiva-se relatar o trabalho de educação em saúde, realizado por meio de oficinas temáticas, com a intenção de ressaltar a importância de trabalhar a valorização da vida, abarcando temas como depressão, suicídio, *bullying*, bem como outros temas relevantes nessa etapa do ciclo vital.

CONSTRUINDO ESPAÇOS DE FALA E ESCUTA COM ADOLESCENTES ESCOLARES

Trata-se de um estudo descritivo de caráter qualitativo na modalidade de relato de experiência da Liga Acadêmica de Psiquiatria, a partir da vivência com grupos de adolescentes escolares. As oficinas de educação em saúde foram realizadas em uma escola pública situada na zona rural do município de Santa Cruz do Sul e outra em uma escola privada localizada na zona central da cidade. Atingiu-se ao final das oficinas 95 adolescentes situados na faixa etária de 13 a 17 anos de idade. As ações educativas para abordagem da valorização da vida foram viabilizadas através de oficinas educativas em saúde, com duração média de 60 minutos, utilizando-se metodologia participativa e dialogal.

Foi realizado um encontro em cada escola, e todos os sujeitos possuíam autorização expressa da instituição para participação na oficina. Além da temática valorização da vida, abordou-se temas como: depressão, suicídio e *bullying*, por meio de dispositivos interativos como apresentação de Power Point. Em uma das escolas trabalhadas foi utilizado como recurso potencializador de discussão uma caixa onde os estudantes faziam perguntas anonimamente sobre os temas abordados. No encontro com a escola privada, os estudantes do grupo foram convidados a participar de uma dinâmica. Para isso, receberam dois pedaços de papel colorido, nos quais deveriam escrever situações/motivos que os deixavam felizes e o que os entristeciam. É importante ressaltar que a participação era voluntária e os papéis não possuíam nenhum tipo de identificação. Posteriormente, os papéis foram recolhidos e redistribuídos entre os adolescentes, que, neste momento, deveriam escrever alternativas ao que deixava seus colegas tristes. Essa dinâmica levou em consideração uma das características dos sujeitos que pensam em suicídio, conforme apontam Moreira e Bastos (2015, p.446) “A morte é temida pela maioria das pessoas; entretanto, pode ser considerada como um alívio para aqueles que não encontram alternativas para seus problemas,

e buscam, por meio de comportamentos autodestrutivos, acabar com a própria vida”.

A atividade foi finalizada com a discussão sobre os questionamentos feitos pelos adolescentes. Tivemos uma agradável surpresa com a quantidade de perguntas e com o nível de seriedade empregado. Nesta dinâmica surgiram questões como: “Como identificar sintomas de depressão e como ajudar alguém depressivo? ”, “Com quem devo falar sobre algum amigo depressivo? ”, “Implicar com alguém em função de seu sotaque é *bullying*? ”, entre outras questões. Esses questionamentos reforçam a importância da abordagem dessa temática na adolescência.

Após a realização da atividade com os alunos, foi reservado um espaço para que eles pudessem trazer suas experiências de vida e tirar suas dúvidas particularmente com um contato mais próximo com os ligantes. Houve uma pequena demanda de estudantes que optaram por relatar individualmente suas vivências de problemas familiares e escolares em relação a depressão e *bullying*. Observou-se maior número de interessados, não só em relatar casos, mas também em saber mais sobre como ajudar pessoas próximas com tais problemas, na escola pública abordada.

OFICINAS EDUCATIVAS COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA

Dentre as inúmeras e distintas técnicas de trabalhos em grupos, destaca-se, aqui, a realização de oficinas. As oficinas caracterizam-se por serem um trabalho estruturado com grupos que se estabelecem em torno de uma questão central. Esse grupo não carece de um número específico de encontros, dado que o foco principal é a elaboração, em um determinado contexto social, de reflexões acerca de suas formas de agir, sentir e pensar (AFONSO, 2000). Por isso, essa elaboração transcende uma reflexão racional dado que busca envolver os sujeitos de forma integral. Nesse sentido, o que define uma oficina é sua proposta de aprendizagem compartilhada, com o propósito de construir o conhecimento coletivamente. Os coordenadores da oficina apenas facilitam o debate, partindo das dúvidas e opiniões que emergem no decorrer do processo. A partir das discussões e reflexões realizadas, os adolescentes podem ampliar seus recursos de reflexão e autoproteção (JEOLAS; FERRARI, 2003).

Nas escolas onde as oficinas foram propostas, inicialmente foi realizada a apresentação dos ligantes envolvidos para favorecer o reconhecimento e a integração dos participantes e facilitadores. Posteriormente foi realizado um levantamento, junto aos adolescentes do grupo, sobre as temáticas de maior interesse por parte destes, a fim de que fossem discutidas nas próximas oficinas de educação em saúde. Com base nesse levantamento foram planejadas as oficinas subsequentes. Ainda neste primeiro momento foi explicada a metodologia da oficina.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1989) a adolescência é um período que compreende a faixa etária entre os 10 e os 19 anos de idade. Nesta fase

ocorrem intensas transformações no corpo do(a) adolescente, sendo caracterizada como um período de vulnerabilidade física, social e psicológica, com mudanças ainda no modo de pensar agir e também no desempenho dos seus papéis sociais. Essas transformações provocam mudanças nas formas do adolescente se relacionar consigo, com sua família, amigos e companheiros. Paralelamente a tudo isso, por vezes o adolescente tende a se isolar no seu próprio mundo guardando para si as dúvidas, angústias e receios que surgem nesta nova etapa do seu ciclo vital (DAVIM et al., 2009).

A adolescência vista como etapa do ciclo vital é um fenômeno recente. Na sociedade pré-industrial, uma criança tornava-se um adulto quando atingia maturação física suficiente para iniciar o processo de trabalho (REQUENA GONZALES, 2012, tradução nossa). Sua delimitação enquanto um estágio dotado de características específicas é, portanto, uma construção social do ocidente. Acerca de sua definição, Martins, Trindade e Almeida (2003, p. 556) afirmam que a adolescência é o momento crucial do desenvolvimento em que o sujeito “é convidado a participar, dinamicamente, da construção de um projeto seu, o seu projeto de vida”. Calligaris (2000) aponta que a adolescência é um período de perdas entre a infância e a idade adulta. Para o autor, o adolescente reconhece que perdeu a graça da criança que antes lhe rendia amor e solicitude para adentrar em um estado em que, embora a maturação corporal pareça evidente, não lhe garante o lugar de adulto.

Entre a criança que se foi e o adulto que ainda não chega, o espelho do adolescente é frequentemente vazio. Podemos entender então como essa época da vida possa ser campeã em fragilidade de autoestima, depressão e tentativas de suicídio. A insegurança se torna assim o traço próprio da adolescência (CALLIGARIS, 2000, p. 25).

O suicídio “resulta de um ato deliberado, iniciado e levado a termo por uma pessoa com conhecimento ou expectativa de um resultado fatal” (HILDEBRANDT; LEITE, 2011, p.220). Dados de 2017 apresentam que o suicídio foi a segunda maior causa de morte entre jovens no mundo, sendo que, nos Estados Unidos da América, segundo a American Association of Suicidology, uma média de 1 jovem a cada 1 hora e 32 minutos se suicidou. Se suicídios com menores de 15 anos estiverem incluídos, 1 jovem a cada 1 hora e 25 minutos (WORLD HEALTH ORGANIZATION et al., 2009). Já no Brasil, o índice de mortalidade por lesão autoprovocada que foi notificado entre jovens menores de 20 anos chega a quase 25% no sexo feminino e quase 20% no sexo masculino (BRASIL, 2017).

A procura dos estudantes após a oficina caracteriza uma necessidade natural dos jovens em ter espaços para falarem sobre tais assuntos, bem como o quanto ainda há o que se discutir quando oferecemos uma abertura. Existe muito receio em abordar o suicídio como um tema comum, porém não banal. De acordo com a OMS (2006a), a prevenção do suicídio na faixa etária da infância e adolescência deve ser uma prioridade e, levando em conta que a maioria desses sujeitos frequentam a escola,

esse espaço deve ser utilizado para o desenvolvimento de estratégias de prevenção ao suicídio e outros fatores de risco e promoção de saúde.

A escola deve ser considerada um espaço propulsor para o desenvolvimento das oficinas, devido ao fato do adolescente ter mais acesso a essa instituição e também por ser um local que o adolescente considera como dele. Portanto, deve ser aproveitado para o desenvolvimento das mais diferentes ações que contribuam para o fortalecimento do seu senso crítico e autoproteção. Nessa direção, quando construídas coletivamente com adolescentes de forma horizontal, as oficinas temáticas adquirem e assumem outros sentidos em suas vidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que as oficinas educativas diferem do modelo tradicional de palestras, pois permitem uma aproximação maior com os adolescentes, fortalecendo o estabelecimento de um vínculo seguro e confiável, o que, por consequência, faz do ato de ensinar um momento de construção de saber horizontal. Observou-se que as oficinas proporcionaram aos adolescentes e aos facilitadores um importante espaço de troca de experiências, diálogos e reflexões. Pode-se afirmar, portanto, que a experiência foi muito produtiva, na medida em que alcançou o seu objetivo central: informação e educação em saúde mental.

O exercício de colocar-se no lugar do outro e de ouvir com atenção ao colega deve ser praticado com mais frequência entre os escolares, dada a vulnerabilidade do período da adolescência e visando a construção de sujeitos mais empáticos. Para a OMS (2006b), os programas de prevenção necessitam desse tipo de formação e da disseminação de informações que atuem com esta finalidade. Nos encontros realizados, os adolescentes mostraram-se interessados nas temáticas, e alguns procuraram-nos ao final das dinâmicas para maiores esclarecimentos.

A partir deste relato de experiência, pode-se dizer que discutir sobre assuntos como valorização da vida, depressão, suicídio e *bullying* nas escolas é indispensável, visto que a adolescência por si só se apresenta como um fator de risco para a grande maioria dos temas aqui abordados. Além disso, os adolescentes apresentam muitas dúvidas sobre as referidas temáticas. Nesse sentido, foi possível perceber o quanto esses assuntos ainda precisam ser discutidos em nossa sociedade, ressalta-se, assim, a necessidade e a importância da continuidade de pesquisas e estudos sobre tais temas, dado que pouco se tem descrito nas bibliografias. Para nós acadêmicos, fica como desafio a continuidade de práticas educativas que possibilitem a participação ativa desses adolescentes, buscando dar voz a eles e buscando estratégias de promoção em saúde para esse público.

REFERÊNCIAS

AFONSO, L. **Oficinas em dinâmica de grupo**: um método de intervenção psicossocial. Belo Horizonte: Campo Social, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Suicídio**: saber, agir e prevenir. *Boletim Epidemiológico*, Brasília, v. 48, n. 30. 2017. Disponível em: <<http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

CALLIGARIS, C. **A adolescência**. São Paulo: Publifolha, 2000. 83 p.

DAVIM, R.M.B. et al. **Adolescente/Adolescência**: Revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 10, n.2, p.131-140, abr. 2009. Disponível em <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4787/3541>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

EINSTEIN, Evelyn. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p.6-7, abr. 2005. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167>. Acesso em: 01 nov. 2018.

HILDEBRANDT, L. M; ZART, F; LEITE, M. T. A tentativa de suicídio na percepção de adolescentes: um estudo descritivo. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 13, n. 2, p.219-226, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/pdf/v13n2a08.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2018.

JEOLAS L. S, Ferrari R.A.P. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2003; 8(2):611-20.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & saúde coletiva**, v. 12, p. 335-342, 2007.

MARTINS, P. de O.; TRINDADE, Z. A.; ALMEIDA, Â. M. de O. O ter e o ser: representações sociais da adolescência entre adolescentes de inserção urbana e rural. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 555-568, 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722003000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 ago. 2018.

MOREIRA, L. C. de O; BASTOS, P. R. H. de O. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. **Psicologia Escolar e Educacional**, Maringá, v. 19, n. 3, p.445-453, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572015000300445&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em 24 out. 2018.

MOREIRA, F. G.; NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. **Drogas, família e adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE et al. **Preventing suicide**: a resource for media professionals, update 2017. Disponível em: < https://www.samaritans.org/sites/default/files/kcfinder/files/Suicide_statistics_report_2017_Final.pdf>. Acesso em: 01. nov. 2018

_____. Prevenção do suicídio: um manual para professores e educadores. **Departamento de Saúde Mental**, Genebra: OMS, 2006a. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66801/WHO_MNH_MBD_00.3_por.pdf;jsessionid=5E8AE2C4352415185674DEED883E4953?sequence=5>. Acesso em 24 out. 2018.

_____. Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros. **Departamento de Saúde Mental**, Genebra: OMS, 2006b. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf>. Acesso em 01 nov. 2018.

_____. **Saúde reprodutiva de adolescentes**: uma estratégia para ação. Genebra:

Organização Mundial de Saúde; 1989. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_11.pdf>. Acesso em: 01.nov.2018.

REQUENA GONZALES, S. Pesquisas y criterios sobre la adolescencia. **Revista de Psicologia, La Paz**, n. 8, p. 9-35, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322012000200002&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 17. ago. 2018.

WASELFISZ, J.J. **Mapa da Violência Letal Contra as Crianças e Adolescentes do Brasil**. Brasília: Flacso, 2015. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/publicacoes/Violencia_Letal_web.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018.

CONTRIBUIÇÃO DA REDETERAPIA PARA A SAÚDE DE CRIANÇAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Maria Gabriela Miranda Fontenele

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Sobral – CE.

Denise Lima Nogueira

Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela UFC. Coordenadora de Educação Permanente da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Sobral – CE.

Nelita Alves Medeiros do Nascimento

Discente do décimo semestre do curso de graduação em enfermagem do Centro Universitário UNINTA. Sobral – CE.

Keila Maria de Azevedo Ponte

Enfermeira. Doutora em cuidados clínicos em saúde pela UECE. Docente do curso de enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral – CE.

Renides Brasil de Lima

Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Neonatologia. Coordenadora do serviço de UTI Neonatal da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Sobral – CE.

Renan Vieira Furtado

Médico. Residente em Clínica Médica na Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Sobral – CE.

RESUMO: A fim de analisar a contribuição da redeterapia para a saúde de crianças em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, realizou-se um estudo de coorte, no período de janeiro de 2017 a janeiro de 2018 nas Unidades

de Terapia Intensiva Neonatais da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, Ceará, Brasil. Os participantes foram 45 neonatos prematuros. Destes, 25 foram submetidos à redeterapia e 20 foram avaliados sem a interferência da redeterapia, a fim de permitir comparar a resposta comportamental quando submetidos a essa tecnologia de cuidado. Isto posto, observamos que os recém-nascidos submetidos à redeterapia apresentavam comportamento mais calmo e tranquilo, quando comparados aos que não estavam em redeterapia, uma vez que estes apresentavam variações de posturas, choro e estresse frequentes.

PALAVRAS-CHAVE: Recém-nascido; Redeterapia; Cuidado em neonatologia; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

ABSTRACT: In order to analyze the contribution of redtherapy to the health of children in the Neonatal Intensive Care Unit, a cohort study was carried out between January 2017 and January 2018 at the Neonatal Intensive Care Units of Santa Casa de Misericórdia de Sobral, Ceará, Brazil. The participants were 45 premature neonates. Of these, 25 were submitted to the network and 20 were evaluated without the interference of the network, in order to allow to compare the behavioral response when submitted to this care technology. This fact shows that the newborns submitted to the

therapy showed a more calm and calm behavior, when compared to those who were not in the network, since they presented variations of postures, crying and frequent stress.

KEYWORDS: Newborn; Redeterapia; Care in neonatology; Neonatal Insensitive Therapy Unit.

1 | INTRODUÇÃO

O cuidado de enfermagem neonatal vem passando por avanços e transformações relacionado ao uso de tecnologias relacionadas à assistência ao Recém-Nascido (RN).

Nos últimos anos, a utilização de tecnologias e sua implementação nos serviços de saúde estão sendo alvos de debates teóricos e práticos. Seu uso não exclui o contato do profissional de enfermagem com o paciente, pois o cuidado interpessoal é inerente, essencial e complementar às tecnologias (ALMEIDA; FÓFANO, 2016).

Face à explicação, a maioria dos recém-nascidos (RNs) de alto risco pode apresentar deficiências fisiológicas como: a incapacidade de sugar, engolir e respirar de maneira coordenada, que correspondem às habilidades alcançadas durante a 34^a a 36^a semanas de idade gestacional. Também podem apresentar refluxo gastresofágico, aumentando o risco de aspiração de alimentos e a incapacidade de manter a temperatura corporal. Tais complicações podem gerar várias dificuldades para adaptação à vida extrauterina devido à imaturidade dos diversos sistemas orgânicos (CRUVINEL; PAULETTI, 2009).

O aparecimento de novas tecnologias e a presença da família na Unidade de Terapia Intensiva (UTIN) tem coadjuvado de forma significativa para a reabilitação clínica e sobrevida orgânica dos prematuros, com redução dos períodos de hospitalização (SANTOS et al, 2012).

Por conseguinte, a humanização dentro de uma UTIN tem sido importante para a melhoria da qualidade no atendimento ao prematuro. Estratégias comportamentais de contenção, de posicionamento e de estimulação sensorial não dolorosa, passaram a ser utilizadas no processo de trabalho, visando o desenvolvimento integral da criança, na perspectiva de humanização, a exemplo o Projeto Mãe-Canguru e a Redeterapia (LINO *et al.*, 2015).

A redeterapia consiste em colocar o recém-nascido em uma redinha dentro da incubadora. Essas redinhas são produzidas em tamanho adequado para uma incubadora e confeccionadas com tecidos antialérgicos, propiciando conforto sem causar danos. Logo, devem ser utilizadas por bebês que não dependem de aparelhos para respirar (CAVALARIA, 2009).

A técnica é considerada um recurso terapêutico na UTIN, onde proporciona diminuição do estresse, traz conforto, pois o recém-nascido prematuro fica reorganizado e não largado dentro da rede, assim ajudando na parte tônica e comportamental. Ajuda também no equilíbrio, no estímulo vestibular e na integração sensorial e proteção

(GOMES; MONTEIRO, 2014).

Na rede de balanço o Recém-nascido pré-termo adere uma postura mais fisiológica, fletida, parecida com a posição quando estava no ventre materno. A rede balança de maneira lenta, com ajuda externa e com auxílio dos movimentos corporais e respiratórios do bebê (FERNANDES; SANTOS, 2014).

A utilização da rede para o bebê prematuro costuma ser diariamente. O tempo flutua de uma hora à uma hora e trinta minutos com advertência do limite de tempo para não haver prejuízo à coluna vertebral do recém-nascido nas UTI neonatais (LEONEL, et al, 2018).

Destarte, considerando que essa tecnologia de cuidado contribui para a adaptação do recém-nascido ao ambiente extrauterino, abrange a integridade dele e colabora com a melhoria dos padrões clínicos, este estudo teve como objetivo analisar a influência da redeterapia no comportamento de recém-nascidos prematuros internados em uma Unidade de Terapia Intensiva.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de coorte realizado no período de janeiro de 2017 a janeiro de 2018 nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, Ceará, Brasil. Vale salientar que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, sob o número de parecer 1.737.139 e CAAE 57094916.6.00005063.

O estudo de coorte visa comparar experiências de grupos expostos e não expostos a um determinado fator. A sua característica principal é o seguimento dos sujeitos de pesquisa no decorrer do tempo para avaliar a ocorrência do desfecho frente ou não a uma exposição (CARSON, 2010).

Isto posto, o estudo teve como participantes neonatos prematuros, internados na UTI Neonatal do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Sobral, compreendendo um total de 45 recém-nascidos. Destes, 25 foram submetidos à redeterapia e 20 foram avaliados sem a interferência da redeterapia, a fim de perceber como os recém-nascidos se comportam quando submetidos a essa tecnologia de cuidado.

A seleção dos participantes se deu de forma aleatória, tendo como critério de inclusão os recém nascidos prematuros que estavam internados na unidade por período superior a 24 horas e que não estivessem em suporte ventilatório. Foram excluídos os bebês com má-formação congênita, distúrbios neurológicos e cardiopatias congênitas cianóticas.

Para tanto, utilizou-se como técnicas de coletas de dados a entrevista estruturada, a análise documental e a observação que, segundo Lima (2008), exige que o pesquisador utilize os cinco sentidos para examinar uma realidade a ser investigada, seja ela uma comunidade, um grupo, um fato, etc.

Com isso, a coleta das informações esteve organizada em três momentos. No primeiro momento foram realizadas entrevistas estruturadas com a mãe ou responsável pelo bebê, a fim de abordar questões acerca dos principais eventos durante a gravidez, pré-parto, parto e pós-parto, e possíveis complicações.

No segundo momento, após 24 horas de internação do recém-nascido e durante uma hora em três dias consecutivos, aplicava-se a técnica de observação participante a partir de um roteiro com informações sobre os parâmetros fisiológicos e comportamentais do recém-nascido, a saber: frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de O₂, perfusão capilar, face de dor, variação de postura, variação de tônus, variação da coloração da pele, se o mesmo apresenta batimentos de asa de nariz, tiragem intercostal, apneia, acúmulo de saliva, soluço, choro, característica do choro e reflexo de deglutição. Vale salientar que esses parâmetros foram avaliados no minuto anterior ao posicionamento na rede, no primeiro minuto de posição do recém-nascido na rede e no último minuto de redeterapia, totalizando a observação por uma hora.

No terceiro momento, realizava-se a análise documental aos prontuários dos RN's internados na UTIN, por meio de um instrumento de coleta de informações acerca das características neonatais e terapêuticas: sexo, data de nascimento, diagnóstico médico, idade gestacional, idade gestacional corrigida, idade cronológica, peso ao nascer, peso ao final da coleta, perímetro cefálico, perímetro torácico, Apgar 1" e 5".

A fim de atender aos princípios éticos em pesquisas com seres humanos, os responsáveis pelos participantes do estudo foram previamente esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, participação voluntária, garantia de sigilo e minimização de danos, bem como foi solicitada anuência por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Com o objetivo de minimizar os danos referentes à lesão de pele e infecção hospitalar pelo uso das redes de balanço, essas foram confeccionadas em lençóis antialérgicos e 100% algodão, com tamanho 95cm X 65cm e esterilizadas no Centro de Material de Esterilização (CME) do próprio hospital. Para evitar quedas e não comprometer o bem-estar do RN durante a redeterapia, essas eram fixadas acima da incubadora, com suportes amarrados em malhas nos dois punhos, de forma que facilitasse o movimento da rede.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram acompanhados 25 (vinte e cinco) recém-nascidos em redeterapia. Destes, 15 (quize) eram do sexo feminino e dez do sexo masculino. Além desses, foram acompanhados outros 20 (vinte) RN's sem redeterapia, sendo onze do sexo feminino e nove do sexo masculino. Quanto à história de parto dos RN's a maioria se deu por meio de cesariana.

Deste modo, Inagaki (2014) relaciona o tipo de parto cesariana com a soma de efeitos adversos nos recém-nascidos, especialmente os prematuros tardios (34 a 36

semanas gestacionais), levando em consideração que esses efeitos não se limitam ao momento do parto, mas se prolongam pela vida futura da criança, em que os pré-termos limítrofes apresentam 5 vezes mais chances de morrer durante o primeiro ano de vida do que as crianças nascidas a termo, o que representará desvantagens nos padrões da saúde em relação aos nascidos de parto vaginal.

Quando analisado o comportamento dos RN's durante o período de uso na redeterapia, foi possível observar que 24 (vinte e quatro) RN's apresentavam um comportamento mais calmo e tranquilo; posição adequada que demonstrava sensação de relaxamento, aconchego, alguns “chupavam os dedos”, cruzavam as mãos na altura do tórax ou levavam as mãos às orelhas. Verificamos também que quase todos os RNs colocavam uma perna para fora da rede, ficando “empenduradas”, o que favorecia a melhora do tônus e postura. Aspectos esses que contribuíram para a manutenção da frequência cardíaca dentro dos parâmetros normais.

Ziade, Toledo e Rebelo (2009) revelam que com o posicionamento adequado na rede o recém-nascido tem demonstrado diminuição da irritabilidade, redução da perda de calor, menor gasto de reserva energética, proporcionando, assim, aumento do peso. Portanto, além de possibilitar estimulação sensorial, visual, auditiva e tátil, disponibiliza conforto, e melhora na frequência cardíaca, da função respiratória, e da saturação de oxigênio, o que contribui para a evolução do desenvolvimento neuropsicomotor do bebê pré-termo.

Conquanto, alguns neonatos, antes de serem posicionados na rede, demonstravam comportamento de estresse, por meio do choro e frequentes variações de postura, devido aos estímulos externos acarretados pela assistência. Entretanto, durante os três dias de pesquisa e posicionamento, percebemos o relaxamento dos mesmos quando submetidos a essa tecnologia, uma vez que não apresentavam mais o choro, chegando ao ponto de dormir.

Estudos comprovam que as posturas convencionais utilizadas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal acabam prejudicando o tônus flexor próprio do recém-nascido, sendo que a utilização da rede como método humanizado proporciona uma melhora na reorganização tônica e comportamental, e, sobretudo favorece o tônus flexor, e alguns fatores que foram prejudicados pela prematuridade como as reações de equilíbrio, de proteção e integração sensorial (CAVALARIA, 2009).

Dos RN's avaliados, um não apresentou resposta positiva quanto ao uso da redeterapia, uma vez que ficou inquieto e choroso, bem como apresentou variações de postura frequentes, elevação das frequências cardíaca e respiratória ao ser posicionado. O mesmo foi retirado da redeterapia e não apresentou alterações posteriores.

Em contrapartida, os RN's sem a redeterapia não conseguiam chegar ao mesmo ponto de relaxamento durante o período da pesquisa, quando comparados aos RN's em redeterapia, pois as variações de posturas, choro e estresse eram frequentes, o que refletia nos parâmetros cardíacos e respiratórios.

Situações diversas, como o manuseio, procedimentos dolorosos, barulho e luz fazem com que o neonato sofra a interrupção, por exemplo, de seus ciclos de sono, contribuindo para o surgimento do estresse. E, reconhecemos que os RN's quando submetidos a manipulações têm estresse e sofrem alterações fisiológicas como, por exemplo: redução da saturação de oxigênio, aumento da frequência cardíaca e alteração da coloração da pele (SCOCHI, 2001; LIMA, 2008).

Isto posto, esta pesquisa corrobora com estudos realizados por Lino *et al* (2015) e Cavalaria (2009) ao observarem o relaxamento do recém-nascido prematuro quando posicionado em redes de balanço, com melhora nas respostas comportamentais. Diante disso, afirmam que o aconchego mediante a postura uterina (membros em flexão) favoreceu para essas respostas positivas, além de proporcionar estimulação sensorial adequada (estimulo visual, auditivo e tátil) por meio do balanço e conforto, melhorando a frequência cardíaca e a saturação de oxigênio e contribuindo para o desenvolvimento neuropsicomotor do RN prematuro (LINO *et al.*, 2015).

Resultado semelhante foi encontrado por Keller *et al* (2003), em seu estudo realizado com 20 prematuros. Eles compararam a posição supina de recém-nascidos pré-termo em rede com a posição prona em ninho quanto ao impacto na estabilidade autonômica, concluindo que manter recém-nascidos prematuros em decúbito dorsal em uma rede pode afetar positivamente a sua estabilidade autonômica, garantindo uma melhor auto-regulação.

4 | CONCLUSÃO

O estudo permitiu compreender que o uso da redeterapia em UTIN favorece a adaptação e comportamento do recém-nascido à vida extra-uterina, contribuindo com a melhora das respostas comportamentais e do quadro clínico dos mesmos.

No entanto, vale destacar que a resposta do RN à redeterapia está relacionada às características individuais desses, sendo necessário que o cuidador, ao fazer a intervenção, leve em conta a singularidade de cada RN, observando sua aceitação e adaptação por meio dos sinais fisiológicos e respostas comportamentais emitidos pelo bebê.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Q.A; FÓFANO, G.A. **Tecnologias leves aplicadas ao cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: uma revisão de literatura.** HU Revista, Juiz de Fora, v. 42, n. 3, p. 191-196, set./out, 2016.

CARSON, S.S. **Outcomes research: methods and implications.** Semin Respir Crit Care Med. 2010;31(1):3-12. Review

CAVALARIA, S.V.F. **A terapia ocupacional utilizando redinhas no atendimento de recém-nascidos na UTI-Neonatal.** São Paulo. 2009.

- CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A.; SILVA, R. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson. 2007.
- COIMBRA, C.M. B. **Os Caminhos de Lapassade e da Análise Institucional: uma Empresa Possível**. Revista do Departamento de Psicologia da UFF, vol 7, nº 1, pp. 52-80. 1995.
- CRUVINIEL, F.G; PAULETTI, C.M. **Formas de atendimento humanizado ao recém-nascido pré-termo ou de baixo peso na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma revisão**. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, São Paulo, 9(1): 102-125. 2009.
- FERNADES, G.A; SANTOS, T.B. **Avaliação dos sinais de stress em recém-nascidos pré-terms colocados em rede de balanço em unidade de terapia intensiva neonatal: estudo clínico experimental com avaliador cego**. São Paulo, SMS, s.n. 94p. ilustr. 2014.
- GOMES, N.R.R; MONTEIRO, R.C.S. **As implicações do uso da “redinha” por bebês prematuros : uma revisão de literatura**. Rev. Ciênc. Saúde, São Luís, v.16 n.2, p.94-97, jul-dez. 2014
- INAGAKI, A.D.M; SILVA, J.C DA; SANTOS, M.S. **Cesárea: prevalência, indicações e desfecho do recém-nascido**. Rev enferm UFPE on line., Recife, 8(12):4278-84, dez. 2014.
- KELLER, A; ARBEL, N; MERLOB, P; DAVIDSON, S. **Neurobehavioral and autonomic effects of hammock positioning in infants with very low birth weight**. *Pediatr Phys Ther*;15(1):3-7. 2003.
- LEONEL, P.S; SILVA, L.J; PORTO, F.R; SANTOS, I.M.M; ADEGAS, E.C.V; GOMES, T.O. **Uso da rede para posicionamento do prematuro na uti neonatal: análise de notícias eletrônicas**. J. res.: fundam. care. Online. jan./mar. 2018.
- LIMA, F.E.T; MAGALHÃES, F.J; ROLIM, K.M.C; CARDOSO, M.V.L.M.L; SHERLOCKS, M.S.M. **Comportamento desorganizado do bebê: Sistematização da assistência de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**. In: Anais do 10. Simpósio Nacional de Diagnóstico de Enfermagem [evento online]. Trabalho 4. 2008.
- LINO, L.H; FONSECA, F.L.A; COELHO, P.G; FILIPINI, R. **Os benefícios da rede de balanço em incubadoras utilizadas em recém-nascidos na UTI neonatal: uma estratégia de humanização**. Rev. Enfermagem, 18(1), Jan/Abr. 2015.
- SANTOS, L.M; SILVA, C.L.S; SANTANA, R.OB; VIVIANE, E.P.S; BRICE, C.F. **Rede e apoio de pais de prematuros hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**. Revista pesquisa: cuidado fundamental online, 4 (4) 2789-96. 2012.
- ZIADE, S; TOLEDO, M; REBELO, C. **No Embalo da Rede**. Minas Saúde, vol. 2, nº 2, pág. 20- 23. 2009.

CUIDADO FAMILIAR E SUBJETIVIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Isabela de Oliveira da Cunha

Centro Universitário de Brasília, Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde.

Brasília – DF

Daniel Magalhães Goulart

Centro Universitário de Brasília, Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde.

Brasília – DF

RESUMO: A família se constitui como uma das principais dimensões na construção de uma rede de apoio para a pessoa em sofrimento psíquico grave. Nesse contexto, este artigo, fundamentado na metodologia construtivo-interpretativa de González Rey, discute os processos subjetivos envolvidos no cuidado em saúde mental por parte de cuidadores familiares. Os princípios da Epistemologia Qualitativa, que sustentam a metodologia utilizada, foram fundamentais para compreender as dificuldades enfrentadas por esses cuidadores familiares no processo do cuidado, a importância do Grupo de Família como um espaço promotor de discussão sobre o cuidado e os desdobramentos dessas dificuldades no processo de subjetivação desses cuidadores familiares.

PALAVRAS-CHAVE: Subjetividade; Saúde Mental; Cuidadores Familiares; Metodologia Construtivo-interpretativa; Epistemologia Qualitativa.

ABSTRACT: The family constitutes one of the main dimensions in the construction of a support network for the person in severe psychics suffering. In this context, this article, based on González Rey's constructive-interpretive methodology, discusses the subjective processes involved in mental health care by family caregivers. The principles of Qualitative Epistemology, which underpin this methodology, were fundamental to understand the difficulties faced by these family caregivers in the care process, the importance of the Family Group as a space that promotes discussion about care and the unfolding of these difficulties in the process subjectivity of these family caregivers.

KEYWORDS: Subjectivity; Mental Health; Family Caregiver; Constructive-interpretive methodology; Qualitative Epistemology.

1 | INTRODUÇÃO

O trabalho de desinstitucionalização e reinserção do indivíduo na cultura, foco da Reforma Psiquiátrica, não inclui somente o fechamento de hospitais psiquiátricos, mas tem como principal premissa a modificação das relações de poder promotoras de violência e institucionalização (ROTELLI, 1989). Dessa forma, tem-se como estratégia terapêutica

a modificação dessas formas de relações na comunidade ao criar redes de apoio e serviços substitutivos, correspondentes ao modelo de atenção psicossocial, em que os processos de saúde são vistos em sua complexidade e que busca uma corresponsabilidade social no processo do cuidado de uma pessoa em sofrimento mental grave (TENÓRIO, 2001; DIMENSTEIN, SALES, GALVÃO & SEVERO, 2010).

Sendo assim, na construção de uma rede de apoio que ajude no cuidado de uma pessoa com transtorno mental, a família se encontra como uma das malhas que compõe essa rede, visto que a estratégia de atenção psicossocial pretende inserir a família junto com o familiar em sofrimento mental grave como um dos protagonistas no processo do cuidado (SANT'ANA, PEREIRA, BORENSTEIN & SILVA, 2011; DEMARCO, JARDIM & KANTORSKI, 2017). Sendo assim, a participação da família no cuidado se torna necessária, visto que, além de ser uma das esferas de primeiro contato afetivo do indivíduo, as diferentes relações desenvolvidas no espaço familiar podem contribuir tanto para os conflitos vivenciados pelo indivíduo em sofrimento, quanto no suporte emocional diante das dificuldades emergentes, importantes para o processo de reabilitação social (SOUZA & BAPTISTA, 2008; BRUSAMARELLO, MAFTUM, ALCÂNTARA, CAPISTRANO & PAGLIACE, 2017). Para isso, Dimenstein et. al (2010) pontuam que, para que se tenha maior efetividade no cuidado, é importante estabelecer vínculos efetivos entre os profissionais em Saúde Mental e a família, tendo em vista a corresponsabilização pelo cuidado.

A responsabilidade no processo do cuidado em saúde mental pode contribuir para certos desdobramentos na organização familiar, como modificações na rotina da família e nas relações interpessoais, frente às demandas referentes ao processo do cuidado (SANT'ANA ET. AL. 2008; CASTRO & SOUZA, 2016). Assim, mesmo que a família se encontre como uma das bases para a construção de uma rede de apoio efetiva, ainda é possível encontrar sentimentos de desamparo frente ao cuidado do familiar em sofrimento psíquico grave, conforme aponta Cavalheri (2009), por não saberem ou terem pouca informação sobre o cuidado no modelo psicossocial, apesar de ter certo apoio dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). Além disso, a autora pontua que, para os familiares, os CAPS são muitas vezes retratados como espaços de apoio somente para as pessoas inscritas no serviço de saúde mental, com falta de acolhimento para a própria família.

Dessa forma, além de se sentirem desamparados no processo do cuidado, os cuidadores familiares podem apresentar dificuldades no convívio com o familiar assistido, despreparo para lidar com situações de crise, dificuldades financeiras, assim como sentimentos de insegurança e ansiedade, que podem contribuir para sobrecarga do cuidador familiar, visto que, no processo do cuidado, o cuidador muitas vezes deixa de lado seus objetivos pessoais para cuidar do membro que se encontra nessa condição e fica restrito somente ao ambiente de cuidado (SANT'ANA ET. AL., 2011; DIMENSTEIN ET. AL., 2010; CAVALHERI, 2009).

Portanto, diante das dificuldades encontradas por cuidadores familiares no

processo do cuidado de uma pessoa em sofrimento mental grave e conforme as literaturas apresentadas, essa pesquisa buscou compreender com base na metodologia construtivo-interpretativa de González Rey (2005, 2017) as produções subjetivas de cuidadores familiares no processo do cuidado, além de explicar como se dá a relação entre esses familiares e os técnicos de serviços substitutivos de saúde mental, visto que a família se encontra como parte fundamental do tratamento para a reabilitação psicossocial. Essa realidade, descrita pela literatura apresentada, que perpassa os cuidadores familiares pode apresentar desafios metodológicos como o próprio engajamento dos familiares na pesquisa, visto que já se encontram mais desvinculados do CAPS, podendo interferir na relação pesquisador-participante. Para a superação de desafios como esse, torna-se necessária a utilização dos princípios epistemológicos da Epistemologia Qualitativa (GONZÁLEZ REY, 2005; 2017), que será apresentado na sessão de metodologia, para a criação de um vínculo efetivo entre pesquisador e participantes que colabore para um aprofundamento na realidade vivida por esses cuidadores.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

Como ferramenta de compreensão do fenômeno da saúde mental no contexto familiar, essa pesquisa teve como base a Teoria da Subjetividade de González Rey (2003, 2005, 2017). A subjetividade como opção teórica permite compreender qualitativamente a especificidade e a complexidade do processo do cuidado em saúde mental, desde questões individuais a questões sociais, ao retratar o caráter simbólico-emocional da experiência dos indivíduos e grupos sociais inseridos nesse contexto (GONZÁLEZ REY, 2003, 2015, 2017). Sendo assim, a saúde é enfatizada pela ótica dos processos de subjetivação, que perpassa tanto a experiência individual quanto a social, integrando o cultural e o histórico de cada pessoa ou grupo (MORI & GONZÁLEZ REY, 2012).

A subjetividade pode ser compreendida como um sistema simbólico-emocional, que se configura na experiência humana, em diferentes momentos e contextos (GONZÁLEZ REY & MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017). Para compreender sua organização, González Rey (2005, 2017) desenvolveu os seguintes conceitos: sentidos subjetivos, configurações subjetivas, sujeito, subjetividade individual e subjetividade social.

Avançando na definição de sentido, González Rey (2005) compreende que essa categoria se encontra inseparável da subjetividade, dos processos de simbolização e das emoções, em que cada um desses processos se relaciona com o outro reciprocamente. Logo, González Rey (2005) argumenta que o sentido é inseparável do sistema subjetivo que o sustenta. A partir dessa visão, o autor elabora o conceito de sentido subjetivo enquanto unidade simbólico-emocional produzida a partir das experiências vividas por indivíduos e grupos sociais, em que o simbólico se torna emocional e as emoções se tornam simbólicas, integrando-se em uma produção

subjetiva de caráter singular (GONZÁLEZ REY & MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017).

As configurações subjetivas se elaboram no momento em que há uma organização integradora dos sentidos subjetivos produzidos durante a experiência atual com o que foi vivido no passado e com projetos futuros (GONZÁLEZ REY & MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017). Dessa forma, as configurações subjetivas são definidas como formações autogeradoras, que surgem a partir da dinamicidade dos sentidos subjetivos organizados em grupos convergentes. Sendo assim, o indivíduo, de acordo com o contexto de vida em que está inserido, é capaz de produzir sentidos subjetivos e organizá-los de modo relativamente estável em uma configuração subjetiva, o que marca o caráter dinâmico da subjetividade, visto que as configurações subjetivas se encontram passíveis de mudanças diante da produção de novos sentidos subjetivos (GONZÁLEZ REY & MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017; GONZÁLEZ REY, 2005).

Diante desses conceitos, a teoria da subjetividade, em uma perspectiva histórico-cultural, compreende que um indivíduo ou um grupo social que apresenta uma capacidade de se posicionar frente às experiências pode emergir como agente ou sujeito (GONZÁLEZ REY & MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017). Enquanto que o agente é caracterizado por González Rey e Mitjans Martínez (2017), como um indivíduo ou um grupo que tem decisões diante de suas experiências vividas, e participa delas, o sujeito emerge quando um indivíduo ou grupo é capaz de gerar novos processos de subjetivação frente a uma subjetividade social marcada por uma característica normativo-institucional, assumindo os desafios contextuais em que está inserido (MORI & GONZÁLEZ REY, 2012; GONZÁLEZ REY & MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017).

Diante disso, a subjetividade social e a subjetividade individual são categorias inter-relacionadas, em que ambas se perpassam de modo a criar processos de subjetivação. A subjetividade social representa um sistema complexo que articula as múltiplas configurações subjetivas sociais geradas em diferentes espaços nos processos de interação entre os indivíduos e grupos (GONZÁLEZ REY & MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017). Essa categoria se torna fundamental no estudo do cuidado em saúde mental, pois permite compreender os processos institucionais ainda presentes nesse contexto, que contribui para o sofrimento psíquico ao incapacitar os indivíduos na criação de novos processos de subjetivação (GONZÁLEZ REY & MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017).

Dessa forma, a teoria da subjetividade se torna uma ferramenta que auxilia no olhar da saúde em sua complexidade, visto que o cuidado em saúde mental perpassa por uma construção tanto social como individual. Portanto, os indivíduos inseridos em um contexto de saúde mental (sejam eles familiares, técnicos ou usuários) criam sentidos subjetivos e os organizam em configurações subjetivas diante de sua experiência de vida e do seu contexto frente ao sofrimento mental intenso, e assim podem se posicionar como sujeitos ou agentes nas formas de lidar com o sofrimento.

3 | METODOLOGIA

A presente pesquisa teve como base a metodologia construtivo-interpretativa, fundamentada pelos princípios da Epistemologia Qualitativa proposta por González Rey (2005; 2017). A Epistemologia Qualitativa foi desenvolvida como alternativa de pesquisa para a psicologia e as ciências sociais, diante das limitações oferecidas tanto pelos modelos rígidos quantitativos e instrumentais como pelos desafios encontrados na pesquisa qualitativa, por conta da influência do empirismo e pragmatismo na fundamentação desse tipo de metodologia (GONZÁLEZ REY & MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017). Dessa forma, a Epistemologia Qualitativa propõe uma diferenciação epistemológica entre o quantitativo e o qualitativo, enfatizando que o processo da pesquisa qualitativa é, antes de tudo, relacional e teórico. Assim, essa proposta tem como prioridade a produção de conhecimento por meio da construção de modelos teóricos capazes de gerar inteligibilidade sobre o fenômeno estudado (GONZÁLES REY & MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017; GONZÁLEZ REY, 2005). Diante disso, foi possível construir, dentro dessa proposta, modelos compreensivos sobre os processos subjetivos de cuidadores familiares envolvidos no cuidado de indivíduos em sofrimento psíquico grave.

O primeiro princípio epistemológico que caracteriza a metodologia utilizada, de acordo com González Rey (2005), diz respeito ao caráter construtivo interpretativo na produção do conhecimento, ou seja, o conhecimento é construído a partir da interpretação e compreensão das zonas de inteligibilidade criadas pelo pesquisador durante a pesquisa. Esse princípio foi essencial no desenvolvimento dessa pesquisa e na compreensão dos processos subjetivos dos cuidadores familiares, pois os conceitos teóricos da subjetividade só ganharam significado no decorrer da pesquisa por meio dos trechos de informações gerados pelo processo de comunicação entre a pesquisadora e os participantes da pesquisa.

O segundo princípio compreende a pesquisa como um processo dialógico, que prioriza a comunicação, pois essa se faz presente em todos os acontecimentos humanos, seja direta ou indiretamente (GONZÁLEZ REY, 2005). Para o método construtivo-interpretativo a comunicação apresenta extrema importância, pois, segundo González Rey (2005), se constitui como uma via de conhecimento dos processos de subjetivação do indivíduo ou grupo pesquisado, de modo a estudar sua subjetividade e a forma que os fenômenos sociais emergem nesse nível. Sendo assim, é por meio desse processo que o pesquisador é capaz de criar instrumentos que permitem a expressão dos participantes, além de construir um cenário social de pesquisa interativo por meio dos sistemas de relações construídos durante a pesquisa.

Por fim, outra característica que constitui essa metodologia é a legitimação do singular na constituição do conhecimento científico. Singular, neste caso, não é sinônimo de único, mas de uma fonte singular de informações que pode contribuir para a construção do modelo teórico em desenvolvimento. Ou seja, um modelo

teórico é resultado da construção de modelos de inteligibilidade que dão consistência ao campo e ao problema pesquisado (GONZÁLEZ REY, 2005). O modelo teórico é desenvolvido, segundo González Rey (2005), a partir da capacidade do pesquisador de organizar sistematicamente o material empírico de informações com suas construções interpretativas e ideias durante a pesquisa, gerando significados a partir das categorias da teoria da subjetividade.

3.1 Cenário social da pesquisa, procedimentos éticos e participantes

O cenário social da pesquisa corresponde à construção gradativa da imersão do pesquisador no campo e da criação de vínculos com os participantes e o espaço da pesquisa (GONZÁLES REY & MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017; GONZÁLEZ REY, 2005). Dessa forma, seguindo o princípio dialógico e comunicativo, foi possível construir um cenário social que favoreceu o engajamento e a expressão dos participantes da pesquisa.

Esse estudo está vinculado ao projeto de pesquisa guarda-chuva “Saúde mental, desenvolvimento subjetivo e ética do sujeito: alternativas à patologização da vida”, coordenado pelo Professor Doutor Daniel Goulart, tendo sido aprovado nos respectivos comitês de ética das instituições responsáveis. A presente pesquisa foi realizada em um CAPS II (serviço de saúde mental para municípios de 70 mil até 200 mil habitantes) do DF, localizado em território residencial com livre fluxo de pessoas, com funcionamento em horário comercial, oferecendo diversas atividades. O espaço do CAPS II correspondia a uma casa ampla, com muitos espaços para diversas atividades realizadas pela equipe, portanto ainda era um espaço limitado para o número de pessoas atendidas por esse serviço, marcando uma superlotação do serviço de saúde mental.

Diante das atividades fornecidas pelo CAPS e do interesse de pesquisa, a Reunião de Família, uma atividade em grupo que ocorria semanalmente, geralmente conduzidas por um psicólogo e uma assistente social, se constituiu como principal meio para emergência de informações. Dessa forma, o Grupo de Família foi escolhido como participante da pesquisa, composto por familiares que cuidavam de usuários do CAPS, sempre apresentando uma dinâmica diferenciada em cada reunião, visto que o grupo apresentava alta rotatividade de familiares com uma frequência incerta. Portanto, mesmo com a rotatividade alta, as reuniões de família oferecidas pelo CAPS ainda se constituíam como espaços de abertura para a exposição e acolhimento desses familiares que participavam do processo do cuidado. Nessa pesquisa são apresentados nomes fictícios com a finalidade de manter o sigilo dos participantes.

3.2 Instrumentos E Procedimentos

Segundo González Rey (2005) os instrumentos da pesquisa qualitativa têm um caráter interativo, servindo como provocadores do diálogo construído com os

participantes da pesquisa, não sendo fontes de dados como na visão instrumentalista na psicologia. Eles são meios de expressões simbólicas dos sujeitos, que podem se organizar de diferentes formas. Por isso, o caráter interativo dos instrumentos qualitativos, pois eles são meios que nos levam ao envolvimento subjetivo com os participantes da pesquisa, de modo a provocar expressões variadas no curso desse processo dialógico.

Dessa forma, durante sete encontros com o Grupo de Família, foram realizadas dinâmicas conversacionais com os familiares que participavam do Grupo. Tais dinâmicas permitem, segundo González Rey (2005), a construção de uma malha de informações autêntica junto com os participantes da pesquisa, em que, por meio da conversação espontânea, os familiares puderam expressar indiretamente aspectos subjetivos de suas vidas em relação ao contexto do cuidado em saúde mental. Durante a pesquisa, as dinâmicas conversacionais ocorreram em diferentes momentos e contextos:

a) No Grupo Familiar:

Como o funcionamento do Grupo de Família se embasava em práticas conversacionais, em que cada familiar, quando desejasse, trazia vivências relacionadas ao processo do cuidado de uma pessoa em sofrimento psíquico grave, foi possível utilizar da própria dinâmica de funcionamento do grupo como instrumento de pesquisa. Por esse grupo se constituir como espaço para abordar temas relacionados ao cuidado trazido pelos familiares, muitos familiares se envolviam nos assuntos abordados por eles, ao ponto de se posicionarem em relação à experiência abordada por outro familiar. No decorrer da pesquisa, os princípios epistemológicos que fundamentam a metodologia construtivo-interpretativa foram importantes para o engajamento contínuo da pesquisadora no campo, de modo a criar um espaço dentro do grupo que possibilitou a construção de vínculo com os participantes. Esse vínculo construído foi um elemento principal para que alguns familiares abordassem sobre aspectos subjetivos de sua experiência de vida, dando oportunidade de aprofundar em aspectos específicos do cuidado de um familiar usuário do CAPS. Sendo assim, foram realizadas sete reuniões do Grupo Familiar, cada uma com aproximadamente uma hora e meia de duração, em que participavam em média de 3 a 10 cuidadores familiares.

b) Momentos informais:

Os momentos informais podem ser classificados como acontecimentos inerentes ao campo, como momentos fora do planejado tanto pela pesquisadora quanto pela própria agenda do CAPS, como no caso de conversas com familiares fora do grupo de família, tanto no início e no final dos grupos, assim como em um acolhimento de duas horas realizado com uma cuidadora familiar em um dia que não teve o Grupo, a pedido da gerência do CAPS. Momentos como esse apresentaram grande valor metodológico, pois adquiriram uma significação que contribuiu para a construção do modelo teórico.

3.3 Procedimento de análise e construção da informação

A construção da informação foi um processo que esteve presente durante todo o processo da pesquisa com os cuidadores familiares que frequentavam o Grupo de Família em um CAPS II do DF, a partir da organização constante de indicadores construídos, fundamentados nas múltiplas expressões qualitativas dos participantes sobre o contexto do cuidado em saúde mental. Os indicadores são significados construídos pelo(a) pesquisador(a) com base nas expressões dos participantes (GONZÁLEZ REY, 2005). A convergência e articulação de múltiplos indicadores fundamenta a elaboração de uma hipótese, enquanto fio condutor de pensamento que leva à elaboração de um modelo teórico. Diante disso, foi possível construir um tecido de informações articuladas que significassem os processos subjetivos de cuidadores familiares no cuidado de uma pessoa em sofrimento psíquico grave e os desdobramentos desse processo na subjetividade dos cuidadores, apresentado nos resultados.

4 | RESULTADOS

Durante as reuniões do Grupo de Família, algumas dificuldades foram expressas pelos cuidadores familiares no processo do cuidado, tais como sentimento de desamparo e falta de apoio no cotidiano. Diversos dos familiares expressaram ser, de fato, os únicos responsáveis pelo cuidado do indivíduo em sofrimento. A responsabilidade concentrada em um único familiar pode ser evidenciada na fala de Bento, ex-marido de uma frequentadora do CAPS:

“Eu já estou separado dela tem uns 4 anos, mas a gente ainda mora na mesma casa... *Eu não posso abandonar ela... Ainda mais porque eu sou o único que tem paciência para lidar com isso.* Meu irmão fala para mim sair, para fazer minhas coisas, mas eu não consigo deixar ela sozinha, porque se acontecer alguma coisa com ela, vou me sentir culpado”.

Esse relato pode ser visto como indicador de que a construção do cuidado familiar em saúde mental é atravessada por dimensões afetivas e relacionais, pois o cuidador se posiciona como o responsável por esse processo dependendo da vinculação subjetiva envolvida entre ele e o familiar assistido – escolha que se encontra além das habilidades envolvidas no cuidado. Esse indicador é reforçado pela fala de Dalva, mãe de Rui, frequentador do CAPS, durante uma reunião do Grupo de Família:

“Com o pai do Rui, eu nunca pude contar. Ele nunca foi presente na vida do menino, nunca fez nada por ele... então, nem penso nele como forma de ajuda, deixo ele lá com a vida dele, porque ele só me deu problema... *eu sinto que não posso contar com minha família, porque eles me excluem por causa da doença do Rui, sabe...*”.

A fala de Dalva corrobora o indicador construído sobre a importância da dimensão afetiva e relacional na criação do cuidado, ressaltando o vínculo subjetivo na consolidação da relação cuidador familiar – familiar assistido. Outro aspecto que

chamou a atenção na fala de Dalva foi a exclusão sofrida tanto por ela, que se posiciona como cuidadora, quanto por seu filho, em relação ao transtorno mental. Esse trecho pode ser um indicador do estigma relacionado ao transtorno mental, que perpassa as relações sociais, expressando uma subjetividade social marcada pelo preconceito que impossibilita a ampliação de uma rede de cuidado. Esse indicador é reforçado na fala de Laura, mãe de Alan, frequentador do CAPS, durante uma conversa informal:

Laura: “Eu não falo nem para o Alan o que ele tem, falo só que ele tem um distúrbio, porque *se eu falar para ele que é esquizofrenia, ele vai sair falando para todo mundo*”.

Pesquisadora: “A senhora tem receio de que a esquizofrenia do seu filho te afaste das pessoas? *Receio de que o preconceito recaia sobre você, já que é cuidadora?*”

Laura: “*Sim, é por isso que eu não falo para ninguém. Só quem sabe é a síndica do meu prédio, que é muito minha amiga, meu filho mais velho e meu irmão*”.

Diante desse trecho, é possível perceber que Laura mantém o diagnóstico filho em segredo para não afetar suas relações sociais, o que corrobora o indicador construído acima, em que não só a pessoa que sofre de um transtorno mental é excluída do convívio social, como sua própria família. Além disso, a fala de Laura sobre o sigilo do diagnóstico do filho pode ser um indicador do uso do controle enquanto forma social de lidar com o transtorno mental. Esses dois indicadores podem se relacionar ao processo de individualização do cuidado em saúde mental, visto que o cuidado embasado no discurso cientificista é implementado como técnica de controle social, contribuindo para que o transtorno mental seja um problema do indivíduo e dos poucos familiares que o cercam (FOUCAULT, 2001, APUD NARDI & SILVA, 2014).

Diante dos indicadores previamente construídos, podemos elaborar a hipótese de que a individualização do cuidado em saúde mental é marcante nos processos subjetivos sociais relacionados a ele, que são também marcados pelo preconceito relativo aos transtornos mentais, impossibilitando a criação de vínculos com os usuários de saúde mental e sua família. Tudo isso gera importantes desdobramentos nas formas de cuidado em saúde mental, *além de contribuir para a posição da família como o único lugar de rede de apoio para pessoas em sofrimento psíquico grave*.

Durante o campo, outro fator que pôde ser percebido foi a relação familiares/CAPS. Mesmo com o oferecimento do Grupo de Família como apoio institucional, os familiares ainda encontram dificuldades de vinculação com o serviço de saúde mental, em parte, devido aos impasses para realização dessa atividade. Essa relação pode ser percebida em um trecho da conversa com uma familiar sobre a qualidade da assistência oferecida pelo CAPS em relação às dificuldades subjetivas encontradas no processo do cuidado:

“Eu nunca parei para pensar em como eles me ajudam nessa angústia e cansaço. Aqui, eu venho mais para tirar dúvidas em relação ao INSS mesmo... porque meu marido está afastado do trabalho por causa da depressão né... para ver sobre a aposentadoria dele” (Jéssica).

A fala de Jéssica pode ser vista como indicador de que o Grupo de Família é mais um espaço para o usuário do CAPS do que para seu familiar, a partir da emergência de sentidos subjetivos por parte de Jéssica associados ao não pertencimento do grupo como um espaço de cuidado para ela, mas sim para o marido. O foco de assistência do CAPS ainda se encontra quase exclusivamente sobre o usuário do serviço de saúde mental, assim como aponta Cavilheri (2009). Outra dificuldade de vinculação família – CAPS pode estar relacionada à superlotação do serviço e ao desinteresse de funcionários do CAPS nesse tipo de ação profissional, que faziam parte do contexto pesquisado, como pode ser evidenciado na seguinte fala de uma psicóloga do CAPS no dia em que a atividade do Grupo de Família foi cancelada:

“Olha, eu sei que o racionamento de água atrapalha o funcionamento do CAPS, mas não dá mais para ficar cancelando alguns grupos por causa disso (referindo-se também ao Grupo de Família). *Sabe o que eu vejo? Vejo que muita gente que não está a fim de fazer os grupos cancela e coloca culpa no racionamento*”.

Diante dessa fala é possível perceber que o racionamento de água, que estava ocorrendo em todos os territórios do DF regularmente naquele período, é subjetivado como uma impossibilidade para ações importantes do serviço e, em certa medida, para o cuidado, o que pode ser um indicador do desinteresse de funcionários do CAPS na ação profissional. Essa ideia corrobora o modelo teórico já construído por Goulart (2017), ao abordar as limitações políticos-institucionais e seus desdobramentos nos processos subjetivos dos funcionários do CAPS. Segundo o autor, tais limitações passam a se articular complexamente à carência motivacional desses profissionais e suas produções subjetivas associadas à frustração em relação a diversos aspectos do trabalho. Sendo assim, a superlotação do serviço, a carência motivacional dos profissionais do CAPS e as limitações políticos-institucionais passam a fazer parte de uma subjetividade social que contribui para o desamparo em relação aos cuidadores familiares, ampliando ainda mais a sensação de falta de ajuda. Assim, o CAPS ainda se encontra como espaço de cuidado eminentemente do usuário do serviço e não dos familiares, o que colabora com a restrição da rede de apoio situada somente na família.

Todas essas dificuldades enfrentadas no processo do cuidado de um familiar com transtorno mental traz múltiplos desdobramentos na saúde desses familiares cuidadores, como pode ser evidenciado na fala de uma cuidadora familiar em uma reunião do Grupo:

“*Ah! Eu acabei de descobrir uma cardiopatia... Já tenho diabetes e agora mais isso. É uma situação muito difícil e cansativa. Às vezes eu não fico bem... Eu choro, fico desanimada, com uma angústia presa bem aqui (pegando no peito). Daí eu choro até passar...*” (Dalva).

Problemas na saúde puderam ser evidenciados também em outra cuidadora, em uma conversa informal:

“*Eu arrumei diabetes, acho que foi depois de tudo o que passei, só que vem depois...*”

Meu marido faleceu e logo depois descobri a doença do Alan (seu filho)... eu fico com medo de acontecer alguma coisa com minha saúde, fico com medo de piorar, e deixar o Alan sozinho (chorando)” (Laura).

Tanto a fala de Dalva quanto a fala de Laura podem ser compreendidas como indicador de processos subjetivos articulados a diversos processos de adoecimento das cuidadoras, que emergem na tentativa de organizar as dificuldades enfrentadas no processo do cuidado, como no caso da diabetes (que atinge as duas cuidadoras) e da cardiopatia de Dalva. Além disso, ambas relatam que o cuidado se constitui como uma situação cansativa e desgastante, de modo a gerar sentidos subjetivos que se configuram no desânimo e angústias relatados. Além das condições de saúde dos cuidadores familiares, marcadas por doenças crônicas e estresse, foi possível perceber também aspectos relacionados ao estilo de vida na convivência com uma pessoa em sofrimento intenso, como pode ser visto no seguinte trecho:

“Eu ainda consigo fazer algumas coisas para mim, entendo que isso é importante para minha saúde, então faço caminhada todos os dias de manhã, até chamo ela (ex-mulher) para ir comigo. Mas viajar, ficar muito tempo longe de casa, eu não posso mais.” (Bento).

Esse trecho pode ser visto como indicador de uma condição de vida aprisionada ao cuidado, em que o cuidador fica restrito somente a esse contexto, o que pode impactar, além de sua condição física, sua condição subjetiva, culminando em um círculo vicioso de sofrimento.

Dessa forma, diante do modelo teórico em desenvolvimento, em relação aos desdobramentos das dificuldades que emergem do cuidado nos processos de subjetivação dos cuidadores familiares, pode-se pensar que o cuidado do cuidador familiar pode se encontrar como uma estratégia do cuidado de uma pessoa em sofrimento psíquico intenso, visto que, quando os familiares cuidam de si podem encontrar diferentes organizações das formas de cuidado.

5 | CONCLUSÕES

Seguindo os princípios epistemológicos e metodológicos que fundamentaram essa pesquisa, foi possível aprofundar no contexto de vida desses cuidadores familiares, de modo a construir um vínculo que permitiu gerar inteligibilidade sobre as condições de saúde desses participantes. Esse vínculo construído auxiliou no entendimento de que, diante de um contexto de desamparo e restrição ao cuidado em saúde mental, o adoecimento dos cuidadores familiares se desenvolve na tentativa de organização do cuidado diante do contexto estressor, gerando preocupações e sofrimento crescentes na vida desses cuidadores.

Desse modo, compreende-se que o cuidado do cuidador familiar pode se encontrar como uma estratégia importante na atenção à saúde mental, visto que, quando os familiares cuidam de si também se encontram em melhores condições para

sustentar relações mais saudáveis com seus entes em intenso sofrimento psíquico.

Assim, o Grupo de Família, mesmo com dificuldades para a sua realização, ainda se encontra como um espaço importante que ajuda o cuidador familiar a “lidar” com o transtorno mental. Além disso, o Grupo gera uma possibilidade no cuidado dos cuidadores, visto que, ao criar um espaço de interlocução, de abertura e com foco para esses familiares, pode auxiliar na organização de novas formas de cuidado, tanto para o familiar assistido quanto para o cuidador.

O Grupo de Família contribui também para uma abertura da rede de apoio, pois os familiares podem construir uma rede de suporte dentro do próprio grupo, além do espaço de cuidado para eles, compreendendo que esse cuidado se encontra vinculado ao cuidado de pessoas com sofrimento psíquico grave. Essa conclusão só foi possível pelo envolvimento constante da pesquisadora no contexto estudado e pela participação ativa dentro do Grupo e da instituição pesquisada, contribuindo com os princípios já desenvolvidos da metodologia construtivo-interpretativa, que prioriza o posicionamento do pesquisador como sujeito, que, ao se relacionar com o contexto estudado, é capaz de construir de modo criativo um modelo teórico sobre o fenômeno de interesse.

REFERÊNCIAS

BRUSAMARELLO, TATIANA; MAFTUM, MARILUCI ALVES; ALCÂNTARA, CAMILA BONFIM; CAPISTRANO, FERNANDA CAROLINA & PAGLIACE, ÂNGELA GONÇALVES DA SILVA. **Famílias no cuidado à saúde de pessoas com transtorno mental: reflexos do modelo de assistência.** Revista Saúde e Pesquisa, 10 (3), 441-449, 2017.

CASTRO, LISNETI MARIA & SOUZA, DAYSE NERI. **Programa de intervenção psicossocial aos cuidadores informais familiares: o cuidar e o autocuidado.** Revista Interações, 42, 150-162, 2016.

CAVALHERI, SILVANA CHORRATT. **Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família.** Revista Brasileira de Enfermagem, 63(1), 51-57, 2009.

DEMARCO, DAIANE DE AQUINO; JARDIM, VANDA MARIA DA ROSA & KANTORSKI LUCIANE PRADO. **Perfil dos familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial: distribuição por tipo de serviço.** Rev Fund Care Online, 9(3), 732-737, 2017.

DIMENSTEIN, MAGDA; SALES, ANDRÉ LUIS; GALVÃO, ELLEN. & SEVERO, ANA KALLINY. **Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental.** Revista de Saúde Coletiva, 20(4): 1209-1226, 2010.

GONZÁLEZ REY, FERNANDO. **Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

GONZÁLEZ REY, FERNANDO. **Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: os processos de construção da informação.** São Paulo: Cengage Learning, 2005.

GONZÁLEZ REY, FERNANDO. **A Saúde na trama complexa da cultura, das instituições e da subjetividade.** In: GONZÁLEZ REY, FERNANDO. & BIZERRIL, JOSÉ. **Saúde, cultura e subjetividade: uma referência interdisciplinar.** Brasília: UniCEUB, 2015.

GONZÁLEZ REY, FERNANDO & MITJÁNS MARTÍNEZ, ALBERTINA. **Subjetividade teoria, epistemologia e método**. São Paulo: Alínea, 2017.

GOULART, DANIEL MAGALHÃES. **Educação, Saúde Mental e Desenvolvimento Subjetivo: da patologização da vida à ética do sujeito**. (Tese de Doutorado). 2017.

MORI, VALÉRIA DEUSDARÁ. & GONZÁLEZ REY, FERNANDO. **A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária**. *Psicologia: teoria e prática*, v. 14, n. 3, p. 140-152, 2012.

NARDI, HENRIQUE CAETANO & SILVA, ROSANE NEVES. Ética e subjetivação: as técnicas de si e os jogos de verdade contemporâneos. In: GUARESCHI, NEUZA MARIA DE FÁTIMA; HÜNING, SIMONE MARIA; FERREIRA, ARTHUR ARRUDA LEAL [et. al.]. **Foucault e a psicologia**. Porto Alegre: Edipucrs, 2014.

ROTELLI, FRANCO. **Conferência: Superando o Manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste**. In: AMARANTE, PAULO. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1998.

SANT'ANA, MARÍLIA MAZZUCO; PEREIRA, VALDETE PREVE; BORENSTEIN MIRIAM SÜSSKIND. & SILVA, ALCIONE LEITE. **O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental**. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. 20(1): 50-8, 2011.

SOUZA, MAYRA SILVA & BAPTISTA, MAKILIM NUNES. **Associações entre suporte familiar e saúde mental**. *Psicologia Argumento*, 26(54), 207-215, 2008.

TENÓRIO, FERNANDO. **A Psicanálise e a Clínica da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios, 2001.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA REDE DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL AOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Rosali Maria Ferreira da Silva

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Anna Beatriz Pereira Silva

Superintendência de Assistência Farmacêutica / Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Maria da Conceição Freitas

Superintendência de Assistência Farmacêutica / Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Laysa Creusa Paes Barreto Barros Silva

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Karolynne Rodrigues de Melo

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

José de Arimatea Rocha Filho

Superintendência de Assistência Farmacêutica / Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Maria Selma Lopes Machado

Superintendência de Assistência Farmacêutica / Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Maria Joanellys dos Santos Lima

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Williana Tôrres Vilela

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Pedro José Rolim Neto

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

RESUMO: Este estudo avaliou a Assistência Farmacêutica Municipal (AFM) no atendimento aos serviços de Saúde Mental em Pernambuco, visando contribuir com a rede de cuidado na atenção à Saúde Mental do Estado. Como método de avaliação, um questionário foi aplicado pela Coordenação de Assistência Farmacêutica Ambulatorial (CAFA) aos 184 municípios do Estado de Pernambuco e ao distrito de Fernando de Noronha, no período de abril a julho de 2013. Os indicadores demonstraram falhas dos processos de trabalho e gestão, focalizando a falta de planejamento efetivo que acarreta deficiência de estratégias técnicas, políticas e administrativas; falta de coordenação do sistema municipal de assistência farmacêutica; carência de recursos humanos, materiais e financeiros para estruturação e organização dos serviços. Este estudo contribui para a consolidação dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde, para que alcancem o objetivo do acesso

e uso racional de medicamentos de qualidade, seguros e eficazes.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência Farmacêutica; Saúde Mental; Diagnóstico.

SITUATIONAL DIAGNOSIS NETWORK MUNICIPAL PHARMACEUTICAL ASSISTANCE TO MENTAL HEALTH SERVICES

ABSTRACT: This study evaluated the Municipal Pharmaceutical Services (AFM) in meeting the mental health services in Pernambuco, in order to contribute to the care network in attention to Mental Health of the State. As an evaluation method, a questionnaire was applied by the Pharmaceutical Care Coordination Ambulatory (CAFA) in 184 municipalities of Pernambuco State and Fernando de Noronha district, from April to July 2013. Indicators showed flaws of work processes and management, focusing on the lack of effective planning that leads to a deficiency of technical, political and administrative strategies; lack of coordination of the municipal system of pharmaceutical services; lack of human, material and financial resources to structure and organize the services. This study contributes to the consolidation of pharmaceutical services in the Unified Health System, to achieve the objective of access and rational use of quality, safe and effective medicines.

KEYWORDS: Pharmaceutical Services; Mental Health; Diagnosis.

1 | INTRODUÇÃO

A criação de mecanismos com a finalidade de regular e legalizar a assistência às pessoas portadoras de transtorno mental, começaram a surgir no século XIX e até hoje continuam a serem criados decretos e leis, sendo esses implementados e atualizados de acordo com a influência do contexto social e também do modelo assistencial de saúde mental no país (Guimarães et al., 2010).

A forma como, tanto a sociedade como os próprios profissionais da saúde agem frente aos assuntos ligados à doença mental, repercute diretamente na assistência prestada a essa população, sendo o estudo e o conhecimento das mudanças na história da política de saúde mental, ferramentas fundamentais para o estabelecimento da relação interpessoal com o paciente, além da ajuda na compreensão da atual organização desse sistema. Possibilitando aos familiares, aos usuários e à sociedade, o entendimento sobre os recursos disponíveis para o tratamento destinado ao portador de transtorno mental (Guimarães et al., 2010).

A evolução da Política de Saúde Mental ocasionou modificações importantes na organização da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS). A ampliação das redes de cuidado: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Saúde da Família (USF), Residências Terapêuticas, Ambulatórios de saúde mental, entre outros, exigem que o Estado e os municípios ofereçam serviços e medicamentos acessíveis a serem utilizados de forma racional, na qualidade e quantidade necessárias,

onde o serviço deve ser estruturado a partir do atendimento básico, até os serviços especializados, garantindo o atendimento integral e a consequente redução nas internações por doenças mentais (GERES, 2018).

Conhecer a estrutura disponível nos municípios para desenvolvimento das ações de assistência farmacêutica em Saúde Mental representa um passo importante para proposição de ações de estruturação, aprimoramento e/ou fortalecimento deste seguimento.

Segundo estimativa do Ministério da Saúde, 3% da população sofre com transtornos mentais graves, mais de 6% apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e de outras drogas, e 12% da população necessita de algum tipo de acompanhamento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual (GERES, 2018; Rieck et al., 2010; Brasil, 2008).

Assim, na perspectiva de contribuir na construção da rede de cuidado na atenção à Saúde Mental em Pernambuco que ofereça serviços de acordo com as necessidades dos usuários, respeitando o grau de complexidade de cada local e de conhecer a assistência farmacêutica municipal nas ações técnico-gerenciais e técnico-assistenciais na área de saúde mental, este estudo objetiva avaliar a Assistência Farmacêutica municipal no atendimento aos serviços de Saúde Mental em Pernambuco baseado no Questionário aplicado pela CAFA.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

Para realização do estudo, foram coletados dados a partir da aplicação de Questionário fechado, formatado com 20 perguntas, remetido pelo correio e por e-mails para o distrito de Fernando de Noronha e os 184 municípios do Estado de Pernambuco, no período de abril a julho de 2013. O sujeito da pesquisa foi o responsável pela gestão da Assistência Farmacêutica nos municípios, sendo este farmacêutico ou não, podendo o mesmo realizar consultas aos colaboradores envolvidos e/ou utilizar complementações documentais como fonte de informações. O instrumento foi utilizado para avaliar o elenco municipal quanto as condições relacionadas aos medicamentos de saúde mental, como a existência de mecanismos de padronização e atualização das listas de medicamentos, a disponibilização de receituários de controle especial aos prescritores, bem como conhecer suas especialidades médicas, a suficiência da aquisição dos medicamentos, seu armazenamento e dispensação. O questionário também abordou questões relacionadas ao farmacêutico e atenção farmacêutica, abrangendo sua participação na Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) e na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), prestação de orientações no atendimento aos agravos de saúde mental e a localização dos farmacêuticos que distribuem ou dispensam medicamentos; além de procurar conhecer as condições gerais dos municípios, como a regularidade dos estabelecimentos que prestam serviços de saúde mental perante a Vigilância Sanitária e se é demandado judicialmente a

aquisição de medicamentos que tratam transtornos mentais.

3 | RESULTADOS

Dos 185 municípios que receberam o questionário, 118 enviaram as suas respostas para a Superintendência de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, e 67 não enviaram.

Ao relacionar o envio do questionário respondido com os números de habitantes dos municípios, verificou-se que quanto menor o número de habitantes maior foi o comprometimento do responsável pela gestão da Assistência Farmacêutica em respondê-lo, como mostra a Tabela 1.

Os municípios foram questionados quanto as Unidades de Saúde que dispensam medicamentos de saúde mental, e foi verificado que em mais da metade dos municípios a dispensação ocorre na Unidade de Saúde da Família (USF), como mostra a Tabela 2. E, com relação à localização dos Farmacêuticos que ficam responsáveis pela distribuição ou dispensação dos medicamentos, 44% estão presentes no CAF, 38% na Farmácia Municipal, 8% no CAPS, 5% no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), 2% no Ambulatório de Saúde Mental e 3% em outras Unidades de Saúde.

Segundo dados dos 118 municípios que responderam o questionário elaborado pela CAFA, a Tabela 3 demonstra a correlação entre o número de farmacêuticos que realizam orientação no atendimento aos agravos de saúde mental e o número de orientações mensais. Ambos de acordo com as Gerências Regionais de Saúde (Geres), que auxiliam no gerenciamento de políticas de saúde de certas cidades, são elas: I Geres (Recife); II Geres (Limoeiro); III Geres (Palmares); IV Geres (Caruaru); V Geres (Garanhuns); VI Geres (Arcoverde); VII Geres (Salgueiro); VIII Geres (Petrolina); IX Geres (Ouricuri); X Geres (Afogados da Ingazeira); XI Geres (Serra Talhada); XII Geres (Goiana)².

Foi verificado que na maioria dos municípios (79%) o elenco de medicamentos para Saúde Mental atende à demanda da população e que, em 90% destes, não existe a Comissão de Farmácia e Terapêutica, sendo separadamente, médicos, enfermeiros, farmacêuticos e secretários de saúde responsáveis pela decisão sobre a relação de medicamentos que serão padronizados e adquiridos para atender os usuários de Saúde.

Quando questionados pela existência de mecanismos para divulgação da lista padronizada de medicamentos aos prescritores, em 86% dos municípios esses mecanismos são inexistentes e em 92% dos mesmos, não há disponibilização da lista para consulta na Farmácia.

Também foi questionado quanto as orientações prestadas aos médicos para que os mesmos prescrevam os itens padronizados, e em 84% dos municípios essas orientações são inexistentes, assim como também não existe atualização periódica da

lista padronizada em 81% das cidades.

Em grande parte dos municípios (97%), a CAF está sob a responsabilidade do farmacêutico e existe área separada ou armário exclusivo para o armazenamento de medicamentos listados na Portaria nº 344/98 (Brasil, 2008; Brasil, 1998). Porém, ainda em uma grande parte, os municípios não cumprem as Boas Práticas de Armazenamento. O controle da movimentação de estoque dos medicamentos controlados é realizado através da seguinte maneira: 76% através de ficha de prateleira, 20% informatizado e em 4% não existe controle de estoque.

Todos os municípios disponibilizam receituários de controle especial e Notificação de Receita B aos prescritores, em contrapartida, em apenas 72% dos estabelecimento está devidamente regularizado na Vigilância Sanitária. Ao se avaliar as especialidades médicas que prescrevem medicamentos da Portaria nº 344/98 nos municípios, verificou-se que dos 118 municípios, o clínico geral era responsável por essa prescrição em 102 municípios, o médico generalista (USF) em 100 municípios, o psiquiatra em 80 municípios, o pediatra em 42 municípios, o neurologista em 38 municípios e outras especialidades responsáveis em 15 municípios.

Em relação a quantidade de medicamentos adquiridos, em 52% dos municípios o quantitativo da aquisição é suficiente para atender à necessidade real dos mesmos. E quanto ao questionamento da demanda judicial, 80% dos municípios são demandados judicialmente para adquirir medicamentos que tratam transtornos mentais.

Nº de Habitantes	Nº de Municípios que Enviaram o Questionário	% dos Questionários Enviados
Até 25 mil habitantes	67	57
25 – 50 mil habitantes	29	24
50-100 mil habitantes	15	13
> 100 mil habitantes	7	6

Tabela 1. Número de municípios que enviaram os questionários respondidos versus Número de habitantes dos municípios.

Unidades de Saúde	% dos Municípios
USF	54
Farmácia Municipal	23
Unidade Básica de Saúde (UBS)	11
Ambulatório de Saúde Mental	4
CAPS I	3
CAPS II	2
CAPS infantil	1
CAPS adulto	1
Demais Unidades de Saúde	1

Tabela 2. Percentagem dos Municípios que dispensam medicamentos de saúde mental de acordo com a localidade.

Localização das Regionais	Nº de Farmacêuticos que Realizam Orientação	Nº de Atendimentos aos Agravos de Saúde
I GERES	7	80
II GERES	16	4284
III GERES	12	927
IV GERES	14	1346
V GERES	19	3197
VI GERES	9	127
VII GERES	2	450
VIII GERES	3	1800
IX GERES	7	192
X GERES	11	1616
XI GERES	8	180
XII GERES	8	1298

Tabela 3. Número de farmacêuticos que realizam orientação no atendimento aos agravos de saúde mental versus Número de orientações mensais.

4 | DISCUSSÃO

Foi verificado que, quanto menor o número de habitantes do município, o responsável pela gestão da Assistência Farmacêutica Municipal poderia estar mais “disponível” para responder ao questionário solicitado. Isto pode estar relacionado à diferença do nível de complexidade da atenção em saúde, porém para uma melhor avaliação seria necessário conhecer a estruturação de cada município (Pizzol et al., 2010).

Pode-se propor a estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde no SUS, tendo a saúde mental vislumbrado o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como um dispositivo estratégico na conjuntura atual para a progressiva desinstitucionalização dos portadores de transtornos mentais. A USF, por sua vez, serviria como importante articulador da rede de saúde mental, no intuito de superar o modelo hospitalocêntrico, centrar o cuidado na família, e não no indivíduo doente, trabalhar com os conceitos de vigilância à saúde e no enfoque sobre o risco, desenvolver atividades que incluam a prevenção e a promoção da saúde mental e, politizando as ações de saúde de modo a lidar com os determinantes sociais do adoecimento, realizar práticas intersetoriais e desenvolver o exercício da cidadania (Nunes, Jucá & Valentim, 2007).

Nem sempre a atenção básica apresenta condições para dar conta dessa importante tarefa. Às vezes a falta de recursos, de pessoal e a falta de capacitação acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes. Além disso, atender às pessoas com problemas de saúde mental é de fato uma tarefa muito complexa (Brasil, 2003).

Diante das variadas especialidades médicas que prescrevem medicamentos da Portaria nº 344/98, pode-se observar uma carência de profissional qualificado na área de saúde mental, ou seja, a falta de investimentos em recursos humanos.

Para apoiar todos os 184 municípios de Pernambuco mais o distrito de Fernando de Noronha, foram criadas as 12 Geres. Cada uma dessas unidades administrativas da Secretaria Estadual de Saúde é responsável por uma parte das cidades, atuando de forma mais localizada na atenção básica, na reestruturação da rede hospitalar, nas ações municipais, no combate à mortalidade infantil e às diversas endemias. O modelo de gestão da Saúde permite que as particularidades de cada região recebam atenção na hora de decidir ações e campanhas (GERES, 2018).

Na análise dos resultados apresentados na Tabela 2, percebe-se que um percentual expressivo da população estudada usa psicotrópicos e que há uma pequena atuação do farmacêutico na orientação farmacêutica. Ficou evidenciado que o foco na prática de gestão municipal da assistência farmacêutica nesta amostra ainda permanece sendo o acesso a medicamentos no que tange a sua disponibilidade pura e simples. Faz-se necessária uma reflexão sobre o papel do farmacêutico como educador em saúde, com relação ao tratamento farmacológico dos transtornos mentais.

Durante o ato da dispensação, o farmacêutico deve informar e orientar o paciente sobre o uso adequado dos medicamentos, com ênfase no cumprimento da farmacoterapia, interação com outros medicamentos, alimentos e exames laboratoriais, reconhecimento de reações adversas potenciais e condições de conservação do produto (Brasil, 2003). Esta função informativa e educativa da dispensação torna-a peça-chave na cadeia da assistência à saúde e constitui uma das últimas oportunidades de, ainda dentro do sistema de saúde, identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à farmacoterapia (Oenning, Oliveira & Blatt, 2011). Assim, ressalta-se a necessidade de ações que possibilitem o aprimoramento contínuo do farmacêutico, possibilitando a compreensão do seu papel junto à equipe multidisciplinar para que este profissional esteja apto à prática clínica voltada aos pacientes com transtornos mentais (Zanella, Aguiar & Storpirtis, 2015).

A inexistência de comissão responsável pela elaboração deste elenco de medicamentos ao serviço de saúde sugere dificuldades no desenvolvimento e na implementação da assistência farmacêutica nestes municípios (Pizzol et al., 2010).

É imprescindível garantir a comunicação sobre esta lista padronizada a todas as equipes envolvidas nos cuidados com os pacientes. Isto poderia ser realizado através de formulários impressos, programas eletrônicos, folhetos de informação para o médico e/ou comunicação direta com o médico. Vale ressaltar que a seleção de medicamentos ainda está incipiente em muitos estados e municípios brasileiros. A Assistência Farmacêutica, como locus de gestão, não é em geral uma instância formalizada nos organogramas municipais, fator que mostra carência estrutural. Os gestores conhecem o conceito de medicamentos essenciais, mas selecionam os medicamentos de acordo com a demanda e não com as necessidades de saúde, como seria esperado (Magarinos-Torres et al., 2014).

Basicamente, as boas práticas determinam que todos os processos devam ser definidos e sistematicamente revisados; as etapas críticas devem ser avaliadas;

as áreas devem ser providas de toda a infraestrutura necessária (instalações e equipamentos); os funcionários devem ser qualificados e devidamente treinados; as execuções dos procedimentos devem ser registrados e estabelecidas medidas a serem adotadas em relação à possibilidade de quaisquer desvios de qualidade. Há necessidades de reformas físicas nos almoxarifados, tais como reforma predial, reforma na iluminação, aumento na capacidade de armazenamento, instalação da rede de climatização, medidas para controle da temperatura ambiente, melhorias na rede elétrica, instalação de telas de proteção, adequação as normas sanitárias, adequação para garantir melhor segurança predial, qualificação do sistema de arquivamento e instalação de gerador (Rieck et al., 2010).

O objetivo da administração dos estoques é garantir a disponibilidade suficiente de estoques para sustentar as operações, ao mesmo tempo em que mantêm nos níveis mais baixos possíveis os custos de estocagem, de encomenda e recebimento, de falta de estoque e os de obsolescência. Assim, é de suma importância a existência de um sistema de controle de estoque adequado que atenda às necessidades gerenciais (Pinheiro, 2005).

A padronização de medicamentos constitui meio fundamental para orientar a uniformização, quer da prescrição, quer do abastecimento de medicamentos, principalmente no âmbito do SUS, configurando assim, um mecanismo para a redução dos custos dos produtos. Essa padronização requer atualizações e devem ser analisados a qualidade, os custos e eficácia dos medicamentos (Secretaria de Políticas de Saúde, 2000).

Ao receber uma receita médica, o paciente procura uma unidade dispensadora de medicamento do seu município. O não fornecimento do medicamento aliado à falta de orientações corretas e a complexidade dos caminhos para o provimento dos medicamentos levam o paciente a uma situação extrema e recorrer à Justiça. Muitas vezes esta tem sido a alternativa de muitos usuários. Para grande parte da população brasileira, a rede pública de prestação de serviços é a única alternativa para uma assistência à saúde e, conseqüentemente, para o acesso aos medicamentos. Atualmente, é raro o município ou Estado do Brasil que não sofra a necessidade de custear tratamento para pacientes específicos, com considerável ônus ao orçamento da saúde, comprometendo o custeio das ações regulares de assistência farmacêutica (Aléssio, 2008; Blatt & Farias, 2007; Pereira, 2006).

Os indicadores demonstram as várias deficiências dos processos de trabalho e de gestão nos municípios estudados, focalizando a falta de planejamento efetivo que acarreta deficiência de estratégias técnicas, políticas e administrativas para a solução de problemas; falta de coordenação do sistema municipal de assistência farmacêutica; descontinuidade das ações; carência de recursos humanos, materiais e financeiros para estruturação e organização dos serviços; utilização de modelo de organização direcionado para a disponibilização do medicamento sem cuidado com a sua qualidade, sua eficácia e sua segurança.

Este estudo contribui para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, para que alcancem seu objetivo precípua, quer seja, o acesso e o uso racional de medicamentos com qualidade, seguros e eficazes.

REFERÊNCIAS

- Aléssio, E.R. **Demandas Judiciais de Medicamentos na Região Carbonífera de Criciúma – SC Evolução, Cumprimento e a Regulação possível para um direito discutível**. Santa Catarina. Monografia, Universidade do Extremo Sul Catarinense, 2008.
- Blatt, C. R.; Farias, M. R. **Diagnóstico do Programa de Medicamentos Excepcionais do Estado de Santa Catarina - Brasil**. Latin American Journal of Pharmacy, Buenos Aires, v. 26, n. 5, 2007.
- Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Diretrizes Assistenciais para a Saúde Mental na Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2008. 75 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 7 p.
- Brasil. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. **Diário Oficial [da] União. 13 mai. 1998**.
- Geres. **Gerências Regionais de Saúde**. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/gerencias-regionais-de-saude>>. Acesso em: 25 nov. 2018.
- Guimarães, N. A., et al. **O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal Brasileira (1935-2001)**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 274-282, 2010.
- Magarinos-Torres, R. et al. **Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3859-3868, 2014.
- Nunes, M.; Jucá, V. J.; Valentim, C. P. B. **Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, 2007.
- Oenning, D.; Oliveira, B. V.; Blatt, C. R. **Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3277-3283, 2011.
- Pereira, J. R. **Análise das demandas judiciais solicitando medicamentos encaminhados à Diretoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004**. Florianópolis. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.
- Pinheiro, A. C. M. **Gerenciamento de Estoque Farmacêutico**. Revista Eletrônica de Contabilidade, v. 1, p. 80-94, 2005.
- Pizzol T. S. D., et al. **Adesão a listas de medicamentos essenciais em municípios de três estados brasileiros**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 827-836, 2010.
- Rieck, E. B., et al. **Assistência farmacêutica. Contribuições para produção, gestão e utilização de medicamentos**. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2010. p. 13-42.

Secretaria de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 206-209, 2000.

Zanella, C. G.; Aguiar, P.M.; Storpirtis, S. **Atuação do farmacêutico na dispensação de medicamentos em Centros de Atenção Psicossocial Adulto no município de São Paulo, SP, Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v 20, n. 2, p. 325-332, 2015.

ENTRE CENÁRIOS, VIDAS E INVENÇÕES: O OCUPPA PRAÇA

Laís Macedo Angelo

Universidade Federal Fluminense, Faculdade de
Enfermagem
Rio de Janeiro

RESUMO: O cotidiano do trabalho na clínica da atenção psicossocial tem se configurado na construção de um novo modo de lidar com o sofrimento mental. Apontando para as singularidades na integralidade do cuidado, e na reapropriação das relações com a cidade e a cidadania. Este estudo pretende contribuir para a invenção de possíveis espaços de controle/participação social em um Centro de Atenção Psicossocial. Para tanto é um estudo descritivo, do tipo relato de experiência. Onde foram utilizadas as seguintes ferramentas de pesquisa: um diário de campo. Entre seus resultados, um debruçar a construção de um lugar o OcuPPa Praça, pelos usuários e profissionais do serviço. Encontros que ampliavam os cenários, conexões e promoviam andanças no território tornando-se estratégico, e o principal lugar de encontro de tantos (des)afetos. Tal experimento que coloca em análise um novo lugar para o louco.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental;
Participação social; Políticas públicas

ABSTRACT: The daily work in the psychosocial

care clinic has been configured in the construction of a new way of dealing with mental suffering. Pointing to the singularities in the integrality of care, and in the reappropriation of relations with the city and citizenship. This study intends to contribute to the invention of possible spaces of control / social participation in a CAPS. For this, it is a descriptive study, of the type of experience report. Where the following research tools were used: a field diary. Among its results, a look at the construction of a place the OcuPPa Praça, by users and service professionals. Encounters that broadened the scenarios, connections and promoted wanderings in the territory becoming strategic, and the main meeting place of so many (dis) affections. Such an experiment puts in analysis a new place for the crazy.

KEYWORDS: Mental health; Social participation;
Public policy

1 | INTRODUÇÃO

Este artigo é um recorte de um relato de experiência de um Centro de Atenção Psicossocial II, acerca de estratégias de controle social, participação, protagonismo e acolhimento dos usuários em saúde mental.

Com essa exposição damos lugar ao fazer da atenção psicossocial, em que não se limita a criação de dispositivos de cuidado pelos novos

modelos assistenciais, mas envolve um construir de possibilidades e ferramentas de cidadania, de relações com as pessoas portadoras de transtorno mental nos diferentes âmbitos da vida.

2 | MÉTODO

Este estudo toma como foco discorrer sobre a invenção de possíveis espaços de controle/participação social em um Centro de Atenção Psicossocial. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência. Como instrumento de estudo foi utilizado um diário de campo para descrição dos espaços coletivos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Encontramos no exercício deste trabalho – o conto vivo - de um cotidiano de CAPS - Centro de Atenção Psicossocial como analisador da produção de cuidado e lugar, o OcuPPa Praça. Tal espaço surgiu a partir de um acolhimento a crise a um usuário, a quem denomino Paulo. Em uma sexta-feira em meio a convivência com usuários e profissionais da unidade Paulo estava bastante inquieto, não conseguindo ficar sentado, com um andar pelo serviço sem interrupções. Convocava a todo o momento outros usuários, e a equipe sem conseguir dizer o que o aquietava. Uma agitação que parecia não ter lugar e ameaçava a si próprio. Um discurso confuso, desorganizado com frases que não tinham um início, e tão pouco um fim.

A equipe abordava Paulo tentando criar uma aproximação, e retirá-lo do amplo espaço do pátio do CAPS. Apostava em estratégias a partir do vínculo com o serviço e os profissionais. Mas havia algo que Paulo ainda assim não conseguia sustentar com tamanho mal-estar. E a partir da relação e proximidade com outros usuários, mencionava seus nomes, nos fazendo crer em outras possibilidades.

E é neste acolhimento que os usuários recordaram o lugar do banco da praça, em que Paulo sempre passava a maior parte do seu dia ao comparecer no serviço.

Neste banco existia a conversa com aqueles que Paulo abordava. Mas também fazia parte uma praça com brinquedos, aulas de dança junto ao educador físico da unidade básica de saúde ao lado, uma policlínica em frente, dividida em setores de atendimento que acabavam de rodear a praça com a padaria, restaurantes, salão de beleza, jornaleiro e taxistas.

Uma rede ampliada que sustentava o cuidado de Paulo, que participava o território em seu cotidiano e que o acolhia quando o sofrimento ultrapassava seus limites. Uma clínica que surge do coletivo, na aposta na cidade e na cidadania. Contudo, é no banco da praça que Paulo senta e consigo observa com sutileza o que acontece ao seu redor. Parecendo diminuir a inquietação por mais tempo que passe. E o discurso volta a fazer parte do cotidiano de vida daquele lugar.

Como desdobramento, a equipe recolhe falas dos usuários em espaços coletivos

do serviço a respeito do ocorrido. A cada oficina e convivência, o assunto era como poderiam contar uns com os outros quando não estivessem bem. E a proposta seria uma encenação, dramatização ou conto em que pudessem expor a história de Paulo, se o mesmo estivesse de acordo.

Os usuários, contudo, passam as sextas-feiras em uma tentativa junto aos profissionais de recriarem o ocorrido com participação atores representados pelos mesmo, e o cenário como a praça, o OcuPPa Praça. Que se tornou um espaço de encontros que promoviam acolhimentos, conexões, invenções, de peças teatrais, performances, varandas de poesias, rodas de samba, oficinas de culinária, apresentação de músicos locais, DJ's que ampliam o sentido do território produzindo uma costura micropolítica que não se dá a priori em espaços instituídos, mas na vida.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apostando em experiências do cotidiano como campo comum, os mecanismos de participação em saúde mental potencializam o protagonismo dos usuários criando caminhos para si. Com uma loucura que ocupa lugares e reafirma seus planos políticos e verdadeiramente terapêuticos, no exercício da participação social fomentando o lugar dos Centros de Atenção Psicossocial.

REFERÊNCIAS

Costa, D. F. C.; Paulon, S. M. **Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo**. Saúde em debate. Rio de Janeiro. 2012.

Leão, A.; Barros, S. **Território e serviço de saúde mental comunitária: concepções presentes nos discursos dos atores do processo de reforma psiquiátrica brasileira**. Saúde e Sociedade. São Paulo. 2012.

Sampaio, J. J. C.; Guimarães, J. M. X., Carneiro, C., & Garcia Filho, C. **O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético**. Ciência & saúde coletiva. 2011.

ESTILO DE VIDA E FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO EM ESCOLARES ADOLESCENTES

Amanda Oliveira Bernardino Cavalcanti de Albuquerque

Doutoranda em enfermagem da Universidade de Pernambuco
Recife, Pernambuco.

Natália de Oliveira Freitas

Mestre em enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco
Recife, Pernambuco.

Annielly Arruda do Nascimento

Enfermeira pelo Centro Universitário Tiradentes
Recife, Pernambuco

Nayanne Samara Silva Costa

Enfermeira pelo Centro Universitário Tiradentes
Recife, Pernambuco

Ricardo Nascimento Bezerra

Acadêmico de Enfermagem pelo Centro Universitário Tiradentes
Recife, Pernambuco

Ester Cecília Laurindo da Silva

Acadêmica de Enfermagem pelo Centro Universitário Tiradentes
Recife, Pernambuco

Amanda Gabriela Rocha de Souza

Enfermeira pelo Centro Universitário Tiradentes
Recife, Pernambuco

Fabiola de Alencar Mendes Gonçalves

Enfermeira pelo Centro Universitário Tiradentes
Recife, Pernambuco

Gustavo Aires de Arruda

Pós-doutorando em enfermagem da Universidade

de Pernambuco

Recife, Pernambuco

Aurélio Molina da Costa

Professor da Universidade de Pernambuco
Recife, Pernambuco.

Clara Maria Silvestre Monteiro de Freitas

Professora da Universidade de Pernambuco
Recife, Pernambuco.

Apoio: Este trabalho foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

RESUMO: Objetivo: Descrever o estilo de vida e os fatores de risco para o suicídio em adolescentes. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Foram consultadas as bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), e BDEF (Base de dados em Enfermagem), por mediação da pesquisa online a partir do portal Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A busca foi realizada no período entre 2013 e 2017. Foi encontrado um total de 30621 artigos, com os critérios de inclusão ficaram 04 artigos que foram utilizados nessa pesquisa, os critérios de inclusão foram: Artigo disponível na íntegra, na língua portuguesa e no período de 2013 a 2017. **Resultados:** Os artigos evidenciaram que

os adolescentes que tinham risco para o suicídio apresentavam: desesperança em grau grave e isolamento. No estilo de vida apresentavam: insatisfação no ambiente familiar e social, como, conflitos com os pais, conflitos ou perdas afetivas (perda de relação amorosa), problemas disciplinares, acadêmicos e problemas financeiros. A presença de um transtorno mental como depressão, esquizofrenia, abuso de álcool e drogas, assim como histórico de abuso sexual na infância também foram fatores de risco para o suicídio. **Conclusão:** Os fatores de risco para o suicídio em adolescentes estão associados a aspectos socioeconômicos e interpessoais desfavoráveis, e as experiências de vida na infância também podem influenciar esse risco. Conhecendo, esses fatores, campanhas devem ser desenvolvidas na escola para diminuir o índice de isolamento, *bullying* e melhorar o desempenho escolar. A escola pode ser vista como porta de entrada para que esses adolescentes se sintam em um ambiente seguro. Além disso, pode fazer o diagnóstico precoce de adolescentes que têm ideiação suicida ou seus fatores de risco.

PALAVRAS-CHAVE: Suicídio; Adolescente; Fatores de Risco;

LIFESTYLE AND RISK FACTORS FOR SUICIDE IN ADOLESCENT SCHOLARS

ABSTRACT: Objective: To describe the lifestyle and risk factors for suicide in adolescents. **Methods:** This is an integrative review of the literature. The search was performed in the period between 2013 and 2017. Were found a total of 30621 articles, with the inclusion criteria were 04 articles that were used in this research, the inclusion criteria were: Article available in full, in the language Portuguese and from 2013 to 2017. **Results:** The articles showed that adolescents who were at risk for suicide presented: hopelessness in severe degree and isolation. In the lifestyle they presented: dissatisfaction in the familiar and social environment, as, conflicts with the parents, conflicts or affective losses (loss of loving relationship), disciplinary and academic problems and financial problems. The presence of a mental disorder such as depression, schizophrenia, alcohol and drug abuse, as well as history of childhood sexual abuse are also risk factors for suicide. **Conclusion:** Risk factors for adolescent suicide are associated with unfavorable socioeconomic and interpersonal factors and life experiences in childhood. Knowing, these factors, campaigns should be developed at school to lower the rate of isolation, *bullying* and improve school performance. The school can be seen as a gateway for these teens to feel in a safe environment. Furthermore, can make the early diagnosis of adolescents who have suicidal ideation. **KEYWORDS:** Suicide; Adolescent; Risk factors;

INTRODUÇÃO

A adolescência compreende uma fase do desenvolvimento humano marcada pela transição entre a infância e a vida adulta, identificada essencialmente, pelas transformações da puberdade e relacionadas à maturidade biopsicossocial (AVANCI,

2005). Essa etapa do desenvolvimento é dividida em três fases: a primeira fase (12-15 anos) é a pré-adolescência onde as mudanças físicas, sentimentos de solidão e um certo isolamento predominam; a 2ª fase (15-18 anos) é a adolescência propriamente dita; e por fim, a última fase da adolescência (18-21 anos) designada também como pós-adolescência (OLIVEIRA, 2003).

Nesse período da vida, ocorrem conflitos entre gerações, choque entre os interesses e valores dentro do âmbito familiar, e ainda, o prazer aparece associado ao medo. A adolescência é uma fase que se caracteriza pela oposição entre perdas e ganhos, lutos e aprendizagens, bem como medos e vivências de novas experiências (SABINO, 2009). Há uma substituição da infância, do corpo infantil e do status de criança pelo corpo adolescente, junto a todas as transformações e responsabilidades. O jovem possui tendência a ser contestador, impulsivo e, ao mesmo tempo, imaturo e inseguro ao se deparar com novas visões tanto da família quanto da sociedade, aliado a um novo papel social, com escolhas sexuais e profissionais (RODRIGUEZ, 2005).

Trata-se, pois, de uma etapa onde há grande estresse e oscilação emocional frente às transformações que ocorrem, às atividades que exigem atenção e empenho, às grandes dúvidas e certezas que emergem, tantas vezes desproporcionadas ou contrapostas (OLIVEIRA, 2013). É neste instante que questões como o sentido da vida, a morte, a imortalidade e o suicídio assumem uma maior magnitude (PEIXOTO, 2003), que podem incentivar grande parte dos jovens a desenvolverem pensamentos e comportamentos suicidas. A literatura aponta que, no período da adolescência podem surgir pensamentos de morte decorrente da dificuldade que os jovens possuem em lidar com as demandas sociais, contextuais e situacionais impostas pela fase do ciclo vital em que se encontram (WERLANG et al., 2005).

Com a dificuldade de lidar com problemas existenciais, como a compreensão do sentido da vida e da morte, surgem também as ideias de morte como uma estratégia por parte dos jovens (BORGES et al., 2008). Assim, a adolescência começa com importantes mudanças físicas e do temperamento, desde há muito descritas, e é finalizada com a formação de valores e de identidade. Por vezes, o adolescente é incapaz de confrontar e lidar com sucesso e o desafio (COLEMAN, 2014).

O suicídio refere-se à vontade consciente de morrer e à noção do que o ato pode gerar (Araújo et al., 2010). O comportamento suicida divide-se em três categorias: ideação suicida (pensamentos, ideias, planejamento e desejo de se matar), tentativa de suicídio e suicídio consumado. A ideação suicida é um preditor relevante de risco para o suicídio, sendo considerada o primeiro “passo” para sua realização (WERLANG et al., 2005).

Portanto, a decisão de cometer suicídio ocorre de maneira gradativa, e normalmente o indivíduo que comete o suicídio manifestou algum alerta através de ação ou sinal com relação à ideia de atentar contra a própria vida. Da mesma forma, a literatura indica que há grande probabilidade de, após uma primeira tentativa de suicídio, outras surgirem, até que uma possa ser fatal (Borges et al., 2008; Dutra,

2002; Espinoza-Gomez et al., 2010). Todavia, a trajetória estabelecida entre a ideação suicida, tentativas e concretização da morte pode oferecer um tempo propício para a intervenção por parte da equipe multidisciplinar com auxílio da família (KRÜGER E WERLANG, 2010).

O estudo da ideação suicida tem colaborado com dados significativos para a compreensão do comportamento suicida na adolescência. Segundo uma perspectiva que concebe o comportamento suicida como um espectro comportamental, a ideação pode ser vista como um estado preliminar, antecipador de outros comportamentos suicidas mais severos (PFEFFER, 1985).

A ideação suicida refere-se a pensamentos acerca de autodestruição, que englobam a ideia de que a vida não vale a pena, bem como planos específicos para lhe por fim. É considerada um indicador fundamental para o risco de suicídio (Reynolds, 1988), sendo uma componente básica na classificação de comportamentos suicidas (Pfeffer, 1985). A presença de ideação suicida é indicação de sofrimento emocional grave e apresenta-se como um dos principais preditores de tentativas de suicídio e suicídio consumado (NOCK et al., 2008).

Em todo o mundo, o suicídio é considerado uma das principais causas de morte na adolescência. (Direção-Geral de Saúde, 2013). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010), o suicídio representa, atualmente, um problema de saúde pública mundial, pois está entre as três principais causas de morte entre indivíduos de 15 a 44 e é a segunda principal causa de morte entre indivíduos de 10 a 24 anos. Estudos apontam que há uma morte por suicídio a cada 40 segundos, o que representa aproximadamente um milhão de suicídios anualmente. O índice mundial de suicídio é estimado em torno de 16 a cada 100 mil habitantes, variando de acordo com o sexo, a idade e o país. Nos últimos 45 anos, as taxas de suicídio aumentaram cerca de 60% em todo o mundo (Organização Mundial de Saúde, 2010).

Durante a adolescência e o início da idade adulta o risco de comportamento suicida, que inclui ideação suicida, e a tentativa de suicídio, comumente aumenta. Segundo Ferreira e Castela (1999), a identificação da gravidade da ideação suicida no adolescente pode colaborar para detectar proativamente jovens em risco de suicídio. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS 2010), a vulnerabilidade associada à doença mental, à depressão, ao alcoolismo, à violência, a perdas, à história de tentativa de suicídio, bem como à “bagagem” cultural e social representam os maiores fatores de risco ao suicídio. É relevante considerar que esses aspectos, isoladamente, não são preditores do suicídio, mas as consequências derivadas dos mesmos podem aumentar a vulnerabilidade dos indivíduos ao comportamento suicida.

Considerando que o suicídio é reconhecidamente um problema de saúde pública mundial (OMS, 2010) e que a fase da adolescência é propícia a desenvolverem pensamentos e comportamentos suicidas, o presente estudo possui o objetivo de realizar revisão de literatura acerca da ideação suicida em adolescentes, identificar os principais fatores de risco da ideação suicida, e compreender os principais desafios da

temática para a saúde pública.

Entender esses comportamentos e os fatores de risco que levam uma pessoa a ter a ideação suicida é uma ferramenta importante para a assistência a saúde do adolescente, além de ser uma medida preventiva que pais, escola e amigos podem utilizar, sendo assim a questão de pesquisa do trabalho é: “Quais os fatores de risco para a ideação suicida?”. O objetivo desse trabalho foi descrever o estilo de vida e os fatores de risco para o suicídio em adolescentes.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura sobre os fatores de risco para o suicídio, os comportamentos suicidas apresentados e a compreensão dos principais desafios para a prevenção do ato consumado.

Revisão de Literatura refere-se a um resumo do que tem se estudado a respeito de um assunto estabelecido e as suas contribuições para a formação teórico/prática, aumentando o conhecimento e permitindo compreender o que foi discutido e refletido (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008)

A revisão integrativa possibilita que os artigos de todos os formatos, metodologias e abordagens sobre um assunto sejam inseridos. Assim, o estudo poderá ser observado em diversos formatos. Para que os conhecimentos e informações colhidas sejam fidedignas, é necessário que a revisão integrativa siga rigorosamente a metodologia científica através de etapas. (Souza, Silva, Carvalho, 2010)

O primeiro passo foi definir a questão de pesquisa para nortear este estudo onde utilizou-se o seguinte questionamento: Quais os fatores de risco para o suicídio entre adolescentes no Brasil?

O segundo passo foi definir as bases de dados pelas quais seria realizado a busca. Foram consultadas as bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), e BDEF (Base de dados em Enfermagem), por mediação da pesquisa online a partir do portal Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A busca foi executada no período entre julho e novembro de 2018.

Os estudos obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: Artigos publicados na língua portuguesa; artigos disponíveis na íntegra, no período de publicação de 2008 a 2018 e artigos originais.

Crítérios de exclusão: Trabalho de conclusão de Curso, dissertação, tese e artigos de revisão.

Os descritores utilizados foram: “Suicídio”, “Adolescente”, “Fatores de Risco”. O cruzamento dos descritores foi feito empregando os operadores booleanos “AND” e “OR”: Adolescente OR Adulto AND suicídio; Suicídio AND Fatores de Risco; Adulto OR Adolescente AND Fatores de Risco AND Suicídio. De acordo com o ilustrado na

tabela 1.

Cruzamento	Sem critérios de inclusão	Com critérios de inclusão
Adolescente OR Adulto AND Suicídio	12618	49
Suicídio AND Fatores de Risco	9723	43
Adulto OR Adolescente AND Fatores de Risco AND Suicídio	4315	12
Total	26656	104

Tabela 1: Cruzamento dos descritores sem os critérios de inclusão e com os critérios de inclusão. Recife-PE, 2018.

A partir do cruzamento dos descritores, foram encontrados 26.656 estudos. Após o uso dos critérios de inclusão acima citados, o número de artigos foi reduzido a 104. Posterior à leitura dos títulos e dos resumos foram selecionados 6 artigos que atendiam o objetivo e a questão de pesquisa proposta.

Para extrair os dados dos artigos, foi utilizado um instrumento de coleta de dados, elaborado pelas autoras.

O preenchimento do instrumento foi executado por dois revisores de forma independente, para retirada dos aspectos fundamentais abordados. Na interpretação dos resultados, seguiu-se à leitura comparativa entre os artigos, analisando-se suas semelhanças e procedendo-se ao agrupamento.

RESULTADOS

Título do Artigo	Base de Dados	Ano	Método	Fatores de risco relacionados ao suicídio
Suicídio na população de 10 a 19 anos em minas gerais (1997 – 2011).	LILACS	2014	Epidemiológico descritivo e retrospectivo	Ser do sexo masculino, ambiente familiar desestruturado, abuso de álcool e outras drogas, história de transtorno mental, história de abuso sexual.
Ideação suicida na adolescência: prevalência e fatores associados	LILACS	2010	Estudo transversal	Baixa escolaridade, sedentarismo, uso de álcool, comportamento agressivo, ser do sexo feminino.
Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados	LILACS	2009	Estudo transversal	Ser do sexo feminino e jovem, relação familiar, uso de álcool, drogas, violência, sentimento de solidão e tristeza, relacionamento familiar.

Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio	LILACS	2010	Pesquisa de Campo, abordagem multimétodo, quantitativo e qualitativo.	Conflito interno, sentimento de solidão, ideação suicida. Sexo feminino, Faixa Etária de 17 a 19 anos.
Autoagressões e tentativas de suicídio entre crianças e adolescentes na cidade de São Paulo no ano de 2013	LILACS	2013	Transversal, retrospectivo	Faixa etária de 15 a 19 anos, ser do sexo feminino, gravidez, abuso de álcool e outras drogas.
Tentativa de autoextermínio entre adolescentes e jovens: uma análise compreensiva	BDENF	2014	Análise compreensiva	Expressão das insatisfações com o ambiente familiar e social, desestruturação familiar.

Quadro 2: Descrição dos artigos que abordam os principais fatores de risco para o suicídio, segundo título, base de dados, ano, método e fatores de riscos abordados. Recife-PE, 2018.

DISCUSSÃO

Período caracterizado por transformações físicas e psicológicas, a adolescência e suas implicações afetam o indivíduo em sua integralidade. O complexo adolecer é correspondido como a fase vulnerável ao desenvolvimento de problemas relacionados a saúde mental. Segundo a organização Mundial de saúde em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), lançou um relatório que informa o suicídio como a terceira causa de morte entre adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos, em alguns países americanos chega a ser a segunda causa de morte (ROSSI, 2019).

Dos fatores que acometem os jovens a provocarem suicídios todos estão ancorados nos dilemas específicos da faixa etária e suas relações com o futuro desses jovens, como também, o amadurecimento e suas implicações vigentes. Ou seja, estudos indicam que não existe uma causa a ser apontada, vários motivos associados a transtornos mentais, como exemplo, a depressão, podem desencadear os mesmos a finalizarem suas vidas (ROSSI, 2019).

Fatores como consumo de álcool e drogas, em faixas etárias e cenários diversos, podem afetar a saúde mental de um indivíduo para além de um desequilíbrio químico, principalmente nessa parcela da população que se encontra em desenvolvimento cerebral, assim, questionamentos como resiliência e capacidade de lidar com frustrações podem não estar aptas nessa fase da vida. O Cérebro do indivíduo encontra-se em formação até 22 ou 23 anos e exposição a estressores podem desencadear o aparecimento de doenças mentais que levam esses seres a cometerem suicídios. (CAMPO, 2019).

Dos fatores encontrados na literatura, os individuais, como a presença de transtornos mentais (Depressão, esquizofrenia, transtorno de ansiedade, transtorno de personalidade, transtorno obsessivo compulsivo, transtorno de estresse-pós traumático, sintomas psicóticos), o uso de drogas psicoativas (álcool) e histórico de transtorno psiquiátrico na família, tentativa anterior de suicídio ou episódio de autoagressão, impulsividade, minorias sexuais, religiosas e etnias são os mais prevalentes (CAMPO, 2019).

Além dos individuais, os transtornos familiares, como por exemplo, abuso sexual, negligência, morte ou separação, violência doméstica e conflitos familiares, estão entre as principais causas. No âmbito Social, *bullying*, violência, comportamento suicida em membro da comunidade ou figura pública de destaque e desvantagem socioeconômica se destacam entre fatores de risco que acometem adolescentes e jovens.

Desta forma, corroborando com os achados dos resultados percebe-se que dos fatores que contribuem para o suicídio no público adolescentes estão a vulnerabilidade dos mesmos ao transtorno mental, associação ao uso de substâncias químicas, os fatores familiares e sociais. É importante considerar que esses aspectos analisados separadamente não são preditores do suicídio, mas suas consequências derivadas podem acarretar uma elevação ao comportamento suicida entres os adolescestes e jovens.

Os resultados encontrados neste estudo corroboram com a ideia apresentada em outras pesquisas, de que o suicídio na adolescência é um fenômeno multideterminado, complexo e que diversos fatores, dentre estes, os biológicos, psicológicos, sociodemográfico e culturais parecem influenciar o seu risco. Assim, é importante um olhar atento das famílias e sociedade para este silencioso problema de saúde pública (BATISTA, 2016).

CONCLUSÃO

Os artigos evidenciaram que os adolescentes tinham risco para o suicídio apresentavam: desesperança em grau grave e isolamento; No estilo de vida apresentavam: insatisfação no ambiente familiar e social, como, conflitos com os pais, conflitos ou perdas afetivas (perda de relação amorosa), problemas disciplinares e acadêmicos e problemas financeiros; A presença de um transtorno mental como depressão, esquizofrenia, abuso de álcool e drogas, assim como historia de abuso sexual na infância também são fatores de risco para o suicídio.

Os fatores de risco para o suicídio dos adolescentes são desencadeados por fatores socioeconômicos e interpessoais desfavoráveis, as experiências da vida na infância também podem influenciar nesse risco. Conhecendo, esses fatores, campanhas devem ser desenvolvidas na escola para diminuir o índice de isolamento, *bullying* e melhorar o desempenho escolar. Deste modo, fazendo com que a escola

possa ser vista como um local de acolhimento, no qual os adolescentes podem se sentir em segurança. Além disso, poderá fazer o diagnóstico precoce de adolescentes que têm ideação suicida ou seus fatores de risco.

REFERÊNCIAS

AVANCI, Rita de Cássia; PEDRÃO, Luiz Jorge; COSTA JUNIOR, Moacyr Lobo da. **Tentativa de suicídio na adolescência: considerações sobre a dificuldade de realização diagnóstica e abordagem do profissional de enfermagem.** Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. Ribeirão Preto, n.1, 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762005000100007. Acesso em: 20 de May. 2018.

BATISTA, Nathalia Oliveira; ARAUJO, Jamille Rodrigues do Carmo de; FIGUEIREDO, Paulo Humberto Mendes. **Incidência e perfil epidemiológico de suicídios em crianças e adolescentes ocorridos no Estado do Pará, Brasil, no período de 2010 a 2013.** Rev Pan-Amaz Saude, Ananindeua, v. 7, n. 4, p. 61-66, dez. 2016. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232016000400061&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em em 20 Jan 2019. <http://dx.doi.org/10.5123/s2176-62232016000400008>.

CAMPO-ARIAS, Adalberto et al. **Factors and internal consistency analysis of the Okasha's Suicidality Scale among adolescents.** Rev Cubana Salud Pública, Ciudad de La Habana, v. 45, n. 1, e1183, marzo 2019. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662019000100005&lng=es&nrm=iso>. Acessado em: 22 Jan 2019

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. **Portugal: Saúde Mental em Números – 2013. Ministério da Saúde.**

KRUGER, Liara Lopes; WERLANG, Blanca Susana Guevara. **A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. Psico-USF (Impr.), Itatiba, v. 15, n. 1, p. 59-70, Apr. 2010.** Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141382712010000100007&lng=en&nrm=iso.. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712010000100007>. Acessado em: 20 May. 2018

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008.** Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 19 22 May 2018.

NOCK, M. et al (2008). **Suicide and suicidal behaviour. Epidemiologic Reviews, v.30,p. l33-154.** Disponível em:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5319859/>. Acessado em: 19 May 2018.

OLIVEIRA Abílio. **Ilusões: A Melodia e o Sentido da Vida na Idade das Emoções - Representações Sociais da Morte, do Suicídio e da Música na Adolescência.** Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa – ISCTE, 2003. 742p.

PFEFFER, C. (1985). **Self-destructive behavior in children and adolescents.** Psychiatric Clinics of North America.v 8,p. 215-226. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3895189>. Acessado em 20 May 2018.

KRUGER, Liara Lopes; WERLANG, Blanca Susana Guevara. **A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. Psico-USF (Impr.), Itatiba, v. 15, n. 1, p. 59-70, Apr. 2010.** Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141382712010000100007&lng=en&nrm=iso.. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712010000100007>. Acessado em: 20 May. 2018

RODRIGUEZ, Cláudia Fernanda; KOVACS, Maria Julia. **O que os jovens têm a dizer sobre as altas taxas de mortalidade na adolescência?.** Imaginario. São Paulo,v. 11, n. 11, p. 111-136, dez. 2005. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-666X20050002000>

06&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 may. 2018.

ROSSI, Livia Martins et al . **Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 35, n. 3, e00125018, 2019 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000305004&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 22 Jan 2019.

SABINO Simone. **Adolescer... ai que medo de crescer! Uma abordagem sobre os medos na adolescência**. São Paulo: Paulinas, 2009. 94p.

Souza Marcela Tavares, Silva Michell Dias, Carvalho Rachel. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. Einstein. .8, n.1,p.: 103-6, 2010. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102. Acessado em 20 Ma 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (2010) **Participant manual – IMAI One-day Orientation on Adolescents Living with HIV Geneva**. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241598972_eng.pdf. Acesso em: 20/05/2018.

EXPLORANDO O PAPEL DA RELIGIOSIDADE NA EXPLICAÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL

Kairon Pereira de Araújo Sousa

Universidade Federal do Piauí, Departamento de
Psicologia
Parnaíba - Piauí

Emerson Diógenes de Medeiros

Universidade Federal do Piauí, Departamento de
Psicologia
Parnaíba – Piauí

Anne Caroline Gomes Moura

Universidade Federal do Piauí, Departamento de
Psicologia
Parnaíba – Piauí

Paloma Cavalcante Bezerra de Medeiros

Universidade Federal do Piauí, Departamento de
Psicologia
Parnaíba – Piauí

RESUMO: Esta pesquisa objetivou avaliar em que medida a religiosidade prediz o consumo de álcool em amostra de universitários. Participaram 210 estudantes, com idade média de 21,29 anos ($DP = 4,39$), a maioria do sexo feminino (53,3%), solteiros (90%) que responderam o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), a *Escala de Atitudes Religiosas* (EAR-20) e *questões sociodemográficas*. Realizou-se análises descritivas, correlação r de *Pearson* e regressão linear múltipla. Os resultados da análise de regressão linear revelaram que o fator *comportamento religioso* (EAR-20)

explicou negativamente 13% da variância do fator *consumo de álcool* (AUDIT) e 8% do AUDIT total. Esse achado evidencia a necessidade de se analisar o poder preditivo da religiosidade para o consumo de álcool, em conjunto com outras variáveis psicossociais.

PALAVRAS-CHAVE: Consumo de álcool. Predição. Religiosidade.

EXPLORING THE ROLE OF RELIGIOSITY IN EXPLAINING ALCOHOL CONSUMPTION

ABSTRACT: This study aimed to evaluate the extent to which religiosity predicts alcohol consumption in university students. A total of 210 students, mean age 21.29 years ($SD = 4.39$), the majority female (53.3%), unmarried (90%) who responded to the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Scale of Religious Attitudes (EAR-20) and sociodemographic issues. Descriptive analyzes, Pearson correlation r and multiple linear regression. The results of the linear regression analysis revealed that the religious behavior factor (EAR-20) negatively explained 13% of the alcohol consumption variance (AUDIT) and 8% of the total AUDIT. This finding evidences the need to analyze the predictive power of religiosity for alcohol consumption, together with other psychosocial variables.

KEYWORDS: Alcohol consumption. Prediction. Religiosity.

1 | INTRODUÇÃO

O consumo abusivo de álcool é identificado como um dos principais problemas de saúde pública no mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014), associado a diversos danos psicossociais que provocam custos econômicos, representando uma carga significativa para a toda a sociedade (RATHOD et al., 2015).

Os prejuízos imediatos incluem o risco de problemas sociais, tais como: comportamentos antissociais, acidentes automobilísticos, práticas sexuais inseguras e intoxicação aguda. Em longo prazo incluem os agravos de saúde, a exemplo de: doenças cardiovasculares, problemas mentais e dependência (ELLIOTT; AINSWORTH, 2012). Diante desses aspectos negativos relacionados ao uso de bebidas alcoólicas, parece plausível a análise de variáveis que possam explicar o seu consumo.

Estudos que investigam o problema do uso de álcool em amostra universitária têm se debruçado sobre diversas variáveis, como, por exemplo: álcool e qualidade de vida em universitários (MANZATTO; ROCHA, 2011); álcool, personalidade e grupos alternativos (HAKULINEN et al., 2015); uso de bebidas alcoólicas e comportamentos sexuais de risco (MCALANEY et al., 2015); valores, atitudes e uso de bebidas alcoólicas (MEDEIROS et al., 2015).

Nas últimas décadas, entretanto, as investigações científicas vem procurando explorar o papel explicativo de variáveis psicossociais no consumo de bebidas etílicas. Entre estes preditores, a religiosidade pode representar uma variável importante para a explicação de padrões de ingestão de álcool, por ser uma dimensão relevante da vida humana, que influencia a forma de agir, sentir e se comportar das pessoas (AQUINO et al., 2013; HENNING, 2009).

A religiosidade é uma das mais ricas experiências vivenciadas pelo ser humano (MARTINS, 2009), presente na vida das pessoas desde o início dos tempos, como constatado em registros históricos e arqueológicos (HENNING; GERONASSO, 2009).

Apesar de fazer parte das sociedades desde os primórdios, na era moderna, a religiosidade ficou à margem das investigações científicas, principalmente em função das dificuldades metodológicas, entre a existência de termos concretos e a fé (HENNING, 2009).

De acordo com Tournier (2002), a partir do Renascimento, os homens rejeitaram todas as convicções pautadas em instituições metafísicas, inspiração poética ou revelação transcendental. Resolveram construir a sociedade com base nas realidades materiais e o saber objetivo, deixando os problemas filosóficos, morais e religiosos em segundo plano, reduzindo a importância dessas questões em relação a suas vidas, que, naquele momento, estavam direcionadas pela economia, ciência, técnica e política.

Gradualmente, tanto o Iluminismo quanto os estudos de Galileu e Descartes contribuíram para distanciar ciência e religião (HENNING, 2009). Descartes deu origem a uma ciência segura e livre dos juízos e valores metafísicos, considerados como a origem de todas as controvérsias (TOURNIER, 2002). A partir da dúvida metódica, duvidou e pôs a prova todas as verdades absolutas, admitidas passivamente pelos sentidos, até encontrar a verdade indubitável. Galileu, fazendo uso de telescópio rudimentar, demonstrou que a terra girava em torno do sol, pondo este como centro do universo (SWEETMAN, 2013).

No período moderno, o homem passa a ser a medida de todas as coisas, sendo esta referência central de tudo aquilo que pratica (PESSANHA; ANDRADE, 2009). Para Giovanetti (1999), se assistiu a radicalização do questionamento sobre a relevância da dimensão religiosa para o homem moderno no decorrer do século XX. O avanço da racionalidade técnico-científica questionou o lugar de Deus na cultura, visando retirá-lo do horizonte da vida humana.

Entretanto, que se verificou, no final deste século, foi um ressurgimento da religiosidade com diversas expressões. O fenômeno religioso ganhou proporção na sociedade, caracterizando uma verdadeira onda mística entre a passagem do milênio, revelando sua importância para realização humana, merecendo atenção nos estudos da ciência. Assim, a religiosidade, gradualmente, volta a ser objeto de análise nas ciências humanas (HENNING, 2009).

Segundo Tournier (2002), intuitivamente o homem reconhece valor na subjetividade e na fé, embora o mundo tenha mostrado que não eram relevantes. Percebeu-se um aumento no estudo da religiosidade nas pesquisas científicas, devido essa variável perpassar as questões da existência humana (PESSANHA; ANDRADE, 2009), sendo relevante na análise do comportamento humano inserido no contexto das crenças religiosas (JARDIM, 2015).

Nessa perspectiva, a religiosidade passou a ser analisada a partir de duas tendências opostas. De um lado, encontravam-se aqueles que a viam como nociva à saúde mental, aludindo aos delírios religiosos, repressão da sexualidade, neuroses de culpa e incentivo a experiências perigosas e duvidosas como as visões e as aparições (convicções mais difundidas na primeira metade do século XX). Do outro lado, existiam aqueles que apontavam a religiosidade como necessária a saúde mental, por dar sentido à vida e contribuir no processo de recuperação da saúde (VERGOTE, 2001).

Na ciência psicológica, Vergote (2001) destaca Freud e Skinner como teóricos que retrataram a religiosidade como algo danoso. A priori, Freud identifica a religião, considerada por ele como consequência da necessidade humana, como ilusória. Skinner aponta que a religião representa sistema de controle do comportamento, que atua por meio de reforço e tendências punitivas, suscitando o medo. Nessa assertiva, Skinner previu, em *Walden Two* (1948), que a religiosidade perderia a sua importância na sociedade, quando os medos que a alimenta fossem acalmados e as necessidades humanas realizadas nesse mundo.

Apesar de alguns intelectuais e cientistas atribuírem à religiosidade efeito negativo, prevendo que as suas manifestações desapareceriam ou decresceriam até o século XX, em contrapartida, houve um aumento no interesse das investigações acerca da religiosidade e seu impacto positivo na saúde (STROPPIA; MOREIRA-ALMEIDA, 2008).

Rocha (2015) destaca que o ser humano pode ser melhor compreendido a partir de diferentes dimensões, como: (1) dimensão psicológica, referente às cognições; a (2) social, referentes às interações estabelecida com os demais; (3) a somática, envolvendo os fenômenos fisiológicos e corporais; e (4) a religiosa/espiritual, que engloba as crenças, valores e consciência moral. Nesse sentido, enquanto traço marcante da cultura brasileira, presente em sua criação e história (ANDRADE, 2009), a religiosidade se constitui em uma dimensão da vida humana importante para o entendimento de comportamentos e avaliação frente a temas cotidianos, principalmente daqueles que abarcam questões morais ou axiológicas, o que justifica o seu emprego em pesquisas científicas (AQUINO et al., 2013).

Entretanto, ao abordar religiosidade é necessário que se torne clara a definição do construto empregado (PESSANHA; ANDRADE, 2009). Por isso, a seguir, procura-se definir religiosidade e diferenciá-la de outros construtos que costumam ser utilizados como sinônimos em alguns estudos.

A religião, a religiosidade e a espiritualidade são três construtos distintos (CAMBOIM; RIQUE, 2010). O termo religião vem do latim *religio*, formado pelo prefixo *re* (outra vez, de novo) e *ligare* (ligar, unir, vincular). Desta forma, a religião representa uma busca de vinculação entre o indivíduo e a divindade (CERQUEIRA-SANTOS; KOLLER; PEREIRA, 2004).

A religiosidade diz respeito ao nível de envolvimento do indivíduo com o grupo religioso que ele integra (PANZINI et al., 2007), apresentando, além de aspectos individuais, aspectos institucionais. Distingue-se da espiritualidade, por esta se referir às práticas privadas não compartilhadas com outros indivíduos em uma instituição religiosa (ZINNBAUER; PARGAMENT, 2005). Portanto, enquanto a religiosidade é um fenômeno institucional (MILLER; THORESEN, 2003), a espiritualidade não pressupõe a relação com religião, sendo exercida de forma individual, independente de instituição (SOCCI, 2010).

Feito este preâmbulo, cabe reforçar que, nesse trabalho, optou-se por considerar o construto religiosidade, por este englobar tanto os aspectos individuais quanto os institucionais (FARIA; SEIDL, 2005), identificando o nível de envolvimento religioso e a influência deste nos hábitos e relações que o indivíduo estabelece com o mundo (STROPPIA; MOREIRA-ALMEIDA, 2008). Deste modo, a religiosidade é considerada em termos de crenças e práticas religiosas.

Em diversos estudos, a religiosidade aparece somente como variável sociodemográfica, sendo pouco estudadas suas possíveis relações com outros construtos, comprometendo a comparação dos achados entre pesquisas (PILLON et

al., 2011). Especificamente, no que tange ao uso do álcool em contexto universitário, ainda são reduzidas as pesquisas que procuraram investigar a relação e o poder preditivo desta variável no consumo de álcool (FUNAI, 2010; PILLON et al., 2011). Esse fato motivou a realização deste estudo.

A partir do exposto, a presente pesquisa teve como objetivo geral avaliar em que medida a religiosidade explica o consumo de álcool em amostra de universitários. Para tanto foram elaboradas as seguintes hipóteses: *Hipótese 1*: Religiosidade se correlacionará negativamente com o consumo de álcool; *Hipótese 2*: O fator *conhecimento religioso* (EAR) irá predizer o consumo de álcool.

2 | MÉTODO

2.1 Participantes

Participaram 210 estudantes universitários, com idade média de 21,29 anos ($DP = 4,39$), variando de 18 a 54 anos, a maioria do sexo feminino (53,3%), solteiros (90%) e renda média de R\$ 2.605,15 ($DP = 2148,43$). Tratou-se de uma amostra não-probabilística (por conveniência), fazendo parte universitários maiores de idade (+ 18 anos), devidamente matriculados na IES participante da pesquisa, e que aceitaram, de forma voluntária, colaborar com o estudo.

2.2 Instrumentos

Os participantes responderam a um livreto, contendo os seguintes instrumentos:

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) – Esse instrumento foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para avaliar padrões de consumo de álcool (BABOR et al., 2001; NOORBAKHSI et al., 2018), tendo sido validado para o português brasileiro por Figlie et al. (1997). O AUDIT é composto por dez itens que variam de 0 a 4 permitindo, assim, margem de pontuação de 0 a 40. A partir da pontuação do participante, nessa escala de medida, é possível classificá-lo em quatro zonas (padrões) de consumo: *baixo risco* - 0 a 7 pontos; *uso de risco* - 8 a 15 pontos; *uso nocivo* - 16 a 19; e *dependência* - 20 a 40 pontos (SILVA; TUCCI, 2014).

Escala de Atitudes Religiosas (EAR-20). Desenvolvida por Aquino (2013), o instrumento possui 20 itens distribuídos em quatro fatores: F1. Conhecimento; F2. Comportamento; F3. Sentimento; F4. Corporeidade. Os itens são respondidos, de acordo com escala de cinco pontos, variando entre 1 (Nunca) e 5 (Sempre) (AQUINO et al., 2013).

Questionário sociodemográfico - composto por questões como idade, sexo, estado civil, renda e outras, objetivando caracterizar a amostra.

2.3 Procedimento

Inicialmente, entrou-se em contato com a direção da Instituição de Ensino Superior (IES), local da pesquisa, com o intuito de se obter autorização para a aplicação de questionários com os estudantes que aceitassem colaborar, voluntariamente. Após a autorização dos dirigentes, adicionado a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Federal do Piauí (Parecer nº 2.400.755/2017), iniciou-se a coleta.

Os dados foram coletados em ambiente coletivo de sala de aula, com anuência dos professores, mediante agendamento prévio. Apesar da aplicação dos instrumentos ter ocorrido coletivamente, cada participante respondeu, de forma individual, aos questionários.

Inicialmente eram apresentados os objetivos do estudo, apresentando esclarecimentos adicionais a respeito do anonimato, sigilo e confidencialidade dos dados. Enfatizou-se também que a participação no estudo era voluntária, sendo possível desistir a qualquer momento sem quaisquer consequências. Os participantes que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A aplicação dos instrumentos de pesquisa foi realizada pelo pesquisador responsável e colaboradores devidamente treinados, que estiveram presentes durante todo o processo de coleta, para instruir os participantes acerca do preenchimento dos instrumentos e dirimir as possíveis dúvidas. Foram necessários, em média, 10 minutos para a conclusão dos questionários.

Ressalta-se que foram respeitadas todas as recomendações éticas em relação à pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução no. 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

2.4 Análise de dados

Os dados foram analisados por meio dos *software* SPSS, versão 21, a partir do qual foram realizados o cálculo das estatísticas descritivas (média e desvio padrão), análise de correlação r de *Pearson* e regressão linear múltipla.

3 | RESULTADOS

Inicialmente foram computados os fatores dos instrumentos AUDIT (BABOR et al., 2001) e EAR-20 (AQUINO et al., 2013), para então relacioná-los. Portanto, lançou-se mão de análises de correlação de *Person*, e foram encontrados os seguintes resultados apresentados na Tabela 1.

Fatores	1	2	3	4	5	6	7
1. Consumo de álcool	1						
2. Dependência do consumo	0,60**	1					
3. Consequências do consumo	0,61**	0,60**	1				
4. Conhecimento religioso	- 0,27**	- 0,13*	- 0,09	1			
5. Comportamento religioso	- 0,34**	- 0,15*	- 0,14*	0,78**	1		
6. Sentimento religioso	- 0,23**	- 0,08	- 0,09	0,63**	0,75**	1	
7. Corporeidade religiosa	- 0,19**	- 0,02	- 0,07	0,50**	0,64**	0,74**	1

Tabela 1 - Correlatos entre o AUDIT e a EAR- 20 para a amostra total

Nota:*p < 0,05, ** p < 0,01 (teste bicaudal).

Concretamente o fator *consumo de álcool* do AUDIT apresentou correlações negativas com todos os fatores da EAR-20. Especificamente, apresentou correlação mais forte com *comportamento religioso* ($r = - 0,34$; $p < 0,001$), *conhecimento religioso* ($r = - 0,27$; $p < 0,001$) e *sentimento religioso* ($r = - 0,23$; $p < 0,001$), e relação mais fraca, porém significativa, com *corporeidade religiosa* ($r = - 0,19$; $p < 0,005$). Também foram encontradas correlações negativas e significativas entre o fator *dependência* do AUDIT e o fator *conhecimento religioso* ($r = - 0,13$; $p = 0,048$) e *comportamento religioso* ($r = - 0,15$; $p < 0,028$). Com relação ao fator *consequências adversas do consumo* (AUDIT), observou-se correlação negativa e significativa apenas com o fator *comportamento religioso* ($r = - 0,14$; $p < 0,038$).

Ainda optou-se por realizar as mesmas análises considerando o sexo dos participantes como variável de agrupamento. Neste sentido, rodou-se novas análises de correlações para homens e mulheres, separadamente. Na oportunidade, verificou-se que entre o público masculino apenas o fator *consumo de álcool* do AUDIT e o fator *comportamento religioso* da EAR- 20 apresentaram uma relação negativa e significativa ($r = - 0,21$; $p < 0,036$), conforme é evidenciado na Tabela 2.

Fatores	1	2	3	4	5	6	7
1. Consumo de álcool	1						
2. Dependência do consumo	0,57**	1					
3. Consequências do consumo	0,65**	0,57**	1				
4. Conhecimento religioso	- 0,12	- 0,06	- 0,01	1			
5. Comportamento religioso	- 0,21*	- 0,06	- 0,09	0,76**	1		
6. Sentimento religioso	- 0,10	0,06	0,03	0,60**	0,73**	1	
7. Corporeidade religiosa	- 0,08	0,12	0,03	0,53**	0,68**	0,76**	1

Tabela 2 - Correlatos entre o AUDIT e a EAR- 20 para o sexo masculino

Nota:*p < 0,05, ** p < 0,01 (teste bicaudal).

Ao considerar apenas a amostra feminina, foram identificadas relações negativas

e significativas entre o fator *consumo de álcool* do AUDIT e todos os fatores da EAR - 20 [*conhecimento religioso* ($r = - 0,37$; $p < 0,001$); *comportamento religioso* ($r = - 0,43$; $p < 0,001$); *Sentimento religioso* ($r = - 0,28$; $p < 0,003$); *Corporeidade religiosa* ($r = - 0,23$; $p < 0,015$)]. Ademais, também se identificou uma relação negativa e significativa entre a dimensão *dependência do consumo* (AUDIT) e o *comportamento religioso* (EAR - 20) ($r = - 0,21$; $p < 0,025$). Tais resultados são apresentados na Tabela 3.

Fatores	1	2	3	4	5	6	7
1. Consumo de álcool	1						
2. Dependência do consumo	0,62**	1					
3. Consequências do consumo	0,56**	0,63**	1				
4. Conhecimento religioso	- 0,37**	- 0,17	- 0,13	1			
5. Comportamento religioso	- 0,43**	- 0,21*	- 0,17	0,78**	1		
6. Sentimento religioso	- 0,28**	- 0,18	- 0,17	0,63**	0,74**	1	
7. Corporeidade religiosa	- 0,23*	- 0,11	- 0,13	0,43**	0,58**	0,70**	1

Tabela 3 - Correlatos entre o AUDIT e a EAR- 20 para o sexo feminino

Nota:* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ (teste bicaudal)

Todas as correlações envolvendo as variáveis em questão apresentaram uma direção negativa, indicando serem inversamente proporcionais em suas distribuições. Expostas as correlações entre os dois construtos, buscou-se realizar as análises que permitiram avaliar a capacidade preditiva da religiosidade em relação ao consumo de álcool.

Para tanto, realizaram-se quatro análises de regressões múltiplas. Nos quatro modelos, a religiosidade foi considerada como variável explicativa, e o consumo de álcool como variável critério.

Primeiramente, foi realizada uma análise de regressão para determinar o efeito dos fatores da EAR-20 sobre a dimensão *consumo de álcool* do AUDIT. Os resultados são reportados na tabela 4, a seguir.

Consumo de álcool	B	DP	β	t	p
Constante	0,84	0,46		1,81	0,072
Conhecimento religioso	-0,07	0,12	-0,06	-0,58	0,561
Comportamento religioso	-0,34	0,11	-0,37	-2,99	0,003
Sentimento religioso	0,07	0,11	0,07	0,65	0,514
Corporeidade religiosa	0,04	0,09	0,04	0,41	0,678

Tabela 4 - Modelo de regressão tomando os fatores da EAR-20 como preditores do fator consumo de álcool do AUDIT

Nota:* $p < 0,05$

Tendo em conta os dados sumarizados na tabela acima, verifica-se que o

consumo de álcool (fator 1 do AUDIT) foi predito apenas pelo fator *comportamento religioso* da EAR-20 ($\beta = -0,37$, $t = -2,99$, $p < 0,003$), que nesse caso [$R = 0,39$, R^2 ajustado = 0,13, $F(6,203) = 6,095$, $p < 0,001$] explicou 13% da variância total.

Adicionalmente, procedeu-se a análise de regressão envolvendo as dimensões da EAR-20 e o fator *dependência do consumo* do AUDIT. De acordo com os resultados, expostos na tabela 5, os fatores da EAR-20 não predisseram a variável critério nesse modelo.

Dependência do consumo	B	DP	β	t	p
Constante	0,08	0,21		0,41	0,681
Conhecimento religioso	-0,03	0,05	-0,07	-0,64	0,522
Comportamento religioso	-0,07	0,05	-0,19	-1,43	0,153
Sentimento religioso	0,00	0,05	0,01	0,08	0,933
Corporeidade religiosa	0,05	0,04	0,14	1,34	0,180

Tabela 5 - Modelo de regressão tomando os fatores da EAR-20 como preditores do fator dependência do consumo do AUDIT

Nota:* $p < 0,05$

Para o terceiro modelo de regressão linear múltipla, envolvendo as dimensões da variável explicativa (EAR-20) e o fator *consequências do consumo* (AUDIT), também não foram observadas predições. Os resultados são apresentados na tabela 6.

Consequências do Consumo	B	DP	β	t	p
Constante	0,17	0,24		0,71	0,475
Conhecimento religioso	0,02	0,06	0,03	0,29	0,772
Comportamento religioso	-0,09	0,06	-0,20	-1,57	0,118
Sentimento religioso	0,02	0,06	0,04	0,33	0,739
Corporeidade religiosa	0,01	0,05	0,02	0,21	0,831

Tabela 6 - Modelo de regressão tomando os fatores da EAR-20 como preditores do fator consequências do consumo do AUDIT

Nota:* $p < 0,05$

Por fim, buscou-se testar o quarto modelo, objetivando avaliar os fatores da EAR-20 como preditores para a pontuação total do AUDIT, cujos resultados são sumariamente descritos na tabela 7, logo em seguida.

AUDIT total	B	DP	β	t	p
<i>Constante</i>	0,34	0,25		1,33	0,186
Conhecimento religioso	-0,03	0,06	-0,05	-0,44	0,658
Comportamento religioso	-0,16	0,06	-0,32	-2,55	0,011
Sentimento religioso	0,03	0,06	0,06	0,48	0,631

Corporeidade religiosa	0,03	0,05	0,07	0,73	0,467
------------------------	------	------	------	------	-------

Tabela 7 - Modelo de regressão tomando os fatores da EAR-20 como preditores do fator do AUDIT total

Nota:*p < 0,05

A partir desses dados, verificou-se que o AUDIT total foi predito apenas por um fator da EAR-20 [R = 0,33, R² ajustado = 0,08, F(6,203) = 4,135, p < 0,001]: *comportamento religioso* ($\beta = - 0,32$, t = - 2,55, p < 0,01), que contribuiu com 8% da explicação total do construto em questão.

4 | DISCUSSÃO

Neste estudo, procurou-se, preliminarmente, avaliar a relação entre a religiosidade e o consumo de álcool. A partir dos resultados dos coeficientes de correção de *Person*, verificou-se correlação negativa entre os dois construtos. Esse achado é similar ao que foi encontrado em estudo que examinou a correlação entre religiosidade e ingestão de bebidas alcoólicas em uma amostra composta por estudantes de duas cidades do interior paulista, na qual aqueles que afirmaram alguma prática religiosa apresentaram prevalência reduzida de uso da substância em comparação com os demais (SILVA; GIMENIZ-PASCHOAL; MARTINS, 2015).

Também se mostrou congruente com a pesquisa de Luczak et al. (2014) que apontaram que a extensão do envolvimento da pessoa em um grupo religioso mostrou-se inversamente relacionada ao consumo de bebidas etílicas. Embora tenha sido demonstrado que essa relação se mantém nas denominações religiosas investigadas (hinduísmo, catolicismo e o islamismo), a força da associação variou de acordo com a instituição, conforme os autores.

Tendo em conta a amostra total, identificou-se relação negativa mais forte entre o fator *comportamento religioso* da EAR-20 e os todos os fatores do AUDIT, indicando que pessoas que primam por valores e regras religiosas, conduzindo suas ações a partir do que sua religião prescreve (AQUINO et al., 2013), apresentam menor propensão ao envolvimento com o uso e o abuso de álcool (SILVA; GIMENIZ-PASCHOAL; MARTINS, 2015). Esses dados reforçam as evidências empíricas em favor desta variável como uma dimensão da vida humana relevante para explicar atitudes, comportamentos e julgamentos (HENNING, 2009).

Segundo Dalgalarrodo et al. (2004), ao se vincular a uma religião e desenvolver padrões de religiosidade, o indivíduo passa a partilhar valores, símbolos e comportamentos sociais, em que a recusa da ingestão de bebidas alcoólicas está inserida.

Nesse sentido, a religiosidade tem sido considerada um fator de proteção tanto no âmbito preventivo quanto no processo de recuperação, atuando como inibidora

do uso de álcool, estando associada à sobriedade, à manutenção da abstinência e à adoção de atitudes que contribuem para a adesão da pessoa ao tratamento (DRABBLE; TROCKI; KLINGER, 2016).

Analisando os fatores da EAR-20 e os do AUDIT, a partir do sexo dos participantes, observou-se diferenças entre os resultados encontrados para homens e mulheres. Entre os homens, por exemplo, somente o fator *comportamento religioso* se relacionou negativamente com a dimensão *dependência* do AUDIT.

Por outro lado, entre o público feminino, foram identificadas correlações negativas entre a dimensão *comportamento religioso* e *dependência*, ainda entre *consumo de álcool* e todos os fatores da EAR-20, destacando-se como a mais forte a encontrada com *comportamento religioso*. Pode-se inferir, com base nesses resultados, que o fato de ser mulher e religiosa diminui a possibilidade de envolvimento com uso de álcool. Acerca disto, encontram-se evidências, na literatura, que para mulheres praticar alguma religião pode representar fator de proteção ao consumo de bebidas etílicas (AMATO et al., 2008).

Por fim, também se estimou avaliar o poder preditivo da religiosidade em relação ao consumo de álcool. A partir dos resultados, percebeu-se que esta variável predisse o uso de bebidas alcoólicas, demonstrando a sua importância na explicação de comportamentos psicossociais (PESSANHA; ANDRADE, 2009). Especificamente, a dimensão *comportamento religioso* foi a única que explicou o uso da substância.

Esse resultado reforça, empiricamente, o que tem sido expresso na literatura, na qual a religiosidade é apontada como uma variável preditiva do consumo de álcool (Dalgalarondo et al., 2004). Particularmente, o *comportamento religioso* é um fator de proteção ao envolvimento com essa substância, visto que pessoas que se envolvem e buscam cumprir as normas religiosas, assumindo os valores de sua religião como princípios que guiam suas vidas, apresentam um comportamento de abstinência em relação ao uso de bebidas alcoólicas (NAGIB, 2009; SANCHEZ; NAPPO, 2007).

Em pesquisa desenvolvida nos Estados Unidos, verificou-se que o maior envolvimento religioso durante o tratamento de problemas relacionados ao abuso de álcool, foi preditivo de menor consumo, sugerindo que a religiosidade promove mudança no estilo de vida (MILLER; SAUNDERS, 2011).

De forma semelhante, Michalak, Trocki e Bond (2007) verificaram a relação entre variáveis religiosas (preferência religiosa, religiosidade e proscrição de álcool) e demográficas (gênero, etnia, educação, renda, estado civil, idade, região e *status* de emprego) enquanto preditoras de consumo e abstinência de bebidas moderadas e pesadas. Os pesquisadores constataram que a religiosidade estava fortemente associada com a abstinência do álcool.

O papel da religiosidade como um elemento preditivo também foi explorado no estudo de Lucchetti, Almeida e Granero (2010) e Stroppa & Moreira-Almeida (2008), demonstrando ser uma dimensão significativa da subjetividade humana, contribuindo para a construção de sentido sobre o mundo, além de influenciar as decisões e ações

do indivíduo (Aquino et al., 2009).

Maiores níveis de engajamento religioso estão relacionados positivamente com a saúde e o bem-estar, reduzindo comportamentos prejudiciais à integridade física e psicológica do sujeito (STROPPIA; MOREIRA-ALMEIDA, 2008), como podem ser padrões de consumo de álcool. Sendo assim, a religiosidade pode auxiliar no entendimento do consumo de álcool em universitários, representando uma variável inversamente relacionada ao consumo do mesmo.

No Brasil, em pesquisa que avaliou os aspectos da religiosidade de usuários de álcool e outras drogas de uma instituição de reabilitação, os pesquisadores identificaram maior consumo bebidas etílicas entre os que não praticavam a religião ou a frequentavam com menor intensidade (GONÇALVES; SANTOS; PILLON, 2014).

Também em solo brasileiro, em pesquisa que analisou a religiosidade e o uso de bebidas alcoólicas na população brasileira, Nagib (2009) obteve resultados semelhantes, observando que a filiação religiosa e a frequência (participação) às religiões constituíam fatores protetivos ao consumo de bebidas alcoólicas, uso *binge*, abuso e dependência. Constatou-se também que os indivíduos que não participavam de instituições religiosas tinham duas vezes mais chance de consumir álcool na vida e beber abusivamente, chegando ao grau de dependência, do que aqueles que participavam de eventos religiosos.

Sobre isso, Sanchez e Nappo (2007) salientam que a religiosidade controla as atitudes frente ao uso de substâncias psicoativas, em função da percepção de que o consumo de drogas é algo moralmente reprovável.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo teve como objetivo avaliar em que medida a religiosidade explica o consumo de álcool em amostra universitária. Apesar de contribuir com novas evidências para a compreensão do impacto desta variável psicossocial em comportamentos de consumo de bebidas alcoólicas por estudantes universitários, reconhece-se que o mesmo apresenta limitações, de modo que os resultados e conclusões daqui oriundas precisam ser avaliados com ressalvas.

Inicialmente, pode-se destacar o viés amostral, já que foram recrutadas amostras acidentais, por conveniência, constituída exclusivamente por estudantes universitários de uma IES pública, o que implica em não representatividade amostral, sendo, portanto, impossível qualquer tentativa de generalização dos resultados apresentados para além das amostras consideradas.

Outra limitação identificada diz respeito ao instrumento, que sendo de autorrelato, permite que o participante falseie a resposta, em função da desejabilidade social, já que algumas das situações apresentadas nos itens são identificadas como menos socialmente aceitas, enquanto outras são observadas como tabus, o que pode afetar na forma como o item será endossado pelo sujeito (COSTA; HAUCK FILHO, 2017).

Deste modo, neste estudo, pode ter ocorrido a influência deste viés, visto ser um fator de distorção comum nesse tipo de questionário (GOUVEIA et al., 2009).

Por fim, o delineamento empregado nesta pesquisa também pode ser identificado como uma limitação, uma vez que por se tratar de um estudo correlacional, não se pode estabelecer relação de causa e efeito entre as variáveis, como ocorre em estudos experimentais.

Diante destas limitações supracitadas e considerando a possibilidade de novos estudos, recomenda-se contar com amostras mais diversificadas desta população (participaram desta pesquisa apenas estudantes de uma IES pública), com o intuito de assegurar maior heterogeneidade, tornando-a representativa.

Ainda seria pertinente sugerir o controle da desejabilidade, empregando uma medida de desejabilidade social, ou ainda o desenvolvimento de uma medida implícita, com a finalidade de acessar as associações automáticas e espontâneas que fogem ao controle consciente dos sujeitos (BARBOSA, 2015), reduzindo o viés de falseamento das respostas ao instrumento.

Em suma, acredita-se que este trabalho trouxe contribuições relevantes para o estudo da relação entre consumo de álcool e religiosidade em amostra de universitários, por meio da identificação de variável explicativa para esse problema de saúde pública. Espera-se que os resultados, aqui encontrados, sirvam para subsidiar ações de prevenção e promoção em saúde, direcionados a esse grupo específico, além de contribuir com a literatura sobre o tema, através do fornecimento de dados empíricos e teóricos.

REFERÊNCIAS

AMATO, T.C. et al. **Use of alcoholic drinks, religion and other sociodemographic characteristics in primary health care patients - Juiz de Fora, MG, Brazil - 2006.** *SMAD*. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog, Ribeirão Preto, v.4, n.2, p.1-17, ago. 2008.

ANDRADE, M.O. **A religiosidade brasileira: o pluralismo religioso, a diversidade de crenças e o processo sincrético.** Revista Eletrônica de Ciências Sociais, João Pessoa, n.14, p.106-118, set. 2009.

AQUINO, T.A.A. et al. **Atitude religiosa e sentido da vida: um estudo correlacional.** *Psicologia: ciência e profissão*, Brasília, v.29, n.2, p. 228-243, jun. 2009.

AQUINO, T.A.A. et al. **Escala de Atitudes Religiosas, Versão Expandida (EAR-20): Evidências de Validade.** *Avaliação Psicológica*, Itatiba, v.12, n.2, p.109-119, ago. 2013.

BABOR, T.F. et al. **The alcohol use disorders identification test.** *World Health Organization*: Geneva, 2001.

BARBOSA, L.H.G.M. **Explicando a disposição para perdoar: O papel dos valores humanos e das crenças ao mundo justo/injusto.** 2015. 206p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.

CAMBOIM, A.; RIQUE, J. **Religiosidade e espiritualidade de adolescentes e jovens adultos.**

Revista Brasileira de História das Religiões, Maringá, v.7, n.3, p.251-263, mai. 2010.

CERQUEIRA-SANTOS, E.; KOLLER, S.H.; Pereira, M.T.L.N. **Religião, saúde e cura: um estudo entre neopentecostais**. Psicologia ciência e profissão, Brasília, v.24, n.3, p. 82-91, set. 2004.

COSTA, A.R.L.; HAUCK FILHO, N. **Menos desejabilidade social é mais desejável: Neutralização de instrumentos avaliativos de personalidade**. Interação em Psicologia, Curitiba, v.21, n.3, p.239-249, 2017.

DALGALARRONDO, P. et al. **Religião e uso de drogas por adolescentes**. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v.26, n.2, p.82-90, jun. 2004.

DRABBLE, L.; TROCKI, K.F.; KLINGER, J.L. **Religiosity as a protective factor for hazardous drinking and drug use among sexual minority and heterosexual women: Findings from the National Alcohol Survey**. Drug and Alcohol Dependence, v. 161, n.1, p.127–134, abr. 2016.

ELLIOTT, M.A.; AINSWORTH, K. **Predicting university undergraduates' binge-drinking behavior: A comparative test of the one- and two-component theories of planned behavior**. Addictive Behaviors, v.37, n.1, p.92–101, 2012.

FARIA, J.B.; SEIDL, E.M.F. **Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura**. Psicologia: Reflexão e Crítica, Porto Alegre, v.18, n.3, p.381-389, set-dez. 2005.

FIGLIE, N. B. et al. **Does Audit identify a specific for liaison-psychiatric intervention for alcohol dependent patients in a general hospital?** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v.46, p.589–593, 1997.

FUNAI, A. (2010). **Uso do álcool e religiosidade em estudantes de enfermagem**. 2010. 93p. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Escola de enfermagem do PPGE, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

GIOVANETTI, J. P. O sagrado e a experiência religiosa na psicoterapia. *In*: MASSINI, M.; MAHFOUND, M. **Diante do mistério: psicologia e senso religioso**. São Paulo: Loyola, 1999. pp. 87-96

GONÇALVES, M.A.S.; SANTOS, M.A.; PILLON, S.C. **Uso de álcool e/ou drogas: avaliação dos aspectos da espiritualidade e religiosos**. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas, Ribeirão Preto, v.10, n.2, p.61-69, ago. 2014.

GOUVEIA, V.V. **Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne: evidências de sua validade fatorial e consistência interna**. Avaliação Psicológica, Porto Alegre, v.8, n.1, p.87-98, abr. 2009.

HAKULINEN, C. et al. **Personality and alcohol consumption: Pooled analysis of 72,949 adults from eight cohort studies**. Drug and Alcohol Dependence, v.151, p.110–114, mar. 2015.

HENNING, M.C. **A influência da religiosidade do cliente no trabalho clínico, na perspectiva dos psicólogos**. 2009, 79p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

HENNING, M.C.; GERONASSO, T.D. **A influência da religiosidade do cliente na saúde mental e na prática clínica da psicologia**. Ágora: Revista de Divulgação Científica, Mafra, v.16, n.1, p.171-76, mar. 2009.

JARDIM, G. M. **A religião numa visão sociológica e científica**. 2015. 15p. Monografia (especialização em sociologia). Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2015.

- LUCCHETTI, G.; ALMEIDA, L.G.C.; GRANERO, A.L. **Espiritualidade no paciente em diálise: o nefrologista deve abordar?** *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo, v.32, n.1, p.128-132. Jan-mar. 2010.
- LUCZAK, S.E. et al. **Religious factors associated with alcohol involvement: Results from the Mauritian Joint Child Health Project.** *Drug Alcohol Dependence*, v.135, n.1, p.37-44, nov. 2014.
- MANZATTO, L.; ROCHA, T.B.X. **Consumo de álcool e qualidade de vida entre estudantes universitários.** *Revista Conexões, Campinas*, v.9, n.1, p.37-53, 2011.
- MARTINS, A. **Sobre a Origem da Religião.** Minas Gerais: Artigo Original, 2009. Disponível em de <<http://fsd.edu.br/revistaeletronica/arquivos/2Edicao/artigo18.pdf>>. Acesso em;26/04/2019
- MCALANEY, J. et al. **Personal and perceived peer use of and attitudes toward alcohol among university and college students in seven EU countries: project SNIPE.** *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, v.76, n.3, p.430–438, mai. 2015.
- MEDEIROS, E.D. et al. **Values, attitudes, and use of alcohol: A proposal for a hierarchical model.** *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v.35, n.3, p. 841–854, jul-set. 2015.
- MICHALAK, L.; TROCKI, K.; BOND, J. **Religion and alcohol in the U.S. National Alcohol Survey: How important is religion for abstention and drinking?** *Drug Alcohol Depend*, v.87, n.2-3, p.268-280, mar. 2007.
- MILLER, M.L.; SAUNDERS, S.M. **A Naturalistic study of the associations between changes in alcohol problems, spiritual functioning, and psychiatric symptoms.** *Psychology of Addictive Behaviors*, v.25, n.3, p.455-461, set. 2011.
- MILLER, W.R.; THORESEN, C.E. **Spirituality, religion, and health: An emerging research field.** *American Psychologist*, Washington, v.58, n.1, p.24–35, jan. 2003.
- NAGIB, M.G.S. **Associação entre religiosidade e uso de álcool na população brasileira.** 2009. 135p. Dissertação (Mestrado em Saúde). Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.
- NOORBAKSH, S. et al. **Psychometric properties of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and prevalence of alcohol use among Iranian psychiatric outpatients.** *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, v.13, n.1, p.1-8, fev. 2018.
- PANZINI, R. G. et al. **Qualidade de vida e espiritualidade.** *Revista de psiquiatria clínica*, São Paulo, v.34, supl.1, p.105-115, 2007.
- PESSANHA, P.P.; ANDRADE, E.R. **Religiosidade e prática clínica: um olhar fenomenológico existencial.** *Perspectivas Online*, Campos dos Goytacazes, v.3, n.10, p.75-86, 2009.
- PILLON, S. C. et al. **Alcohol use and spirituality among nursing students.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.45, n.1, p.100-107, mar. 2011.
- RATHOD, S. D. et al. **Epidemiological features of alcohol use in rural India: a population-based cross-sectional Study.** *BMJ Open*, v.5, n.12, p. 1-9, 2015.
- SANCHEZ, Z.M.; NAPPO, S.A. **Religiosity, spirituality and psychotropic drug use.** *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v.34, Supl.1, p.73-81, 2007.
- SILVA, A.G.; GIMENIZ-PASCHOAL, S.R.; MARTIN, R.A. **A Religião e o uso de álcool.** *Psicologia Argumento*, Curitiba, v.33, n.82, p.459-469, out-dez. 2015.

SILVA, É.C.; TUCCI, A.M. **Estudo transversal sobre o uso de risco de álcool em uma amostra de estudantes de uma universidade federal brasileira**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v.63, n.4, p.317-325, out-dez, 2014.

SOCCI, V. Religiosidade e o Adulto Idoso. *In*: WITTER, G.P. **Envelhecimento: referenciais teóricos e pesquisas**. Campinas: Editora Alínea, 2010. cap. 4, p.87-101.

STROPPIA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade e saúde. *In* SALGADO, M.I.; Freire, G. **Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina**. Belo Horizonte: Inede, 2008. cap. 20, p. 427-443.

SWEETMAN, B. **Religião: conceitos-chave em filosofia**. Porto Alegre: Penso, 2013. 182p.

TOURNIER, P. **Mitos e Neuroses: Desarmonia da vida moderna**. São Paulo: ABU Editora, 2002. 160p.

VERGOTE, A. Necessidade e desejo da religião na ótica da psicologia. *In*: Paiva, G. J. **Entre necessidade e desejo: diálogos da psicologia com a religião**. São Paulo, SP: Loyola, 2001. Cap. 1, p. 9-24.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [Organização Mundial da Saúde, OMS]. **Global status report on alcohol and health**. Geneva: World Health Organization, 2014.

ZINNBAUER, B.J.; PARGAMENT, K.I. Religiousness and spirituality. *In*: PALOUTZIAN, R. F.; Park, C. L. **Handbook of the psychology of religion and spirituality**. New York, NY: Guilford Press, 2005. cap. 2, p. 21-42.

INTEGRALIDADE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: ÊNFASE NA GESTÃO DO CUIDADO

Jordana Rodrigues Moreira

Enfermeira, Graduada pela Universidade Estadual do Ceará-UECE, Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará-PPSAC/UECE. Fortaleza-Ceará.

Audenir Tavares Xavier Moreira

Assistente Social, Graduada pela Faculdade Cearense-FaC, Residência em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública do Ceará-ESP-CE. Fortaleza- Ceará.

Aline Ávila Vasconcelos

Enfermeira, Graduada pela Universidade Vale do Acaraú-UVA, Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará-PPSAC/UECE. Sobral-Ceará.

Carlos Bruno Silveira

Enfermeiro, Graduado pela Universidade Estadual do Ceará-UECE, Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará-PPSAC/UECE. Fortaleza-Ceará.

Fernando Virgílio Albuquerque de Oliveira

Fisioterapeuta, Graduado pela Universidade Federal do Ceará- UFC, Mestre do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UECE. Fortaleza- Ceará

Jhennifer de Souza Góis

Assistente Social, Graduada pela Universidade Estadual do Ceará-UECE, Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UECE. Fortaleza-Ceará

Kellinson Campos Catunda

Terapeuta Ocupacional, Graduada pela Universidade de Fortaleza- UNIFOR, Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará- UECE. Fortaleza- Ceará.

Lucas Queiroz dos Santos

Enfermeira, Graduado pelo Centro Universitário Estácio do Ceará. Fortaleza, Ceará.

Lourdes Suelen Pontes Costa

Enfermeira, Graduada pela Universidade Estadual do Ceará-UECE, Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará-PPSAC/UECE. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Fortaleza-Ceará.

Maria Salete Bessa Jorge

Enfermeira, Professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará-UECE. Fortaleza-Ceará.

RESUMO: No contexto da Atenção Psicossocial se fazem necessárias abordagens que fortaleçam a produção de autonomia do sujeito. O foco primordial dos serviços de saúde mental é a manutenção da autonomia do sujeito e de mantê-lo dentro do seu universo relacional e cultural. Objetivou-se analisar a integralidade na rede de atenção à saúde mental com ênfase na gestão do cuidado nos níveis de assistência à saúde. Trata-se de um estudo de Avaliação de Quarta Geração (AQG), realizado no município

de Fortaleza-CE, especificamente nas seis áreas administrativas das Secretarias Executivas Regionais (I, II, III, IV, V e VI). Os participantes foram usuários, familiares, trabalhadores de saúde do CAPS e da ESF e gestores. Estes sujeitos narraram suas experiências singulares no acompanhamento dos pacientes no processo de saúde-doença, pois se relacionam direta ou indiretamente com os serviços de saúde e atuam na gestão do cuidado e atenção clínica. Foram utilizadas três técnicas: a entrevista semiestruturada, observação sistemática e grupo focal. O projeto foi aprovado no comitê de ética da Universidade Estadual do Ceará parecer nº 122.324. Identifica-se que a integralidade somente é efetivada quando há correlação de todos os dispositivos da rede em prol de cuidado que compreendam todas as peculiaridades, e mais do que isso, que assista o usuário da rede dentro das suas demandas de saúde individuais. Para que o cuidar venha a ser efetivado em sua completude faz-se necessário que sejam pensadas múltiplas ações, nas quais a intersectorialidade precisa ser enfatizada como central.

PALAVRAS-CHAVE: Integralidade em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental.

ABSTRACT: In the context Psychosocial care are necessary approaches that strengthen the production of autonomy of the subject. The primary focus of mental health services is the maintenance of the autonomy of the subject and keep it within your relational and cultural universe. Objective analyze the entirety on network mental health care with emphasis on care management in healthcare. It is a fourth generation Evaluation study (AQQ), held in the city of Fortaleza, specifically in six administrative areas of the Executive Regional Secretariats (I, II, III, IV, V and VI). Participants were users, family members, health workers of the CAPS and the ESF and managers. These subject narrated their experiences in the monitoring of patients in the natural process of health-illness, do relate directly or indirectly to health services and act in the management of clinical care and attention. Three techniques were used: the semi-structured interview, systematic observation and focus group. The project was approved by the Ethics Committee of the Universidade Estadual do Ceará nº 122,324. Identifies that the completeness is only effective when there is correlation of all network devices for care that they understand all the peculiarities, and more than that, to assist the user of the network within your individual health needs. So that the handle will be effective in your completeness must be designed multiple actions, in which the intersectoral approach needs to be emphasized as central.

KEYWORDS: Completeness in health; Primary health care; Mental Health

1 | INTRODUÇÃO

A Atenção Psicossocial necessita de abordagens terapêuticas que reiterem a autonomia e a integralidade do cuidado em saúde mental em suas multifacetadas. As relações interpessoais presentes ao longo do processo de cuidar devem sempre reconhecer as subjetividades de cada indivíduo ao qual é dispensado o cuidado. O

foco primordial de serviços de atenção à saúde mental é a manutenção da autonomia do sujeito e de mantê-lo dentro do seu universo relacional e cultural. Essa estratégia de cuidar do paciente no seu contexto social exige do sistema a consolidação de uma de suas principais portas de entrada: a Atenção Primária à Saúde (APS). Um foco importante na organização dos serviços de saúde mental é a formulação de estratégias que fortaleçam a capacidade da rede de atenção primária em saúde em realizar ações de promoção da saúde que, conseqüentemente, tendem a melhorar a condição de saúde e reduzir custos (BERRA, 2011).

As redes são pautadas na integralidade do sujeito, a qual busca sempre assistir o usuário na sua inteireza. A integralidade tem sido colocada como parte de uma imagem-objeto que indica a direção para transformação da realidade (FRACOLLI *et al.* 2011). A integração das redes de assistências é fundamental, pois nenhuma é capaz de subsistir só, sempre devem existir enlaces a serem construídos para que os processos de cuidar tenham a resolubilidade desejável. Nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. Portanto, torna-se indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável pelos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos locais e regionais (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Trazendo para o vasto campo da saúde mental, é indispensável que essa rede assistencial seja perpassada pela integralidade. Existem inúmeras problemáticas que influenciam a consolidação da integralidade negativamente, tais como: a falta de qualificação profissional, falta de estrutura adequada, perda dos pacientes por mecanismo de referência sem que haja a contrarreferência, debilidade no acompanhamento clínico e outros.

2 | OBJETIVO

Analisar a integralidade na rede de atenção à saúde mental com ênfase na gestão do cuidado nos níveis de assistência à saúde

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de Avaliação de Quarta Geração (AQG), ou seja, estudo avaliativo pautado numa abordagem construtivista. Conforme enfatizam Guba e Lincoln (2011), a AQG representa uma proposta emergente de um modelo de avaliação que vai além da obtenção e descrição dos fatos, envolve aspectos humanos, físicos, psicológicos, políticos, sociais, culturais e contextuais. O referencial teórico-metodológico da AQG utilizado por Camatta *et al.* (2011) mostrou-se como um

relevante referencial de pesquisa na condução de estudos avaliativos no campo da saúde mental, pois permitiu maior compreensão de algumas dimensões das políticas de saúde mental, da organização dos serviços e das práticas profissionais, familiares de usuários, usuários na perspectiva das dimensões da gestão do cuidado em saúde.

A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza-CE, especificamente nas seis áreas administrativas das Secretarias Executivas Regionais (I, II, III, IV, V e VI) junto às coordenações de saúde mental e equipes dos serviços de saúde mental. Os participantes foram usuários, familiares, trabalhadores de saúde do CAPS e da ESF e gestores. Estes sujeitos narraram suas experiências singulares no acompanhamento dos pacientes no processo de saúde-adoecimento, por isso foram escolhidos, pois se relacionam direta ou indiretamente com os serviços de saúde e atuam na gestão do cuidado e atenção clínica. Para a coleta de dados foram utilizadas três (03) técnicas: a entrevista semiestruturada, observação sistemática e grupo focal. Utilizou-se ainda documentos de forma complementar às demais técnicas. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UECE, tendo parecer aprovado de nº 122.324 e a coleta de dados foi iniciada após a aprovação do CEP. Este estudo respeitou os princípios da Bioética descritos na Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde, que incorpora quatro princípios básicos: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, assegurando os direitos e deveres à comunidade científica, participantes da pesquisa e estado (BRASIL, 2013).

4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Apresenta-se a seguir os resultados adquiridos através das técnicas elencadas anteriormente sobre a integralidade na rede de atenção à saúde mental, e principais pontos referente a gestão do cuidado e implicações desse contexto.

Identifica-se que a integralidade somente é efetivada quando há correlação de todos os dispositivos da rede em prol de cuidado que compreenda todas as peculiaridades, e mais do que isso, que assista o usuário da rede dentro das suas demandas de saúde individuais. Para que houvesse uma maior assistência dentro da rede assistencial destinadas à saúde mental, propõe-se o estabelecimento da aliança entre a APS e a rede de saúde mental.

Para ocorrer à consolidação das ações no campo da saúde mental, é necessária a consolidação da APS, pois ela está inserida no âmbito do território e é uma ferramenta importantíssima para capilarização das ações em saúde. O contexto territorial é o plano de atuação da Equipe Saúde da Família (ESF) e a gestão do cuidado deve pautá-lo no trabalho em equipe e no vínculo de corresponsabilidade com a população, pode organizar os serviços de saúde a partir da priorização dos problemas identificados, contribuindo para a organização da demanda aos demais pontos da rede de atenção, e, principalmente, fortalecimento de vínculos entre os sujeitos, responsabilizações

partilhadas e promoção da autonomia (PIRES; GÖTTEMS, 2009).

Assim como o ourives tem como principal ferramenta de trabalho o ouro, a ESF dispõe do território para a construção do seu trabalho. É pela inserção no território que se constitui relações proativas com a comunidade de sua responsabilidade, favorece o estabelecimento mais efetivo do cuidado em saúde, pois, além de permitir identificar problemas e priorizar intervenções, cria vínculos contínuos com os assistidos, possibilitando individualizar suas necessidades e organizar processos particulares de cuidado (CARNEIRO JR; JESUS; CREVELIM, 2010).

Em contrapartida, no contexto do território existem as linhas de cristalização do trabalho, as quais tendem a fragmentar o cuidado, a criar barreiras. Dentro de um mesmo contexto territorial é possível haver a cristalização do trabalho e a fluidez do mesmo, pois essas ações são passíveis a subjetividade profissional. O trabalho em saúde no seio da comunidade garante um maior diálogo entre os profissionais da saúde e os usuários do serviço. As ações conjuntas com a comunidade permitem uma melhor avaliação da realidade, dando subsídios para a busca da superação das dificuldades. Trata-se de práticas que não se restringem apenas a ações assistenciais (KANTORSKI *et al*, 2009). O apoio matricial é um arranjo institucional que efetiva a articulação entre as redes de atenção básica e saúde mental. Sua implantação diferenciada mantém regularidade dos encontros, participação de toda a equipe, proposição de assistência conjunta entre profissionais dos CAPS e ESF, denotando produção ativa de corresponsabilização pelos casos. Eis o diálogo necessário entre as equipes dos CAPS com outros serviços tornado possível constitutivo de uma retaguarda assistencial especializada e adequada (ONOCKO-CAMPOS, 2012).

Apesar do subterfúgio do apoio matricial para a consolidação da assistência em saúde mental ainda são presentes algumas situações limites, as quais perpassam pelo processo dialógico, pois se sua operação ocorrer de maneira precária com algumas categorias profissionais, ou seja, limitando-se à discussão de casos e encaminhamentos, há uma dificuldade de entendimento da proposta pelo perfil inadequado dos profissionais responsáveis. (ONOCKO-CAMPOS, 2012).

Apesar de todo esse aparato tecnológico (tecnologia leve) ainda não alcançamos a efetivação da excelência do cuidar do campo da saúde, pois ainda se mostra uma área bastante estigmatizada e ainda existe por parte dos profissionais a segregação do corpo e da mente levando a crê que não existe a possibilidade dialógica entre os profissionais especialistas e os generalistas. Essa segregação “cabeça e corpo” nos remetem à mitologia grega onde existia uma figura que tinha cabeça de homem e corpo de touro, essa comparação nos possibilita entender o distanciamento do cuidar do corpo e da mente.

O olhar interdisciplinar dos processos de trabalho se interpenetra para conjugar novas abordagens à saúde da população. No entanto, há dificuldades em lidar com as subjetividades, porque os instrumentos, saberes e tecnologias apreendidas na formação e prática desses profissionais se encerram na racionalidade moderna,

aprisionadora de sentidos intersubjetivos (BAUMAN, 2001).

É necessário o cuidado em equipe multiprofissional e que seja centrado em rede e que todos tenham a possibilidade de troca e de aprendizagem rotineira em prol sempre da promoção, proteção e reabilitação do usuário do serviço de saúde.

Expressivamente, o desafio maior é ampliar a qualidade do acesso aos serviços de saúde da população viabilizando inovações na forma de gerir o cuidado em saúde para superar reproduções de enfoques restritivos dos programas de saúde pública, hegemonicamente centrados na epidemiologia das doenças de massas configurados como aspectos importantes à discussão de mudança de modelo assistencial (PIRES; GÖTTEMS, 2009). Temos refletir sobre os caminhos a serem trilhados para que possamos assistir o nosso usuário integral e resolutamente.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que o cuidar venha a ser efetivado em sua completude faz-se necessário que sejam pensadas múltiplas ações, nas quais a intersectorialidade precisa ser enfatizada como eixo central. Alcançar à integralidade do cuidado na atenção em saúde mental requisita à promoção de uma rede de atendimento longitudinal aos usuários, de modo que as ações de cuidado sejam organizadas para assistir os indivíduos em sua totalidade. Romper com a estigmatização e os estereótipos construídos historicamente em torno das pessoas com transtornos mentais e compreender a transversalidade do cuidado em saúde são transformações que aparecem como urgentes e indispensáveis para efetivar a integralidade.

REFERÊNCIAS

BAUMAN Z. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 2001.

BERRA K. Does nurse case management improve implementation of guidelines for cardiovascular disease risk reduction? **J Cardiovasc Nurs**. v.26, n.2, 2011. p. 145-67.

BRASIL . Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONESP. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução CNS 196/96**. Serie Cadernos Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. 138 p.

CAMATTA *et al.* Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: o olhar da família. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 16, n. 11, p. 4405-4414, 2011.

CARNEIRO JUNIOR, N.; JESUS, C. H.; CREVELIM, M. A. A. Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. **Saúde soc**. v. 19, n. 3, 2010. p.709-716.

FRACOLLI, L.A.; ZOBOLI, E.L.P.; GRANJA, G.F.; ERMEL, R.C. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev Esc Enferm USP**. v. 45, n.5, 2011. p. 1135-41.

GUBA, E; LINCOLN, Y. Avaliação de quarta geração, Campinas: Editora da Unicamp, 2011.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros. **Cad. Saúde Pública**. v.20 Sup 2, 2004. p.331-336.

KANTORSKI, L.P.; JARDIM, V.M.R.; PEREIRA, D.B.; COIMBRA, V.C.C.; OLIVEIRA, M.M. A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.30, n.4, 2009. p. 594-601.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Revista de Saúde Pública**. v. 46, n. 1, 2012. p.43-50.

PIRES, M.R.G.M.; GÖTTEMS, L.B.D. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Rev Bras Enferm** v.62, n. 2, 2009. p. 294-9.

O ENCARCERAMENTO DE MULHERES: O CUIDADO E CONTROVÉRSIAS EM SAÚDE

Maria Auxiliadora Teixeira Ribeiro

Universidade Federal de Alagoas, Instituto de
Psicologia

Maceió, Alagoas

Niedja Mara Silva Fontes de Deus

Universidade Federal de Alagoas, Programa de
Pós-graduação em Psicologia

Maceió, Alagoas

RESUMO: Este estudo decorre do crescente número de mulheres encarceradas no Brasil e no mundo. Objetiva analisar os artigos nacionais e internacionais que abordam a saúde das mulheres no Sistema Prisional, publicadas entre 2004 e 2015 e pesquisados nas bases de dados. Para construir o objeto de estudo, essas produções científicas foram acessadas nas bases de dados- Scientific Electronic Library Online (SCIELO); Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) - utilizando os descritores: mulheres na prisão e mulheres em cárcere. Foram selecionados 74 artigos, nos quais se identificou os temas: perfil (8), cotidiano (21), saúde (17), família (16), ressocialização (11) e mídia (1); as áreas de estudo em que foram produzidos: Enfermagem (5), Psicologia (15), Saúde Pública/Coletiva (16), Serviço Social (1), Medicina (10), Ciências Sociais (10), Direito (8), Educação (9); regiões

e países. Numa revisão dialógica da literatura, identificou-se que visita íntima e realização de exames enfrentam entraves, devido à carência de ações preventivas, contudo, é no espaço prisional que o cuidado em saúde se materializa para essas mulheres.

PALAVRAS-CHAVE: Mulheres na prisão; mulheres em cárcere; saúde; revisão dialógica.

THE IMPRISONMENT OF WOMEN: HEALTH CARE AND CONTROVERSIES

ABSTRACT: This study stems from the growing number of women incarcerated in Brazil and worldwide. Objective: To analyze the articles that approach the theme of women in the Prison System published between 2004 and 2015. Researching in database Scientific Electronic Library Online (SCIELO); Journals from Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) and Virtual Health Library (Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), using the descriptors: women in prison and women in jail. 74 articles were selected, in which the following themes were identified: profile (8), everyday life (21), health (17), family (16), resocialization (11) and media (1); the study fields in which they were produced: Nursing (5), Psychology (15), Public/collective Health (16), Social Work (1), Medicine (10), Social

Sciences (10), Law (8), Education (9); regions and countries. In a dialogical review of the literature, it is identified that an intimate visit and examinations face obstacles due to the lack of preventive actions, however, it is in prison space that health care materializes for women.

KEYWORDS: Women in prison; Women in jail; Health; Dialogical review.

1 | INTRODUÇÃO

Um panorama sobre a população carcerária feminina, no Brasil, é apresentado em 2010, pelo Departamento Penitenciário Nacional (DPN). Trata-se do primeiro sobre a situação das mulheres no sistema prisional, a trazer dados sobre os estabelecimentos e as peculiaridades do cárcere feminino. Entre os números apresentados, encontra-se a informação do crescimento de 261%, das mulheres encarceradas, entre 2000 e 2010, enquanto a população masculina teve um aumento de 106% no mesmo período (BRASIL, 2014).

Em relatório de 2014, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), descreve o Brasil como a 4^a maior população prisional do mundo, com um número de presos que ultrapassa os 496.25 mil, dos quais 6,6% correspondem às mulheres. Atualmente, o Brasil está atrás apenas de países como Estados Unidos, que possui uma população de apenados de 2.292.133 mil; China, com 1.650.000 mil e Rússia, com 806.100 mil (BRASIL, 2014).

O Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN) sistematizou, também em 2014, as informações disponíveis sobre as mulheres encarceradas no Brasil, destacando que a população carcerária feminina subiu de 5.601 para 37.380 detentas entre 2000 e 2014, totalizando um crescimento de 567% em 14 anos. Ou seja, a taxa de mulheres presas no país é superior ao crescimento geral da população carcerária, que teve aumento de 119% no mesmo período (BRASIL, 2014).

Considerando essas informações buscou-se, em um primeiro momento, conhecer as produções científicas nacionais e internacionais que abordam a situação das mulheres no Sistema Prisional de 2004 a 2015, para identificar quais os temas abordados, em quais áreas de estudo e em que regiões e países são produzidas. Em um segundo momento, analisa-se as discussões presentes nos artigos acessados, sobre o cuidado em saúde direcionado a essas mulheres, norteadas por uma revisão dialógica (WALKER, 2015).

2 | METODOLOGIA

Os objetivos deste estudo foram alcançados a partir de dois procedimentos: inicialmente, pelo levantamento nas bases de dados e, em seguida, pela organização e análise das informações veiculadas nas produções científicas selecionadas.

2.1 Levantamento Na Base de Dados

O levantamento dos artigos nas bases de dados levou em conta as suas características e pertinência aos objetivos deste trabalho. Foram as seguintes: Scientific Electronic Library Online (SCIELO) abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros; Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), uma biblioteca virtual que reúne e disponibiliza a produção científica internacional, para as instituições de ensino e pesquisa no Brasil e; Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) acessível de forma universal pela internet promove a cooperação técnica em informação e comunicação científica em saúde, produzidas na América Latina e Caribe, compatível com as bases internacionais (RIBEIRO, M. A. T.; MARTINS, M. H. M; LIMA, J. M., 2015). A busca foi realizada em maio de 2016, utilizando-se como ícones as seguintes palavras-chave: mulheres em cárcere; mulheres na prisão.

Os artigos foram selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: originais; disponibilizados online; nos idiomas português, inglês ou espanhol; com definição do método; cenário do estudo; população estudada; apresentação dos resultados encontrados e publicados entre 2004 e 2015.

No Scientific Electronic Library Online (SCIELO) por meio das palavras-chave mulheres em cárcere, obteve-se um total de 7 artigos, dos quais foram selecionados 5, e excluídos 2, sendo um deles por constituir uma repetição e outro, por não ser compatível com a temática. No Scientific Electronic Library Online (SCIELO) por meio das palavras-chave mulheres na prisão, foram obtidos um total de 7 artigos. Dos quais foram selecionados 6 artigos, pois 01 deles não era compatível com a temática.

No Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) chegou-se a um total de 55 artigos/teses/dissertações, a partir das palavras-chave mulheres na prisão. Foram selecionados 29 e excluídos 6 repetidos, 18 fora do tema proposto, 01 por falta de acesso e 01 produzido fora do tempo demarcado neste trabalho.

No Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), usando as palavras-chave mulheres em cárcere, foram encontrados 21 artigos/teses/dissertações, mas selecionados apenas 5, pois 10 eram repetidos e 6 não correspondiam ao tema proposto

Na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) foram acessados 120 artigos/teses/dissertações, na busca com as palavras-chave mulheres na prisão e considerados apenas 15. Foram desconsiderados 25 repetidos, 73 fora do tema proposto, 2 sem acesso e 5 fora do tempo delimitado.

Na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), usando as palavras-chave mulheres em cárcere, foram acessados 113 artigos/teses/dissertações, selecionados 14, rejeitados 37 repetidos, 49 fora do tema, 8 sem acesso e 5 fora do tempo delimitado.

Fonte	Descritores	Produções Encontradas	Produções Excluídas	Produções Finais
SCIELO	Mulheres na prisão	7	1	6
	Mulheres em cárcere	7	2	5
	Total	14	3	11
BVS	Mulheres na prisão	120	105	15
	Mulheres em cárcere	113	99	14
	Total	233	205	29
Portal de Periódicos CAPES	Mulheres na prisão	55	26	29
	Mulheres em cárcere	21	16	05
	Total	76	42	34
Total Geral		323	250	74

Quadro 1. Número de produções científicas nacionais e internacionais sobre mulheres na prisão/cárcere, por fonte e descritores. Maceió, 2016.

Fonte: Autoras, 2016.

De acordo com o quadro 1 podemos identificar um grande número de exclusões realizadas inicialmente a partir da leitura dos títulos dos artigos, dissertações e teses, considerando que, apesar de terem sido identificados a partir das bases de dados, não tinham relação com o tema e com os objetivos desta pesquisa. Posteriormente, foi realizada a leitura dos resumos. Os critérios de exclusão utilizados nessa análise foram: I - artigos repetidos (por terem sido indexados com os dois descritores), II - pesquisas com outros sujeitos (homens, ministério público e psicólogx), III – trabalhos enfocando outros temas (prisão de ventre e prisão colonial); IV - artigos indisponíveis e V- artigos que não consideravam a especificidade de gênero em relação ao sistema prisional.

2.2 Organização E Análise Das Informações

Para realizar a organização e análise das informações das produções científicas acessadas, sobre a situação das mulheres no sistema prisional, foi adotada a revisão da literatura dialógica, proposta por Sharon Walker (2015). Além disso, foi considerada a influência das discussões de Montuori (2005), que propõe revisões de literatura, norteadas pela perspectiva construcionista, problematizando a tendência meramente reprodutiva presente nelas. A revisão de literatura é considerada como uma investigação criativa, fruto do processo de inserção e participação do revisor dentro de uma comunidade científica, a partir do seu diálogo com aqueles que a compõe (MONTUORI, 2005). Essa concepção é ampliada por Walker (2015), ao discutir que cada texto fala com outros, como numa interanimação dialógica.

A característica de revisões dialógicas não é sumarizar os pensamentos e as descobertas de outros e, sim, entrar em diálogo com os enunciados escritos sobre o tema. O que os textos têm em comum? Quais são as aproximações e quais os distanciamentos? Como os textos dialogam com o pesquisador? São questões

propostas na revisão dialógica (WALKER, 2015).

É nesse contexto relacional que conduzimos essa revisão de literatura, montando conexões, explorando os padrões e interações entre os textos, ressaltando que foram organizados inicialmente a partir da “conversa” das pesquisadoras com eles para, depois, considerar como podem dialogar entre si. Apresenta-se assim, as opiniões críticas de diversos trabalhos, criando uma espécie de debate, discussão e disputa em relação à situação das mulheres no sistema prisional. Fazendo isso, busca-se aumentar o número de vozes e posições diferentes sobre uma mesma temática, atentando-se para o fato de que há diferentes versões sobre o tema e não a busca de uma verdade.

Essas considerações sobre a revisão da literatura dialógica apoiam-se no referencial teórico-metodológico das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos, fundamentado na perspectiva do Construcionismo Social (SPINK, M. J, 2004). Procura-se compreender alguns aspectos do conhecimento construído sobre as mulheres no sistema prisional, a partir da análise dos repertórios discursivos presentes nas produções científicas. Na perspectiva construcionista, o conhecimento é tomado como prática social, ou seja, os objetos e critérios de verdade são produções sociais que se institucionalizaram por meio de processos de habituação. Neste trabalho, esses pressupostos teóricos-metodológicos norteiam as discussões sobre as relações e verdades estabelecidas, que atravessam as construções sobre o perfil e a saúde das mulheres no sistema prisional.

3 | RESULTADOS

A partir da leitura dos resumos dos trabalhos, classificamos as produções acadêmicas segundo eixos temáticos (perfil, cotidiano, saúde, família e relações afetivas, ressocialização e contexto midiático), ano de publicação, área do conhecimento e cidade onde foi realizada a pesquisa. Tais temas foram organizados em quadros, cujas informações são apresentadas e discutidas a seguir. Iniciamos com a quantidade de produções científicas nacionais e internacionais por eixos temáticos.

Resultado da Pesquisa por Eixos Temáticos					
Perfil	Cotidiano	Saúde	Família e Relações Afetivas	Ressocialização	Contexto Midiático
8	21	17	16	11	01

Quadro 2. Quantidade de produções científicas nacionais e internacionais sobre mulheres presas/cárcere, por eixos temáticos. Maceió, 2016.

Fonte: Autoras, 2016.

Esse quadro indica que o interesse pela temática sobre mulheres na prisão/

cárcere, no contexto acadêmico tem se desenvolvido com uma maior quantidade de publicações relacionadas ao cotidiano das mulheres no sistema prisional.

Outra forma de classificação foi associar a quantidade de artigos com as regiões, os estados e os países onde foram produzidos.

Sul			Sudeste				Centro-Oeste		
Rio R. Grande do Sul	Santa Catarina	Paraná	Espírito Santo	Rio de Janeiro	Belo Horizonte	São Paulo	Brasília	Goiás	Mato Grosso do Sul
16	2	1	2	5	2	16	2	1	1

Quadro 3. Quantidade de produções científicas nacionais sobre mulheres presas/cárcere, nas regiões e estados do Sul, Sudeste e Centro-oeste Brasileiro. Maceió, 2016.

Fonte: Autoras, 2016.

Norte		Nordeste		
Piauí	Pará	Natal	João Pessoa	Ceará
1	2	2	5	2

Quadro 4. Quantidade de produções científicas nacionais sobre mulheres presas/cárcere, nas regiões e estados do Norte e Nordeste Brasileiro. Maceió, 2016.

Fonte: Autoras, 2016.

Europa	Inglaterra	Estados Unidos	Ásia	América Latina		
Portugal	Reino Unido	Califórnia	Indonésia	Espanha	Colômbia	Chile
2	2	3	1	2	3	1

Quadro 5. Quantidade de produções científicas internacionais, em inglês e espanhol, sobre mulheres presas/cárcere, nos continentes e países onde foram produzidas. Maceió, 2016.

Fonte: Autoras, 2016.

Os quadros 3 e 4 apresentam um quantitativo de produções sobre as mulheres presas/cárcere maior nos estados do Sul e Sudeste do Brasil, em especial no Rio Grande do Sul e em São Paulo. Com relação às produções internacionais sobre a temática, nos Estados Unidos, especificamente na Califórnia e ainda na Colômbia foi encontrado um número um pouco maior de produções, como mostra o quadro 5.

Apresentamos a seguir o quadro referente à quantidade de produções científicas sobre as mulheres no sistema prisional no decorrer desses 12 anos.

2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1	4	7	2	4	3	4	6	9	12	12	10

Quadro 6. Quantidade de produções científicas nacionais e internacionais sobre mulheres presas/cárcees, por ano de publicação. Maceió, 2016.

Fonte: Autoras, 2016.

Em relação ao quadro 6, observamos que as publicações começam a aumentar a partir de 2012 e os anos que se destacam são: 2006; 2013 e 2014. Alguns fatores podem ser considerados como incidentes críticos para o aumento da produção acadêmica sobre essa temática. As publicações científicas de 2006 podem ter sido incrementadas pela influência das pesquisas e relatórios divulgados naquela época, pelo Ministério da Justiça, pela Pastoral Carcerária (2006), pelo Centro de Justiça e Direito Internacional (CEJIL) (2007). Além disso, houve um crescimento de 42% da população prisional feminina, entre 2007 e 2012, que pode estar relacionado ao aumento das publicações entre 2012 e 2014.

Identificamos, também, quais as áreas de conhecimento que mais discutiram por meio de publicações, a situação das mulheres na prisão/cárcere.

Enfermagem	05
Psicologia	15
Saúde Pública/Coletiva	16
Serviço Social	01
Medicina	10
Ciências Sociais	10
Direito	08
Educação	09

Quadro 7. Quantidade de produções científicas nacionais e internacionais sobre mulheres presas/cárcees, por área de conhecimento. Maceió, 2016.

Fonte: Autoras, 2016

O quadro 7 sinaliza que as áreas de conhecimento da Saúde Pública/Coletiva e da Psicologia são as que predominam entre as pesquisas sobre as mulheres na prisão/cárcere. Será apresentada a seguir, a discussão dialógica com os enunciados presentes nas produções sobre o perfil e a saúde, refletindo sobre quem são essas mulheres que estão no sistema prisional e quais as suas condições de saúde.

4 | DISCUSSÃO

A análise das produções científicas referentes à saúde das mulheres no sistema prisional é o objetivo central deste trabalho. Entretanto, é necessário identificar como elas têm sido descritas na literatura, em 8 dos artigos nacionais acessados, para que se possa compreender quem são essas mulheres.

A mulher presa no Brasil é descrita como jovem, mãe, solteira, não branca, condenada por envolvimento com tráfico de drogas (ou entorpecentes), apresentando ruptura de vínculos da vida social em várias dimensões e, na maioria dos casos, possuindo apenas o ensino fundamental completo (LIMA, 2006); (GUEDES, 2006);

(CARVALHO; VALENTE; ASSIS; VASCONCELOS, 2006); (MELLO, 2008); (SCHERER; SCHERER; NASCIMENTO; RAGOZO; 2011); (NICOLAU et al., 2012); (OLIVEIRA; COSTA; MEDEIROS; CAVALCANTI, 2013); (CORTINA, 2015).

Quanto aos estudos que discutem a saúde dessas mulheres, 18 pesquisas nacionais e internacionais foram localizadas, abordando diversos assuntos, analisados seguindo a revisão dialógica e resultando na configuração dos subtemas que serão apresentados a seguir: infecção pelo HIV-aids e as demais infecções sexualmente transmissíveis (IST); saúde mental; saúde sexual e reprodutiva e uso e abuso de drogas.

4.1 Infecção pelo HIV-AIDS e as demais infecções sexualmente transmissíveis (IST)

Os três artigos que direcionaram suas pesquisas para a infecção pelo HIV-AIDS, além de outras infecções, posicionam as mulheres como o grupo mais vulnerável dentro das prisões. Propõem que as políticas de prevenção do HIV-Aids e das IST sejam desenvolvidas a partir de serviços e políticas penais, que levem em conta as diversidades da realidade prisional feminina, que estão relacionadas às suas especificidades como raça e etnia, idade, deficiência, orientação sexual, identidade de gênero, nacionalidade, situação de gestação e maternidade, entre tantas outras.

Duas produções são brasileiras: Muller (2008), que aborda o problema da infecção do HIV-Aids, com o intuito de identificar a prevalência de anti-HCV, anti-HIV e coinfeção HCV/HIV em um presídio feminino do Estado do Rio Grande do Sul - Brasil e; Bezerra (2015), que realiza uma revisão sistemática da prevalência de HIV/AIDS e demais Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) na população carcerária feminina no Brasil.

Em ambos os artigos foi possível identificar que as mulheres encarceradas constituem um grupo de risco vulnerável ao vírus da hepatite C, denominado HCV, HIV e coinfeção HCV/HIV, que se agravam no contexto prisional, cuja estrutura de encarceramento, de maneira geral, não oferece um atendimento minimamente adequado às especificidades da mulher presa.

A terceira pesquisa, que foi desenvolvida nos Estados Unidos (KRAMER; COMFORT, 2011), discute as estratégias de prevenção do HIV voltadas para as mulheres na prisão, afirmando que essa população específica se encontra em vulnerabilidade decorrente do encarceramento, por conta das relações sexuais estabelecidas com homens encarcerados e pela injeção de drogas.

É importante salientar que outros artigos foram encontrados sobre a infecção do HIV-Aids e das IST, relativos às mulheres na prisão/cárcere, entretanto foram produzidos no período anterior (entre 1996 e 2003), não sendo, portanto, considerados pela delimitação de período, desta pesquisa.

4.2 Saúde Mental

Sobre a saúde mental das mulheres em situação de prisão, as pesquisas do Brasil e de outros países apresentam seu perfil; a relação entre religiosidade e saúde mental; as principais necessidades em saúde mental e os obstáculos que impedem o atendimento dessas necessidades; as estratégias de enfrentamento das dificuldades e o envolvimento de homens e mulheres em comportamentos e/ou pensamentos suicidas.

Quanto aos locais em que esses estudos foram realizados destaca-se: na Casa de Reeducação Maria Júlia Maranhão, localizada no Complexo Penitenciário de Mangabeira na cidade de João Pessoa–Paraíba (LIMA, 2005); na Penitenciária Feminina da Capital de São Paulo-SP (MORAIS; DALGALARRONDO, 2006); em Estabelecimentos Prisionais do Norte de Portugal (ALVES; DUTRA; MAIA, 2013); em uma prisão do Estado da Paraíba (LIMA, 2013) e, por fim, nas prisões e cadeias adstritas ao Instituto Nacional Penitenciário e de Prisões da Colômbia (INPEC) (CASTILLO; CIFUENTES; BRICEÑO; NORIEGA, 2014).

Os estudos assinalam que o ambiente carcerário causa danos significativos à saúde mental dessas mulheres. Dentre as causas que favorecem a alta incidência de problemas de saúde estão fatores agravantes da saúde mental, como o ambiente hostil do cárcere, abandono da família, tristeza, saudade, baixa-estima e solidão, que se somam às condições insalubres, celas superlotadas com presas em contato físico, contínuo e abusivo.

Na pesquisa realizada na Colômbia, por Castillo et al. (2014) foi constatado que nos primeiros dias de aprisionamento existe maior probabilidade de tentativas de suicídio por parte das mulheres em situação de prisão/cárcere (41.7%). Esses dados podem ser associados ao desequilíbrio emocional e afetivo, que fragmenta a vida habitual das mulheres, pelo encarceramento.

4.3 Saúde Sexual E Reprodutiva

As pesquisas sobre a saúde sexual e reprodutiva têm sido realizadas no Brasil e em diversos países. O estudo de Miranda, Vargas e Viana (2004) foi desenvolvido na penitenciária feminina do Estado do Espírito Santo, com 121 mulheres em situação de prisão/cárcere, tendo como objetivo identificar o perfil sociodemográfico e as condições de saúde dessas mulheres. Foi observado que a média de idade das participantes era de 30,2 anos, com média de 4,8 anos de escolaridade. Todas já haviam tido atividade sexual pregressa; a idade média do primeiro coito foi de 15,2 anos, variando de 9 a 27 anos; 28% apresentavam história de infecções sexualmente transmissível (IST). Doze (9,9%) mulheres estavam grávidas no momento da entrevista. História de gravidez na adolescência era frequente entre elas. A maioria não adotava nenhum método contraceptivo e nem fazia uso de preservativos. Laqueadura tubária foi observada em 19,8% e citologia cervical anormal em 26,9%.

Em relação aos problemas apresentados acima, em diálogo com as pesquisas internacionais realizadas nos Estados Unidos sobre métodos contraceptivos de Clarke et al. (2006) e Hale et al., (2009), identifica-se um movimento para encontrar soluções. Os pesquisadores investigaram as necessidades anticoncepcionais de mulheres encarceradas, buscando determinar as intervenções de controle de natalidade viáveis e eficazes. Enquanto na Colômbia, Ortega, Mery, Pacheco e López (2009), após a aplicação de 170 questionários com mulheres em situação de prisão/cárcere, concluíram que embora elas tenham algum tipo de acesso aos serviços de saúde, manifestavam um alto grau de insatisfação, principalmente pela demora na atenção, insuficiência de recursos e dificuldades nas tramitações administrativas. Fato também observado, em pesquisas no Reino Unido, realizada por Plugge, Douglas e Fitzpatrick (2008), com 37 mulheres em situação de prisão/cárcere, entrevistadas sobre a prestação de cuidado em saúde, no espaço prisional.

As mulheres da Colômbia e do Reino Unido relatam, da mesma forma que em outros países, as dificuldades de acesso a cuidados de saúde ou medicação, bem como o tratamento desrespeitoso e quebras de confidencialidade por parte dos profissionais de saúde no sistema prisional.

4.4 Uso e Abuso De Drogas

Em relação ao uso e abuso de drogas foi acessado apenas um artigo (QUITETE, et al., 2012) que relaciona o uso abusivo de drogas com o risco para o desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Nessa pesquisa, 134 mulheres foram avaliadas, no Rio de Janeiro e concluiu-se uma alta prevalência de TEPT, comparável ao de populações de risco.

Apesar de estar em regime prisional, o uso de drogas ilícitas é bastante comum entre as mulheres presas, porém o Estado não reconhece a existência de drogas nas unidades prisionais. É importante destacar que cerca de 80% das mulheres presas estão envolvidas com o tráfico de drogas, em papéis secundários ou por serem usuárias, necessitando comercializar para consumir.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres em situação de prisão/cárcere são mais acometidas por agravos à saúde do que a população feminina em geral. Além de terem poucas condições de acesso aos cuidados de saúde, muitas vezes, estes são prestados indevidamente. No que se refere à Infecção pelo HIV-Aids e as demais infecções sexualmente transmissíveis (IST), as pesquisas trazem dados semelhantes, corroborando o entendimento de que a população prisional feminina possui e mantém risco elevado para aquisição de HIV/AIDS e demais IST, necessitando de serviços de saúde adequados, que atuem na promoção, prevenção, tratamento e manutenção da saúde das mulheres apenas.

Enquanto que, os estudos sobre a saúde mental dessas mulheres indicam taxas de transtornos mentais três a quatro vezes superiores às da população em geral, sendo as circunstâncias hostis do ambiente carcerário e as condições biopsicossociais pré-encarceramento uma das causas dos danos significativos à saúde mental dessa população.

As pesquisas sobre a saúde sexual e reprodutiva sinalizam a falta de ações educativas e cuidados, delineando uma assistência em saúde de forma superficial, com pouco enfoque na sexualidade feminina, suas demandas e necessidades, tais como: a garantia de exercer os seus direitos sexuais e maternos no espaço prisional. A garantia da visita íntima e a realização de exames preventivos ainda enfrentam grandes entraves devido à carência de ações de saúde; contudo, é no espaço prisional que o cuidado em saúde se materializa para muitas delas.

A maioria das mulheres que possuem vinculação penal por envolvimento com o tráfico de drogas, não está vinculada às maiores redes de organizações criminosas. Elas ocupam uma posição coadjuvante no crime, realizando serviços de transporte de drogas e pequeno comércio; muitas são usuárias, sendo poucas as que exercem atividades de gerência do tráfico.

Em suma, a atenção em saúde no sistema prisional feminino apresenta situações de descaso e desatenção frente às demandas específicas das mulheres nesse contexto. Incide com maior intensidade e se agrava devido ao não acesso a serviços de prevenção e tratamento adequados. As pesquisas marcam a relação entre o encarceramento feminino e a feminização da pobreza, ou seja, esse encarceramento vem excluindo ainda mais aquelas que já se encontram socialmente excluídas.

REFERÊNCIAS

ALVES, J; DUTRA, A.; MAIA, A. **A História de adversidade, saúde e psicopatologia em reclusos: comparação entre homens e mulheres.** Revista Ciência e Saúde Coletiva, 18 (3), 701-709, 2013.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciária (INFOPEN-Mulheres).** Disponível em: <https://www.justica.gov.br/noticias/estudo-traca-perfil-dapopulacao-penitenciaria-feminina-no-brasil/relatorio-infopen-mulheres.pdf>, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).** Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnaisp.php>, 2014.

BEZERRA, A. T. A. F. **HIV/AIDS e demais infecções sexualmente transmissíveis em população carcerária brasileira: uma revisão sistemática.** Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, 2015.

CARVALHO, M. L.; VALENTE, J. G.; ASSIS, S. G.; VASCONCELOS, A. G. G. **Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social.** Ciência e Saúde Coletiva, 11(2), 461-471, 2006.

CASTILLO, R.L; CIFUENTES, S.V; BRICEÑO, M.L; NORIEGA, K.R. **Características del comportamiento suicida encárceles de Colombia.** Revista Criminalidad, 56 (1), 83-95, 2014.

CLARKE, J. G; ROSENGARD, C; ROSE, J; HEBERT, M. R; PHIPPS, M.G; STEIN, M. D. **Pregnancy attitudes and contraceptive plans among women entering jail.** *Women Health*, 43(2), 11-13, 2006.

CORTINA, M.O.C. **Mulheres e tráfico de drogas:** aprisionamento e criminologia feminista. *Estudos Feministas*, 23(3), 761-778, 2015.

GUEDES, M. A. **Intervenções psicossociais no sistema carcerário feminino.** *Psicologia Ciência e Profissão*, 26 (4), 558-569, 2006.

HALE, G. J; OSWALT, K. L; CROPSEY, K. L; VILLALOBOS, G. C; IVEY, S.E; MATTHEWS, C. A. **The contraceptive need of incarcerated women.** *Journal Womens Health (Larchmt)*, 18(8), 12-21, 2009.

QUITETE, B. Q., PAULINO, B., HAUCK F., NEMER, A. S. A., FONSECA, V. A. S. **Transtorno de estresse pós-traumático e uso de drogas ilícitas em mulheres encarceradas no Rio de Janeiro.** *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39(2), 43-47, 2012.

KRAMER, K; COMFORT, M. **Considerations in HIV Prevention for Women Affected by the Criminal Justice System.** *Womens Health Issues*, 21(6), 272-273, 2011.

LIMA, G. M. B. **Mulheres Presidiárias:** Sobreviventes de um mundo de sofrimento, desassistência e privações (Dissertação de mestrado, Universidade Federal da Paraíba). Disponível em: <http://bases.bireme.br>, 2005.

LIMA, G. M. B. **A vida de mulheres na prisão:** legislação, saúde mental e superlotação em João Pessoa – PB (Tese de doutorado). Biblioteca Virtual em Saúde Fiocruz, 2013.

LIMA, M. **Da visita íntima à intimidade da visita:** a mulher no sistema prisional (Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo). Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-24032008-085201/pt-br.php>, 2006.

MELLO, D. C. **Quem são as mulheres encarceradas?** (Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul). Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/647/1/409563.pdf>, 2008.

MIRANDA, A. E; VARGAS, A. P. R. M.; VIANA, B. M. C. **Saúde sexual e reprodutiva em penitenciária feminina, Espírito Santo, Brasil.** *Revista Saúde Pública*, 38 (2), 60-255, 2004.

MORAIS, P.A. C; DALGALARRONDO, P. **Mulheres encarceradas em São Paulo:** saúde mental e religiosidade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(1), 50-56, 2006.

MONTUORI, A. **Literature review as creative inquiry:** reframing scholarship as a creative process. *Journal of Transformative Education*, 1(10), 1-20, 2005.

MULLER, G. L.; CRISTINA, G. **Prevalência de anti-HCV, anti-HIV e co-infecção HCV/HIV em um presídio feminino do Estado do Rio Grande do Sul.** *Revista Brasileira*, 40(2), 87-89, 2008.

NICOLAU, A. I. O; RIBEIRO, S. G; LESSA, P. R. A; MONTE, A. S; FERREIRA, R. C. N; PINHEIRO, A. K. B. **Retrato da realidade socioeconômica e sexual de mulheres presidiárias.** *Revista Acta Paul Enfermagem*, 25(3), 386-392, 2012.

ORTEGA, M; MERY L; LÓPEZ, N. E; PACHECO, H. J. **Condiciones de accesibilidad a los servicios de salud de las internas e hijos convivientes en el centro de reclusión para mujeres el Buen Pastor de Medellín: 2009.** *Rev. gerenc. Políticas salud*, 10(20), 121-137, 2009.

OLIVEIRA, L. V; COSTA, G. M. C; MEDEIROS, K. K. A. S; CAVALCANTI, A. L. C. **Perfil**

epidemiológico de presidiárias no estado da Paraíba-Brasil: estudo descritivo. Online braz j nurs [Internet], 12 (4), 892-901, 2013.

PLUGGE, E.; DOUGLAS, N.; FITZPATRICK, R. **Patients, prisoners, or people? Women prisoners' experiences of primary care in prison: a qualitative study.** British Journal of General Practice, 58(554), 1-8, 2008.

RIBEIRO, M. A. T.; MARTINS, M. H. M; LIMA, J. M. **A pesquisa em base de dados: como fazer?** In: LANG, C. E; BERNARDES, J. DE S.; RIBEIRO, M. A. T.; ZANOTTI, S. V. (orgs.) **Metodologias: Pesquisas em Saúde, clínica e práticas psicológicas.** Maceió: Ed. da UFAL, p. 61-83, 2015.

WALKER, S. **Literature reviews: generative and transformative textual conversations.** FQS, 16(3), art. 5, 1-13, 2015.

SPINK, M. J. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas.** São Paulo: Editora Cortez, 2004.

SCHERER, Z. A. P; SCHERER, E. A; NASCIMENTO, A. D; RAGOZO, F. D. **Perfil sociodemográfico e história penal da população encarcerada de uma penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo.** SMAD, Revista. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. Port.), 7 (2), 55-62, 2011.

A EXPERIÊNCIA DE ESPIRITUALIDADE DO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Waleska de Carvalho Marroquim Medeiros

Faculdade Pernambucana de Saúde,
Recife – PE

Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto

Universidade Católica de Pernambuco,
Recife – PE

RESUMO: A tecnologização da saúde possibilitou a ampliação de recursos terapêuticos assegurando maior longevidade e manutenção de vida à população fora de possibilidade de cura. Os cuidados paliativos surgem como proposta de oferecer qualidade de vida quando a cura, aos enfermos, não é mais possível. Porém, para além do corpo físico, outras dimensões existenciais demandam cuidado em tais condições. Percebe-se que a espiritualidade pode apresentar-se com magnitude, sobretudo, no que diz respeito ao fortalecimento e enfrentamento da terminalidade. Este estudo teve por objetivo apresentar possibilidades de compreensão da experiência da espiritualidade de pacientes em cuidados paliativos. Através de uma pesquisa qualitativa numa perspectiva hermenêutica filosófica, foi solicitado a cinco pacientes em palição, narrar suas experiências existenciais em dadas circunstâncias de finitude. Pôde-se perceber que em toda a amostra a experiência foi benfazeja e fortalecedora, possibilitando

uma vivência de morte menos sofrida e solitária.

PALAVRAS-CHAVE: Experiência de espiritualidade; Cuidados paliativos; Psicologia Fenomenológica-Existencial.

ABSTRACT: The technologization of health has made possible the therapeutic resources amplification, ensuring greater longevity and life maintenance of the out of cure possibility population. Palliative care appears as a proposal of offering life quality to the ill when the cure is no longer possible. Nevertheless, for beyond the physical body, other existential dimensions require care in such conditions. It's noticed that spirituality can be shown with magnitude, mainly, with regard to strengthen and facing terminal illnesses. This study objects to present possibilities of comprehension of the experience of spirituality of patients in palliative care. Through a qualitative research in a philosophical hermeneutic perspective, five patients in palliation were asked to tell your existential experiences in such finitude conditions. It can be noticed that in the entire sample that the experience of spirituality was beneficent and strengthener, making possible a less lonely and suffered experience of death.

KEYWORDS: Spirituality Experience; Palliative Care, Phenomenological- Existential Psychology.

1 | INTRODUÇÃO

É o sinal dos tempos: a era da tecnologia chegou! A época da informação ao alcance das mãos e em tempo real, da comunicação simultânea em diversas partes do mundo, dos avanços alucinantes e impressionantes de toda sorte de recursos na busca da longevidade e, quiçá, imortalidade humana. Muito há a comemorar no que tange a larga oferta de possibilidades terapêuticas de uma infinidade de doenças que até há pouco eram absolutamente letais. A ampliação e o conhecimento de novas possibilidades terapêuticas, inclusive, podem também ser responsáveis pelo crescente índice de expectativa de vida apontado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015, 2017).

Os avanços e descobertas científicas na área da saúde contribuíram para que grande número de enfermidades letais fosse passível de tratamento e cura além de meios de assegurar sobrevida por períodos superiores aos que eram preconizados em passado próximo.

Tais conquistas também incorreram em profundos impactos no modo como fatores relacionados à saúde/doença, vida/morte passaram a ser apreendidos. A busca desenfreada pela manutenção da vida terminou por desfocar a atenção e importância da qualidade a essa vida pela qual se briga manter. Figueiredo e Figueiredo (2009) afirmam que “hoje, pode-se quase dizer que às ciências da saúde interessa apenas a doença, e não o doente e o seu sofrimento” (p. 196). Quando o foco da intervenção se volta *lato sensu* ao tratamento das enfermidades do corpo e outras dimensões existenciais são desprivilegiadas, canais de acesso por onde o cuidado pode ser oferecido ao sujeito que sofre são limitados, podendo restringir o espectro de atuação da equipe de saúde.

No entanto, no cenário biomédico diante de tantos avanços tecnológicos, é crescente o número de pacientes que, não obstante a impossibilidade de cura, mantem-se vivos e clamando por respostas que atendam às suas necessidades mais básicas que assegurem dignidade, sobretudo, diante do morrer. Quando curar já não é mais possível, paliar a dor e o sofrimento na busca da manutenção da qualidade de vida é tudo o que mais pode e deve ser feito. Nessa vertente, entram em cena os cuidados paliativos.

Os cuidados paliativos, como possibilidade de cuidado ao paciente fora de possibilidade terapêutica de cura surgiram então, sistematicamente, a partir dos esforços de Cicely Saunders (1918-2005), enfermeira, assistente social e médica britânica que, inconformada com a segregação com que os pacientes considerados ‘terminais’ eram tratados, resolveu criativamente pensar em possibilidades de atenção que visavam assegurar qualidade de vida e autonomia aos moribundos até o último instante de suas vidas.

Ao debruçar-se a assistir tal população, Saunders percebeu que mais que cuidado e manejo das necessidades físicas, os sujeitos em dadas condições eram

atravessados por dores em outras esferas que, no mais das vezes, eram desvalorizadas na atenção. Cunhou então o conceito de dor total. Para Saunders, Baines e Dunlop (2003), as dores a que o sujeito estava submetido em dadas circunstâncias podiam ser identificadas dentro de quatro dimensões: física, psicológica (emocional), social e espiritual. Negligenciar o cuidado e atenção a qualquer uma dessas dimensões poderia gerar danos e sofrimento intensos, comprometendo não apenas a qualidade de vida - enquanto a vida é possível – mas também escolhas e decisões relacionadas à qualidade de morte.

Atenta às novas demandas de cuidado, a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1990 instituiu os cuidados paliativos como:

Cuidados ativos e totais aos pacientes quando a doença não responde aos tratamentos curativos, quando o controle da dor e de outros sintomas (psicológicos, sociais e espirituais) são prioridade e o objetivo é alcançar a melhor qualidade de vida para pacientes e familiares. (WHO, 2007).

Posteriormente, em 2000, ampliou o conceito contemplando a prevenção do sofrimento desde as fases anteriores ao fim da vida, a saber:

Abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento impecável da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual.

Como cuidado ativo e integral, o cuidado paliativo não pode deixar de debruçar-se para olhar o sujeito adoecido em sua totalidade. Nesse sentido, Santos (2009) aponta que, sobretudo em situações de adoecimento e terminalidade, a espiritualidade pode se apresentar como grande senhora capaz de dar sentido e fortalecimento para o enfrentamento da finitude existencial.

Diante do exposto, esse trabalho teve por objetivo compreender a experiência da espiritualidade de pacientes inseridos em programas de cuidados paliativos, assistidos por um hospital de referência da cidade do Recife, para manejo da dor, sintomatologia produtiva e medidas de conforto.

A espiritualidade aqui apresentada está relacionada a uma dimensão humana que se encontra no âmbito da existência e transcendência. Traz sentido e significação à vida, sejam eles Deus, a natureza, o sobrenatural ou o sagrado. A religiosidade, por sua vez, está voltada para a dimensão do social e cultural regida por dogmas, doutrinas e postulados que conduzem o seu modo de ser. Saporetti (2009) descreve que “a espiritualidade move-se para além da ciência e da religião instituída (...) enquanto a religião é uma forma secundária, dogmática e em geral distorcida por forças socioeconômicas, culturais e políticas” (p. 272).

Dessa forma, a espiritualidade é compreendida como dimensão transcendente, capaz de tocar em profundidade a vida e experiência do sujeito. Teixeira (2005, p. 15) afirma ser algo que “traduz força de uma presença que escapa à percepção do humano, mas, ao mesmo tempo provoca no sujeito o exercício de percorrer e captar

esse sentido onipresente”.

2 | METODOLOGIA

Realizou-se pesquisa qualitativa - numa perspectiva fenomenológica hermenêutica - com população composta por cinco pacientes em cuidados paliativos, de ambos os sexos, com idade entre 46 e 70 anos, acompanhada pela equipe de saúde de um hospital público de referência da cidade do Recife.

A pesquisa qualitativa fornece uma compreensão de fenômenos sociais, apoiados no pressuposto da maior relevância do aspecto subjetivo da ação social, visto que foca fenômenos complexos e/ou fenômenos únicos. Está menos preocupada com as generalizações e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão da experiência.

A investigação qualitativa pode apresentar-se na conjunção de diferentes epistemologias. A presente pesquisa privilegiou a perspectiva fenomenológica com ênfase na compreensão interpretativa derivada da hermenêutica filosófica de Gadamer.

A hermenêutica filosófica de Gadamer, inspirada no trabalho de Heidegger, sustenta que a compreensão não é “uma tarefa controlada por procedimentos ou regras, mas, sim, justamente, uma condição do ser humano” (SCHWANDT, 2006, p.198). Traz como tônica, que a compreensão é produzida, e não reproduzida, na dialogicidade participativa do encontro de horizontes distintos.

Foi privilegiada a “análise das narrativas” de caráter contínuo e aberto, na busca de compreender as experiências relatadas e dar forma pública a esse conhecimento construído no diálogo/conversação com as narrativas dos sujeitos interlocutores. Foi realizada uma entrevista aberta que possibilitasse aos sujeitos falar sobre sua experiência em dadas condições.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas, o pesquisador foi ao campo convidar equipes de saúde na identificação dos sujeitos da pesquisa. O corpus contou com amostra intencional previamente selecionada pela equipe de saúde tendo em vista as especificidades clínicas – pacientes inseridos em programa de cuidados paliativos, além de trazerem em seu discurso conteúdos que falassem de sua experiência espiritual/religiosa. Cinco sujeitos colaboradores, sendo um do sexo masculino e quatro do sexo feminino, todos acometidos por doença oncológica, submetidos a tratamentos curativos anteriores sem êxito na regressão do curso evolutivo da doença de base, se disponibilizaram voluntariamente a participar, após o convite e esclarecimento quanto aos riscos, benefícios e objetivos da pesquisa. Em sua grande maioria, população de baixa renda e escolaridade, exceto por um sujeito com formação acadêmica superior. Apenas um dos sujeitos era acompanhado em seu domicílio.

Por tratar-se de população de vulnerabilidade física e emocional devido à sua condição de saúde, e dado o caráter clínico-interventivo da pesquisa, optou-se por

não utilizar roteiros, questionários ou perguntas disparadoras para que a colheita dos dados acontecesse, a fim de resguardar os sujeitos colaboradores e não mobilizá-los em demasia. Assim, a questão esteve presente por todo o tempo como norteadora das intervenções. Optou-se, então, pelo acolhimento das demandas trazidas durante o encontro uma vez a população interrogada estava dentro de critérios previamente selecionados, convidando-a a falar sobre sua experiência de vida no momento atual.

Na verdade a colheita dos dados não se diferenciou em muito de um acompanhamento psicológico realizado habitualmente em ambiente hospitalar afora pelo fato de contar com a utilização de gravador para registrar o que era trazido ao encontro. O entrevistador esteve todo o tempo com postura de abertura para acolher e intervir a partir do que surgiu no momento em que temáticas foram trazidas ao atendimento.

Os dados foram trabalhados e analisados segundo os passos da Analítica do Sentido, propostos por Critelli (2007) que buscam apresentar o modo como a compreensão/interpretação acontece.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao entrar em contato com as narrativas, agora já apresentadas em formato de texto escrito, o pesquisador percebeu proximidades entre temáticas relatadas. Na tentativa de sistematizar o trabalho interpretativo, agrupou essas temáticas, sabendo que tal agrupamento já se apresentava como uma possibilidade compreensiva/interpretativa. Todos os nomes foram substituídos de modo a preservar a confidencialidade dos sujeitos colaboradores.

Iniciam falando sobre a experiência de estar acometido pelo câncer e em palição, conforme observado em suas falas:

É um momento que se você for deixar a depressão tomar conta de você, eu já tinha morrido há muito tempo atrás porque o meu cálice não é doce, é muito amargo. (...) Eu, pela misericórdia de Deus, estava me deixando abater muito, mas no momento em que Deus colocou, primeiramente vocês no meu caminho, eu estou vendo um futuro melhor, né? (Sandra, 51 anos)

O Câncer é uma sentença de morte, escrita e assinada. Se você se deixar levar por ela você vai. Se você encarar, batalhar e dizer para ela: ó cara, eu sou mais forte! Fica na tua. Ela fica. É isso que tem que fazer. Eu acho o câncer uma coisa muito benéfica na verdade. Ele vem pra lhe mostrar muita coisa. (Maria, 59 anos)

Saunders, Baines e Dunlop (2003) indicam que apesar das oscilações presentes no curso do processo de adoecimento, a dor só é insuportável quando não cuidada. Nessa mesma direção, as considerações de Frankl (2008), podem ajudar a compreender as experiências relatadas ao afirmar que o sofrimento humano só é intolerável quando não tem sentido.

Como então nossos sujeitos interlocutores encontram sentido na experiência em que estão vivendo? Com o diagnóstico de câncer e em situação de cuidados paliativos,

como experienciam este momento em suas vidas? O modo como Joana encara o sofrimento, carregado de um sentido apresenta aproximações com a forma como Genaro apreende a experiência. Para ambos o sofrimento foi o canal de submissão à vontade de Deus e possibilidade de aproximação a Ele.

(...) O que Ele (Deus) vê é a minha força. A minha força de viver, a minha vontade, e porque eu acredito que eu estou aqui por alguma finalidade, entendeu? Também sabemos que todos nós vamos um dia, certo? Mas o meu momento não é hoje não, não é agora não. De jeito nenhum! Eu creio e vejo que eu ainda tenho muito o que fazer na Terra, aí tudo é permissão dEle. (Genaro, 51 anos)

(...) Quando a gente não vem no amor a gente vem na dor, e eu acredito que foi o meu caso, entendeu? Eu não vim no amor, eu vim na dor. (Joana, 46 anos)

Eu já estava com vontade de ser evangélico. Aí veio a doença e eu entrei mais profundo. Pra me apegar com Jesus, pois é isso que Ele quer. Quando não vem na alegria, vem na tristeza. (...) Já gostando, mas a doença foi quem fez com que eu me apegasse mais e eu estou feliz por isso. Mesmo passando essa tribulação, mas eu estou feliz porque isso acontece na vida da pessoa. (Genaro, 51 anos)

Mais uma vez recorreremos à compreensão apresentada por autores que trabalham esta temática na tentativa de abrir outras possibilidades para compreender a experiência de Joana e Genaro. Desse modo, recorreremos a Pompeia e Sapienza (2011) quando indicam:

Em certas situações a dor ganha características diferentes quando é preenchida pela presença de um sentido. Torna-se maior a força de alguém para resistir a uma dor inevitável quando o ter de suportá-la é condição para que algo importante, muito significativo, se mantenha ou seja alcançado. (p. 85).

Da mesma forma que a experiência espiritual/religiosa foi percebida como fortalecedora, percebeu-se em algumas falas, alguns relatos nos levam a questionar os efeitos da conversão religiosa. Será que a tradição judaico-cristã ao enfatizar o sentimento de débito e culpa permanentes diante de um Deus bondoso, mas também pronto em punir os que não obedecem a seus preceitos, realçariam os sentimentos de culpa e a punição pelo pecado? Parece ser esta a compreensão de Silvana e, mais explicitamente Sandra, quando fala que seu corpo foi quebrando por causa de seu pecado:

Tem hora que a gente faz coisa que não deve, mas não pode. Enquanto você for obediente a você mesmo, não tá fazendo nada de errado, você é obediente a você e a Deus aí você vai se sentir como? Com Deus! (Silvana, 70 anos)

Ô filha, se a gente for falar mesmo, a meu ver, a gente vai dizer que é o pecado da gente. A gente pecou tanto que foi quebrando os pedacinhos. (Sandra, 51 anos)

Apesar da culpa e do pecado como herança da religião judaico-cristã, Sandra, Genaro, Silvana e Joana falam da esperança na cura, mesmo cientes de sua condição atual. Desse modo o mesmo Deus que pune, pode também ser o fundamento da esperança, esperança de cura atingida pela força e poder de Deus.

A Bíblia diz assim, quando os homens dizem assim: não tem mais jeito aí Deus diz

assim: Cheguei, tem jeito! Porque Ele é o último a chegar e a última palavra é de Deus. Uma enfermidade dessas, na Terra, é muito grande, é terrível! Mas Jesus é maior que essa enfermidade. (...) Ele vai me dar saúde, que Ele vai me pôr de pé. (Sandra, 51 anos)

Estou querendo, e como eu tenho muita fé em Deus eu não tenho dúvida nenhuma que eu vou sair daqui bom para ir para a minha casa no interior tomar conta da minha família: Jesus, eu, Deus e eles. Olhe... (Genaro, 51 anos)

Nem eu nem os médicos, só quem sabe é Deus. Comecei desde o ano passado sofrendo é por isso que eu digo que nem eu nem o doutor, só quem sabe é Ele. Jesus é quem sabe. Eu não sei de nada. Sei que Ele vai me curar dessa doença. Também não sei de onde veio ela, mas Ele sabe, Ele sabe. (...) Espero ficar boa. (...) Pode não ter cura para eles, mas para Deus tem. O que eu vou fazer? Esperar. (Silvana, 70 anos)

Eu creio que Jesus pode me dar um coração novo, rins novos. Ele pode colocar tudo no lugar. Só Ele que tem o direito de tirar a vida e devolver ela de volta, entendesse? Uma cura, justamente! Uma cura! Tudo Ele pode, Ele pode! Eu não posso nada. Ninguém pode nada, mas Ele pode tudo. A fé e a força de viver que eu tenho no meu Deus é essa. Que eu creio que Ele pode fazer tudo isso por mim, não só por mim, mas por todo paciente que estiver aqui basta a gente ter fé e crer. (Joana, 46 anos)

Mesmo que em alguns momentos a fé possa ter sido apresentada como forma de apego a crenças que auxiliasse a fugir ou melhor suportar a tão real condição de finitude, Sandra, Genaro, Silvana e Joana expressaram mudanças no modo de viver e lidar com o mundo após a conversão religiosa. Nesse sentido, Teixeira (2005), aponta para outra compreensão, ao indicar que:

A autêntica experiência mística jamais é fuga do mundo ou desprezo das realidades criadas, mas é fonte de fecundidade moral. O que ela provoca é uma abertura única para a diversidade presente no real, e a consciência de sua integração no mistério da unidade de Deus. (p.26).

Tal possibilidade de modificação existencial é também ressaltada por Sodré (2010), ao indicar que embora inegável o reconhecimento de que a experiência religiosa traz em seu bojo todo o arcabouço religioso e culturalmente constituído, as motivações religiosas “podem se tornar grandes propulsoras de ações e transformações pessoais e sociais” (2010, p.256).

Ainda recorrendo às ideias de Teixeira (2005), a conversão de coração é considerada como indispensável para a realização espiritual. Diz ainda que a conversão é o processo pelo qual é possível a reorganização da vida e descentramento do sujeito a caminho de uma busca de união e purificação com Deus ou mistério sem nome através de uma convocação a novos modos de ser que solicitam mudanças de conduta e posicionamentos consigo e com o mundo. Nessa mesma direção, Rubens (2008), acrescenta:

O ato de crer não pode nutrir-se apenas de um ‘antes’ (tradição), nem legitimar-se a partir de um ‘acima’ (hierarquia). Longe de ser um aspecto conjuntural, isso nos revela uma realidade essencial e constitutiva do próprio crer: a fé é um dom gratuito de Deus, mas nunca é adquirida uma vez por todas. Ao contrário, supõe

um processo de recepção *por nós* e um desenvolvimento *em nós*, no coração de nossas experiências pessoais e de nossa história humana comum. Por conseguinte, dar conta de nossa fé, diante de nós mesmos e de quem quer que seja, só é possível a partir da experiência de Deus que nos toca viver. Somos pois obrigados, em muitas ocasiões e em diversos momentos de nossa vida, a transformar os antigos fundamentos de nossa fé em um novo 'canteiro de obras'.(pp. 28-29).

Voltando para o diálogo com as narrativas, percebemos que tal experiência é relatada por Maria ao afirmar que Deus está consigo ajudando a lidar com a vida. Para além desse reconhecimento, aponta para relação em que Deus não aparece numa condição de superioridade perante ela, mas consigo e a seu serviço. O Deus de Maria não está encapsulado numa perspectiva distante e soberana, mas é alguém que caminha a seu lado e a transforma em alguém melhor.

O princípio é simples, né? É que Deus está em você, com você e para você. A partir do momento em que você tem isso, você quer ser sempre melhor, não é? Em tudo! Então, muito amor no que você faz, muita atenção, cuidado... com você, com os outros, com o que você fala, com o que você diz, como você diz. (Tem ajudado) A lidar com tudo. Com tudo, com o equilíbrio geral da pessoa. (Maria, 59 anos)

Outra temática importante que apareceu nos relatos foi a referência a uma vivência religiosa comunitária, com a ressalva de que a busca e o desenvolvimento da espiritualidade, nesse momento de suas vidas, tem acontecido independente da possibilidade de frequentar algum templo religioso, mas através da oração. Independente da fé professada, a oração é apontada como o mais proeminente meio de comunicação do homem com o divino. É a oração que possibilita o estabelecimento de um "contato" com o ser superior e a busca de respostas e fortalecimentos, sobretudo em situações de grave enfermidade, que podem trazer sustentação espiritual e emocional para lidar com situações de estresse.

A prática da oração, assim como os impactos da espiritualidade e experiência religiosa, vem sendo apontados em inúmeras pesquisas e trabalhos na esfera mundial ratificando os impactos das crenças espirituais à saúde. Nesse sentido, estudos americanos também apontam a prática da oração como importante no processo de cuidado integrativo ao paciente gravemente enfermo agregando maior esperança e fortalecimento, menor ansiedade, melhor sensação de bem-estar e consequente, aumento da imunidade (DOSSEY, 2008; SAVIOLI, 2008).

Diante de tais resultados, os profissionais de saúde são impelidos a debruçar-se à questão. Terapêuticas integrativas em que a espiritualidade encontra espaço de acolhimento e manifestação vem de forma crescente sendo valorizadas quando os objetivos da intervenção voltam-se à qualidade de vida e oferta de bem-estar para o sujeito que sofre. Como bem mostra Berman (2011):

Existem estudos comprovando que a fé tem efeitos positivos na saúde das pessoas. Esses pacientes se sentem mais otimistas em relação ao sucesso dos tratamentos convencionais e, assim, além de se cuidarem mais, eles colaboram mais com os médicos. Mas não existe cura espiritual. Eu acredito em uma abordagem integrada. O objetivo é sempre usar o melhor da medicina convencional e o melhor da medicina complementar em defesa do doente. Se um paciente com câncer precisa

de quimioterapia, é inevitável que se submeta ao bombardeio medicamentoso e enfrente seus terríveis efeitos colaterais. Não tem jeito. No entanto, se ele se sente bem rezando, meditando ou fazendo tai chi chuan, essas práticas devem ser incorporadas à terapia. (p. 86).

Embora partindo de perspectivas diferentes em relação à crença de Deus e da fé, Maria mesmo quando internada em clínica para tratamento de sua doença, faz referências às práticas de meditação como realinhamento do corpo com o espírito. Assim, podemos compreender que para Maria a meditação possibilita um modo de orar, mesmo distante da comunidade Siddha Yoga a que pertence.

Existe uma meditação que é da clínica, né? E a gente mais ou menos segue, segue com oração, segue com mantras, segue como você quiser seguir e era mais ou menos assim. (...) Eu não tenho a prática da meditação em si, mas eu tenho uma guru que é indiana e, assim, tem os mantras, tem as coisas que a gente repete. É uma doutrina extremamente alinhada com ela e com a linha que ela prega. Pra mim foi muito mais fácil. (Maria, 59 anos)

Percebemos que outra temática vai se insinuando relacionada ao controle da vida e da doença. Diferentemente de Maria, quatro dos colaboradores atribuem a Deus o controle sobre suas vidas, incluindo a doença. Já para Maria, Deus está consigo e para si, ressaltando que o controle da situação sob a que está submetida está com ela.

Eu estou viva confiando no meu Deus. Ele é um Deus vivo! Ele é o dono da vida! A minha vida está na palma das mãos dEle, não carece nem de dizer da dos outros, a minha vida está na palma das mãos de Deus. (Sandra, 51 anos)

Os poderes de Deus, é, são inexplicáveis. São segredos. Então você percebe aos poucos porque Deus trabalha do jeito dEle, é Ele que quer, da forma dEle então a gente não tem como explicar essa situação porque Ele é o dono de tudo, Ele comanda tudo e as pessoas vão vendo aos poucos e está tudo sob seu controle. (...), o problema aí é se apegar a Deus, orando, com fé e acreditando nEle. (...) Porque para Deus nada é impossível, nada. (Genaro, 51 anos)

(...) Porque a gente não faz nada sem Deus não. Só com Ele, não é não? Tu vai fazer as coisas sem Deus? Tu não vais, tem que ter Deus. Ele ensina a resolver tudo. Quando você pensa que vai resolver, já está resolvido aí você vai logo ouvir: Foi Jesus. (Silvana, 70 anos)

Deus me deixou bem à vontade, bem à vontade para depois me mostrar que é Ele quem tem o poder de tudo, de tudo. (Joana, 46 anos)

(...) Deus está em você, com você e para você. (...) Chega uma pessoa muito católica lá (na clínica) se espanta ou de outras igrejas. Coitada, daqui que, precisa de um tempo para mudar a cabeça, para poder sentir que você é quem está no comando. (Maria, 59 anos)

Independente do modo como Deus é compreendido e a quem o controle é atribuído, em todas as situações, os colaboradores falam que a experiência espiritual no momento de vida tem sido benfazeja. Sandra fala que o sofrimento com Deus tem sido menos pesado, Genaro de sua felicidade por saber-se nas mãos de Deus. Silvana da alegria que sente ao pensar em Deus. Joana da atribuição de força que vem dEle.

Há autores que se referem a Deus como uma representação socialmente

construída pela cultura. Nesse sentido, Aletti (2004) diz que a representação mental de Deus para alguns pode se apresentar de acordo com a figuração consciente de cada sujeito, para outros é idealizado a partir da identificação do Deus de uma tradição cultural específica ou ainda do Deus da Teologia e das religiões. No entanto, o autor diz ainda que mais importante que a transformação por Deus operada em si, é a compreensão de busca por essa relação “impregnada de desejo com o qual o homem se lança em direção a uma realidade pela qual se sente interpelado” (ALETTI, 2004, p. 32).

A busca e apego ao sagrado é um convite à auto transcendência de si e de modos-de-ser-no-mundo cotidiano. A atribuição de força e fé no indizível, impalpável e invisível também foi relatado pelos sujeitos colaboradores. Sandra fala que embora não seja visível, o agir de Deus é mensurável nesse momento através do cuidado que a equipe a tem oferecido. Silvana compartilha dessa ideia reforçando, porém, que a maneira como Deus se manifesta para ela é através da oração.

Portanto, embora não seja visível, o sentimento da presença e ação de Deus é relatado, de modos diferentes, por todos os colaboradores. Importa ainda ressaltar que a espiritualidade pode apresentar-se através da prática de uma experiência religiosa, e assim lançar possibilidades de ser manifesta e acolhida socialmente.

Retomando a temática da experiência religiosa em comunidade, os sujeitos colaboradores trouxeram que a vivência da religiosidade em uma comunidade também tem sido de grande importância durante todo o processo de adoecimento. Porém mais que apoio e acolhimento, a religião possibilita a instituição de modos-de-ser que facilitam uma inserção em meio acolhedor. Cabe aqui chamar atenção para a importância do sentimento de pertença a um grupo. A experiência comunitária da religiosidade também aponta para modos de ser-no-mundo que conduzirão não apenas o modo de ser em vida, mas talvez tentativas de assegurar a salvação após a morte. Assim, Sandra sinaliza que não basta “aceitar Jesus” para garantir a vida eterna, mas é preciso fazer parte do “povo escolhido”.

Importante ressaltar que dogmas doutrinários da religião instituída exercerão influência no modo como o homem vai relacionar-se tanto com a vida e o mundo quanto com crenças de pós-morte. Assim, Sandra traz em sua narrativa o que imagina encontrar quando de sua morte, encarando-a não como castigo, mas como possibilidade de encontrar-se com Deus. Já para Maria podemos compreender sua experiência como antecipação da morte, como possibilidade de emergência de outros “sentidos” para a existência, consoante à temporalidade presente no pensamento heideggeriano.

A morte dá um sentido muito especial à vida, né? Eu acho que se você consegue vê-la como a gente está vendo aqui, como uma amiga, que eu vejo, então eu acho, você melhora em tudo. Eu fico muito mais alegre, muito mais feliz, muito mais condescendente, menos armada para o mundo. (Maria, 59 anos)

Assim, chegamos ao final de um trajeto, inconclusivo, já que outras possibilidades

compreensivas poderão emergir em outro momento e mesmo através de outros pesquisadores. Acreditamos ter conseguido ir construindo uma compreensão/ interpretação dos textos/narrativas, com os quais fomos afetados na tentativa de responder à questão que norteou nossa pesquisa: como a experiência de espiritualidade pode ser compreendida em pacientes na condição de cuidados paliativos. Transitamos por diversas temáticas e encontramos ressonâncias entre experiências apesar de cada um guardar uma singularidade própria a cada existir humano.

4 | CONCLUSÕES

Na tentativa de construir uma conclusão inconclusiva, podemos lançar mão da metáfora do tecelão. Fomos, junto com nossos interlocutores, tentando tecer a experiência de espiritualidade vivenciada diante da situação de finitude. Fomos afetados, sofremos juntos, acompanhamos a elaboração que cada um pode fazer a partir de suas referências existenciais e, por que não, espirituais. Concomitantemente, nossas compreensões se entrelaçaram, e o tecido foi sendo composto, através da fusão de nossos horizontes existenciais em diálogo.

Nessa ação, a experiência de espiritualidade, manifesta ou não pela religiosidade, é compreendida como possibilitando serenidade e tranquilidade ao paciente, para lidar e enfrentar as dificuldades e demandas solicitadas na condição de cuidados paliativos.

Quer cognitivamente como fuga e resistência ao lidar com o terror ante a iminência do morrer, quer através da conversão de corações impulsionados a ações e transformações de modos-de-ser-no-mundo pela vivência religiosa, a experiência espiritual na condição de cuidados paliativos, foi relatada como benéfica e fortalecedora, assegurando uma vivência mais tranquila e segura diante da situação de morte iminente.

Diante de tais considerações, podemos indicar a importância da equipe de saúde compreender a necessidade de assumir uma disposição afetiva de abertura e acolhimento às demandas e solicitações do paciente, mesmo àquelas que apontem para solicitações de acolher a dor total que se encontra para além da dor física, contemplando as dimensões psicológicas, sociais e espirituais presentes no existir humano. Paralelamente, podemos perceber a necessidade que a atitude de acolhimento da equipe de saúde pode dar passagem para falas e até gritos que precisam ser escutados e não somente ouvidos no cenário do cuidado no ambiente hospitalar.

REFERÊNCIAS

ALETTI, Mário. A representação de Deus como objeto transicional ilusório: perspectivas e problemas de um novo modelo. In: PAIVA, Geraldo. José.; ZANGARI, Wellington. (Orgs.). **A representação na religião: perspectivas psicológicas**. São Paulo, SP: Loyola, 2004, p. 19-50.

BERMAN, B. O melhor para o paciente. **Revista Veja**, São Paulo, 21 de setembro 2011, n. 86. Entrevista concedida a Alexandre Salvador.

CRITELLI, Dulce. Mára. **Análítica do Sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica**. São Paulo, SP: Brasiliense, 2007.

DOSSEY, Larry. Healing research: what we know and don't know. **EXPLORE**, November/December, Vol. 4, No. 6, 2008.

FIGUEIREDO, Maria das Graças Mota Cruz de Assis.; FIGUEIREDO, Marco Túlio de Assis. Cuidados paliativos. In: SANTOS, Franklin. Santana.; INCONTRI, Dora. (Orgs.). **A arte de morrer: visões plurais**. Volume um. Bragança Paulista, SP: Comenius, 2009, p. 196-206.

FRANKL, Viktor. Emil. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/18469-expectativa-de-vida-do-brasileiro-sobe-para-75-8-anos> 2017. Acesso em: 20 fevereiro.2019.

POMPEIA, João Augusto.; SAPIENZA, Bilê Tatit. **Os dois nascimentos do homem: escritos sobre terapia e educação na era da técnica**. Rio de Janeiro, RJ: Via Verita, 2011.

RUBENS, Pedro. **O rosto plural da fé: da ambiguidade religiosa ao discernimento do crer**. São Paulo, SP: Loyola: Universidade Católica de Pernambuco, 2008.

SANTOS, Franklin Santana. **Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo, SP: Atheneu, 2009.

SAPORETTI, Luís Alberto. Espiritualidade em cuidados paliativos. In: SANTOS, Franklin Santana. (Org.) **Cuidados paliativos: discutindo a vida a morte e o morrer**. São Paulo, SP: Atheneu, 2009, p. 269-281.

SAUNDERS, Cicely.; BAINES, Mary.; DUNLOP, Robert. **Living with dying: a guide to palliative care**. New York, NY: Oxford University Press, 2003.

SAVIOLI, Roque Marcos. Oração e cura: fato ou fantasia? In: PESSINI, Léo.; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. (Orgs.). **Buscar sentido e plenitude de vida: bioética, saúde e espiritualidade**. São Paulo, SP: Paulinas, 2008, p. 125-141.

SCHWANDT, Thomas. A. Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa: interpretativismo, hermenêutica e construcionismo social. In: DENZIN, Norman. K.; LINCOLN, Yvonna. S. (Orgs.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2006, p. 193-217.

SODRÉ, Olga. A odisséia terapêutica e o sentido religioso. In: SANTOS, Franklin Santana. (Org.) **A arte de cuidar: saúde, espiritualidade e educação**. Bragança Paulista, SP: Comenius, 2010, p. 246-263.

TEIXEIRA, Faustino. O potencial libertador da espiritualidade e da experiência religiosa. In: AMATUZZI, Mauro Martins. (Org.) **Psicologia e espiritualidade**. São Paulo, SP: Paulus, 2005, p. 13-47.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative care**. Recuperado em: http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_palliative/en/, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National Cancer control Programmes: Policies and managerial guidelines**. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. World Health Organization, (2007). Palliative care. Recuperado em: http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_palliative/en/

O PAPEL DO PSICÓLOGO NO ATENDIMENTO AO PACIENTE, FAMÍLIA E EQUIPE DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NO PIAUÍ

Jonathan Ruan de Castro Silva

Universidade Estadual do Piauí

Teresina – PI

Priscila Souza Rocha

Universidade Estadual do Piauí

Teresina – PI

Eldana Fontenele de Brito

Universidade Estadual do Piauí

Teresina – PI

RESUMO: A internação em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é considerada um momento crítico no curso de hospitalização de uma pessoa, pois envolve o agravamento do quadro clínico e a necessidade de um suporte intensivo. Diante deste ambiente, a atuação do psicólogo é fundamental para o acolhimento à pessoa em seu processo de adoecimento, aos familiares e profissionais envolvidos no cuidado. O trabalho realizado na residência multiprofissional em terapia intensiva do adulto em um hospital público no Piauí tem proporcionado experiências enriquecedoras no tocante ao papel do psicólogo neste serviço. Esse relato objetiva descrever a atuação de psicólogos residentes na UTI de um hospital público de alta complexidade. Para tanto, foram consultados todos os registros das atividades diárias dos residentes. Neste

documento é apresentada a rotina de trabalho e as intervenções realizadas durante os atendimentos. Observou-se então que o papel da Psicologia no acolhimento e intervenção aos pacientes nesta UTI, assim com o trabalho junto aos familiares e equipe, minimizou os fatores estressores deste ambiente; proporcionou um espaço de escuta importante para a validação das emoções vivenciadas e a externalização dos sentimentos; e funcionou como um suporte para equipe no momento de comunicações difíceis. Com isto, concluiu-se que toda esta experiência tem validado a importância do papel do psicólogo na UTI, como também nos ambientes de atenção à saúde pública em geral, onde o mesmo tem conquistado espaços de atuação e discussão no cuidado humanizado aos usuários e equipe.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia, Terapia Intensiva, Residência Multiprofissional.

THE ROLE OF THE PSYCHOLOGIST IN THE CARE OF THE PATIENT, FAMILY AND STAFF OF AN INTENSIVE CARE UNIT IN PIAUÍ

ABSTRACT: The hospitalization in an Intensive Care Unit (ICU) is considered a critical moment in the course of hospitalization of a person, since it involves the worsening of the clinical picture and the need for an intensive support.

Given this environment, the psychologist's performance is fundamental for welcoming the person in their process of illness, to the relatives and professionals involved in the care. The work carried out at multiprofessional intensive care adult residences in a public hospital in Piauí has provided enriching experiences regarding the role of the psychologist in this service. This report aims to describe the performance of psychologist's resident in the ICU of a high complexity public hospital. For this purpose, all records of the residents' daily activities were consulted. This document presents the work routine and the interventions performed during the visits. It was observed that the role of Psychology in the reception and intervention to patients in this ICU, as well as the work with the family and team, minimized the stressors of this environment; provided an important listening space for the validation of the emotions experienced and the externalization of feelings; and functioned as a team support at the time of difficult communications. With this, it was concluded that all this experience has validated the importance of the role of the psychologist in the ICU, as well as in the environments of public health care in general, where it has gained spaces of action and discussion in the humanized care to users and staff.

KEYWORDS: Psychology, Intensive Care, Multiprofessional Residence.

1 | INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) surgiu nos anos 50 nos Estados Unidos com o objetivo de atender pacientes em risco de vida, mas com grande possibilidade de melhora do quadro clínico. Este tipo de serviço passa a existir no Brasil a partir da década de 1960 em hospitais de grande porte da região sul e sudeste do país. A UTI surge e se mantém, até os dias atuais, com o propósito de: receber doentes mais graves com possibilidade de recuperação; dispor de um aparelhamento técnico mais sofisticado e de alto custo; e de uma equipe com conhecimentos específicos sobre os equipamentos e os cuidados destinados aos pacientes que necessitam de intervenções intensivas (ARAÚJO; LEITÃO, 2013).

Deste modo, entende-se que a UTI dispõe de um trabalho mais rápido capaz de se tornar um ambiente que propicia ansiedade e o medo de morte iminente, assim tornando possível a influência de demandas emocionais no processo de hospitalização do paciente e para seus familiares e/ou acompanhantes. Para a equipe o desgaste vem com o sentimento de impotência, a cobrança por resolutividade, o estresse do ambiente de trabalho e conflitos interpessoais (ARAÚJO; LEITÃO, 2013; SEBASTIANI, 2010).

Diante deste cenário, surge a figura do psicólogo como o profissional habilitado para escutar e observar todos os aspectos ligados ao adoecer, respeitando os temores, crenças, fragilidades e estratégias de enfrentamento do paciente e de sua família, como também dispondo suporte psicológico à equipe. Algumas UTIs contam com o serviço do psicólogo, pois compreendem que seu papel se torna importante para evidenciar a

dinâmica familiar e social do paciente e enxergá-lo para além da doença. Este tipo de cuidado tende a ajudá-lo no processo de recuperação da saúde (MOREIRA; MARTINS; CASTRO, 2012).

O psicólogo intervém através da livre expressão dos sentimentos, medos e desejos do paciente, proporcionando-lhe uma elaboração do processo de adoecimento. Seu trabalho envolve psicoterapia breve de apoio, avaliação psicológica, atendimento de suporte, grupos terapêuticos e treinamento com a equipe. Portanto, atuar diante do sofrimento psíquico decorrente de tratamentos invasivos, e com isto, promover qualidade na assistência ao paciente, constitui um exemplo de situação que requer conhecimentos da Psicologia Intensiva (GUSMÃO, 2012).

As residências multiprofissionais, especificamente, em terapia intensiva, têm proporcionado à Psicologia um contato maior com o campo de trabalho supracitado e no avanço das conquistas profissionais neste serviço. Visto que, a inserção do residente multiprofissional às equipes de saúde tem potencializado o desenvolvimento de um cuidado integral, do trabalho em equipe mais efetivo, no manejo de novas alternativas terapêuticas e no compromisso e responsabilidade com o usuário e com a instituição (CUNHA; VIEIRA; ROQUETE, 2013).

Deste modo, o presente estudo trata-se de um relato de experiência que objetivou descrever a atuação de psicólogos residentes na UTI de um hospital público de grande porte no Piauí. Justifica-se pela importância de contribuir no conhecimento acerca do trabalho do psicólogo junto ao paciente, à família e a equipe em uma UTI, assim somando com discussões esclarecedoras sobre esta temática.

2 | MÉTODO

Este artigo caracteriza-se como um relato de experiência baseado no registro das atividades diárias dos psicólogos residentes em terapia intensiva do adulto. Refere-se a um olhar qualitativo, que abordou a problemática desenhada a partir de métodos descritivos e observacionais.

Os profissionais que compõe a residência multiprofissional em terapia intensiva do adulto são de três áreas da saúde: enfermagem, fisioterapia e psicologia. Neste relato será descrita a atuação do psicólogo, apresentando ações e situações vivenciadas no âmbito profissional e de interesse científico.

O local de trabalho dos residentes é um hospital de alta complexidade cuja UTI dispõe de 20 (vinte) leitos e equipamentos necessários para seu funcionamento, além de uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudióloga, auxiliares administrativos e de serviços gerais.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O trabalho de cada psicólogo residente se inicia com a leitura dos prontuários e anotações dos dados gerais e do quadro clínico de cada paciente internado. Após isto, o psicólogo se dirige ao leito realizando acolhimento e escuta qualificada sobre a história de vida do paciente, sua percepção em relação ao seu processo de adoecimento, faz avaliação do seu estado psíquico e das estratégias de enfrentamento que estão sendo desenvolvidas.

Haberkorn (2004) pontua que a UTI em si pode ser considerada um fator de predisposição ao desenvolvimento de quadros clínicos psiquiátricos, por isso a importância de integrar informações a respeito das funções psíquicas do paciente, como nível de consciência, memória, atenção, sensopercepção, volição, orientação. Assim como seu histórico de adoecimento e condições de saúde.

Todos estes dados são registrados em uma ficha de admissão psicológica eletrônica que é posteriormente impressa e devidamente assinada pela psicóloga efetiva do hospital e o psicólogo residente responsável pelo atendimento. Logo após, segue anexada junto ao prontuário do paciente.

Dentro desta rotina há um horário reservado para o estudo e pesquisa de termos e procedimentos que são comuns da área da enfermagem, fisioterapia e/ou medicina, para que o psicólogo possa compreender o quadro clínico geral do paciente. É possível também levantar discussão sobre casos clínicos com os residentes das demais áreas facilitando a compreensão e o trabalho em equipe. Pois, toda ação em construir um sistema de saúde eficiente exige uma prática ampliada, crítica e reflexiva (MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2013).

É papel do psicólogo acompanhar os familiares durante a visita ao paciente. Realiza-se escuta qualificada com o objetivo de acolher e conhecer a dinâmica familiar do paciente. O profissional dirige-se leito a leito durante a visita, porém respeitando o tempo e a privacidade daquela hora. Consistindo neste momento em uma intervenção mais observacional e de apoio.

Haberkorn (2004) afirma que o atendimento com a família faz parte do importante trabalho do psicólogo na UTI, pois se entende que este cuidado é capaz de minimizar fatores estressores e depressivos diante do enfrentamento da doença do seu familiar e o anseio de melhora ou medo de perda.

Neste sentido, é realizado um grupo de apoio aos familiares após a visita que acontece duas vezes por semana no serviço. O intuito é estender um espaço de acolhimento e informação à família. Visto que, a vivência grupal com os familiares, segundo Rosa (2005), permite o aprendizado de novos comportamentos, partindo do compartilhamento de seus problemas e de sua aceitação, sendo uma excelente ferramenta terapêutica para fortalecer a família nesse momento.

No grupo também são trabalhadas temáticas de caráter informativo como: a higienização correta das mãos, diretos e deveres do acompanhante, metas de

segurança do paciente, esclarecimentos sobre os cuidados da enfermagem e da fisioterapia, contanto com a presença dos respectivos profissionais.

Sempre ao final do plantão, há o acompanhamento junto ao familiar no boletim médico onde são repassadas notícias sobre o estado de saúde e prognóstico do paciente. Neste momento o psicólogo residente intervém dando suporte ao médico na comunicação de notícias ruins ou reservadas que mobilizam emocionalmente a família. Outrora, o suporte é direcionado a equipe de funcionários em geral no sentido de mediar conflitos entre eles e os familiares.

De acordo com Sebastiani (2010), os profissionais da saúde, em algumas situações, não conseguem conter sentimentos e pensamentos ambivalentes de onipotência e impotência diante do contexto de agravamento do quadro clínico do paciente. Torna-se difícil lidar com as expectativas dos familiares, com as condições de trabalho, carga horária e o esgotamento físico e mental.

Com todo este trabalho desenvolvido e o feedback de alguns profissionais do serviço, foi possível apontar a contribuição da Psicologia nesta UTI que se reflete em um ambiente mais acolhedor. Ao passo que, fomenta-se também a importância desta residência multiprofissional para a formação de psicólogos mais qualificados nesta área e conhecedores dos desafios e das possibilidades de intervenção e transformação.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A internação em uma unidade de terapia intensiva (UTI) ainda é considerada uma experiência repleta de desconhecimento, fantasias, perdas ou garantia de vida que mobilizam sentimentos no paciente e em seus familiares e que afetam a dinâmica da equipe de trabalho cujo objetivo é resgatar a saúde. O psicólogo pode contribuir de forma a tornar suportável esta experiência.

Ao abordar esta temática pretendeu-se com este relato pontuar conceitos e procedimentos da Psicologia em uma UTI, através da vivência do psicólogo residente em um hospital público no Piauí. Esta oportunidade tem proporcionado uma ampliação das práticas profissionais em serviços que tempos atrás era de total desconhecimento sobre sua atuação, portanto uma nova forma de produzir cuidados fora do setting clínico e com uma nova abordagem.

Com isto, observou-se também que este desconhecimento gerou desafios iniciais na inserção do psicólogo nesta UTI. Somam-se a eles, a resistência da equipe às mudanças, a implementação da rotina do psicólogo no plantão, o desenvolvimento de habilidades necessárias para lidar com pacientes que não apresentam possibilidade de comunicação verbal, não colaborativos e com pacientes comatosos.

No entanto, a proposta da residência tem colaborado para que aos poucos todos estes desafios sejam vencidos. Portanto, sugere-se que mais pesquisas sejam produzidas e publicadas nesta área a fim de se discutir e instrumentalizar futuras

práticas.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. A.; LEITÃO, E. M. P. **A Psicologia Médica no centro de tratamento do hospital universitário Pedro Ernesto**. Revista HUPE, 12 (3): 130, Rio de Janeiro, 2013.

CUNHA Y. F. F.; VIEIRA, A.; ROQUETE F. F. **Impacto da residência multiprofissional na formação profissional em um hospital de ensino de Belo Horizonte**. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos13/15318312.pdf>. Acesso em 13 de agosto de 2018.

GUSMÃO, L. M. **Psicologia Intensiva: Nova Especialidade**. Morumbi, SP, 2012. Disponível em: <http://www.redepsi.com.br/2012/05/08/psicologia-intensiva-nova-especialidade/>. Acesso em 13 de agosto de 2018.

HABERKORN, Adriana. Atuação Psicológica na UTI. In: BRUSCATO, W. L.; BENEDETTI, C.; LOPES, S. R. A. **A Prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

MASCARENHAS, C. H. M.; PRADO, F. O.; FERNANDES, M. H. **Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p.1375-1386, out. 2013.

MOREIRA, E. K. C. B.; MARTINS, T. M.; CASTRO, M. M. **Representação social da Psicologia Hospitalar para familiares de pacientes hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva**. Revista da SBPH, vol.15 - jan/jun -, Rio de Janeiro, 2012.

ROSA, L. C. S. **A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental**. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 205-218, dez, 2005.

SEBASTIANI, Ricardo Wagner; TRUCHARTE, Fernanda Alves Rodrigues; KNIJNIK, Rosa Berger; ANGERAMI, Augusto – Camon (orgs). **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. 2. ed. Revista e ampliada. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA: ENFRENTANDO O PRECONCEITO

Fabiane de Amorim Almeida

Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert
Einstein
São Paulo, Brasil.

Ana Carolina Santiago

Hospital Israelita Albert Einstein
São Paulo, Brasil.

RESUMO: Objetivos: compreender a experiência vivenciada pelo adolescente obeso que frequenta o grupo de apoio de um ambulatório pediátrico; resgatar as dificuldades enfrentadas por ele em seu cotidiano; e identificar as estratégias utilizadas para lidar com o preconceito. Métodos: pesquisa exploratória descritiva, qualitativa, desenvolvida no Programa de Apoio na Comunidade de Paraisópolis para Adolescentes Portadores de Obesidade, no município de São Paulo. Sete adolescentes participaram de entrevista semiestruturada e o Discurso de Sujeito Coletivo (DSC) foi técnica utilizada para a análise dos discursos. Resultados: Quatro DSCs foram identificados: “Sentindo-se triste e sozinho pelo fato de ser obeso”, “Percebendo a influência da obesidade em seu cotidiano”, “Tendo que enfrentar o preconceito” e “Refletindo sobre as estratégias para lidar com a situação”. Considerações finais: No tratamento da obesidade é fundamental considerar o seu

impacto na vida do adolescente e como ele enfrenta os desafios.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do Adolescente; Preconceito; Obesidade; Enfermagem pediátrica.

OBESITY IN ADOLESCENCE: FACING PREJUDICE.

ABSTRACT: Objectives: Understand the trial experienced by obese teenager who attends the support group of a pediatric outpatient clinic; rescue the difficulties faced by him in their daily lives; and identify the strategies used to deal with prejudice. Methods: descriptive, exploratory qualitative research carried out by the Support Programme in Paraisópolis Community Adolescent Obesity carriers, in São Paulo. Seven teenagers took part in semi-structured interview and the Collective Subject Speech (DSC) was used for technical analysis. Results: Four DSCs were identified: “Feeling sad and alone because of being obese,” “Realizing the influence of obesity in their daily lives,” “Facing prejudice” and “Reflecting on strategies to deal with the situation “. Final Thoughts: In the treatment of obesity is essential to consider their impact on the adolescent’s life and how they face the challenges.

KEYWORDS: Adolescent health; Prejudice; Obesity; Pediatric nursing

1 | INTRODUÇÃO

A obesidade refere-se à condição na qual o indivíduo apresenta uma quantidade excessiva de gordura corporal e seu acúmulo no tecido adiposo é evidenciado pelo aumento do peso corporal. A vida sedentária é, hoje, reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como o inimigo público número um para a saúde populacional (BARBOSA, 2009).

Crianças e jovens entre 7 e 18 anos de idade gastam, em média, quatro horas diárias diante de televisões, computadores e videogames. A estimativa baseada em estatísticas recentes é de que, nas classes socioeconômicas C, D e E, eles realizam menos atividade física diária do que nas classes A e B (BARBOSA, 2009).

A obesidade pode resultar de um fator ou, mais frequentemente, da combinação de vários deles, sendo, portanto, uma doença de difícil tratamento. Dentre esses fatores destacam-se os genéticos, metabólicos, alimentares, psicológicos e a atividade física (BARBOSA, 2009).

Para a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), a obesidade alcançou proporções epidêmicas globais, sendo que, entre 1980 e 2008, a ocorrência mundial desse agravo de saúde quase duplicou (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

No Brasil, a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizada entre 2008/2009 aponta que uma em cada três crianças entre cinco e nove anos de idade está com peso acima do recomendado pela OMS e pelo Ministério da Saúde. Entre 10 a 19 anos, um em cada cinco jovens estão com excesso de peso (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

A obesidade é um problema de grandes proporções nos países desenvolvidos, principalmente nos Estados Unidos (OGDEN et al, 2014). Devido à essa predominância e suas graves dimensões socioeconômicas e psicológicas, esse agravo de saúde tem merecido maior atenção, considerando que o modelo de corpo magro representa a imagem ideal mais valorizada na contemporaneidade (CARVALHO; MARTINS, 2014).

Além disso, pacientes obesos referem-se ao peso como um fator agravante nas interações sociais, sofrendo discriminações que interferem nos relacionamentos sociais e afetivos, especialmente na adolescência (FERRIANI et al, 2005).

Segundo a OMS, a adolescência constitui um processo fundamentalmente biológico de vivências orgânicas, no qual se aceleram o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade. Abrange o período de 10 a 19 anos de idade completos (KOLLAR, 2013).

Esse estágio do desenvolvimento representa um período de transição entre a infância e a vida adulta. É marcado pelas transformações biológicas da puberdade e relacionado à maturidade biopsicossocial (KOLLAR, 2013).

Estas transformações são cruciais na vida dos indivíduos, caracterizando a adolescência como um período “crítico”, de definições da “identidade” sexual, profissional, de valores e, portanto, sujeito a “crises” (KOLLAR, 2013).

Nessa fase da vida, os aspectos socioculturais influenciam significativamente na formação da autoimagem corporal e ocorrência da obesidade nesta fase da vida traz repercussões significativas e de impacto para o seu futuro, devido aos distúrbios associados a ela.

Assim, tendo em vista os diferentes aspectos que interferem no controle da obesidade, especialmente durante a adolescência, e o número escasso de estudos sobre a atuação de equipes multiprofissionais na atenção primária, surgiu o interesse em investigar sobre a percepção do adolescente obeso sobre si mesmo e as dificuldades enfrentadas, dentre elas, o preconceito.

2 | OBJETIVOS

Compreender a experiência vivenciada pelo adolescente com obesidade que frequenta o grupo de apoio em um ambulatório pediátrico;

Resgatar as dificuldades enfrentadas por este adolescente em seu cotidiano devido à obesidade;

Identificar as estratégias utilizadas por ele para lidar com o preconceito.

3 | MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, desenvolvida no Programa de Apoio na Comunidade de Paraisópolis para Adolescentes Portadores de Obesidade, no município de São Paulo.

Neste serviço são atendidos, em média, 800 pacientes mensalmente, desde o nascimento até 14 anos de idade. O atendimento envolve consultas com médicos especialistas, imunização e grupos de apoio.

O estudo foi desenvolvido com sete adolescentes obesos, sendo cinco do sexo masculino. A idade variou entre 10 e 12 anos, com média de 10,4 anos, e todos possuíam o ensino fundamental incompleto.

Os adolescentes foram selecionados considerando os seguintes critérios: frequentar a instituição no período de coleta de dados, aceitar participar da pesquisa e ter autorização do seu responsável legal, que deveria assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Como se trata de estudo qualitativo, o número de participantes foi definido no decorrer da coleta dos dados, que se encerrou quando os dados foram suficientes para a compreensão da experiência desses adolescentes.

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada, realizada durante a permanência do adolescente na instituição, por ocasião do atendimento agendado. Utilizou-se um roteiro constituído por dados de identificação dos participantes e oito questões norteadoras sobre experiência destes adolescentes em

relação ao fato de serem obesos.

Os procedimentos de pesquisa respeitaram os preceitos ético-legais que envolvem as pesquisas científicas com seres humanos, segundo a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

A coleta dos dados iniciou-se após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein (CAAE nº 32882114.0.0000.0071) e autorização do gestor da unidade onde se realizou a coleta.

No primeiro contato com o adolescente, a pesquisadora explicou sobre a pesquisa e sua participação, assegurando-lhe que as informações seriam usadas exclusivamente para este estudo. Caso concordasse em participar, era apresentado o Termo de Assentimento do Menor, a ser assinado por ele.

Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica de Discurso de Sujeito Coletivo (DSC), que se caracteriza por um conjunto de procedimentos de tabulação e organização de dados discursivos provenientes de depoimentos orais ou não. Tem como fundamento a teoria da Representação Social e seus pressupostos sociológicos (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005; FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013).

Essa técnica envolve basicamente: a seleção das expressões-chave de cada discurso, que são segmentos contínuos ou descontínuos destes discursos e revelam o principal conteúdo discursivo; a identificação da ideia central (IC) de cada uma dessas expressões-chave; o agrupamento das ideias centrais semelhantes ou complementares; e as ancoragens, formando um discurso-síntese denominado discurso do sujeito coletivo (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005; FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013).

Denomina-se ancoragem, a manifestação linguística explícita de uma dada teoria, ideologia ou crença, bem como pressupostos, conceitos e hipóteses que façam parte do cotidiano do indivíduo (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005; FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013).

4 | RESULTADOS

A partir dos discursos dos adolescentes entrevistados, foram constituídos quatro discursos de sujeito coletivo (DSC), que serão apresentados a seguir. Trechos dos diferentes discursos do sujeito coletivo serão identificados com a sigla DSC, acompanhada do número arábico de 1 a 4.

4.1 Sentindo-se triste e sozinho pelo fato de ser obeso

A obesidade desencadeia diferentes sentimentos no adolescente como tristeza, por se sentir diferente dos demais em relação à aparência, e negação, por não aceitar sua própria imagem.

Sinto-me deslocado dos magros porque, às vezes, me chamam de gordo. A médica disse que estou acima do peso e que tenho sorte por ser alto. Já me chamaram de

gordo na escola e gostei mais ou menos... Acho que eles não deveriam ter falado isso... Também chamei de gordo um deles, mesmo não sendo, e ele não falou mais nada para mim... Fiquei acima do peso faz um ano. É ruim estar acima do peso, pois tem que fazer um monte de coisas para emagrecer. (DSC 1)

O isolamento é frequente entre esses jovens, que evitam relacionar-se com outras pessoas e compartilhar com elas o seu sofrimento. Assim, tornam-se cada vez mais sozinho.

Quando eu sofria preconceito, me sentia muito mal e, no caminho de casa, chorava muito... Não gostaria que ninguém me visse chorando, então eu sentava em alguma rua deserta e ficava lá até me sentir melhor. (DSC 1)

O adolescente teme compartilhar o seu sofrimento com os pais e pedir ajudar, em função das acusações feitas pela família. Também receiam pela reprovação dos amigos ao contar, para seus pais, as dificuldades enfrentadas.

Quando eu chegava em casa, ninguém sabia o que tinha acontecido... Eu ia almoçar e comia a salada, pensando que não ia adiantar nada, porque já tinha comido um monte de doces pela manhã. Acho ruim quando minha mãe me chama de gordo e peço para ela parar... Por favor... Porque fico triste. Eu não acho que estou acima do peso, mas a médica, minha irmã e minha mãe falam que estou gordo. Sinto-me cansado na hora de jogar bola... Não sei por quê. Eu acho que estou normal, pois é do jeito que me sinto bem. Tenho medo de contar o que está acontecendo (preconceito) para os meus pais, pois tenho medo dos meus amigos me zurem, por ter contado (DSC 1).

4.2 Percebendo a influência da obesidade em seu cotidiano

A obesidade interfere em diversos aspectos do cotidiano do adolescente, com destaque para as limitações impostas em relação às atividades físicas, como correr, e à alimentação, bastante restrita quanto ao tipo de alimento ingerido e os horários regulares de refeição. O bullying sofrido na escola interfere na sua assiduidade, levando-o a mudar de escola, em alguns casos.

Isto (a obesidade) interfere no meu dia a dia, pois gosto de brincar e tem (que fazer) tudo na sua hora, como a hora de comer... Sinto falta de comer o que eu quero, na hora que eu quiser. Interfere nas minhas coisas de fazer na escola, pois praticam bullying comigo. Tive que mudar de escola, porque me chamavam de gordo e baleia. Apesar disso, não deixo de fazer nada no meu dia a dia... Apenas corro menos, devido o meu sobrepeso... E por causa disso, me sinto mais cansado (DSC 2).

4.3 Tendo que enfrentar o preconceito

As situações de preconceito vivenciadas na escola são muito frequentes e marcantes para o adolescente, não se restringindo ao excesso de peso, em alguns casos, mas evidenciando-se, também, a questão racial.

Tive que mudar de escola, porque me chamavam de gordo, baleia, negro e macaco. Sentia dificuldade de aprender... Eram racistas e o fato de ser gordinho piorava. Já sofri agressão física... Os professores viam e não faziam nada. (DSC 3)

Frente a não aceitação pelo grupo de colegas, o adolescente relata dificuldade

para aprender. Os colegas de classe costumam ignorar aqueles que estão acima do peso, praticando *bullying* com frequência.

Já me senti excluído dos meus amigos magros, que não queriam mais falar comigo, por estar acima do peso. Agora, não tenho amigos... Só tinha um, que saiu da escola e que também sofria preconceito por estar acima do peso... Ele me apoiava a enfrentar estas situações. Tenho outro amigo que está acima do peso... já xingaram ele de baleia assassina... Nós estávamos brincando na quadra, quietinhos, e foi uns meninos zoarem com a gente e expulsarem a gente de lá... Ficam olhando, comentando e falando mal... Esses meninos que zoaram da gente eram da nossa sala e ninguém falou nada para eles... Nós também ficamos quietos. Já vi muitas pessoas sofrerem preconceito...(DSC 3)

Outras situações relacionadas ao preconceito citadas por eles é o uso de transporte público por obesos. As pessoas fazem comentários pejorativos e fazem chacota de pessoas que estão acima do peso, quando não conseguem passar na catraca.

Vi pessoas sofrendo preconceito no ônibus, quando não conseguem passar na catraca e o povo começa a rir da pessoa... Acho que é um preconceito perigoso, pois pode afetar os sentimentos da pessoa (DSC 3).

4.4 Refletindo sobre estratégias para lidar com a situação

Sobre as estratégias utilizadas pelo adolescente para enfrentar o preconceito, ignorar as provocações parece ser muito comum. Prefere não compartilhar seus sentimentos com outras pessoas, temendo ser mais hostilizado. Reconhece que deveria conversar com os pais sobre suas dificuldades, mas não se sente encorajado.

Para enfrentar isso (obesidade), eu fingia que não estava acontecendo nada... Nunca contei para ninguém. Minha mãe descobriu, porque tive que mudar de escola... na reunião de pais. Eu deveria contar pra minha mãe o que estava acontecendo... E quando começassem a me xingar, eu ignorasse... Mas não tenho coragem. Acho que a pessoa não deve ligar para isso, pois é pior (DSC 4).

A presença de um amigo próximo, com quem possa compartilhar suas dificuldades, ajuda muito no enfrentamento destas situações. E, frequentemente, este amigo também está acima do peso.

Tenho um amigo gordo, mas ninguém nunca o chamou de gordo... Talvez seja porque quando, uma vez, chamaram ele assim, meu amigo bateu neles... Então, agora eles têm medo dele. Mas não acho certa essa atitude que ele teve... Acho que deveria comunicar alguém na escola para que resolvessem. Tem que sempre chamar alguém, não se pode brigar. Conversei com os amigos dele, se eles iam gostar que xingassem ele de baleia assassina, se fossem gordos, ou chamarem de macaco, por ser negro... que isso é bullying. Meu amigo ficou quieto, só tentei ajudar ele. Acho que ele deveria se aceitar, viver, pois ainda não conhecemos o mundo lá fora... Eu sempre estou junto com ele para ajudá-lo a enfrentar esta situação. (DSC 4).

A ingestão excessiva de doces é outra estratégia usada para lidar com situações de preconceito. Envolve mecanismos de fuga da situação e compensação, devido ao fato da comida proporcionar bem-estar. Todavia, gera grande sentimento de culpa, por

não conseguir resistir à tentação de comer. Geralmente come escondido, para que a família não perceba.

Em algumas situações que sofri preconceito, pegava dinheiro na minha bolsa, ia à cantina da escola e comprava muitos doces... Me trancava no banheiro e comia tudo sozinho. Quando eu chegava em casa, minha mãe tinha feito o almoço...eu estava sem fome, mas eu comia, para que ela não ficasse chateada. Agora que vou mudar de escola, espero que tudo mude na minha vida (DSC 4).

5 | DISCUSSÃO

Alguns relatos dos adolescentes que participaram deste estudo evidenciam a imagem do obeso como um indivíduo triste e infeliz. Os sentimentos de tristeza e baixa autoestima podem estar relacionados à insatisfação do obeso com a própria imagem, devido ao padrão estético da “beleza magra”, imposto pela sociedade (ALMEIDA et al, 2005).

Nos discursos dos adolescentes, destacam-se os aspectos emocionais e psicológicos ligados à obesidade. Depressão e ansiedade são frequentes e o ato de comer pode representar um alívio frente a situações desagradáveis e satisfação em situações agradáveis (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012; CATANEO; CARVALHO; GALINDO, 2005).

A ingestão excessiva de doces às escondidas foi umas das estratégias de enfrentamento para lidar com o preconceito relatadas neste estudo, destacando o sentimento de culpa gerado posteriormente, por não ter resistido à comida.

O transtorno de compulsão alimentar periódica (*Binge Eating Disorder*) é o mais observado entre obesos. Caracteriza-se pela ingestão de grande quantidade de comida em um período de tempo delimitado (até duas horas), acompanhado da sensação de perda de controle sobre o que ou o quanto se come (MOREIRA; BATISTA, 2017).

Há evidências de que grande parte dos indivíduos obesos come para resolver ou compensar problemas dos quais, às vezes, não têm consciência. Podem apresentar, também, dificuldade em obter prazer nas relações sociais, por se sentirem rejeitados ou discriminados, isolando-se, como relataram alguns adolescentes do presente estudo, que se sentem excluídos do grupo social e tem poucos amigos. Parece haver, também, uma relação direta entre comer demais e a solidão na obesidade (KOLLAR, 2013)

Os adolescentes do presente estudo relataram que enfrentam preconceito e discriminação no seu dia-a-dia e se deparam com comentários de conotações negativas e pouco honrosos, tanto no círculo familiar como fora dele.

Esse fato sugere a ideia de que o obeso é responsável por sua condição, devido à falta de vontade e autocontrole (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012). Entretanto, a obesidade deve ser encarada como uma doença e não uma questão de “falta de vergonha na cara” (PAULA, 2005).

Estes adolescentes também aborrdaram sobre a necessidade de mudanças constantes para outra escola, como forma de driblar o preconceito sofrido. Esse fato também pode interferir nos estudos, dificultando sua entrada no mercado de trabalho, devido à baixa escolaridade.

A dificuldade para praticar atividades físicas, devido ao cansaço, e a limitação dos movimentos decorrentes do próprio excesso de peso é um aspecto muito significativo da vida do adolescente obeso e bastante presente em seus relatos.

A obesidade aumenta os riscos de morbidade e mortalidade, acarretando limitações físicas e interferindo no desenvolvimento, até mesmo, de atividades simples do cotidiano. Para realizar estas atividades com maior facilidade, gozar de uma qualidade de vida melhor e recuperar a autoestima, a perda de peso é essencial (ALMEIDA et al, 2005).

A literatura relata sobre crianças obesas como alvo de chacotas na escola, que se queixam de serem discriminadas por colegas e professores, assim como os adolescentes do presente estudo. Segundo um estudo desenvolvido em Atlanta (EUA), as crianças relataram o sofrimento de ir à escola e conviver com outras crianças, por sofrerem *bullying* (OGDEN et al, 2014).

Humilhadas, as crianças obesas do presente estudo, além de agredirem a si mesmas ao se isolarem, tendem a agredir também aos demais, como uma forma de enfrentar o preconceito e se defender das agressões dos colegas.

O foco do tratamento do adolescente obeso não deve estar somente relacionado à perda de peso, mas contemplar as questões pessoais e familiares que possam dificultar a continuidade do tratamento (GREJANIN et al, 2007).

Percebe-se a importância de se considerar os aspectos psicológicos e emocionais na abordagem da obesidade pelos profissionais. Estes aspectos podem influenciar significativamente na melhora da qualidade de vida destes adolescentes (GREJANIN et al, 2007).

Considerando-se que a obesidade é uma doença multifatorial, um entrave para o tratamento bem-sucedido, é o escasso número de profissionais da equipe multidisciplinar, como fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, entre outros, para o acompanhamento do adolescente na atenção primária.

Além disso, as referências e contra-referências são precárias, dificultando os encaminhamentos realizados e o acompanhamento deste jovem nos serviços de saúde.

A adolescência, de modo especial, é um período crucial para modificar práticas inadequadas ou reforçar bons comportamentos. Nessa fase de transição entre a infância e a vida adulta, extremamente vulnerável às modificações sociais, muitos hábitos de vida são sedimentados (GREJANIN et al, 2007).

A escola é um espaço privilegiado para a realização de ações de promoção de saúde e de práticas alimentares saudáveis, não apenas para o adolescente, mas para toda a comunidade (GREJANIN et al, 2007). Contudo, neste estudo, a escola

apresenta-se como um dos principais ambientes geradores de sofrimento para o adolescente obeso, desmotivando-o a frequentá-la.

Os achados deste estudo possibilitam delinear as representações do adolescente sobre o impacto da obesidade em seu cotidiano e no relacionamento com o seu grupo social, evidenciando o sofrimento causado pelo preconceito e a tentativa de lidar com essa adversidade, nem sempre de maneira efetiva e saudável.

A teoria das representações sociais revela-se como uma oportunidade para o profissional investigar como se formam e como funcionam os sistemas de referência utilizados pelos indivíduos para classificar pessoas e grupos e para interpretar os acontecimentos da realidade cotidiana (REIS; BELLINI, 2011; ALVES-MAZOTTI, 2008)

Dessa forma, compreender a experiência do adolescente que enfrenta os problemas decorrentes da obesidade conduz à reflexão sobre a maneira mais adequada de intervir, não se restringindo apenas a abordagens relacionadas ao aspecto biológico deste agravo de saúde.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo evidenciam o quanto sofre o adolescente com obesidade. A tristeza e a solidão são comuns, por se sentir diferente dos demais jovens da sua idade e ser excluído do seu grupo social. Possui poucos amigos, prefere atividades solitárias e não compartilha suas dificuldades nem com sua família.

O adolescente também se sente culpado por não conseguir perder peso, cobrando-se por “não resistir à tentação” de comer e não realizar as demais recomendações do tratamento.

Como tende a se isolar, ele busca sozinho soluções para enfrentar a situação, nem sempre adequadas e eficazes, como: isolar-se cada vez mais, comer excessivamente para aliviar a ansiedade e negar o problema, visto que tem dificuldade, em alguns casos, para se perceber como obeso.

O aumento do excesso de peso entre os jovens de diversas regiões do mundo é uma realidade incontestável. A complexidade de seus determinantes e a mobilização de diversos setores da sociedade para a formulação de ações de promoção de saúde e prevenção frente a esse agravo de saúde é um dos desafios atuais para a saúde pública mundial.

A prevenção do excesso de peso em todos os níveis socioeconômicos e regionais só será efetiva, a partir da implementação de políticas públicas nacionais específicas para as crianças e adolescentes.

Recomenda-se, portanto, que profissionais de saúde e da educação reflitam sobre o imenso potencial que este espaço social tem para propiciar o desenvolvimento de intervenções mais apropriadas e efetiva junto ao adolescente.

Para o sucesso do tratamento, a construção de vínculo, não apenas com o

jovem obeso, mas também com a sua família, é fundamental, já que ela tem papel importantíssimo no apoio ao adolescente e na sua adesão ao tratamento.

Apesar dos percalços enfrentados para se obter sucesso no tratamento da obesidade, acredita-se que este trabalho traga contribuições aos profissionais, no sentido de resignificar discussões e práticas a respeito do impacto deste agravo de saúde na vida do adolescente, suas repercussões e a maneira de lidar com esses desafios.

Essas reflexões podem auxiliar os profissionais de saúde a compreender melhor esta situação complexa, dando-lhes maiores subsídios para delinear intervenções voltadas para a atenção primária, que contemplem as necessidades desse jovem em sua integralidade.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a colaboração inestimável dos profissionais do Programa de Apoio na Comunidade de Paraisópolis para Adolescentes Portadores de Obesidade.

REFERÊNCIAS

BARBOSA V.L.P. **Prevenção da obesidade na infância e na adolescência**. 2.ed. Barueri: Manole, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes. Washington, D.C., USA, 2014. Disponível em: <<https://www.paho.org/bra/images/stories/UTFGCV/planofactionchildobesity-por.pdf?ua=1>> Acesso em: 20 de fevereiro de 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Nutrologia. **Obesidade na infância e adolescência**: Manual de Orientação. 2. ed. São Paulo: SBP. 2012. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/publicacoes/14297c1-man_nutrologia_completo.pdf> Acesso em: 20 de fevereiro de 2019.

OGDEN, C.L. et al. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. **JAMA**, v. 311, n. 8, p: 806-14, 2014. Available: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1832542>> Acesso em: 20 de fevereiro de 2019.

CARVALHO, M.C.; MARTINS, A. A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. **Ciênc. Saúde. Coletiva**, v.9, n.4, p:1003-12, 2014, Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a21v9n4.pdf>> Acesso em: 20 de fevereiro de 2019.

FERRIANI, M.G.C. et al. Auto-imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. **Rev. Bras. Saúde. Matern. Infant.** v. 5, n.1, p: 27-33, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n1/a04v05n1.pdf>> Acesso em: 20 de fevereiro de 2019.

KOLLAR, L.M. Promoção da saúde do adolescente e de sua família. M.J. Hockenberry, D. Wilson, M.L. Winkelstein, editores. **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 9.ed. São Paulo: Elsevier, 2013. pp. 528-88.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2015, 08 Mai.). **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo

seres humanos. [Em linha]. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 20 de fevereiro de 2019.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. 2.ed. Caxias do Sul: Educs, 2005.

FIGUEIREDO, M. Z. A.; CHIARI, B. M.; GOULAR, B. N. G. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualiquantitativa. **Distúrb Comum**, v. 25, n.1, p:129-36, 2013. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/viewFile/14931/11139>> Acesso em: 20 de fevereiro de 2019.

ALMEIDA, G.A.N. et al. Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. **Psicol. Estud.** v.10, n.1, pp. 27-35, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n1/v10n1a04.pdf>> Acesso em: 20 de fevereiro de 2019

CATANEO, C., CARVALHO A.M.P.; GALINDO E.M.C. Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, auto-conceito, locus de controle e ansiedade. **Psicol. Reflex. Critica**, v.18, n.1, p: 39-46, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n1/24815>> Acesso em 20 de fevereiro de 2019.

MOREIRA, R.O.; BATISTA A.P.C. Insatisfação com a imagem corporal em mulheres obesas: a importância do transtorno da compulsão alimentar periódica. **Rev. Psiquiatr. Rio. Gd. Sul**, v.29, n.1, p: 130-1, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n1/v29n1a21.pdf>> Acesso em: 20 de fevereiro de 2019.

PAULA, I.D. Obesidade: abordagem clínica. **Rev. Bras. Hipertens**, v. 12, n. 4, p: 269-271, 2005. Disponível em: <[http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/Vol12\(4\)2005.pdf](http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/Vol12(4)2005.pdf)> Acesso em: 20 de fevereiro de 2019.

GREJANIN D.K.M. et al. As percepções sobre o “ser obeso” sob a ótica do paciente e dos profissionais da saúde. **Rev. Bras. Crescimento. Desenvolv. Hum.** v.1, n.3, pp. 37-47, 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v17n3/04.pdf>> Acesso em: 20 de fevereiro de 2019.

REIS, S.L.A.; BELLINI, M. (2015, 08 Mai.). Representações sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. **Acta. Scientiarum. Human. and Social. Sciences**. v.33, n. 2, p: 149-59, 2011. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHumanSocSci/article/viewFile/10256/pdf>> Acesso em: 20 de fevereiro de 2019.

ALVES-MAZZOTTI, A.J. Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. **Rev. Múltiplas. Leituras**, v. 1, n.1, p:18-43, 2008. Disponível em: <<http://www.bibliotekevirtual.org/index.php/2013-02-07-03-02-35/2013-02-07-03-03-11/648-ml/v01n01/5690-representacoes-sociais-aspectos-teoricos-e-aplicacoes-a-educacao.html>> Acesso em: 20 de fevereiro de 2019.

ORIENTAÇÕES PARA PAIS E CUIDADORES DE CRIANÇAS COM MICROCEFALIA

Jonas Loiola Gonçalves

Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Fortaleza- Ceará

Andréia Mônica da Silva Costa

Fisioterapeuta, Graduada pelo Centro Universitário Estácio do Ceará.
Fortaleza- Ceará

Karina Rocha da Silva

Pós-Graduada em Unidade de Terapia Intensiva pela Faculdade Inspirar/CE.
Fortaleza- Ceará

Thiago Silva Ferreira

Fisioterapeuta Residente em Cancerologia pelo Instituto do Câncer do CearáFortaleza- Ceará

Tatiana Oliveira Nóbrega

Pós-Graduada em Unidade de Terapia Intensiva pela Faculdade Inspirar/CE.
Fortaleza- Ceará

Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro

Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla de IES – UFC/UECE/UNIFOR.
Fortaleza- Ceará

RESUMO: A microcefalia apresenta uma anormalidade no crescimento do cérebro dentro da caixa craniana. Alguns casos de microcefalia apresentam desenvolvimento intelectual normal, porém na maioria destes, essas crianças apresentam atraso no

desenvolvimento neurológico, mental, psíquico e motor, sendo necessária a intervenção precoce o mais cedo possível. **Objetivo:** Elaborar uma cartilha educativa para pais e/ou responsáveis de crianças com o diagnóstico de microcefalia. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura, exploratória, descritiva, transversal. Realizada no período de janeiro a junho de 2017. Foi feito uma pesquisa de artigos dos anos de 2011 a 2016 na Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME) que reúne bancos de dados online como a SciELO (Scientific Electronic Library Online), Lilacs (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), além de site oficiais do governo e de entidades, como o MINISTÉRIO DE SAÚDE, Associação Brasileira de Fisioterapia Neurofuncional (ABRAFIN) e Centers for Disease Control and Prevention (CDC). **Resultados:** A cartilha apresentará orientações de exercícios para pacientes com microcefalia, caracterizando a doença, descrevendo medidas de orientação para as atividades de vida diária e ilustrando com exercícios que podem ser praticados em casa, possibilitando a interação e o convívio social, oferecendo dessa forma uma melhor qualidade de vida. **Conclusão:** O trabalho se torna uma ferramenta importante não só aos pais, mas para todos aqueles que querem saber mais sobre o tema, sendo imprescindível que todos se conscientizem quanto o que foi proposto.

PALAVRAS CHAVES: Microcefalia, Intervenção precoce e Orientação Infantil.

ABSTRACT: Microcephaly has an abnormality of brain growth within the cranial cavity. Some cases of microcephaly present normal intellectual development, but in the majority of these, these children present delay in the neurological, mental, mental and motor development, being necessary the early intervention as soon as possible.

Objective: To prepare an educational primer for parents and / or guardians of children diagnosed with microcephaly. **Methodology:** This is a review of literature, exploratory, descriptive, cross-sectional. Held in the period from January to June 2017. A survey of articles from the years 2011 to 2016 was made in the Virtual Health Library (BIREME), which brings together online databases such as SciELO (Scientific Electronic Library Online), Lilacs (Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences), as well as official site of the government and entities, such as MINISTRY OF HEALTH, Brazilian Association of Neurofunctional Physiotherapy (ABRAFIN) and Centers for Disease Control and Prevention (CDC). **Results:** The booklet will present exercise guidelines for patients with microcephaly, characterizing the disease, describing measures of orientation for activities of daily living and illustrating exercises that can be practiced at home, enabling interaction and social interaction, thus offering a better quality of life. **Conclusion:** The work becomes an important tool not only for the parents, but for all those who want to know more about the subject, being essential that everyone is aware of what was proposed.

KEYWORDS: Microcephaly, Early Intervention and Child Guidance.

1 | INTRODUÇÃO

A microcefalia é uma má formação congênita, apresentando uma anormalidade no crescimento do cérebro dentro da caixa craniana, ou seja, o crânio se funde precocemente, porém o seu desenvolvimento continua podendo comprometer suas estruturas (NORBERT et al., 2016).

Em alguns casos apresenta desenvolvimento intelectual normal, porém há expressivo número de situações em que as crianças com este diagnóstico apresentam atraso no desenvolvimento neurológico, mental, psíquico e motor, sendo mais frequentes no sexo masculino (VARELLA, 2016).

Segundo o Ministério da Saúde entre os anos de 2015 e 2017, foram confirmados 2.205 casos de microcefalia em todo o país, sendo que a maior parte desses foi notificada no estado da Bahia, apresentando 636 casos, logo em seguida aparece os estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Pernambuco. E em julho de 2016 foram confirmados setenta e quatro casos de Microcefalia no Ceará (DE SÁ; CARDOSO, 2016; JUCÁ, 2017).

Os casos registrados desde o ano de 2015 foi relacionado com o aparecimento do Zika Vírus (ZikaV). Brasil foi o primeiro país a identificar a possível relação do vírus com a doença, e os primeiros estados a registrarem casos do ZikaV foram Bahia e Rio

Grande do Norte segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em julho de 2015.

Ainda em 2015, O Centers for Disease Control and Prevention (CDC) testou amostras de gestantes que possuíam a infecção pelo vírus, sendo que de quatro casos, houve dois abortamentos e os outros dois recém-nascidos diagnosticados com microcefalia morreram ao nascer, comprovando que foram contaminados durante a gestação (MINAMISAVA et al, 2016).

O ZikaV pode ser transmitido por mosquitos da família *Culicidae*, e alguns do gênero *Aedes spp*, tendo como principal transmissor o mosquito *Aedes aegypti*, no qual o principal modo de transmissão é pela picada da fêmea, porém existem algumas evidências de que pode ser sexualmente transmissível ou por transfusão sanguínea e neonatal (DULGHEROFF et al., 2015). Relata-se que possa haver complicações neurológicas, como a Síndrome de Guillain-Barré (SGB) e a microcefalia (CAVEIÃO, 2016).

O diagnóstico é feito pela medida crânio encefálica, sendo realizadas nas primeiras 24 - 48 horas após o parto e dentro da primeira semana de vida, momento em que se mede o perímetro cefálico. Para ser caracterizada como microcefalia a medida do perímetro cefálico tem que apresentar 31,5 cm para meninas e 31,9 cm para meninos, sendo ainda recomendado que os países usassem uma tabela de referência, que são os parâmetros de InterGrowth (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

A microcefalia pode ser classificada de acordo com o seu tempo de início: microcefalia congênita, também chamada de primária, pois está presente ao nascimento; e microcefalia pós-natal, a secundária, que se refere à falha de crescimento normal do perímetro cefálico após o nascimento (MINISTERIO DA SAÚDE, 2016).

Quando existe a suspeita de microcefalia, há a necessidade de uma avaliação, onde é realizada uma anamnese completa, com o intuito de investigar como foi a gravidez, histórico familiar do pai e da mãe, condição social e exame físico. Além dos exames complementares que são solicitados, como ultrassonografia transfontanelar, tomografia computadorizada do encéfalo ou ressonância magnética. Ainda não há um consenso na literatura de qual exame seja o melhor (REIS, 2015).

Após a avaliação e com o diagnóstico fechado, é importante que a criança seja acompanhada por uma equipe multiprofissional, que é constituída por Médico, Assistente social, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Odontólogo e Terapeuta Ocupacional e inicie a intervenção precoce, além da necessidade da participação da família e /ou responsáveis pela criança (NORBERT et al., 2016).

A intervenção precoce nos pacientes com microcefalia dos 0-3anos se faz bem mais eficaz. Sendo multidisciplinar, aumenta o apoio a família, abrindo uma comunicação compreensiva entre ambos, para uma melhor avaliação à criança de risco estabelecido, desta forma sendo proposto um melhor tratamento (SÁ et al., 2013). As ações da família devem ser direcionadas pela equipe de profissionais, cabendo aos pais e/ou responsáveis participarem efetivamente do processo de cuidar. (GONÇALVES; BARBOSA, 2011).

Para a melhor e maior participação dos familiares na atenção das crianças com microcefalia é necessária instruções e informações sobre a doença, suas implicações e formas terapêuticas, podendo ser prestado através das tecnologias.

De acordo com Merhy e Chakkour (2008) as tecnologias são divididas em: tecnologias leves que tem o propósito de promover educação no que diz respeito à saúde seja de forma individual ou coletiva; tecnologia dura são os materiais de trabalhos utilizados nas atividades de saúde; e as tecnologia leve-dura é um saber-fazer bem estruturado, como as teorias, bem organizadas.

Sabendo da importância e necessidade da participação da família na atenção e recuperação da criança é que se julga valia a realização deste estudo que tem por objetivo elaborar uma cartilha educativa para pais e cuidadores de crianças com o diagnóstico de microcefalia. Entendendo que as tecnologias leves podem auxiliar as mães quanto aos cuidados e incentivar a estimulação precoce em crianças com microcefalia melhorando o desenvolvimento psicomotor, promovendo uma maior independência e qualidade de vida da criança é que considera relevante a realização deste estudo.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão de literatura que teve como propósito a elaboração de uma cartilha para orientar pais e/ou responsáveis de criança com microcefalia.

Para a realização deste trabalho foi feito um levantamento bibliográfico para embasamento científico com pesquisa de artigos dos anos de 2011 a 2016 na Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME) que reúne bancos de dados *on-line* como a *SciELO* (Scientific Electronic Library Online), *Lilacs* (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), além de site oficiais do governo e de entidades, como o MINISTÉRIO DE SAÚDE, Associação Brasileira de Fisioterapia Neurofuncional (ABRAFIN) e Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

As palavras empregadas para a busca dos materiais na BIREME, obtidas junto ao DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), foram: microcefalia, Intervenção precoce e Orientação Infantil. Sendo utilizados de forma cruzados e individualmente.

O estudo foi elaborado no período de janeiro a junho de 2017 e culminou na elaboração de um material educativo no formato de cartilha, que terá o intuito de contribuir na disseminação de informações para orientação aos pais e cuidadores que possam auxiliar na estimulação precoce em crianças com microcefalia.

A cartilha visa orientar aos pais e ou responsáveis como intuito de colaborar no estímulo do desenvolvimento cognitivo, social e afetivo da criança, melhorando sua independência e qualidade de vida. Para a construção da cartilha foram seguidas algumas etapas:

- **Fase 1-** Foi realizada uma busca de conteúdos com informações sobre o tema proposto da cartilha, que teve como palavras chaves: microcefalia, intervenção precoce e fisioterapia. Estes achados direcionam os tópicos de cada página da cartilha. A busca dos artigos foi realizada na base de dados: SCIELO (Scientific, eletronic, libraty online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe de Ciências de Saúde), além de site oficiais como Ministério da Saúde, ABRAFIN E CDC de caráter explorativo.
- **Fase 2-** Considerando que o material educativo utilizado é de leitura e elementos ilustrativos, nessa fase, foram acessados livros e websites, na busca de imagens que se adequassem aos tópicos que seriam inseridos na cartilha. As imagens foram selecionadas e usadas como exemplos ilustrativos para cartilha.
- **Fase 3-** O conteúdo foi desenvolvido com atenção dada à informação para os pais e cuidadores, sobre tudo, com formatação verbal para entendimento dos pais que muitos desconhecem algumas palavras e ainda são leigos sobre o assunto. Esse conteúdo foi submetido à formatação layout, estruturando as imagens e edição de todo o material. O desenvolvimento dessa fase foi baseado no critério estabelecido para o processo de construção da cartilha, assim, facilitando a leitura e clareza do conteúdo.

Como relatado, após a pesquisa bibliográfica, culminou-se na elaboração da cartilha com o intuito de contribuir na independência e qualidade de vida dessas crianças utilizando-a como instrumento para auxiliar nos cuidados e manuseios com essas crianças.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na fase da revisão da literatura foi crucial a sistematização do conteúdo da cartilha, possibilitando um maior aprofundamento quanto a Microcefalia, a importância da participação de pais e/ou responsáveis e os cuidados que os estes últimos devem ter com a criança com o diagnóstico da doença, o que possibilitou um ganho cognitivo importante quanto a este conteúdo. Além disso, as autoras puderam aperfeiçoar a maneira de interpretar alguns conceitos, que foi primordial para a escrita da cartilha.

Segundo estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz, no estado de Pernambuco 97% das crianças com microcefalia nasceram em hospitais do Sistema Único de Saúde e 77% dessas mães moravam em localidades de extrema pobreza, ou seja, vive em situações precárias, locais sem saneamento básico, esgoto escorre a céu aberto e o fornecimento de água é precário (COSTA, 2016). Considerando esse aspecto, é fato que essas mães também não realizaram um pré-natal adequado e muito menos terão condições de fazer um acompanhamento adequado dessas crianças, o que não é muito diferente em outras localidades.

As crianças com microcefalia geralmente apresentam deficiências simultâneas, como por exemplo, atraso no desenvolvimento neurológico, déficit intelectual e epilepsia. Conseqüentemente desenvolvem distúrbios da percepção, sensação,

cognição, comportamento e comunicação, devido aos distúrbios motores evidenciados. Apresentam também contraturas e deformidades musculoesqueléticas (ABRAFIN, 2016).

O controle motor é estimulado através de complexos processos neurais, físicos e comportamentais que determinam o movimento e a postura, partindo desses princípios a criança deve ser estimulada o quanto antes e com instrumentos variados para que ela possa se desenvolver o mais próximo da normalidade, afinal nessa fase a plasticidade neuronal é maior, ou seja, a capacidade que o sistema nervoso tem de se adaptar para modificar a sua organização estrutural própria e funcionamento é maior se comparada com o adulto (SOUZA et al., 2013).

Vários são os profissionais de saúde envolvidos na assistência às crianças com as alterações secundárias à microcefalia, dentre estes se destaca a Fisioterapia, que se utiliza de vários recursos e técnicas que visam à estimulação precoce e interação com os pais, quanto ao toque e a importância dos movimentos e pequenos gestos para estimular a criança e favorecer ao desenvolvimento psicomotor.

O profissional pode estimular os pais a interagir com a criança e deixar explorar livremente o ambiente e o brinquedo; sentar ao lado da criança, indicar, estimular qual brinquedo manipular; oferecer ajuda quando necessário e também definir o momento exato de encerrar a brincadeira, explicar quando irá terminar, para que a criança tenha noção de tempo e espaço (MINISTERIO DA SAUDE, 2016).

O treinamento da motricidade pode começar logo no primeiro ano, trabalhando funções sociais, emocionais e cognitivas, para a criança ter uma melhor relação com os objetos e as pessoas ao seu redor. A criança deve ser estimulada através do brincar, para isso os pais e cuidadores devem ser inseridos nos programas de tratamento e terem o conhecimento do desenvolvimento motor e por consequência saber o que interessa para a criança em cada fase, para que no momento oportuno possa ensiná-los algumas estratégias de brincadeiras,

A criança de até 3 anos e ou até 6 anos adquire com propriedade o brincar, devendo ser estimulada no sentido da imaginação, de fantasiar-se, desenhos, socialização e colaborar nas diversas situações que o ambiente possa proporcionar.

Nesse mesmo contexto o ambiente familiar tem também papel fundamental e o profissional deve orientar a família como estimular essa criança para que ela possa se desenvolver satisfatoriamente.

Afinal os pais e/ou responsáveis influenciam diretamente na integração ou não da criança de forma social, ou seja, é essencial que esse cuidador compreenda seu papel de estimular, incentivar, apoiar. No entanto, esse cuidador deve estar atento no autocuidado, pois ele também tem que estar bem para cuidar do seu filho (FREITAS, 2015).

Cuidar de uma criança não é uma tarefa fácil, requer habilidades e competências por parte do cuidador. Fazendo-se necessária experiência dos pais e ou responsáveis. Atualmente existem protocolos e diretrizes com o objetivo de auxiliar os pais no

desenvolvimento de seus filhos que são portadores de microcefalia.

Destacamos a efetividade da comunicação, um dos aspectos relevantes para a promoção da saúde e a prevenção de doenças e melhoria da condição de vida. Nesse sentido, por meio do processo de elaboração da cartilha, o relacionamento dialógico entre os profissionais e os pais e/ou cuidadores assume papel principal para a comunicação efetiva nos serviços de saúde. Isso requer atitudes reflexivas no processo de comunicação, o que possibilita a superação da hegemonia do profissional nas atividades e interação com a família na recuperação da saúde.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O comprometimento neuropsicomotor se faz necessário sempre acompanhamento multidisciplinar. Porém é de importância começar a intervenção precoce o mais cedo possível, pois é na fase de recém-nascido que o cérebro se desenvolve mais rápido, estando à criança maior parte do dia em casa, é relevante a orientação dos pais e/ou responsáveis para participação mais consciente deste processo de estimulação. E assim promover a criança um melhor ganho de habilidades e se ter uma melhor qualidade de vida.

O programa de tratamento deve envolver diversas estratégias, e atores no qual se insere os pais e/ou responsáveis sendo realizadas para atender os objetivos propostos a cada criança. As estratégias devem ser baseadas nas teorias de controle e aprendizado motor, fazendo com que a criança tenha sempre uma motivação para continuar incentivando-a a repetir os movimentos propostos para um melhor conhecimento como resultado.

A cartilha é uma forma de aprendizado, orientação e prevenção de sequelas e de incentivo ao desenvolvimento da criança, portanto mostra-se uma maneira eficaz no que diz respeito à orientação, principalmente para os pais, com o intuito de mostrar a importância de estimular precocemente seus filhos portadores de microcefalia, para que eles possam favorecer um ambiente adequado, além de poder colaborar em futuros trabalhos científicos e acadêmicos.

Sugere-se uma avaliação crítica e uma validação da cartilha que deverá suceder a realização das oficinas, palestras e eventos onde serão distribuídas as cartilhas como formas de divulgação mais ampla, além de envolvimento de profissionais e educadores, para após ter-se o retorno no que se refere a dificuldades de linguagem e/ou imagens utilizadas.

REFERÊNCIAS

ABRAFIN. **Parecer sobre estimulação precoce e microcefalia**. Disponível em: www.abrafin.org.br. Acesso em: 12/09/2016

CAVEIÃO, Cristiano. VÍRUS ZIKA SUAS COMPLICAÇÕES RELACIONADAS À MICROCEFALIA E

GUILLAIN-BARRÉ. **Saúde**, v. 1, n. 15, p. 3-6, 2016.

CDC. **CDC atualiza orientações provisórias para a pré-gravidez aconselhamento e prevenção da transmissão sexual do Zika**. Disponível em: https://www.cdc.gov/mmwr/zika_reports.html. Acesso em: 12/09/2016.

COSTA, André Monteiro. **“A determinação social da microcefalia e o saneamento.”** Fundação Oswaldo Cruz. (2016).

DE SÁ, Fabiane Elpídio; CARDOSO, Kátia Virgínia Viana; JUCÁ, Renata Viana Brígido de Moura. MICROCEFALIA E VÍRUS ZIKA: DO PADRÃO EPIDEMIOLÓGICO À INTERVENÇÃO PRECOCE. **Fisioterapia & Saúde Funcional**, v. 5, n. 1, p. 2-5, 2016.

DULGHEROFF, Ana Carolina Bernardes et al. **Zika Vírus: O estado da arte**, 2015.

GONÇALVES, Adriana Garcia; BARBOSA, APML. O papel do pedagogo e a participação da família junto a um programa de estimulação precoce de uma cidade do interior do Tocantins. **IV EDIPE**, 2011.

FREITAS, Bia Cruz et al. O Processo de Cuidado de Crianças e Adolescentes com Deficiência e ou Doenças Crônicas: Uma reflexão sobre a responsabilização da família. 2015.

MERHY, Emerson E.; CHAKKOUR, Maurício. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. 2008.

MINAMISAVA, Ruth et al. Epidemia do vírus Zika: a mais nova emergência internacional. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 18, 2016.

MINISTERIO DE SAUDE. **Microcefalia**. 2016. Disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/pt/tira-duvidas#zika-microcefalia>. Acesso em: 25/08/2016.

MINISTERIO DA SAUDE. **Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada a infecção pelo Zika Vírus**. 2015.

MINISTERIO DA SAUDE. DIRETRIZES DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor Decorrente de Microcefalia, 2016.

MINISTERIO DA SAÚDE. Orientações integradas de vigilância e atenção á saúde no âmbito da Emergência de saúde pública de importância nacional, 2017.

NORBERT, Adriana Andreia De Fatima et al. A IMPORTÂNCIA DA ESTIMULAÇÃO PRECOCE NA MICROCEFALIA. **Salão do Conhecimento**, v. 2, n. 2, 2016.

REIS, Raquel Pitchon dos. Aumento dos casos de microcefalia no Brasil. **Rev. méd. Minas Gerais**, v. 25, n. S6, 2015.

SÁ, Leila Maria Singh de Macedo et al. **Intervenção precoce e microcefalia: estratégias de intervenção eficazes**. 2013. Tese de Doutorado.

SOUZA, Carlos André Barros et al. Influência da neuroplasticidade no controle motor. **UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 10, n. 19, p. 5-11, 2013.

VARELLA, Drauzio. **Microcefalia**. 2016. Disponível em: <https://drauziovarella.com.br/crianca-2/microcefalia/>. Acesso em: 25/08/2016.

World Health Organization. (2016) International Classification of functioning, disability and health: ICF. World Health Organization.

QUALIDADE DE VIDA DE FORMANDOS EM CIÊNCIAS BIOLÓGICAS DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA FEDERAL

Melkyjanny Brasil Mendes Silva

E-mail: Melkyjanny@gmail.com

Graduada em Ciências Biológicas, Universidade Federal do Maranhão – MA. Chapadina – MA.

Charlyan de Sousa Lima

Doutorando em Ciências: Ambiente e Desenvolvimento, Universidade do Vale do Taquari – UNIVATES, Lajeado - RS.

Franciane Silva Lima

Mestra em Ensino de Ciências e Matemática - PPECEM/UFMA, Universidade Federal do Maranhão, São Luís – MA.

Lucas Gabriel Pereira Viana

Graduando em Ciências Biológicas, Universidade Federal do Maranhão – UFMA, Chapadina – MA.

Jéssica Maria Linhares Chagas

Graduanda em Ciências Biológicas, Universidade Federal do Maranhão – UFMA, Chapadina – MA.

Bruna dos Santos Carvalho Vieira

Especialista em Gestão Interdisciplinar do Meio Ambiente e Educação Ambiental, Instituto de Ensino Superior Franciscano – IESF, Chapadina – MA.

Francilene Cardoso Almeida

Graduanda em Ciências Biológicas, Universidade Federal do Maranhão – MA, Chapadina – MA.

Dávila Joyce Cunha Silva

Graduanda em Ciências Biológicas, Universidade Federal do Maranhão – MA, Chapadina – MA.

Rosalina da Silva Nascimento

Graduada em Ciências Biológicas, Universidade Federal do Maranhão – MA, Chapadina – MA.

José Ribamar Gomes Aguiar Júnior

Graduando em Ciências Biológicas, Universidade Federal do Maranhão – MA, Chapadina – MA.

Valquiria Gomes Carneiro

Graduanda em Ciências Biológicas, Universidade Federal do Maranhão – MA, Chapadina – MA.

RESUMO: Diferentes disciplinas e escolas de pensamento têm abordado pesquisas sobre qualidade de vida da população para desmistificar sua importância. O avanço do tema para outras interfaces permitiu sua maior abrangência e diversidade de contribuições científicas. O trabalho objetivou-se avaliar a qualidade de vida de formandos em Ciências Biológicas de uma universidade pública federal. Aplicou-se o instrumento de pesquisa World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref em 22 formandos do Curso de Ciências Biológicas-UFMA, Campus de Chapadina. Os dados foram analisados no software Microsoft Office Excel®. O domínio de maior média foi relações sociais (4,08), seguido do domínio psicológico (3,64), percepção geral (3,55), meio ambiente (3,12), e por último, domínio físico (3,03). As relações sociais são fundamentais para convivência sadia no ambiente universitário, e se torna um fator determinante para a qualidade de vida dos formandos em Biologia, que contribui para a satisfação

pessoal e influencia positivamente as características psicológicas e as relações com o meio ambiente. O domínio físico teve a menor média devido, provavelmente, serem acadêmicos em fase de conclusão de curso.

PALAVRAS-CHAVE: Realização pessoal. Saúde. Socialização.

1 | INTRODUÇÃO

Diferentes disciplinas e escolas de pensamento têm abordado pesquisas sobre qualidade de vida da população, sendo que anteriormente era de interesse apenas dos profissionais da saúde. Contudo, se torna algo muito complexo e de significado amplo devido a percepção de cada sociedade ou pessoa.

O termo qualidade de vida é polissêmico como é destacado por Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 08): “O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes”.

A qualidade de vida pode representar felicidade, harmonia, saúde, prosperidade, morar bem, ganhar salário digno, ter amor e família, poder conciliar trabalho e lazer, ter liberdade de expressão, ter segurança, bem como, todo esse conjunto de atributos e/ou benefícios (QUEIRÓS; SÁ; ASSIS, 2004). Assim, o grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (THE WHOQOL GROUP, 1994) propõe que, a qualidade de vida é a visão que cada indivíduo tem de si em relação a sua posição na vida, cultura e sistema de valores nos quais ele convive e relação a seus objetivos, perspectivas, padrões e anseios.

O conceito de qualidade de vida pode abranger vários sentidos e assim ser influenciado por múltiplos fatores, onde cada pessoa pode ter uma visão positiva ou negativa. Nesse contexto, vale destacar que a entrada no ensino superior é uma fase em que a maioria dos universitários estão passando da adolescência para a vida adulta, mudanças que acarretam alterações em seus hábitos, comportamentos e, por conseguinte, afetam a sua percepção de Qualidade de vida (BUTLER et al., 2004; FRANCA; COLARES, 2008).

O avanço nas pesquisas sobre a qualidade de vida de estudantes universitários permite uma maior abrangência e diversidade de contribuições científicas. Estudos com formandos do curso de Ciências Biológicas de Universidades Públicas são relevantes para implementação de ações que promovam a saúde e melhoria nas condições de vida destes indivíduos, para obter melhores condições de vivência, desempenho das atividades acadêmicas, relações interpessoais e bem-estar no ambiente onde estão inseridos, formando assim, profissionais com maior desenvolvimento pessoal e acadêmico.

Diante do exposto, o presente estudo objetivou avaliar a qualidade de vida de formandos em Ciências Biológicas de uma universidade pública federal.

2 | METODOLOGIA

A pesquisa é cunho qualitativo que segundo Gerhardt e Silveira (2009) busca compreender o contexto que o indivíduo está inserido e obter novas informações de forma aprofundada.

Foi realizado com 22 formandos do curso de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Maranhão, Campus Chapadinha, que estavam em fase de conclusão. Inicialmente foi realizado o levantamento junto a coordenação do curso para obter os nomes dos alunos que estavam aptos a se formar no período do segundo semestre de 2018.

A partir disto, entrou-se em contato pessoalmente com cada formando e ocorreu aplicação do questionário de forma voluntária e anônima e agendando a aplicação de acordo com local e horário combinado com o entrevistado. O preenchimento se deu baseado na vida do participante desenvolvida nas duas últimas semanas. O questionário possui um total de 26 questões, sendo as duas primeiras correspondentes a qualidade de vida em geral do indivíduo e a satisfação com sua saúde. As demais, 24 questões, estão subdivididas em domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Quadro 1).

O instrumento de pesquisa aplicado aos participantes foi World Health Organization Quality of Life – WHOQOL- bref, (versão português). Depois de preenchidos, os dados coletados foram gerenciados e analisados com auxílio do software Microsoft Office Excel ®.

As respostas foram atribuídas notas de 1 a 5, onde a pontuação mínima significa “nada”, até a máxima que é “completamente” que forma transformadas em escores finais.

DOMÍNIOS	FACETAS
DOMÍNIO FÍSICO	1. Dor e desconforto 2. Energia e fadiga 3. Sono e repouso 4. Mobilidade 5. Atividade da vida cotidiana 6. Dependência de medicação ou de tratamentos 7. Capacidade de trabalho
DOMÍNIO PSICOLOGICO	8. Sentimentos positivos 9. Pensar, aprender, memória e concentração 10. Autoestima 11. Imagem corporal e aparência 12. Sentimentos negativos 13. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
DOMÍNIO RELAÇÕES SOCIAIS	14. Relações pessoais 15. Suporte social 16. Atividade sexual

DOMÍNIO MEIO AMBIENTE	17. Segurança física e proteção 18. Ambiente no lar 19. Recursos financeiros 20. Cuidados com a saúde 21. Novas informações e habilidades 22. Recreação e lazer 23. Ambiente físico 24. Transporte
DOMÍNIO PERCEPÇÃO GERAL	25. Nível de satisfação com a saúde 26. Como avalia a sua qualidade de vida

Quadro 1: Descrição dos domínios e facetas.

Fonte: The WHOQOL Group (1998)

Posteriormente, os resultados foram interpretados e discutidos a partir do referencial teórico que subsidiou o estudo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 22 questionários e realizada as descrições da qualidade de vida por meio das médias obtidas em cada domínio (Tabela 2).

É possível observar que o domínio relações sociais obteve maior média (4,08), seguido dos domínios psicológico (3,64), percepção da saúde (3,55), meio ambiente (3,12) e, por último, o domínio físico (3,03) (Tabela 1).

DOMÍNIOS	n	MÉDIA
Físico	22	3,03
Psicológico	22	3,64
Relações sociais	22	4,08
Meio ambiente	22	3,12
Percepção Geral da QV	22	3,55

Tabela 1 - Média dos domínios

n = número de formandos em Ciências Biológicas.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

O domínio *relações sociais* (4,08), com maior média, foi impulsionado pelo alto grau de satisfação com a sexualidade (93%), suporte pessoal (91%) e relações sociais (85%).

A relação social bem como o suporte/apoio no meio acadêmico é relevante para a permanência dos estudantes de graduação bem como a sua adaptação, que por meio das relações de amizade, com os colegas, funcionários e familiares contribuem para superar as dificuldades e estresses ao longo do processo de formação (SANTOS; OLIVEIRA; DIAS, 2015). A satisfação sexual nesta etapa é um atributo que pode contribuir no desenvolvimento acadêmico e pessoal, como destacado pelos

entrevistados.

O domínio psicológico foi o segundo com maior média (3,64), sendo o maior escore autoestima (96%) e imagem corporal e aparência (88%) (Figura 1).

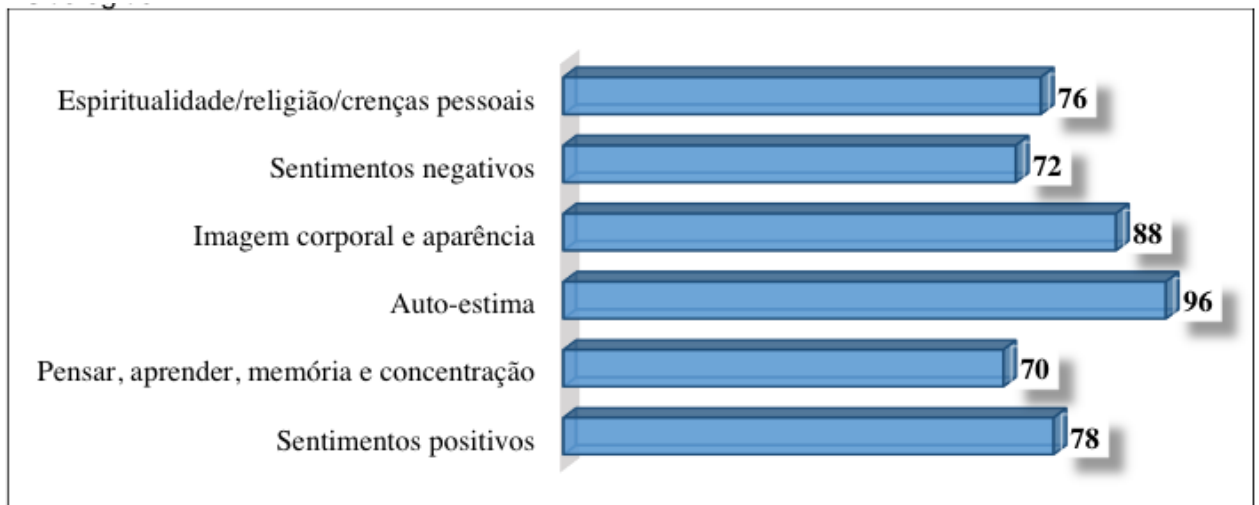


Figura 1. Desempenho individual de formandos em Ciências Biológicas para o Domínio: Psicológico.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Quando se fala em qualidade de vida costuma-se associá-la a fatores que estão diretamente interligados ao contexto social que o indivíduo está inserido, ou seja, o bem-estar social ou aspectos relacionados a satisfação com a vida e a autoestima (VECHIA et. al., 2005). Outro fator associado a esta temática é o escore imagem corporal e aparência dos estudantes (88%) e sentimentos positivos (78%), segundo Floriani, Marcante e Braggio (2019) esta percepção se dar por meio da imagem que os estudantes têm de si, a confiança que tem ao buscar desenvolver uma função no contexto social diante de decisões a serem tomadas em sua vida.

Quando não se tem esta percepção, há a presença de sentimentos negativos e problemas quanto a pensar, aprender, memória e concentração que são fatores que requerem a necessidade de refletir a mudança de comportamento para a melhoria no desenvolvimento no ambiente escolar.

O escore espiritualidade/religião/crenças pessoais obteve 76%. Oliveira e Junges (2012) pontuam que estudos de políticas públicas revelam que um indivíduo que apresenta algum comportamento e/ou envolvimento religioso, crença ou espiritualidade é bem menos favorável a ter contato com substâncias lícitas e ilícitas, bem como a entrada na criminalidade, violência e crime. Diante disso, este resultado corrobora com tal afirmação, onde os formandos acreditam e se apoiam na fé para superarem desafios e conseguirem conquistar o que almejam na vida.

Observou-se também, *Percepção Geral da Saúde* com média correspondente a 3,55, e com os seguintes escores: nível de satisfação com a saúde (74%) e como avaliaria a sua qualidade de vida (82%).

A porcentagem encontrada foi satisfatória, onde percebe-se que os formandos possivelmente estão se cuidando no que se refere aos aspectos físicos, psicológicos e nas relações sociais, bem como em outros fatores que contribuem para qualidade de vida. De acordo com VOLSKI (2011, p. 20), “é possível pensar em saúde como o cuidado que cada um deve ter consigo e, também, com os outros e na capacidade de tomada de decisões e de controle sobre a própria vida”. Quanto a qualidade de vida, Eurich e Kluthcovky (2008), pontuam que é definida de acordo com cada indivíduo e de maneira dinâmica e subjetiva, deste modo, cada indivíduo tem sua perspectiva de acordo com a sua vida, do momento que está vivendo e do que está fazendo.

No domínio *Meio Ambiente* encontrou-se uma média de 3,12 (Tabela 1). Este domínio aborda questões sobre moradia, transporte, cuidados com a saúde, o aspecto financeiro e segurança (Figura 2).

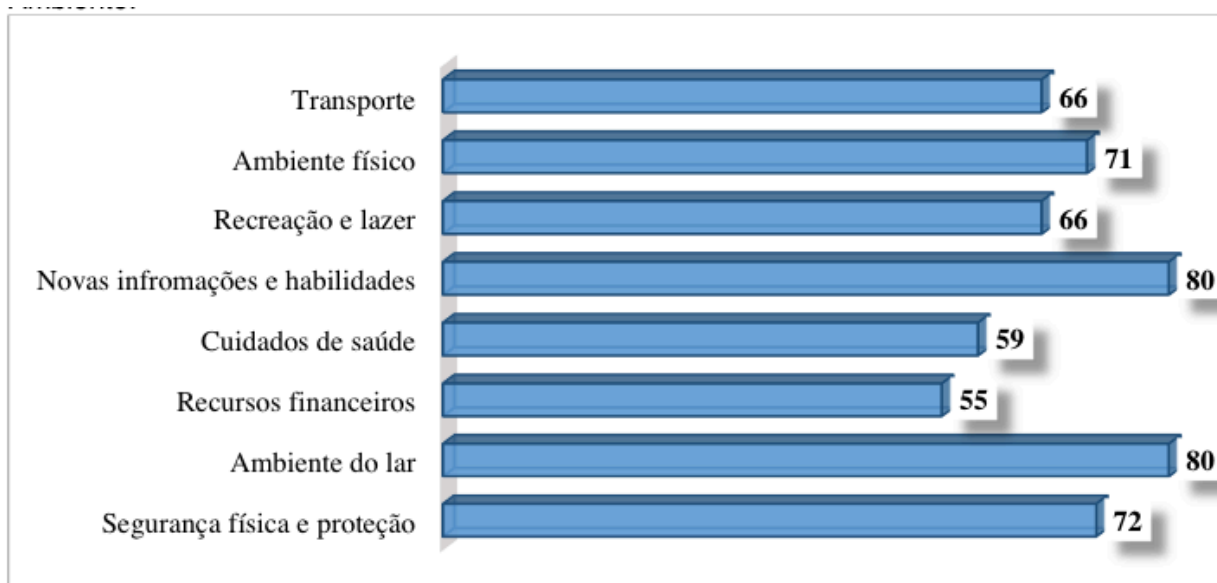


Figura 2. Desempenho individual de formandos em Ciências Biológicas para o Domínio: Meio Ambiente.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Todos os escores correspondem a satisfação que os formandos têm do seu meio ambiente, onde pode-se destacar que todos estão com uma porcentagem acima de 50% e se deduz que estão satisfeitos ou muito satisfeitos. Entretanto, os escores que sobressaíram foram: ambiente do lar e novas informações e habilidades, ambos com 80% (Figura 2).

Estes dados informam que os formandos estão em um ambiente em constante informação e construção de habilidades, pois segundo Araújo (2012), a universidade “é uma instituição que ocupa lugar de destaque na sociedade, possuindo um ethos de local das infinitas possibilidades e da produção de um conhecimento superior, que possibilite a criação de saberes e tecnologia e a transformação social”. Além desse ambiente, o Fórum Nacional de Pró-reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis

(FONAPRACE, 2014) destaca que os estudantes buscam informações em mídias digitais como a internet (90,3%) e a televisão (5,7%).

Ainda destacam a satisfação com o ambiente do lar, ou seja, a moradia que habitam possivelmente seja na mesma cidade em que cursam a graduação ou se vieram de outras cidades, provavelmente, conseguiram se adaptar as novas situações e realidade.

Outros fatores que merecem destaque são as facetas: segurança e proteção, pois os indivíduos vivem com medo da perigosidade que se instalou na sociedade, devido à falta de segurança pública e o aumento da criminalidade. Apesar disto, os formandos apresentam uma percepção de satisfação quanto a cidade/local onde vivem. Esses dados diferem de Marconato e Monteiro (2015), onde os participantes da pesquisa demonstraram grande preocupação com a segurança pública do país.

Quanto a questão do transporte que é algo difícil para muitas pessoas, principalmente estudantes, conseguirem se locomover e chegar a universidade ou ir a outros espaços, os entrevistados manifestaram 66% de satisfação (Figura 2). Possivelmente, seja pelo fato de estarem em um ambiente em que há a colaboração de colegas para conseguirem chegar ao ambiente acadêmico ou mesmo por possuírem seus transportes próprios.

A faceta recreação e lazer e ambiente físico tiveram um índice de satisfação de 66% e 71%, respectivamente (Figura 2). São elementos importantes para o bem-estar do indivíduo, onde segundo Eurich e Kluthcovsky (2008), o lazer é um ambiente tranquilo que contribui para a qualidade de vida, pois gera alegria, conforto e tranquilidade para si.

Um fator com um menor percentual de qualidade de vida foi sobre os cuidados com a saúde (55%) e os recursos financeiros (59%) (Figura 2). Universitários são pessoas que, às vezes, se deslocam para outras cidades em busca de cursos e formação acadêmica, e com isso, o custo de sobrevivência acaba sendo comprometido, com gastos alimentícios e transportes, além de materiais necessários para os estudos, razão dos resultados das facetas supracitadas.

Quanto aos cuidados com a saúde foi possível observar que não há uma preocupação relevante, onde segundo FONAPRACE (2014), a maioria dos estudantes utilizam o sistema público de saúde e vão aos centros médicos raramente, quando necessário, sendo que na região Nordeste este percentual chega a 58%. Provavelmente, a insatisfação ou imparcialidade dos estudantes esteja associada aos problemas de saúde pública que ocasionam o país.

Em relação a insatisfação quanto a questão financeira (55%) (Figura 2) é algo que afeta aproximadamente 42,21% dos estudantes em nível nacional e na região nordeste chega a 46% dos alunos. Estudantes do Nordeste possuem uma faixa de renda mensal bruta como uma das mais baixas do Brasil, variando meio salário até 2 salários mínimos ou não possuem renda (FONAPRACE, 2014).

Observou-se também, menor média para o domínio físico (3,03) (Tabela 1),

provavelmente se evidencia pelo fato do grupo de entrevistados serem caracterizados por acadêmicos em fase conclusiva de curso. Ainda neste domínio, o maior escore foi mobilidade, e seguido por capacidade de trabalho e atividade da vida cotidiana onde demonstram uma boa satisfação quanto a estas situações na sua vida (Figura 3).

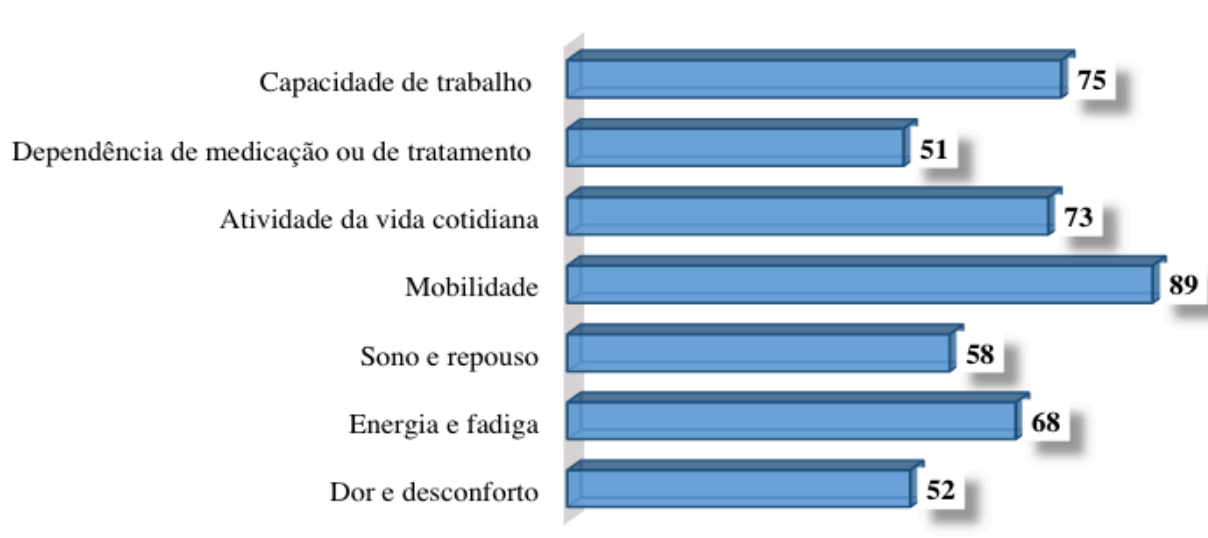


Figura 3: Desempenho individual de formandos em Ciências Biológicas para o domínio: Físico.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

As facetas com os índices mais baixos foram: energia e fadiga, sono e repouso; dor e desconforto; e dependência de medicação e tratamento (Figura 3).

Segundo FONAPRACE (2014), os estudantes dedicam-se até 10 horas de estudo fora do ambiente escolar, sendo que na região Nordeste esta atividade chega a 59,51%, e ainda tem estudantes (40,48%) que ultrapassam esta estimativa. Ainda de acordo com este estudo, foram identificados 32,57% dos estudantes sofrem de insônia ou de alterações de sono, podendo trazer prejuízos ao desenvolvimento dos alunos no ambiente universitário como estes relatados pelos estudantes como dor, desconforto e a utilização de remédios que ajudam a amenizar ou tratar doenças.

Cassimiro (2012) corrobora que a grande carga horária e quantidade de matérias além de cobranças e exigências contribuem para o aumento exponencial do estresse e crises momentâneas que se não tratadas adequadamente ou em tempo hábil poderão evoluir para quadros mais graves que necessitará de acompanhamentos por profissionais.

4 | CONCLUSÃO

As relações sociais são fundamentais para convivência sadia no ambiente universitário, e se torna um fator determinante para a qualidade de vida dos formandos em Biologia, que contribui para a satisfação pessoal e influencia positivamente as características psicológicas e as relações com o meio ambiente.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, A. G. Ensaio sobre a universidade e sua função social. *Filosofando: Revista de Filosofia da UESB*, ano 1, n.1, jul/dez. 2012.
- BUTLER, S. M.; BLACK, D. R.; BLUE, C. L.; GRETEBECK, R. J. Change in diet, physical activity, and body weight in female college freshman. *American Journal of Health Behavior*, v. 28, n. 1, p. 24-32, July. 2004.
- CASSIMIRO, E. E. Frequência do uso de psicofármacos entre jovens estudantes que cursam pré-vestibular. *Adolesc. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 27-36, out/dez. 2012.
- EURICH, R. B; KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. Avaliação da qualidade de vida de acadêmicos de graduação em Enfermagem do primeiro e quarto anos: influência das variáveis sociodemográficas. *Rev Psiquiatr.* p. 211-220, 2008.
- FLORIANI, F. M; MARCANTE, M. D. S; BRAGGIO, L. A. **Autoestima e autoimagem com a estética.** Disponível em: <http://siaibib01.univali.br/pdf/Flavia%20Monique%20Floriani,%20M%C3%A1rgara%20Dayana%20da%20Silva%20Marcante.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2019.
- FONAPRACE, Fórum Nacional de Pró-reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis. (2004). **IV Pesquisa do Perfil sócioeconômico e cultural dos estudantes de graduação das instituições federais de ensino superior: relatório final de pesquisa.** Fórum nacional de pró-reitores de assuntos comunitários e estudantis. Uberlândia, 2016. 291 p.
- FRANCA, C.; COLARES, V. Estudo comparativo de condutas de saúde entre universitários no início e no final do curso. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 3, p. 420-427, jun. 2008.
- GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D. T. (Org). **Métodos de pesquisa.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.
- MARCONATO, R. S; MONTEIRO, M. I. Dor, percepção de saúde e sono: impacto na qualidade de vida de bombeiros/profissionais do resgate. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* nov/dez. 2015.
- MINAYO, M. C. S; HARTZ, Z. M. A; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, p. 7-18, 2000.
- OLIVEIRA, M. R; JUNGER, J. R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Estudos de Psicologia*, set/dez, p. 469-476, 2012.
- QUEIROZ, C. M. B.; SÁ, E. N. C.; ASSIS, M. M. A. Qualidade de vida e políticas pública no município de Feira de Santana. *Ciência e Saúde coletiva*, v. 9, n. 2, p. 411-421, abr./jun. 2004.
- SANTOS, A. S; OLIVEIRA, C. T; DIAS, A. C. Características das relações dos universitários e seus pares: implicações na adaptação acadêmica. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, São Paulo, p. 150-163, jan/abr. 2015.
- THE WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. (ed.) **Quality of life assessment: international perspectives.** Springer Verlag: Heidelberg, 1994.
- THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine*, v. 46, n. 12, p. 1569-1585, 1998.
- VECCHIA et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev Bras Epidemiol*, p. 246-252. 2005.

VOLSKI, V. et al. A promoção da saúde na percepção de acadêmicos formandos nos cursos do setor de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Centro-Oeste-Unicentro, Paraná. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, ano 9, n. 29, jul/set. 2011.

REFORMA PSIQUIÁTRICA, CIDADANIA E BANALIZAÇÃO DA INTERDIÇÃO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS

Vânia Monteiro de Menezes

Universidade Federal de Mato Grosso, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Cuiabá – Mato Grosso

Andréia de Fátima de Souza Dembiski

Universidade Federal de Mato Grosso, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Bolsista da CAPES.

Cuiabá – Mato Grosso

Pedro Felipe Furlaneto Nava

Universidade Federal de Mato Grosso, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Cuiabá – Mato Grosso

Renata Garutti Rossafa

Universidade Federal de Mato Grosso, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Bolsista da FAPEMAT (Abr. 2017 - Fev. 2019).

Cuiabá – Mato Grosso

Maria Beatriz Bastos Párraga

Universidade Federal de Mato Grosso, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Cuiabá – Mato Grosso

Vera Lúcia Blum

Universidade Federal de Mato Grosso, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Cuiabá – Mato Grosso

Sirlene Guimarães Ribeiro

Defensoria Pública do Estado de Mato Grosso.

Cuiabá – Mato Grosso

RESUMO: Este trabalho foi desenvolvido no âmbito das pesquisas do *Grupo de pesquisa em psicologia clínica e instituições – Psicanálise e exigências clínicas contemporâneas: estudos teóricos, clínicos e metodológicos*. O artigo está baseado na dissertação de mestrado intitulada *A escuta psicanalítica no entrecruzamento de práticas e saberes na Defensoria Pública de Mato Grosso* e dirige-se a um objeto específico: o tratamento que diversas manifestações de sofrimento psíquico recebem em uma instituição do campo jurídico – a Defensoria Pública do Estado de Mato Grosso – onde se constata que uma parcela significativa de casos que requerem o trabalho interdisciplinar se refere a pessoas em intenso sofrimento mental. O foco recai sobre a demanda de interdição/curatela de pessoas consideradas “loucas”, formulada por cônjuge ou familiar. Há um imaginário que gravita em torno desses pedidos, do qual destacamos três aspectos: 1) a doença mental é um motivo suficiente para legitimar a interdição; 2) a curatela dará ao curador o poder de decidir pela internação involuntária; 3) proceder à interdição seria uma condição para o acesso a direitos sociais do “louco”. Nosso objetivo é questionar essas ideias bem como a associação direta entre doença mental e incapacidade para os atos da vida civil. Para tanto foram levantados os aspectos mais importantes da legislação que versa sobre o tema. Apontam-se os efeitos que

a interdição pode trazer para a pessoa, e por fim, discute-se sobre o impacto que esse obstáculo à autonomia pode ter sobre o curso da própria doença ou sofrimento psíquico.

PALAVRAS-CHAVE: Loucura, interdição, cidadania, Defensoria Pública do Estado de Mato Grosso.

ABSTRACT: This work was developed within the scope of the *Research Group of Clinical Psychology and Institutions – Psychoanalysis and contemporary clinical requirements: theoretical, clinical and methodological studies*. This article is based on the master's thesis entitled *The psychoanalytic listening in the intersection of practices and knowledge in the Defensoria Pública de Mato Grosso* and concentrates on a specific object: the various forms of treatment that psychic suffering receives in a legal institution – the Defensoria Pública do Estado de Mato Grosso (Public Defender's Office of Mato Grosso State) – where it has been possible to verify that a significant number of cases that requires workinterdisciplinary referred to people in intense mental suffering. This work focuses on the demand for interdiction/guardianship requests of people considered “madness”, made by a spouse or family member. There is an imaginary that revolves around these requests, of which we highlight three aspects: 1) mental illness is a sufficient reason to legitimize the interdiction; 2) the guardianship gives to the guardian the power to decide for involuntary hospitalization; 3) proceed the interdiction is a condition for “madness” people access their social rights. Our goal is to question these ideas as well as the direct association between mental illness and disability for the acts of civil life. For that, the most important aspects of the legislation on the subject were raised. The effects that the interdiction can bring to the person are pointed out and, finally, the impact that this obstacle to autonomy can have on the course of the illness or psychological suffering is discussed.

KEYWORDS: Madness, interdiction, citizenship, Public Defender's Office of Mato Grosso State.

1 | ISSO, QUE ÀS VEZES CHAMAMOS DE LOUCURA

Tudo que se desenvolveu acima não passa de um arabesco em torno do núcleo da questão decisiva de saber se em consequência da minha suposta doença mental estou ou não em condições de administrar meus negócios. (SCHREBER, 1984, p. 258).

Em que condições uma pessoa considerada doente mental pode ser mantida reclusa em um sanatório contra sua vontade manifesta? Esse foi o título do ensaio escrito em 1900 por Daniel Paul Schreber, jurista de alto escalão do então Reino da Saxônia, que na ocasião encontrava-se internado em um sanatório para doentes mentais e estava sob curatela provisória havia seis anos. Porém, em outubro de 1899 ele passaria a denunciar o caráter irregular dessa internação e a partir daí a mover uma ação judicial para obter alta e recuperar sua capacidade civil. Esse ensaio, sua petição, os laudos médicos periciais e a sentença da Corte de Apelação de Dresden

constituem o apêndice e os anexos de seu livro publicado em 1903, cuja tradução para o português recebeu o título *Memórias de um doente dos nervos*. Além de ser uma obra cuja primeira parte revela a construção e o desenvolvimento do delírio psicótico do juiz-presidente Schreber a partir da narrativa em primeira pessoa, ela é também um testemunho da preservação em meio ao delírio das capacidades cognitivas, racionais e argumentativas do autor, e do rigor técnico que transparece na defesa que ele mesmo faz da suspensão da interdição.

Para a psicanálise, o texto do Schreber teve uma fundamental importância, pois foi a partir de sua análise que Freud – até então dedicado ao estudo da histeria – lançou seu olhar sobre a psicose e traçou sobre ela suas primeiras conjecturas, publicadas em 1911 no artigo “*Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (dementia paranoides)*”.

Schreber com sua efígie de Janus pode ser especialmente atraente aos psicanalistas que desenvolvem seu trabalho e pesquisa no contexto jurídico, pois parte do trabalho do psicanalista consiste justamente em escutar o sujeito naqueles elementos do discurso dissociados e infantis, que muitas vezes passam despercebidos, mas que dizem de seu desejo. Janus é um deus romano representado pela figura bifronte que tem uma de suas faces voltada para frente, o porvir, e a outra para trás, em apreciação ao que já se passou. Aqui a divindade é utilizada como referência às duas facetas de Schreber: o louco escolhido de Deus que estava destinado à emasculação e a parir uma nova raça humana, e o jurista que defende a cessação de sua interdição. Em Schreber se mesclam a marca vívida da experiência de ser uma pessoa privada de sua autonomia e do gozo de suas capacidades civis, e o olhar do jurista, que interpreta sua própria situação à luz do Direito. Este artigo não tem a pretensão de analisar a obra de Schreber, apenas inspira-se nela, para que ela nos ajude a dizer com as palavras emprestadas desse outro, aquilo que não seríamos capazes de dizer tão bem.

Schreber, aliás, nunca aceitou a denominação de doente mental. Dizia-se, sim, doente dos nervos. Ao tratarmos do tema, parece que estamos sempre às voltas com um impasse sobre como nomear isso – doença mental, doença dos nervos, transtorno mental, sofrimento psíquico? Isso, que às vezes chamamos de loucura.

Loucura. Como se sabe, este é um termo geral e vago. Pois bem, por que preferimos deixar assim? Porque queremos abrir espaço para que o fenômeno se apresente como uma forma de tormento em que o sujeito que o experimenta produz estilos e conteúdos discursivos, cujos efeitos de sentido são marginalizáveis pelas significações dominantes da cultura. Esse modo de experimentar, organizar e dizer seu sofrimento o coloca em desvantagem perante as instituições jurídicas que existem justamente para regular a vida na *pólis* – a vida civil dos membros de uma coletividade. Esse indivíduo que procura a Defensoria, com seu discurso a produzir estranhamento, tudo o que consegue é manter suas experiências dissociadas do plano das experiências partilháveis e comunicáveis, caso a apreensão de sua condição tenha como referência

as coordenadas ordinárias do imaginário socialmente instituído acerca da saúde e da doença mental. A apreensão quase automática e espontânea do discurso louco como mera desorganização mental nos faz refletir sobre o abismo que se instala entre aquilo que o louco procura na Defensoria (por que ele procura a Defensoria?) e aquilo que de fato encontra. Qualquer intervenção que desconsidere esse abismo terá consequências abusivas, embora nem sempre fáceis de perceber.

Schreber não é o único louco notável a se insurgir lucidamente contra a forçosa tutela a que foi submetido. Antonin Artaud (1896-1948), poeta, escritor, roteirista e diretor de teatro francês, cuja vasta obra realiza o desejo de que seus gritos de dor sejam ouvidos – “não quero que ninguém ignore meus gritos de dor e quero que eles sejam ouvidos” (citado por TEIXEIRA, 1999, p.188), também se rebela. Ele se insurge contra a violência consumada na forma de segregação perpétua da vida social “sob o manto da ciência e da justiça” (ARTAUD, 1968, p. 183) conforme escreve em Carta aos Médicos-chefes dos Manicômios, em 1925. Nessa carta, em que ele conclui ter o saber médico somente a superioridade da força, Artaud expõe a arbitrariedade sobre a qual essa força está assentada, pois, com que fundamento, senão a “ditadura social” (p.183), se pode justificar que “o sonho do demente precoce, as imagens pelas quais ele é possuído, não são algo mais que uma salada de palavras?” (p. 183). Em sua carta manifesto, afirma Artaud:

Não admitimos que se freie o livre desenvolvimento de um delírio, tão legítimo e lógico quanto qualquer outra sequência de ideias e atos humanos [...] Sem insistir no caráter perfeitamente genial das manifestações de certos loucos, na medida da nossa capacidade de avaliá-las, afirmamos a legitimidade absoluta da sua concepção de realidade e de todos os atos que dela decorrem. (ARTAUD, 1968, pp. 182-183).

Passemos a palavra a Susan Sontag, que repercute a voz de Artaud:

Contra todas as teorias hierárquicas ou platônicas da mente, que fazem uma parte da consciência ser superior a outra, Artaud defende a democracia das reivindicações mentais, o direito de cada nível, tendência e qualidade da mente a ser ouvida: “Nós podemos fazer qualquer coisa no espírito, podemos falar em qualquer tom de voz, inclusive num que seja inconveniente”. (SONTAG, 1986, p. 21).

Para Sontag não é verdade “que haja um critério universal, correto, científico de sanidade (o imposto pelos programas de saúde mental, por assim dizer, dos Estados Unidos, Inglaterra e Suécia, ao invés do executado em países como o Marrocos, por exemplo)”. A escritora e crítica de arte já falecida prossegue: “em cada sociedade, as definições de sanidade e loucura são arbitrárias — e, no sentido mais amplo, políticas. Artaud era extremamente sensível à função repressiva do conceito de loucura”. (SONTAG, 1986, p. 53).

O que querem esses loucos famosos, exorbitantes, como Daniel Paul Schreber e Antonin Artaud? Expressam eles, por meio de seus talentos extravagantes, algo muito diferente da vontade do louco que transita pela cidade e com quem nos encontramos quando procuram ajuda em uma instituição que não é de saúde?

Schreber, Artaud e a anônima Valquíria, que passaremos a considerar, parecem todos querer a mesma coisa: ser ouvidos e levados a sério.

2 | AO LOUCO, A CURATELA

A narrativa que traremos a seguir refere-se ao caso de uma usuária da Defensoria Pública do Estado de Mato Grosso (DPMT) – a quem chamaremos de Valquíria. Entretanto, antes de avançarmos com a apresentação do caso, esclarecemos que a Defensoria Pública é prevista na Constituição Federal brasileira como instituição essencial à função jurisdicional do Estado. A ela cabem as funções de orientação jurídica, promoção dos direitos humanos e defesa extrajudicial e judicial, em todos os graus, dos direitos de pessoas denominadas institucionalmente como hipossuficientes (CF/1988, LC 80/1994, LC 132/2009).

Passemos ao relato do caso.

PRÓLOGO – Valquíria, mulher de cerca de 40 anos, solteira, sem filhos, morou com o pai até o falecimento dele havia 4 anos, depois de um período longo de doença em que ela ficou responsável por seus cuidados. Ele deixou para a filha uma pensão vitalícia e uma casa, que após sua morte ela optou por vender para adquirir outra. Tinha dois irmãos mais velhos morando na mesma cidade, mas evitava o contato com eles alegando que não se relacionavam bem. Após a morte do pai, adquiriu uma casa onde viveu sozinha por um período, mas conta que essa casa havia sido invadida e pilhada por estranhos e ela não se sentia segura lá. Uma antiga amiga da família a acolhera em sua casa e era com quem Valquíria estava residindo; porém, não se sentia bem nessa moradia, alegando que a dona da casa era muito autoritária com ela.

I ATO – Valquíria chegou à Defensoria procurando por uma assistente social. O servidor responsável por sua recepção a encaminhou para atendimento psicológico, não identificando demanda jurídica e relatando que a usuária tinha o discurso confuso, dizia ter esquizofrenia e relatava estar sob pressão psicológica, referindo medo de ser assaltada novamente. Dizia que sua casa havia sido invadida e por isso queria falar com a assistente social: acreditava que ela poderia lhe arranjar uma casa em algum programa de habitação do Governo. Ela é acolhida por psicóloga e volta à Defensoria algumas vezes, sem agendamento, sendo frequentemente encaminhada e atendida pela Psicologia. Tem uma linguagem requintada e faz comentários que chamam a atenção pela acuidade de observação e interpretação das situações que lhe afetam. Porém não revela detalhes de seus vínculos, não fornece seu endereço nem contato de ninguém.

II ATO – Ao tentarmos seguir as pegadas de Valquíria nos equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), somos informados por profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que ela seguia tratamento lá enquanto seu pai era vivo. Para nossa surpresa, nos informaram também que havia um estudo social sendo

desenvolvido com Valquíria em nossa instituição. Embora o motivo do estudo não tenha ficado claro para nós, a demanda havia sido gerada a partir de um contato feito entre assessores jurídicos da Defensoria Pública da União (DPU) – onde Valquíria tratava de questões relativas a sua pensão, proveniente de órgão federal e, portanto, da alçada da União – e o serviço social da DPMT.

Ao entrarmos em contato com esses setores, tomamos conhecimento de outros pontos importantes da história de Valquíria: meses antes, ela havia assinado uma procuração para a conhecida que lhe dava abrigo, de modo que esta podia movimentar a conta bancária na qual Valquíria recebia a pensão. Como ela também frequentava a DPU e se queixava de autoritarismo por parte de sua anfitriã, assessores da instituição acharam por bem sugerir ao banco o bloqueio de sua conta, por suspeita de movimentação indevida. A essa altura, então, já tínhamos várias referências de Valquíria, e passamos a conversar também com alguns de seus parentes e dos profissionais que estavam envolvidos com o seu caso.

Fomos então percebendo que algumas dessas pessoas pareciam imbuídas da ideia de curatela Valquíria, ideia essa presente no discurso de servidores das Defensorias, da agência bancária e do irmão de Valquíria, com quem agora tínhamos contato. Valquíria reconheceu um dia com toda lucidez que tem dificuldade de lidar com as “coisas do mundo”, com as obrigações cotidianas que diz não entender direito, diz que não tem cabeça para lidar com contas e que sente precisar de ajuda. Pela primeira vez conversamos a respeito de tomada de decisão apoiada (TDA) e de curatela. Passamos também a conversar sobre esses assuntos com seu irmão, sempre com o conhecimento e consentimento de Valquíria, para pensarmos em como ela poderia receber esse apoio e apontando a importância de envolvê-la nas decisões que lhe dizem respeito.

III ATO – Valquíria tem um surto psicótico e é internada em um hospital psiquiátrico público. Nesse período o irmão entra insistentemente em contato conosco, pedindo para “pressionamos” o hospital para que lhe forneça um laudo psiquiátrico. Tudo nos leva a crer que ele está buscando a interdição da irmã, porém ele não confirma essa hipótese. Afirmo que precisa do documento para tratar de assuntos financeiros da irmã, pagar suas contas, negociar seus débitos e cuidar de uma questão relativa à escritura de uma casa que Valquíria havia comprado, mas não havia sido registrado em seu nome por pendências dos antigos proprietários. Diz que o laudo tem lhe sido exigido pela agência bancária e pelo INSS. Relembramos o acordo de envolver Valquíria nas decisões que lhe dissessem respeito e pedimos que nos avisasse quando Valquíria recebesse alta.

IV ATO – Valquíria recebe alta do hospital depois de quase dois meses internada e aparece espontaneamente na Defensoria, procurando a assistente social, mas acaba sendo atendida pela psicóloga. Marcamos um atendimento em conjunto com ela e seu irmão, para retomarmos a conversa sobre a ajuda que Valquíria sentia precisar para cuidar “das coisas do dia a dia”. Em meio a essa conversa recebemos a notícia de

que o irmão havia proposto ação de interdição, apresentando laudo de esquizofrenia paranoide e relatório da equipe multidisciplinar fornecido pelo hospital psiquiátrico após ofício do defensor, o qual foi entendido pelo juízo como prova inequívoca da necessidade de antecipação de tutela. O irmão foi nomeado seu curador provisório para representá-la em todos os atos da sua vida civil, exceto para contrair empréstimos e alienar bens. Desde então ela passou a residir com os irmãos e também desde então ela retornou várias vezes à Defensoria para dizer que não se sentia bem com essa situação, que queria morar sozinha. Dizia sentir-se muito incomodada no ambiente e não se acostumar com a movimentação de sobrinhos e outros parentes na casa. Como conversamos muitas vezes sobre a curatela e a tomada de decisão apoiada, Valquíria dizia achar “a curatela muito drástica”, e afirmava o desejo de mudá-la para a TDA. Porém, a cada vez que essa possibilidade é retomada com o irmão, ele afirma que “entregará a curatela da irmã para a Defensoria”. É evidente que a ideia de TDA não lhe agrada, embora ele não verbalize isso. É visível o esforço que faz para acertar a vida financeira da irmã, mas é visível também a impaciência com que lhe presta contas sobre esse gerenciamento. Quando lhe apontamos isso, ele afirma que o problema não é lhe explicar onde está empregando seu dinheiro, mas ter que repetir as informações inúmeras vezes, pois, segundo ele, a irmã continua a lhe fazer as mesmas perguntas mesmo depois que ele já as respondeu.

V ATO – A ação de interdição de Valquíria continua tramitando na Vara de Família. Em conversa com defensores e seus assessores, fomos informadas de que, como o proponente da ação é seu irmão e não Valquíria, somente ele poderia desistir da interdição e curatela em prol da tomada de decisão apoiada. Se nada for feito, se Valquíria não for ouvida, se sua capacidade civil não for avaliada e, quem sabe, reconhecida, a curatela provisória tem muita chance de se transformar em definitiva, e quase nenhuma de ser extinta em favor de uma ação de TDA. Atualmente, espera-se que Valquíria seja citada para audiência com o juiz e que ele nomeie um defensor que a defenda, pois ela é a parte contrária nesse processo que se instaurou. Até agora, fora o vínculo que ela tem com a Psicologia e que a define como usuária da DPMT, ela ainda não tem um vínculo com o Direito, não sendo ainda por ele assistida – exceto por uma ou outra orientação que obteve sobre o processo de interdição que lhe diz respeito.

A contragosto da família, Valquíria conseguiu achar uma casa que lhe agradou e já se mudou para lá. Mesmo contrariado com essa decisão, o irmão tem se responsabilizado por destinar parte da pensão de Valquíria para pagar o aluguel. Havia um equívoco por parte dos familiares (e de vários profissionais com quem temos conversado) de que Valquíria não poderia se mudar da casa e tampouco morar sozinha sem a autorização do irmão, já que ele é seu curador. No entanto, ela pediu a seu psiquiatra (do CAPS, onde tem seguido o tratamento desde que saiu da internação) opinião sobre ela morar sozinha e ele foi totalmente favorável, o que deixou seu irmão muito confuso e desgostoso.

EPÍLOGO – Vimos, com Valquíria, os efeitos de afastamento que a estranheza de um discurso pode causar. Ela chega falando coisas esquisitas, como a invasão de sua casa por pessoas estranhas (promíscuas, ela diz, que querem o seu mal). E quem haveria de dizer que, apesar dos elementos persecutórios, havia realmente uma casa que sofreu invasão e pilhagem de terceiros? O discurso fora do comum causa a dúvida e a tendência a se descartar dele qualquer possível verdade factual. Vimos em Valquíria, a dificuldade de poder falar por si e ser ouvida, diferentemente de seu irmão que, chegando depois, conseguiu propor uma ação que diz muito mais respeito a ela do que a ele. Vimos, nesse caso, a pressa em “protegê-la” despojando-a do direito de representar a si mesma e de falar por si, retirando-lhe a autonomia para exercer diretamente “todos os atos da sua vida civil”. No entanto isso parece – aos nossos olhos leigos, porém interessados na letra da lei – que é bem mais do que a lei permite retirar. Vimos, com Valquíria, uma usuária procurar, insistente, pela assistente social, mas ser recorrentemente encaminhada à psicóloga porque, afinal, é esquizofrênica. Nós a vimos chegar à Defensoria em busca de orientação sobre como entrar em um programa de habitação do Governo, com sede de autonomia, e sair interdita e curatelada. Vimos as palavras “esquizofrenia paranoide” tomarem a forma de estigma que causa todo tipo de incerteza a respeito de suas capacidades e do que lhe deve ou não ser permitido fazer, ficando a decisão sempre a cargo de um terceiro, em uma abusiva relação de poder. E ouvimos estranhas perguntas: mas será que ela pode morar sozinha? Mas será que ela pode se relacionar com alguém? Mas ela pode andar sozinha pela cidade? Como ela chegou aqui? O irmão deixa? O psiquiatra deixa?

Ao se negar o direito do sujeito de ser escutado e de ser avaliada sua vontade, lhe é negada *de antemão* sua condição de pessoa dotada de vontade livre e de responsabilidade. Negado de antemão tal direito, como esperar que algum dia se possa nela reconhecer alguma autonomia? O processo de escuta e o trabalho de ponderação sobre os seus pedidos foram atravessados pela determinação judicial de sua curatela, o que implica necessariamente na manutenção de sua menoridade civil sem que essa condição pudesse ter sido suficientemente discutida e aquilatada.

3 | UMA (RE)VISÃO DE LEIS POR LEIGOS

A Reforma Psiquiátrica brasileira – que teve início no final dos anos 70 com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e ampla participação popular – inspirou-se nos pressupostos teóricos da psiquiatria democrática italiana, tal como proposta por Franco Basaglia, em Trieste. Dois desses pressupostos se destacaram nas pautas políticas da reforma brasileira: a adoção de um novo modelo assistencial em oposição ao isolamento asilar e a ênfase no exercício da cidadania do doente mental. Em solo nacional, a Reforma Psiquiátrica foi consolidada com a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” e ficou

conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei da Luta Antimanicomial.

Se analisarmos o contexto de seu surgimento veremos que a Lei da Reforma Psiquiátrica se propunha como instrumento de garantia da liberdade e dos direitos humanos frente à barbárie do sequestro psiquiátrico e das internações compulsórias. O deputado Paulo Delgado, autor do Projeto de Lei 3.657, de 29 de setembro de 1989, que deu origem à Lei 10.216/2001, apontava um cenário nacional de mais de 600.000 internações anuais “anônimas, silenciosas, noturnas, violentas” e assim justificava sua proposta no texto do projeto:

A questão psiquiátrica é complexa por suas interfaces com a Justiça e o Direito, com a cultura, com a filosofia, com a liberdade. Se considerarmos toda a complexidade do problema, esta é uma lei cautelosa, quase conservadora. O que ela pretende é melhorar – da única forma possível – o atendimento psiquiátrico à população que depende do Estado para cuidar de sua saúde, e proteger em parte os direitos civis daqueles que, por serem loucos ou doentes mentais, não deixaram de ser cidadãos. (DELGADO, 1989, p. 10696).

A Lei da Reforma Psiquiátrica, visava à garantia desses direitos, mas não escapou aos efeitos da transição do estatuto de louco ao de doente mental. Em que pesem os inegáveis avanços alcançados, a Lei ao designar o louco como “pessoa portadora de transtorno mental” e ao dispor sobre sua proteção, teve em diferentes campos uma interpretação tal, cujo efeito foi a ênfase nos direitos à assistência e ao tratamento, de modo a relegar outros tipos de direito a segundo plano. Em meados dos anos 90, Amarante já afirmava que “pelas peculiaridades cientificamente estabelecidas quanto à categoria de ‘doença mental’, o doente é despojado de seus direitos jurídicos, políticos e civis, tornando-se, dessa maneira, um não-cidadão” (AMARANTE, 1996, p. 15). E como bem aponta Gabbay (2010), “a questão da cidadania do doente mental é marcada por um paradoxo” (p. 45), um paradoxo estrutural, instituído na constituição histórica da figura da doença mental. Segundo a autora:

A transformação da loucura em doença mental implicou, como assinala, na exclusão social do doente da condição de cidadania. Se, por um lado, o estatuto de doente permitiu ao louco a concessão do direito de assistência e tratamento, por outro, sob a proteção do Estado, autorizou também a subtração de sua condição de cidadania plena. (GABBAY, 2010, p. 45).

Nossa experiência como psicanalistas pesquisadores/atuantes na Defensoria Pública nos mostra que a principal demanda de parentes de pessoas com transtorno mental é pela sua internação psiquiátrica. Tais demandas amiúde se fazem acompanhar de pedidos de interdição e curatela.

A interdição é o processo judicial por meio do qual uma pessoa é declarada civilmente incapaz. Em conformidade com o Código Civil de 2002, até antes da entrada em vigência da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência a interdição poderia ser total ou parcial. Tratava-se de interdição total quando o juiz entendia que a pessoa é absolutamente incapaz e por isso o curador deveria praticar todos os atos por ele e em nome dele. Já a interdição parcial era aquela proporcional ao desenvolvimento mental, ao grau de discernimento ou ao grau de comprometimento

psicossocial do indivíduo. No contexto do Código Civil de 2002, a curatela nada mais era que uma consequência da interdição; ação pela qual o juiz nomeava um curador que se responsabilizaria pelos atos civis do interditado. (ALENCAR, ASSIS & MUSSE, 2016).

Frequentemente acredita-se que a interdição é condição para a internação quando esta é feita contra a vontade da pessoa, e que é o curador a pessoa com o poder para determinar essa internação. Embora essa crença não encontre nenhum embasamento legal, é sabido que a curatela/interdição de fato muitas vezes legitima internações e/ou tratamentos involuntários indevidos, a pedido do curador, normalmente um familiar da pessoa, indo na contramão da Reforma Psiquiátrica (Cavalcante, 2016).

Para entendermos esses “superpoderes” atribuídos ao familiar ou responsável detentor da curatela, devemos contextualizar historicamente a interdição, tal como ela figurava nos Códigos de Processo Civil de 1939 e de 1973. Segundo Azevedo (2016),

A partir do decreto judicial de interdição, portanto, declarava-se a situação de absoluta incapacidade do indivíduo, ficando o interdito sujeito aos efeitos da curatela para todos os atos da vida civil, inclusive para os atos existenciais (casamento, reprodução, planejamento familiar etc), laborais e para o exercício da cidadania (voto). (AZEVEDO, 2016) [grifo nosso].

O autor aponta ainda que a interdição só poderia ser levantada “após perícia em que fosse constatada a recuperação da plena sanidade mental do interditado”. Esta situação, no entanto, é praticamente impossível de ocorrer, primeiro porque, seja lá o que se entenda por “plena sanidade mental”, provavelmente muitos poucos indivíduos devem atingir essa plenitude, quanto mais “recuperá-la”; segundo porque, em se tratando de transtornos mentais, sabe-se que muitos deles são constitutivos do sujeito – em psicanálise fala-se em estruturas clínicas – e um psicótico não deixa de ser um psicótico, assim como um neurótico não deixa de ser um neurótico. E nem por isso devem ser decretados incapazes.

Atualmente, o Código Civil (Lei 10.406/2002) sofreu diversas alterações importantes, introduzidas pela Lei 13.146/2015 (conhecida como Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – LBI – ou, ainda, como Estatuto da Pessoa com Deficiência). No Quadro I, procuramos dispor lado a lado a antiga e a nova redação quanto às pessoas que podem ser enquadradas como incapazes.

Redação anterior do Código Civil:	Redação dada pela Lei 13.146/2015:
Art. 3º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil:	Art. 3º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil os menores de 16 (dezesseis) anos.
I – os menores de dezesseis anos;	-----
II – os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos;	-----
III – os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade.	-----

Art. 4º São incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer:	Art. 4º São incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer:
I – os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos;	I – os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos;
II – os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido;	II – os ébrios habituais e os viciados em tóxico;
III – os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo;	III – aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade;
IV – os pródigos.	IV – os pródigos.

Quadro I – Comparativo da antiga e nova redação dos artigos 3º e 4º do Capítulo I - Da Personalidade e da Capacidade, Título I - Das Pessoas Naturais, Livro I - Das Pessoas, Parte Geral da Lei 10.406/2002, que institui o Código Civil.

Observa-se, portanto, que se as pessoas com transtorno mental se enquadram em alguma das categorias de incapacidade definidas na LBI, esta só poderia ser a prevista no inciso III do art. 4º: “aqueles que, por causa transitória ou permanente não puderem exprimir sua vontade”. Trata-se de uma incapacidade parcial.

Ora, uma doença mental pode se dar de formas muito distintas, diferindo o grau de habilidade do doente para lidar com os atos da vida civil. Cavalcante (2016), em parecer psicológico elaborado a pedido da Defensoria Pública do Estado de São Paulo em que é servidora, ressalta um processo de ampliação do olhar acerca do conceito de *pessoa com deficiência*, promovido pela Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em seu primeiro artigo. Segundo ela, esse artigo retrata a integração entre perspectivas de um modelo médico e um modelo social, resultando em uma abordagem biopsicossocial, que considera a deficiência uma síntese entre visões biológicas, individuais e sociais. Para a autora, a integração de perspectivas delineia uma mudança de paradigma ao reiterar que a deficiência não se dá em um sujeito, mas sim em um conjunto complexo de condições, muitas das quais criadas pelo ambiente social. Portanto, traz elementos para pensar que a interdição não se justifica se pautada somente em características do indivíduo, uma vez que a compreensão da incapacidade deve englobar todos os aspectos (biológicos, psíquicos e sociais) sem se reduzir a nenhum deles.

Nesse sentido, a principal mudança nas legislações em relação à compreensão de incapacidade ou deficiência está no papel que o ambiente adquire. Essa compreensão vai ao encontro das aproximações entre saúde mental e ordem pública feita por Jacques-Alain Miller em 1998, durante a conferência de encerramento da II Jornada do Campo Freudiano em Andaluzia. Segundo Miller (1999), a saúde mental é uma questão de ordem pública, pois a perturbação da última é um critério para dizer se um indivíduo tem ou não a primeira. Essa discussão amplia o nosso olhar para análise das relações do sujeito em seu campo social. E nos faz pensar que a sociedade e o Estado devem oferecer condições para que o sujeito, na medida de suas possibilidades, consiga ultrapassar as barreiras impostas pelo meio à sua condição. Desse modo,

compreendemos que a deficiência não incide apenas no sujeito, mas na sua rede de relações que o envolvem e condicionam a sua inserção na sociedade.

Em relação à curatela, a LBI a define em seu art. 84, § 3º como medida protetiva extraordinária, aplicável apenas quando for indispensável, de forma proporcional às necessidades e circunstâncias de cada caso (e não para todos os âmbitos da vida da pessoa) e com duração limitada ao menor tempo possível. O § 2º faculta à pessoa com deficiência a adoção da tomada de decisão apoiada, processo pelo qual a pessoa com deficiência elege pelo menos 2 (duas) pessoas idôneas, com as quais mantenha vínculos e que gozem de sua confiança, para prestar-lhe apoio na tomada de decisão sobre atos da vida civil, fornecendo-lhes os elementos e informações necessários para que possa exercer sua capacidade (BRASIL, Lei 13.146/2015). Conforme a LBI, os direitos são garantidos e reafirmados, bem como a excepcionalidade da medida, sempre em favor do curatelado:

Art. 85. A curatela afetará tão somente os atos relacionados aos direitos de natureza patrimonial e negocial.

§ 1º A definição da curatela não alcança o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto.

§ 2º A curatela constitui medida extraordinária, devendo constar da sentença as razões e motivações de sua definição, preservados os interesses do curatelado. (BRASIL, 2015).

Segundo Rodrigues e Ribeiro (2017), a curatela tal como formalizada na LBI adquire, finalmente, a natureza de medida protetiva e perde o caráter de interdição do exercício de direitos que era a marca dos Códigos anteriores. Em nossa percepção, ainda que a LBI tenha trazido tantos avanços a respeito dos processos de interdição e curatela e introduzido o dispositivo da tomada de decisão apoiada, nos parece que na prática ainda se hesita a respeito do sujeito alvo dessa proteção. Schreber já o havia percebido no início do século XX:

Mas sobretudo devo ressaltar categoricamente que a interdição deve ter lugar apenas no interesse do próprio interditado, para protegê-lo de eventuais perigos resultantes da sua tendência a agir de modo irracional, e nunca para preservar terceiros, mesmo que sejam os familiares mais próximos, de qualquer prejuízo, ou para preservar neles um certo estado de ânimo, que pode ser importante para seu equilíbrio mental, mas não faz parte das relações sociais reguladas pelo direito. (SCHREBER, 1984, p. 263).

Passado mais de um século desde que essa ideia foi tão claramente expressa por Schreber, ainda hoje essa problemática ecoa: o louco ainda é penalizado com o cerceamento à sua autonomia para proteger terceiros; dispositivos legais ainda são aplicados na ilusão de que possam regular relações que não são e não podem ser reguladas pelo Direito (e eis aqui apontada a importância da interdisciplinaridade nesses contextos). Opinião muito semelhante foi também expressa por Azevedo (2016), para quem a interdição, historicamente, nunca se destinou à proteção da pessoa julgada

incapaz, mas sim à proteção do patrimônio de terceiros, à segurança das relações de negócios e da circulação de riquezas. O autor destaca o caráter estigmatizante que a interdição recebeu nos Códigos de Processo Civil de 1939 e 1973, que recomendava “a ampla divulgação da condição de “interdito” na imprensa local e no órgão oficial, a inscrição da sentença no registro de Pessoas Naturais” (AZEVEDO, 2016).

4 | A BANALIZAÇÃO E A BANALIDADE DAS INTERDIÇÕES

Nem toda anomalia mental leva necessariamente à negação da capacidade civil. A imposição da interdição só se justifica quando a doença mental é tão grave que o doente parece incapaz de cuidar de todos os seus negócios, tal como uma criança com menos de sete anos de idade. Caso o doente não esteja inteiramente privado da capacidade de agir de modo sensato e ponderado e sua condição mental o impeça apenas de lidar com alguns de seus interesses ou com um determinado círculo de interesses, isto pode ocasionar eventualmente a introdução da curatela (artigo 1.910, item 2, do Código Civil), mas nunca a imposição da interdição. [Sentença da Corte de Apelação de Dresden, de 14 de julho de 1902] (SCHREBER, 1984, p. 294).

A condição estabelecida pela Corte de Apelação de Dresden, que justificou a suspensão da interdição de Schreber (1902), foi a de ele não estar inteiramente privado das capacidades de agir de modo sensato, uma decisão que leva em conta as capacidades do sujeito doente de exercer a sua autonomia, ainda que de maneira relativa. Em 1902 isso foi bem compreendido, mas atualmente não podemos estar certos de contar com a mesma sorte. O fato de a doença mental não ser necessariamente impeditiva para que uma pessoa exerça sua cidadania e acesse seus direitos com autonomia é algo frequentemente negligenciado.

A título de exemplo, podemos citar a ideia culturalmente disseminada entre população e instituições de que a curatela seja condição para o acesso a benefícios ou outros direitos sociais pela pessoa doente. Outra ideia errônea é a de que a pessoa só pode ser considerada incapaz de prover-se de forma independente – e conseqüentemente fazer jus ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) – se for também desprovida da capacidade de discernimento e incapacitada para os atos da vida civil (Cavalcante, 2016). Segundo Medeiros (2006), esse é um dos motivos para a formulação de tantos pedidos de interdição, contribuindo para a sua banalização, sobretudo na classe de pessoas mais pobres, que precisam acessar o BPC, devido a exigências burocráticas:

Embora a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), em nenhum momento faça menção a essa exigência, interpretação equivocada de normas operacionais do INSS, por inúmeras Agências desse Instituto espalhadas pelo país, fazia com que fosse exigida a certidão de curatela quando a incapacidade para a vida independente era ocasionada por doença ou deficiência mental. (MEDEIROS, 2006, p. 16).

Para além da banalização das interdições, que entendemos como o ato de torná-las banais, frequentes, quase rotineiras, podemos falar também em uma certa

banalidade dos processos pelas quais elas ocorrem, e com isto queremos dizer da sua qualidade trivial, vulgar. No Art. 751 do Novo Código de Processo Civil (NCPC, Lei 13.105, de 16 de março de 2015), lê-se que o interditando, uma vez citado, comparecerá perante o juiz “que o entrevistará minuciosamente acerca de sua vida, negócios, bens, vontades, preferências e laços familiares e afetivos e sobre o que mais lhe parecer necessário para convencimento quanto à sua capacidade para praticar atos da vida civil” (BRASIL, Lei 13.105/2015). No entanto, a narrativa de Paulo Delgado nos parece bastante instrutiva a respeito das condições práticas em que tais audiências ocorrem:

Assisti a muitas audiências de impressão pessoal e pude perceber que são muito rápidas. Não sei se isso mudou, porque fiz observação àquela época. Eram muito ligeiras [...] Marcam-se, por exemplo, para uma mesma tarde e para um mesmo juiz, várias audiências de impressão pessoal, quatro, cinco, seis, todas com um tempo muito curto, em que não se permite ao paciente dizer o que sente para o juiz. E aí surge o problema do tipo geral. Ele não tem que dizer para o juiz se é louco ou não, e muitos juízes acham que a pergunta principal é esta: “é louco ou não é?”

[...]

Numa dessas audiências, vi um paciente ser questionado pelo juiz, que fez três ou quatro perguntas. Perguntou ao paciente o nome, onde morava, que horas eram. Depois pediu-lhe para fazer um cálculo sobre uma compra. E o paciente ali, sentado a sua frente. Imaginem o rito da Justiça! Muitos chegavam sem saber o que tinham ido fazer ali. Muitos. E isso não acontecia porque estavam desorientados, mas porque ninguém lhes explicou o que foram fazer lá. (DELGADO, 2007, p. 184).

Quando usada indiscriminadamente, caracterizando um fenômeno que nomeamos como banalização da interdição, esta provoca uma torção nos objetivos de políticas públicas e leis que existem para garantir o cuidado, a proteção e os direitos da pessoa em vulnerabilidade, paradoxalmente, fazendo calar sua voz e deixando-a ainda mais vulnerável. Além disso, como esperar que o processo de infantilização civil e social a que o louco está sujeito com a interdição banalizada o ajude a desenvolver seus recursos psíquicos necessários para lidar, ainda que seja a seu modo, com as coisas da vida?

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Cícero Pereira; ASSIS, Daniel Adolpho Daltin e MUSSE, Luciana Barbosa. Da interdição civil à tomada de decisão apoiada: uma transformação necessária ao reconhecimento da capacidade e dos direitos humanos da pessoa com deficiência. In: **Revista de Estudos Empíricos em Direito** (Brazilian Journal of Empirical Legal Studies) vol. 3, n. 2, jul 2016, p. 226-247. Disponível em < <http://reedpesquisa.org/revista/index.php/reed/article/download/134/120>> Acesso em 05 de outubro de 2018.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

ARTAUD, Antonin. Letter to the medical directors of lunatic asylums. In **Antonin Artaud Collected Works. Volume One**. London: Calder and Boyars, 1968, p. 182-184. Tradução de Claudio Willer em SOUZA, Emilia Alves. **Antonin Artaud Carta aos Médicos-chefes dos Manicômios (1925)** Disponível em <<http://redehumanizausus.net/89562-antonin-artaud-carta-aos-medicos-chefes-dos->

manicomios-1925/> Acesso em 22 de fevereiro de 2019.

AZEVEDO, Júlio Camargo. **Diálogo entre a Lei Brasileira de Inclusão e o novo CPC**: pelo fim da interdição judicial. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2016-abr-30/julio-azevedo-preciso-acabar-interdicoes-judiciais>> Acesso em 05 de outubro de 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 22 de setembro de 2018.

BRASIL. **Lei 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. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em 05 de outubro de 2018.

_____. **Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm> Acesso em 10 de outubro de 2018.

_____. **Lei 13.105, de 16 de março de 2015**. Código de Processo Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13105.htm> Acesso em 05 de outubro de 2018.

_____. **Lei 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm> Acesso em 05 de outubro de 2018.

_____. **Lei Complementar nº 132, de 7 de outubro de 2009**. Altera dispositivos da Lei Complementar nº 80, de 12 de janeiro de 1994, que organiza a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos Territórios e prescreve normas gerais para sua organização nos Estados, e da Lei nº 1.060, de 5 de fevereiro de 1950, e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp132.htm Acesso em 22 de setembro de 2018.

_____. **Lei Complementar nº 80, de 12 de janeiro de 1994**. Organiza a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos Territórios e prescreve normas gerais para sua organização nos Estados, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp80.htm> Acesso em 22 de setembro de 2018.

CAVALCANTE, Paula Rosana. **Parecer psicológico**. São Paulo: Defensoria Pública do Estado de São Paulo, 2016. Disponível em <<https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Repositorio/0/Documentos/Parecer%20ATP%20para%20NEDIPED%20-%20questos%20psicol%C3%B3gicos%20curatela.pdf>> Acesso em 17 de setembro de 2018.

DELAGADO, Paulo Gabriel Godinho. Projeto de Lei 3657/1989. In: BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. **Diário do Congresso Nacional (Seção I), de 29 de setembro de 1989**. Brasília: Coordenação de Relacionamento e Pesquisa e Informação – Corpi. Disponível em: < <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD29SET1989.pdf#page=30> > Acesso em 20 de setembro de 2018.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Reforma psiquiátrica e justiça: espaço de banalização da interdição judicial. In: BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Comissão de Direitos Humanos e Minorias. **A banalização da interdição judicial no Brasil: relatórios**. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2007. Disponível em < http://bd.camara.leg.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/1750/banalizacao_interdicao_direitos_humanos.pdf?sequence=1> Acesso em 07 de outubro de 2018.

FREUD, Sigmund. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (dementia paranoides). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud. **O caso Schreber, Artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911-1913)** Vol XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GABBAY, Rochelle. Cidadania e loucura: um paradoxo?. **Polêm!ca**, [S.l.], v. 9, n. 3, p. 43 a 55, mar. 2012. ISSN 1676-0727. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/2790/1905>>. doi: <https://doi.org/10.12957/polemica.2010.2790>. Acesso em: 08 de agosto de 2017.

MEDEIROS, Maria Bernadete de Moraes. Interdição civil: uma exclusão oficializada? In **Textos e Contextos**, n. 5, nov. 2006. Porto Alegre, 2006. E-ISSN: 1677-9509. Doi: 10.15448/1677-9509 Disponível em < <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/download/1021/801>> Acesso em 15 de janeiro de 2019.

MILLER, Jacques-Alain. Saúde mental e ordem pública. In **Curinga** – Revista da Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas. n.31, dezembro de 2010. Belo Horizonte: EBP, 2010. Disponível em < http://minascomlacan.com.br/wp-content/uploads/2015/02/edicao_13-pdf.pdf> Acesso em 08 de agosto de 2017.

RODRIGUES, Melissa Cachoni e RIBEIRO, Dandara dos Santos Damas. Inovações da Lei Brasileira de inclusão no CC e no NCPC e as repercussões na jurisprudência. In: **Revista Jurídica do Ministério Público do Estado do Paraná**, ano 4, nº 7, dez. 2017. Disponível em < <https://www.revistadomppr.org.br/edicoes/7/281-297.pdf>> Acesso em 1º de outubro de 2018.

SCHREBER, Daniel Paul. **Memórias de um doente dos nervos** (M. Carone; Trad.). Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

SONTAG, Susan; Abordando Artaud In SONTAG, Susan. **Sob o Signo de Saturno** (A.M. Capovilla e A. Poli Jr, Trad.) Porto Alegre: L&PM Editores, 1986.

TEIXEIRA, Ana. O Teatro da Cura Cruel. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 3, n. 5, p. 187-192, Aug. 1999 . Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32831999000200028>. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831999000200028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 de fevereiro de 2019.

SAÚDE COLETIVA E SAÚDE MENTAL: INTERFACES DE UM DIÁLOGO

Rodrigo Scalabrin

Universidade Federal de Roraima
Boa Vista – RR

Maria Andreлина do Nascimento Oliveira

Universidade Federal de Roraima
Boa Vista – RR

Paôla Kessy de Souza Belo

Universidade Federal de Roraima
Boa Vista – RR

Calvino Camargo

Universidade Federal de Roraima
Boa Vista – RR

RESUMO: Atualmente existem diversas publicações referentes à Saúde Coletiva e Saúde Mental, investigando e avaliando a implementação das políticas públicas e seus desafios para essa forma de cuidado a partir da atenção psicossocial. Este diálogo construído a partir das discussões deste entrelaçamento de conceitos pretende demonstrar a intersubjetividade que permeia esses estudos. Esse diálogo é iniciado com alguns recortes de como foi compreendido o fenômeno da loucura primeiramente na Europa, e depois no Brasil, para contextualizar nosso diálogo. Após, perpassamos pela Luta Antimanicomial e a construção da Reforma Psiquiátrica Brasileira, ao qual precede as atuais políticas públicas em

saúde mental. Posteriormente é pontuado esse diálogo entre a saúde coletiva e a saúde mental, seus entrelaçamentos e distanciamentos. Por fim, é reiterada a importância desse diálogo entre esses estudos, não somente como formas de perceber a saúde em si, mas também como um movimento social que busca uma atenção à saúde mental mais humanizada.

PALAVRAS-CHAVE: Loucura; Saúde; Luta Antimanicomial; Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT: Currently there are several publications on Collective Health and Mental Health, investigating and evaluating the implementation of public policies and their challenges to this form of care based on psychosocial care. This dialogue, constructed from the discussions of this interweaving of concepts, aims to demonstrate the intersubjectivity that permeates these studies. This dialogue starts with a few clipping of how the phenomenon of madness was first understood in Europe, and then in Brazil, to contextualize our dialogue. Afterwards, we went through the Antimanicomial Struggle and the construction of the Brazilian Psychiatric Reform, which precedes the current public policies on mental health. Subsequently, this dialogue between collective health and mental health, its entanglements and distancing, is punctuated. Finally, the importance of this dialogue between

these studies is reiterated, not only as ways to perceive health itself, but also as a social movement that seeks a more humanized attention to mental health.

KEYWORDS: Madness; Health; Anti-asylum Struggle; Psychiatric Reform.

1 | INTRODUÇÃO

A Política de Saúde Mental no Brasil propõe a desinstitucionalização do doente mental e proporciona um tratamento que respeite a dignidade humana, valorize o paciente e incentive vivência da subjetividade a partir das coletividades, desencorajando a abandono familiar e o isolamento social. Entretanto, foram necessários os movimentos de Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial a nível mundial e nacional para chegar na política que conhecemos hoje. Da mesma maneira, a Saúde coletiva percorreu por uma série de movimentos, lutas e debates para se estabelecer como campo de conhecimento e ganhar espaço.

Apesar das conquistas, ambas ainda trabalham para garantir que as lutas anteriores não tenham sido vão e também em prol dos problemas da sociedade moderna que surgem constantemente.

Esse entrelaçamento entre conceitos de saúde coletiva no campo da saúde mental confirma o que Paulo Amarante vem nos propor, pois as “práticas atuais no campo da saúde mental que têm como proposta a construção coletiva do sujeito da loucura, não mais como sujeito alienado, mas como protagonista, isto é, de uma nova relação social com a loucura.” (AMARANTE & TORRE, 2001, p. 73).

Porém é interessante se questionar quais as relações e contribuição da antipsiquiatria para a construção da base conceitual da saúde coletiva? Para sanar esse questionamento, elucidaremos alguns recortes da História da loucura a nível internacional, e nacional através da Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica.

2 | RECORTES DA HISTÓRIA DA LOUCURA: EUROPA E BRASIL

2.1 Europa

Primeiramente será verificado como o louco era visto pela sociedade ocidental ao longo dos últimos séculos, perpassando pelas circunstâncias que o levaram da liberdade do século XV à exclusão social e aprisionamento institucionalizado do século XVIII. Nesta análise, contudo, é necessário considerar que é impossível e inconveniente definir e limitar a loucura, conforme Erasmo de Roterdã (1508). Ele nos apresenta a loucura como estando presente nas nuances da vida de todos os seres humanos, portanto qualquer tentativa de compreendê-la a partir de princípios gerais incorre na certeza de estar cometendo o erro de ser incompleto, mutilando as múltiplas facetas em que a loucura se apresenta para o ser humano.

É preciso compreender que ao longo da história ocidental o louco não foi visto sempre do mesmo modo. Da Idade Antiga até a Idade Média, o fenômeno da loucura relacionava-se com o ser humano em certa harmonia, ou, como aponta Rezende (2000), “[...] a loucura aparecia diluída imprecisamente em todos os homens, era, por assim dizer, natural.” (p. 19). Em consonância com Rezende, Erasmo de Roterdã a descreve como fazendo parte da razão e chega a ser considerada superior à sabedoria. A loucura compõe a essência humana e se expressa nas mais variadas formas de existência, através dos sentimentos e emoções, na volúpia, no misticismo, na arte, no amor e no ódio, na sabedoria e na ignorância, na religiosidade e nos prazeres carnavais. Ela é, por assim dizer, a gota da felicidade eterna.

Desse modo, os chamados loucos conviviam livremente na sociedade neste período da história e ainda não se tinha a perspectiva de seu aprisionamento ou confinamento como prática rotineira, exceção feita a alguns casos excepcionais (SILVA FILHO, 2000). Isso se dá, em especial, por se tratar da sociedade europeia pré-capitalista, na qual o trabalho era baseado na agricultura de subsistência e na produção artesanal, de maneira que, como ressaltam os autores acima, o conceito de loucura não tinha uma relação direta com a aptidão ou inaptidão para o trabalho. Por outro lado, também não havia instituições de cuidado, especificamente voltados para esse fim. Como aponta Resende (2000), essa relação de cuidado ou tutela ficava a cargo da família e estava condicionada às condições materiais: “As famílias de posse mantinham seus loucos em casa. [...] Aos pobres era permitido vagar pelos campos ou pelos mercados das cidades, sua sobrevivência assegurada pela caridade pública ou pequenos trabalhos realizados a particulares” (p. 21).

Do mesmo modo, também nas artes e na filosofia a loucura aparece como sendo até mesmo exaltada (SILVA FILHO, 2000). Por exemplo, a “*Nau dos loucos*” e “*O jardim das delícias*” de Bosch, o já referido “*Elogio à loucura*” de Erasmo de Roterdã, entre outros. Quando não para exaltação, a experiência da loucura aparece também atrelada a um aspecto da sátira moral, isso sem que a liberdade daquele que fala esteja em perigo ao fazê-lo (FOUCAULT, 1972).

Segundo Silva Filho (2000), essas representações clássicas persistem até o Renascimento, ou mais especificamente até o aparecimento do mercantilismo como sistema econômico. Entre seus princípios, aponta esse autor, o mercantilismo pressupõe que a população é o bem maior de que dispunha uma nação. Esse pressuposto cria um problema para aqueles que não podem contribuir ou atrapalham o enriquecimento da nação – dentre os quais se incluem os loucos. Para esse autor, seria esse o instante de surgimento de uma perspectiva de encarceramento para o louco e a loucura começa a ser visto como um problema social. Mas como isso se dá?

Bem, aliado ao mercantilismo nascente, ocorre na Europa uma transformação social e econômica, onde passa a acontecer um declínio dos ofícios agrícolas e artesanais dando início a produção manufatureira ao final do século XV. Essa inovação nas relações sociais, onde o ser humano passa a explorar a força de trabalho de

um grupo de pessoas em detrimento da produção de bens de consumo em massa, começa a trazer consequências para todos aqueles que, de alguma forma, não poderiam ou teriam limitações em colaborar com este novo contexto. Inicia assim um período em que a sociedade europeia volta sua atenção para as relações comerciais, e a burguesia junto com o Estado começa a varrer da cena social todos os homens considerados vagabundos, miseráveis, órfãos, libertinos, venéreos, infratores, aleijados, epiléticos..., e os loucos. (RESENDE, 2000). Agora o conceito de loucura passa a ter uma relação direta com a aptidão ou inaptidão para o trabalho.

Segundo Foucault (1972), neste momento da história, a loucura transita de uma experiência trágica para uma consciência crítica. Inicia-se um processo de dominação da loucura pela razão, e o filósofo que vem colaborar significativamente para ratificar essa consciência crítica quanto à razão e a loucura é René Descartes (1596-1650), pai do pensamento filosófico racionalista. Em primeiro lugar, a loucura torna-se uma forma relativa à razão: exclui-se a possibilidade do louco ter a capacidade de pensar, porquanto: quem pensa não pode estar louco, logo, quem é louco não pode pensar. A loucura é justamente a impossibilidade do pensamento. Em segundo lugar, a relação se aprofunda: a loucura torna-se uma das formas, um dos momentos, uma das forças da razão. “Realidade não mais exterior, mas interior, a serviço da razão. A verdade de uma – a loucura – é enunciar a verdade da outra” (MACHADO, 1981; p. 61). Ou seja, o louco é aquele que apresenta-se como Não Razão, uma construção do conceito de razão como uma implicação ética na sociedade. Foucault afirma que

A experiência da loucura que se estende do século XVI até hoje deve sua figura particular e a origem de seu sentido, a essa ausência, a essa noite e a tudo o que a ocupa. A bela retidão que conduz o pensamento racional à análise da loucura como doença mental deve ser reinterpretada numa dimensão vertical; e neste caso verifica-se que sob cada uma de suas formas ela oculta de uma maneira mais completa e também mais perigosa essa experiência trágica que tal retidão não conseguiu reduzir (1972; p. 31)

A sociedade europeia do século XVII agora dispunha de uma argumentação lógico-filosófica para justificar a exclusão da sociedade toda a pobreza, toda a miséria humana. Esse fenômeno vêm ficar conhecido como o “*Grande Enclausuramento*”, demarcado pela criação de diversas casas de internamento por toda a Europa. Paris funda o Hospital Geral, que transforma antigos leprosários todos em casas de internamento. A Inglaterra cria as *Workhouses*, com a mesma finalidade. Enfim, todas com claros objetivos de limpar a sociedade, mantendo encarcerados todos os que porventura não se enquadravam no que a sociedade considerara como “normal”.

Se o louco aparecia de modo familiar na paisagem da Idade Média, era como que vindo de um outro mundo. Agora ele vai destacar-se sobre um fundo formado por um problema de “polícia”, referente à ordem dos indivíduos na cidade. [...] porque seu lugar é entre os pobres, os miseráveis, os vagabundos (FOUCAULT. 1972 p. 63)

Segundo Machado (1981), o Grande Enclausuramento é moralmente concebido como um antídoto contra a pobreza. Isso significa incorporar um projeto moral a

um projeto político, onde o Estado entra com uma força repressora, amparada por leis civis criadas para tal fim, com o propósito de higienizar a sociedade através do encarceramento e exclusão social. Torna-se importante percebermos que até este momento, a loucura não tem relação nenhuma com a doença mental.

Essa forma de percepção da loucura perdura até o final do século XVIII, onde as ideias do Iluminismo, os princípios da Revolução Francesa e a Declaração dos Direitos do Homem nos Estados Unidos irão influenciar questionamentos quanto a essas internações, propondo uma reformulação. Assim a loucura passa a ser não mais uma ausência de razão, e sim uma perda da natureza humana, torna-se alienação (MACHADO, 1982). O louco é aquele que possui uma mente desregrada, alienada. Este é um momento de reflexão sobre a loucura, e é neste momento que a medicina se insere no contexto para tentar explicar e curar o que agora passa a ser considerado uma doença.

Philippe Pinel, médico francês considerado o pai da psiquiatria, cria o conceito de *alienação mental*, que se refere a um distúrbio das paixões que ocasiona um distúrbio moral. Ela se manifesta através de uma mente desregrada que incapacita a pessoa de pensar e agir como os outros. E para cuidar desse distúrbio oferece o *Tratamento Moral* (PINEL, 2007). Assim, a intenção passa a ser a de separar os loucos dos outros excluídos (e reclusos), fornecendo-lhes cuidado psiquiátrico sistemático. Esse movimento reformista de cuidado diferenciado com o louco ocorre simultaneamente em alguns países, tendo como protagonistas os psiquiatras Pinel (França), Tuke (Inglaterra), Chiaruggi (Itália), Todd (Estados Unidos).

Em que consistia o Tratamento Moral? Ensinar comportamentos *socialmente aceitáveis* para os alienados. Era uma tentativa de reeducá-los para uma convivência dócil entre a sociedade, através do respeito às normas e do desencorajamento de condutas inconvenientes. A normalidade passa a ser aquele comportamento que adapta-se à liberdade burguesa. São criados espaços específicos para o cuidado com o louco. As casas de internamento são transformadas em asilos, com a intenção de atribuir os internamentos à uma significação médica. (FOUCAULT, 1972).

Concomitantemente a esse fenômeno, surge também a necessidade da medicina classificar as formas de loucura, ou seja, as doenças mentais. Era uma tentativa de procurar compreender a loucura, suas formas de manifestação nos seres humanos e como ocorrem os seus processos. Para realizar essa categorização das doenças mentais era necessário que eles dispusessem de um modelo, um parâmetro. Utilizando-se do modelo biológico, buscaram classificar as doenças assim como as espécies da botânica, ambas pertencentes à sabedoria da providência divina, ou por assim dizer era natural. Isso significa que essa classificação era considerada como algo que já existia na natureza, Deus já havia previsto, bastando ao homem descobri-la. Aos poucos pode-se ouvir uma linguagem se afirmando, na qual a loucura formula suas divisões a partir de uma natureza que é ao mesmo tempo sua natureza e a natureza total de toda doença possível. (FOUCAULT, 1972)

Quanto ao cuidado com o louco, agora dentro dessa concepção médica, Resende (2000) nos diz que os reformadores do século XVIII não promoveram nada além da substituição da violência franca pela violência velada. As práticas desta forma de tratamento eram cruéis e desumanas, havendo castigos, chicotadas, banhos frios e até sangrias. A partir do século XIX começam a surgir as teorias organicistas, que irão compreender a doença mental como um fenômeno proveniente do próprio corpo do ser humano. Mas apesar de haver mudanças na forma de perceber a etiologia das doenças mentais, o tratamento desumano e excludente com os loucos continuará sendo o mesmo praticado até meados do século XX, tendo o referendo da ciência e a aceitação pela sociedade como única forma de lidar com esse fenômeno.

É preciso destacar que este foi um momento importante na história, pois é o Tratamento Moral que viria fundamentar as primeiras práticas de cuidado com o louco no Brasil, e seus princípios teriam fortemente inspirado o pensamento de nossos alienistas e moldado a organização da assistência ao doente mental neste país (RESENDE, 2000). Aliás, falando em Brasil, é necessário agora nos determos um pouco na história da loucura no Brasil e suas peculiaridades.

2.2 Brasil

O fenômeno da loucura no Brasil perdurou durante séculos desapercibido ou ignorado. Praticamente não existem registros na história de alguma forma de cuidado com o louco até a chegada da família real portuguesa ao Brasil, em meados do século XIX. Há relatos que indicam que geralmente os loucos eram assimilados e tolerados nas relações sociais cotidianas, com as famílias mais abastadas mantendo os mais agressivos em cárcere privado, amarrados e trancafiados (CFP-CREPOP, 2013). Ou seja, na mesma época em que a loucura era percebida de forma loquaz na Europa, no Brasil ela era invisível.

Essa situação se estende até o período imperial. A chegada da corte portuguesa ao Brasil trouxe consigo um cenário de fortalecimento e incentivo ao pensamento científico, assim como todo o aparato institucional de sua sustentação (CFP-CREPOP, 2013). Desta forma, em 1852 é criado no Rio de Janeiro o Hospital Psiquiátrico Dom Pedro II, e a partir daí começam a aparecer outras instituições similares pelo país. O Brasil passa a reproduzir o que na Europa tivera sido conhecido como a Grande Internação. Com a clara intenção de higienizar a sociedade, excluindo e encarcerando todos aqueles que representavam a desordem ou que não poderiam colaborar com a instituição de uma nova sociedade (RESENDE, 2000).

Até a Proclamação da República em 1890, o Hospício de Pedro II (como consta em seu decreto) foi anexo à Santa Casa da Misericórdia e reconhecido como uma instituição de caridade, onde o saber médico não era preponderante e estes nem tinham poderes administrativos. Com a Proclamação da República e inspirados pelas ideias do positivismo, o Hospício de Pedro II é desanexado da Santa Casa de Misericórdia e passa a ser administrado por médicos. É criada a Assistência Médico-

Legal aos Alienados, editando em 1903 a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados (CFP-CREPOP, 2013). A partir daí começam a surgir as chamadas Colônias de Alienados, que são colônias agrícolas onde preconiza-se o trabalho como uma forma eficaz de tratamento moral da alienação mental (AMARANTE, 2013).

Mas esse modelo de assistência psiquiátrica reducionista, incapaz de apresentar qualquer outro resultado que não fosse exclusão ao invés de alguma forma de tratamento da doença mental, desperta críticas por parte da sociedade. Ainda em 1880, o escritor Machado de Assis publica um conto em forma de folhetim chamado “O Alienista”. Obra-prima deste autor, o conto faz uma crítica contundente ao modelo da ciência psiquiátrica.

O aparecimento das colônias, conforme citamos anteriormente, permitiu que esse modelo asilar perdurasse até década de 50. Mesmo assim, segundo a jornalista Daniela Arbex (2013), até o final dessa década foi rara a presença de psiquiatras e clínicos nos hospícios. Essa primeira fase da República Brasileira vai se caracterizar pelo reconhecimento da loucura como doença mental. Com a evidente intenção de *higienizar* a sociedade, em 1923 é criada a Liga Brasileira de Higiene Mental, e em 1934 temos a criação da segunda Lei Federal de Assistência aos Alienados, onde a internação psiquiátrica é reforçada como principal meio de tratamento, assim como o poder do psiquiatra na direção dos serviços (CFP-CREPOP, 2013).

A partir de 1950 o Instituto de Aposentadorias e Pensões começa a dar cobertura assistencial em internações psiquiátricas, fazendo uso principalmente da rede hospitalar privada. Também dá-se o início do uso de substâncias farmacológicas. Em 1964 temos o golpe militar, instala-se no país um regime ditatorial. Nessa época, segundo Cerqueira (1984), 97% de todos os recursos financeiros destinados à psiquiatria eram exclusivamente para pagamento dos custos das internações hospitalares, passando de 3.034 leitos privados ofertados em 1941 para 78.273 leitos privados ofertados em 1978. O que veio a ser chamada de Indústria da Loucura.

Proliferaram amplamente clínicas psiquiátricas privadas conveniadas com o poder público, obtendo lucro fácil por meio da “psiquiatrização” dos problemas sociais de uma ampla camada da população brasileira. [...] No final dos anos 80, os gastos públicos com internações psiquiátricas ocupavam o 2º lugar entre todos os gastos com internações pagas pelo Ministério da Saúde (CFP-CREPOP, 2013, p. 53).

Dentro desses hospícios tínhamos um cenário desolador, com superlotação, maus tratos, péssimas condições, mortes de internados chegando a ultrapassar 50%, o que demonstra que o tratamento ofertado aos loucos era um verdadeiro massacre.

A jornalista Daniela Arbex em seu livro “Holocausto Brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil” busca retratar a memória dessa história vivida em Barbacena – MG. No prefácio deste livro, elaborado por Eliane Brum e intitulado por “Os loucos somos nós”, podemos ter uma ideia da violação dos direitos humanos mais básicos. Vejamos:

Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epilépticos, alcoolistas,

homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder [...] alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças. Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira, eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos. [...] Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo — e também de invisibilidade. Ao morrer, davam lucro. Entre 1969 e 1980, 1.853 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos para dezessete faculdades de medicina do país, sem que ninguém questionasse. Quando houve excesso de cadáveres e o mercado encolheu, os corpos foram decompostos em ácido, no pátio do Colônia, na frente dos pacientes, para que as ossadas pudessem ser comercializadas. Nada se perdia, exceto a vida. (BRUM, 2013, p. 13)

Arbex (2013) buscou por meio das vivências e evidências físicas dos horrores dentro da Colônia em Barbacena (MG). De acordo com a autora cerca de 70% dos pacientes do hospício não possuíam diagnóstico de doença mental e o processo de seleção dessas pessoas estava, na maior parte das vezes, relacionado com a segregação social, o que nos remete a um modelo de hospitalocêntrico de Pinel.

O título do livro, de acordo com a autora, remete a um momento similar à tragédia nazista, mas não necessariamente do mesmo modo, já que o excluído não foi apenas uma etnia, judia, mas uma classe, um grupo de excluídos, “os loucos”. As pessoas eram levadas por meio de um trem e por conseguinte eram desinfetadas e tinham seus cabelos raspados e uniformes eram colocados neles. O livro traz referência a relatos de diversos atores, desde funcionários, sobreviventes, e descendentes. No entanto, um dos grandes questionamentos da jornalista durante as entrevistas era saber de quem é a culpa? Durante o interstício da elaboração deste trabalho são todos, a sociedade e o Estado.

Há ainda, a vivência de profissionais da imprensa que durante a época tentaram denunciar a tragédia anunciada. Dentre eles, o fotógrafo Luiz Alfredo e pelo repórter José Franco do jornal Cruzeiro. O fotógrafo afirmou em um de seus relatos “Aquilo não é um acidente, mas um assassinato em massa”, no entanto, mesmo durante os anos 60 e com denúncia feita por meio de fotos e relatos, nada foi feito pela sociedade para que se parasse a atrocidade humanitária. Pelo contrário, já que na década de 70 além dos pobres e excluídos, crianças com deficiências físicas que haviam sido rejeitadas por suas famílias e que antes faziam parte de outra Colônia passaram a fazer parte do hospício de Barbacena.

Assim como Foucault (1978) afirma que durante o século XVI por diante o modelo de Pinel de segregação, destinados a uma higienização social, na qual os “diferentes” pobres, minorias estão inseridos, a Colônia de Barbacena também destinava-se ao mesmo público. Um dos sobreviventes Antonio Gomes da Silva, com 68 anos no ano de 2013, revela sobre o período de sua estada na Colônia.

“— Não sei por que me prenderam. Cada um fala uma coisa. Mas, depois que perdi meu emprego, tudo se descontrolou. Da cadeia, me mandaram para o hospital,

onde eu ficava pelado, embora houvesse muita roupa na lavanderia. Vinha tudo num caminhão, mas acho que eles queriam economizar. No começo, incomodava ficar nu, mas com o tempo a gente se acostumava. Se existe inferno, o Colônia era esse lugar.” (ARBEX, p. 32)

Destaca-se ainda o aprofundamento da autora quanto aos métodos utilizados para tratar as pessoas que residiam na Colônia, tais como o uso indiscriminado de eletroconvulsivante. Nesse caso, não havia um fim necessariamente terapêutico, mas punitivo. As pessoas que manuseavam o eletrochoque eram os próprios funcionários, que na maioria das vezes não possuíam nem treinamento e nem capacitação, muito menos acompanhamento médico para o uso desse instrumento. O cenário demonstra o retrato de um Brasil a parte, no qual a sociedade fechava os olhos aos tratamentos desumanos que eram praticados de forma institucionalizadas.

Tratamentos nos quais horrorizaram inclusive Franco Basaglia ao visitar o Brasil durante sua luta contra o modelo hospitalocêntrico. Muitos morreram e alguns sobreviveram, mas as marcas da dor de Barbacena acompanham todos que viram ou ouviram o que se passou entre as paredes da Colônia da Barbacena.

Dito isso, é importante também pontuar o processo histórico que culminou, no caso brasileiro, com o nascimento de um novo modo de lidar com o sofrimento psíquico. Para isso, recorre-se novamente à história, para apontar o instante de contestação e ruptura com o modelo asilar e hospitalocêntrico, inaugurando o momento da história da saúde pública e coletiva no Brasil a que se convencionou chamar Reforma Psiquiátrica.

3 | REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E LUTA ANTIMANICOMIAL

Essas condições extremas dos hospícios brasileiros assim como a repressão militar da ditadura começaram a despertar na população uma série de questionamentos e protestos. Ao final da década de 70 o Brasil passa por um processo de redemocratização nacional em uma luta contra a ditadura militar, e é neste contexto que aparecem as primeiras expressões da Luta Antimanicomial e conseqüentemente da Reforma Psiquiátrica Brasileira. No ano de 1976, em plena ditadura militar, nasce em São Paulo o Cebes: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, ao qual viria a ser um dos principais protagonistas na Reforma da Saúde no Brasil, que culminou com o Sistema Único de Saúde – SUS, criado conjuntamente com a Constituição de 1988.

Em 1978 no Rio de Janeiro, três médicos recém-formados fazem uma série de denúncias contra a Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), órgão do Ministério da Saúde, relatando maus-tratos, violência, desrespeito à dignidade humana e também a internação em hospícios de presos políticos. Esse fato gerou a demissão dos médicos, ocasionando mais protestos e denúncias por outros funcionários, que conseqüentemente também gerou a demissão de 260 profissionais de quatro hospitais psiquiátricos pelo Ministério da Saúde, e que novamente culminou em muito mais protestos e denúncias. Esse episódio ficou conhecido como a “crise da Dinsam”, que

acabou corroborando com a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) (AMARANTE, 2013).

Neste mesmo ano, de 19 a 22 de outubro no Rio de Janeiro, é promovido pelo Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (Ibrapsi) o I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, contando com a presença dos atores e autores da reforma psiquiátrica em âmbito internacional Franco Basaglia, Robert Castel, Felix Guattari, Thomas Szasz e Erving Goffman, dentre outros. Eles viriam “[...] influenciar de maneira decisiva os corações e mentes de centenas de profissionais que atuavam neste setor” (CFP-CREPOP, 2013 p. 55). Também em Camboriú-SC, de 27 de outubro a 1º de novembro ocorreu o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, que ficou conhecido por “Congresso da Abertura”, pois o MTSM conseguiu transformar o evento em um debate político sobre o modelo de assistência psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 2013).

Ainda segundo Paulo Amarante (2013), no ano seguinte ocorreram outros três eventos muito importantes para esse processo:

- I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental: ocorrido em janeiro de 1979 no Instituto Sedes Sapientiae em São Paulo. Preconizaram a reforma da saúde como articulada com outros movimentos sociais, sendo necessário o fortalecimento destes.

- I Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados: apresentação pelo Cebes do Sistema Único de Saúde, que viria inspirar a Constituição de 88 e a Lei Orgânica da Saúde nº. 8080, de 19/09/1990.

- III Congresso Mineiro de Psiquiatria: com a presença de Franco Basaglia, que visitou o Hospital Colônia de Barbacena e estarecido com o horror com que se deparou fez o seguinte comentário: “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta” (BASAGLIA, 1979).

Já em 1986, após a queda da ditadura militar no Brasil e início do período conhecido como Nova República, ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde. A “Oitava” (como ficou conhecida) demarca o início da construção do SUS. Como conferência de área temática específica proposta pela “Oitava”, é realizada no Rio de Janeiro de 25 a 28 de junho de 1987, a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, que teve a participação de servidores, usuários, familiares e membros dos mais variados movimentos sociais. Os temas oficiais eram: Economia, sociedade e Estado, impactos sobre a saúde e a doença mental; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental e; Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.

Ainda em 1987 em São Paulo, é criado o primeiro serviço que buscava constituir-se fora da lógica manicomial com o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, ou simplesmente Caps, como ficou conhecido. De 3 a 6 de dezembro deste mesmo ano, foi realizado em Bauru – SP o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. O Congresso de Bauru realiza duas rupturas

fundamentais na trajetória da reforma: preconizavam a participação e o controle social, e a transformação da saúde mental em uma concepção mais social, onde as mudanças não fossem apenas no modelo técnico-assistencial de cuidado com o louco e sim na forma com que a sociedade lida com esse fenômeno. Ficou instituída a data de 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

Em 1988 temos a promulgação da Constituição Federal, assinalando assim um marco na história da mudança político-jurídica do Brasil, que viria formalizar os processos de transformação social preconizados pela Nova República. Com um capítulo dedicado exclusivamente à saúde, que a partir de então passa a ser “Direito de todos e dever do Estado”, preconizando a descentralização dos serviços em saúde onde o conjunto de instituições e políticas de saúde passam a ser responsabilidade do município (BRASIL, 1988).

Assim em 3 de maio de 1989 ocorreu um fato que veio a ser um dos mais importantes acontecimentos da reforma psiquiátrica no Brasil. Foi a intervenção realizada pela prefeitura de Santos – SP na Clínica Anchieta, hospital psiquiátrico privado conveniado ao Ministério da Saúde e que tratava os doentes mentais da mesma forma desumana conforme exemplos citados anteriormente. A prefeitura de Santos considerou o hospital psiquiátrico uma instituição de violência e segregação, decidindo por não reformá-lo, como acontecera anteriormente em outros hospitais psiquiátricos. A partir desse momento “[...] decidiu-se atuar no sentido da desconstrução do manicômio, entendido não apenas como o hospital psiquiátrico em si, mas com todas as referências conceituais e ideológicas produzidas no âmbito do saber psiquiátrico em torno do conceito de doença mental” (AMARANTE, 2013; p. 642). Foram então criados os chamados serviços substitutivos, através de Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS.

A experiência de Santos causou forte impacto e grande repercussão nacional, vindo a influenciar a elaboração de um projeto de lei neste mesmo ano de autoria do Deputado Paulo Delgado (PL n. 3.657/89), que propôs a extinção progressiva dos manicômios e a substituição por outros serviços em saúde mental. Mas apesar da aprovação na Câmara dos Deputados um ano após, o projeto ficou em tramitação por quase doze anos e acabou sendo rejeitado pelo Senado (AMARANTE, 2013), certamente resultado de um pesado lobby político da ainda presente *indústria da loucura*. Entretanto o projeto de lei do Deputado Paulo Delgado deu origem a um substitutivo, a lei n. 10.216/01, que permitiu inovações no modelo assistencial das pessoas em sofrimento psíquico, apesar de ter abandonado uma das propostas mais importantes de Paulo Delgado que seria a extinção dos manicômios.

A partir da Lei Nº 8080 de 19 de Setembro de 1990, é criado o Sistema Único de Saúde, com uma reformulação geral nas concepções de saúde pública, estabelecendo princípios fundamentais e redefinindo a saúde como um direito inalienável das pessoas, com seu conceito de saúde transcendendo a doença e se referindo às condições gerais de existência do ser humano. Dois anos após, em 29 de janeiro de 1992, é

publicada a Portaria/SNAS Nº 224 instituindo os Centros de Atenção Psicossocial e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS), com o objetivo de substituir os manicômios e oferecer um tratamento humanizado às pessoas em sofrimento psíquico. Posteriormente foram ampliadas as possibilidades de atuação do CAPS através da regulamentação da portaria n. 336 de 2002, do Ministério da Saúde. O CAPS então passa a ser o principal instrumento da construção de um novo paradigma em atenção à saúde mental da população brasileira.

4 | DIÁLOGOS ENTRE SAÚDE COLETIVA E SAÚDE MENTAL

A saúde coletiva, apesar de confundir muitos profissionais da saúde, é um campo bastante delineado de formentação de conhecimento em saúde e seus determinantes procurando proporcionar a prática da promoção, prevenção e do cuidado em saúde que considera não somente o indivíduo, mas principalmente a coletividade (VIEIRA-DASILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014). Parte de uma vasta construção histórica e teórica e uma necessidade de mudança de paradigma.

A medicina social, medicina preventiva e a saúde pública compõe relação direta com a *Saúde coletiva*, e para Nunes (2006) esse campo seria mais uma grande colcha de retalhos que intrega diversas áreas proporcionando arranjos disciplinares. Embora admite-se a integração de campos disciplinares, na literatura de base da Saúde coletiva pouca relação é observada dos movimentos de antipsiquiatria no pilar conceitual desse campo de conhecimento.

Entretanto, historicamente podemos perceber diálogos e similaridade de ideais e objetivos. Talvez Michael Foucault seja o responsável, em grande parte, por esses diálogos, ao relatar a História da Loucura, o nascimento da Medicina Social, as relações de apoio do capitalismo para com a valorização do modelo biomédico em detrimento das subjetividades.

Os atos desumanos ocorridos nos hospícios brasleiros, relatados anteriormente, manifestavam a necessidade de prática em saúde coletiva, que fosse desenvolvido ações voltadas ao bem-estar biopsicossocial em valorização as formas subjetivas de vida, a participação da família e comunidade e de humanização (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Dessa maneira o modelo atual de atenção a saúde mental vai de encontro ao modelo que a Saúde Coletiva preconiza, modelo biopsicossocial desencorajando a aplicabilidade da ênfase biomédica e hospitocentrica. Essa conquista se deve a diversos fatores já citado anteriormente e procipalmente a Reforma Sanitária que desencadeou a criação do SUS através da Constituição de 1988, que aliás foi crucial na trajetória da Saúde Coletiva (NUNES, 2006), além de ter contribuído e ocorrido concomitante a Reforma Psiquiátrica (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percorrer os aspectos aqui tratados é um desafio enquanto ser humano e profissional da saúde mental, mostrando as pulsões de vida que temos para com o nosso próximo, essas pulsões são exatamente toda a força que incentivou a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Diante de atrocidades contra a dignidade humana, uma população estigmatizada, vítima de um modelo falho, idealiza um tratamento digno e humano.

Passar por toda a história da loucura e toda luta antimanicomial é, na verdade, considerar que os movimentos de antipsiquiatria são movimentos de luta para garantir a promoção, prevenção e cuidado da coletividade com ênfase em saúde mental. Atualmente pode-se verificar com mais clareza todo o propósito dos movimentos, a atuação dos CAPS's integrados a uma rede de atenção que proporciona acesso a baixa e a alta complexidade, com incentivo da participação da comunidade e desvalorização de leitos psiquiátricos e o abandono.

Toda trajetória, ideal de atenção e modelo da Saúde Mental estão alinhados aos objetivos da Saúde Coletiva enquanto campo de conhecimento e prática em saúde. Apesar disso, a literatura a cerca da Saúde Coletiva não faz menções diretas aos movimentos de antipsiquiatria, embora seja considerada um campo constituído e construído por diversas áreas.

Dessa maneira, seria interessante que mais discussões pudessem acontecer no sentido de refletir sobre os diálogos entre ambas, acreditando beneficiar as pesquisas da prática de saúde coletiva em saúde mental.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ASSIS, Machado de. **O alienista**. São Paulo: Martin Claret, 2010. 141 p. (Coleção a obra prima de cada autor).

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Subsecretaria de Edições Técnicas. Brasília: Senado Federal, 2006. 448 p.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 de set. de 1990.

BRASIL. Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 de dez. de 1990.

BRASIL. Decreto n. 8243, de 23 de maio de 2014. Institui a Política Nacional de Participação Social - PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social - SNPS, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 de set. de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estabelece o CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Portaria GM/MS n. 336, de 19 de fevereiro de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HUMANIZASUS: saúde e trabalho**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A à Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, Equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2.^a edição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRUM, Eliane. Os loucos somos nós. In: ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração Editorial, 2013. p. 12-15.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

CERQUEIRA, Luiz da Rocha. **Psiquiatria Social: problemas brasileiros de saúde mental**. Rio de Janeiro, São Paulo: Atheneu, 1984.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos (os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília: CFP, 2013. 132 p.

DESCARTES, René. **As Paixões da Alma**. Trad. Ciro Mioranza. São Paulo: Escala. 2009. (Coleção Grandes Obras do Pensamento Universal).

DESCARTES, René. **Discurso do Método**. Trad. Ciro Mioranza. São Paulo: Escala. 2009. (Coleção Grandes Obras do Pensamento Universal).

FOUCAULT, Michel. **História da loucura: na idade clássica**. Trad. José Teixeira Coelho Neto. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2012.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010.

LANCETTI, Antônio. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2013.

LANCETTI, Antônio; AMARANTE, Paulo. Saúde mental e saúde coletiva. In: *Campos, Gastão Wagner de Sousa; Minayo, Maria Cecília de Souza; Akerman, Marco; Drumond Júnior, Marcos; Carvalho, Yara Maria de. Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006. p.615-634. (Saúde em debate, 170).

GOFFMAN, Erwin. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

MACHADO, Roberto. **Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault**. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

MARX, Karl. **O Capital**. Vol. 1, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975.

MASSIMI, Marina; GUEDES, Maria do Carmo (Orgs.). **História da Psicologia no Brasil: novos estudos**. São Paulo: EDUC / Cortez, 2004. 252 p.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: Campos, Gastão Wagner de Sousa; Minayo, Maria Cecília de Souza; Akerman, Marco; Drummond *Júnior*, Marcos; *Carvalho, Yara Maria de*. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006. p.295-315, ilus. (Saúde em debate, 170).

PINEL, Philippe. **Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental ou a Mania**. Porto Alegre, Editora da UFRGS, 2007.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (Orgs.). **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 15-74.

ROTTERDÃ, Erasmo de. **Elogio da Loucura**. São Paulo: Novo Horizonte, 1984. (Coleção Os Grandes Clássicos da Literatura).

SILVA, Ângela Maria Moreira (Coord.) et al. **Manual de normas para a apresentação dos trabalhos técnico-científicos da UFRR**. Boa Vista: Editora da UFRR, 2012. 101 p.

TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (Orgs.). **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é saúde coletiva? In: Paim, j. s.; Almeida-Filho, N. (Org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 3-12.

SAÚDE E BEM-ESTAR NAS ONDAS DE RÁDIO: GARANTIA DE ACESSO À INFORMAÇÃO DE QUALIDADE

Wanderson Sant 'Ana de Almeida

Universidade Federal de Goiás-Regional Jataí,
Discente da Faculdade de Medicina, Jataí-Goiás

Luana Kronit Bastos

Universidade Federal de Goiás-Regional Jataí,
Discente da Faculdade de Medicina, Jataí-Goiás

Kárita Misaele Sousa Felipe

Universidade Federal de Goiás-Regional Jataí,
Discente da Faculdade de Medicina, Jataí-Goiás

Gabriela dos Reis

Universidade Federal de Goiás-Regional Jataí,
Discente da Faculdade de Medicina, Jataí-Goiás

Edlaine Faria de Moura Villela

Universidade Federal de Goiás-Regional Jataí,
Docente da Faculdade de Medicina, Jataí-Goiás

RESUMO: As atividades de extensão constituem importantes ferramentas para a promoção da inclusão social por meio de recursos audiovisuais e tecnológicos. Inserido neste cenário, o presente projeto representa importante veículo de extensão e comunicação, pautado na busca pela aproximação com a sociedade, por meio da estimulação do desenvolvimento social, consoante ao desenvolvimento do espírito crítico dos estudantes de Medicina. Assim, a presente proposta de extensão visou a saúde e bem-estar, bem como seus fatores determinantes e condicionantes (alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente,

trabalho, educação, transporte, lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais) pelas “ondas do rádio”, por meio da participação direta dos estudantes de graduação, participantes do projeto intitulado “Saúde em Foco”, junto à divulgação de informações à comunidade da cidade de Jataí-GO e região. Dessa maneira, o projeto apresentou ao final ganhos imensuráveis no que tange promoção de saúde e informação, fortalecendo, assim, o vínculo entre ensino-pesquisa-extensão, o tripé de qualquer universidade.

PALAVRAS-CHAVE: Recurso audiovisual, Educação em saúde, Inclusão social, Informação em saúde, Educação médica.

ABSTRACT: Extension activities are important tools for promoting social inclusion through audiovisual and technological resources. Inserted in this scenario, the project represents an important vehicle of extension and communication, based on the search for the approach with the society, through the stimulation of the social development, according to the development of the critical spirit of the students of Medicine. Thus, the present extension proposal aimed at health and well-being, as well as its determinants and conditioning factors (food, housing, basic sanitation, environment, work, education, transportation, leisure and access to essential goods and services) by “radio

waves”, through the direct participation of undergraduate students, participants in the project entitled “Health in Focus”, together with the dissemination of information to the community of Jataí-GO and region. In this way, the project presented immeasurable gains in terms of health promotion and information, thus strengthening the link between teaching-research-extension and the tripod of any university.

KEYWORDS: Audiovisual resource, Health education, Social inclusion, Health information, Medical education.

1 | INTRODUÇÃO

As atividades de extensão constituem importantes ferramentas para a promoção da inclusão social por meio de recursos audiovisuais e tecnológicos. Nos últimos anos, as políticas de educação em saúde foram formuladas considerando o Pacto pela Saúde (2006), e têm como promover inovações e interações transformadoras na comunidade (BOLLELA e cols, 2014). Inserido neste cenário, o presente projeto representou importante veículo de extensão e comunicação, pautado na busca pela aproximação com a sociedade, por meio da estimulação do desenvolvimento social, consoante ao desenvolvimento do espírito crítico dos estudantes.

Nesse contexto, a opção pela criação do referido projeto corroborou a afirmação de que divulgar a produção universitária difere de utilizar os meios de comunicação universitários como política de extensão (NOGUEIRA, 2000). Dessa forma, a função social de uma rádio é oferecer uma produção que cubra a maior parte dos setores da população. Isso não significa somente que deve atingir o maior número de ouvintes, mas oferecer uma programação que corresponda aos interesses de diferentes setores da população. Esta programação não deve ser voltada para as necessidades particulares de um pequeno segmento de ouvintes privilegiados ou mesmo para os funcionários (SPENTHOF, 1998).

Assim, a presente proposta de extensão visou a saúde e bem-estar, bem como seus fatores determinantes e condicionantes (alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação, transporte, lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais) pelas «ondas do rádio», por meio da participação direta dos estudantes de graduação, participantes do projeto, junto à divulgação de informações à comunidade da cidade de Jataí-GO e região. A participação dos estudantes de graduação se deu ao nível da produção de mensagens, a qual compreendia a elaboração semanal sistemática das notícias, inseridas no quadro “Saúde em Foco”.

Os meios de comunicação transmitem, além de informações, valores que compõem um cidadão. A proposta de criação do programa “Saúde em Foco” visou, principalmente, à difusão de conhecimento por meio de programas com embasamento em ações realizadas pela universidade e sociedade, direcionadas para comunidades locais com limitações comunicacionais.

Este projeto trabalhou a educação e inclusão social no sentido amplo, aliando

ensino, pesquisa e extensão. Nesse sentido, temos que o rádio é “um meio de comunicação de massa, porque tem a capacidade de “fala” ao mesmo tempo a milhões de pessoas. Chega a lugares distantes e de difícil acesso”. Durante décadas, o rádio foi o principal meio de comunicação no Brasil e no mundo. Acreditava-se que ele se tornaria obsoleto com o advento da televisão, no entanto, “ele ainda é um dos meios de comunicação mais populares no Brasil, atingindo públicos de diferentes classes sociais, níveis de escolaridade e condições econômicas” (CHAGAS e cols, 2010).

Esta proposta apresentou-se como um instrumento de grande valia na promoção de saúde para comunidade ao mesmo tempo que ofereceu a oportunidade aos discentes de desenvolverem e melhorarem suas relações sociais, comunicacionais e laços com a comunidade.

2 | OBJETIVO

Apartir da elaboração de um programa de rádio semanal com duração total de 1 ano sobre temas de saúde que foi veiculado por uma emissora de rádio parceira do projeto semanalmente para estimular o desenvolvimento social dos estudantes estabelecerem a troca de conhecimentos acadêmicos e populares sobre temas de saúde e bem-estar de forma interdisciplinar por meio de recursos audiovisuais e tecnológicos (rádio) que contribuíram com o fortalecimento de espaços de comunicação comunitária que promovem melhoria da qualidade de vida e inclusão social no município de Jataí-GO.

3 | METODOLOGIA

Para o desenvolvimento desta proposta, foi dada a devida atenção à participação de alunos de diversos cursos de graduação e pós-graduação, inclusive a participação de alunos da área de comunicação como forma de estimular uma relação interdisciplinar entre discentes. No tocante aos alunos de pós-graduação, o projeto de extensão contou com a colaboração de seis alunos, sendo dois vinculados a programas de pós-graduação na área de Comunicação e Saúde.

O programa radiofônico proposto para o desenvolvimento deste projeto, intitulado “Saúde em Foco”, possuiu um formato singular dentre os demais programas produzidos pelas emissoras de rádio da cidade de Jataí-GO. Constituiu-se de um “diálogo” entre dois alunos aptos ao desenvolvimento de atividades no campo da comunicação em saúde.

O desenvolvimento dessa estratégia ocorreu nos estúdios da emissora de rádio Sucesso 91,5 FM e foi regido a partir de um método de produção bastante simples, seguindo etapas específicas e dependentes: escolha dos temas a serem abordados, triagem e tratamento de dados a serem apresentados na forma de um diálogo ao vivo (*figura 1*). Foi disponibilizado à população um canal de atendimento via telefônico para

o encaminhamento das dúvidas e/ou curiosidade (“Tire Dúvidas”), a cerca de temas inerentes à saúde e bem-estar, conforme já mencionado.

Para a implementação do programa radiofônico proposto o primeiro passo foi a coleta de dados na Secretaria Municipal de Saúde e nas Unidades Básicas de Saúde inerentes às condições gerais de saúde da comunidade de Jataí-GO, assim como o levantamento dos programas de prevenção e promoção da saúde vigentes no município. A produção de um programa radiofônico contemplou três etapas: adaptação, gravação e edição. Cada uma delas foram de fundamental importância para a qualidade. Adaptar um texto consiste em deixá-lo na forma adequada para ser gravado, de acordo com o formato do programa. A estratégia “Saúde em foco” possui o formato de diálogo, com perguntas e respostas, e duração de até 5 minutos. O programa teve como público-alvo a população da cidade de Jataí-GO e região.



Figura 1. Discentes durante programa “Saúde em Foco”.

4 | RESULTADOS/ DISCUSSÕES

Tivemos ao longo do ano resultados relevantes e gratificantes de impacto direto tanto na construção do graduando enquanto ser em formação no que tange conhecimentos, humanização e prática de extensão, quanto na difusão de informação e comunicação com a comunidade jataiense, beneficiando, dessa forma, todos os envolvidos a partir do tripé Ensino-Pesquisa-Extensão.

Nessa perspectiva, tivemos temáticas de grande relevância no âmbito da saúde sendo discutidas e difundidas. Durante o ano de desenvolvimento das atividades, foram trabalhados temas, por exemplo, sobre Zika vírus, Tuberculose, Gripe e Campanha de Vacinação. Temas relativamente simples, porém, de forte impacto nas Unidades Básicas de Saúde e que apresentaram forte demanda pela população do município.

O desenvolvimento de atividades através das ondas de rádio mostrou o quanto é uma ferramenta de presença e que transfere informação para as pessoas. Tivemos ao longo das discussões radiofônicas, pessoas que ligaram parabenizando a iniciativa,

algo, sem dúvidas, de grande valor para os envolvidos.

Partindo disso, tivemos que foi um projeto de extensão que buscou e cumpriu a prática de uma interface de ações direcionadas à promoção da saúde na comunidade jataiense, usando como estratégias comunicacionais a rádio.

5 | CONCLUSÕES

A preocupação da sociedade com a inclusão social tem orientado as ações governamentais na criação de programas e serviços voltados ao atendimento das principais necessidades das comunidades. Nesse contexto, a sociedade poderá modificar a estrutura de seus sistemas sociais comuns tais como educação, trabalho, saúde e lazer, a fim de evitar a discriminação e a segregação, propiciando a todos os cidadãos condições para satisfazer suas necessidades e exercer plenamente os seus direitos (ARAUJO & CARDOSO, 2007).

A comunicação deve ser utilizada de forma adequada para contribuir com a Educação em Saúde. Este projeto de extensão é fruto exatamente de uma “mistura” de conceitos, práticas e métodos de áreas distintas para se trabalhar de forma interativa e holística no campo da Educação e Comunicação em Saúde.

Nesse sentido, este projeto agregou ganhos sociais ao contribuir com as políticas de humanização e educação permanente na comunidade e com a educação médica, visando melhoria na qualidade da informação veiculada, apropriação comunitária das tecnologias de informação e comunicação e inclusão social.

Entendemos, mesmo que de forma simplista, a dinâmica da formulação de um programa de rádio e constatamos que não é algo simples, pois demanda muita dedicação e muito estudo, visto que as informações veiculadas frequentemente são tidas como verdades irrefutáveis sem nenhum tipo de discernimento pelos ouvintes o que pode gerar muitos equívocos e propagação de dados errôneos. Acima de tudo, esperamos que este projeto tenha sido útil a população, levando conhecimento em saúde e desfazendo mitos, crenças a respeito dos temas propostos e trabalhados.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, I S; CARDOSO, J. M. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. 152 p.

BOLLELA, V. (Org). **Educação baseada na comunidade para as profissões da saúde: aprendendo com a experiência brasileira**. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2014. 297 p.

CHAGAS, C.; FIGUEIRA, A. C.; MAZZONETTO, M. **Ciência em sintonia: Guia para montar um programa de rádio sobre ciências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Casa Oswaldo Cruz; Museu da Vida, 2010.

LAZARTE, L. **Ecologia cognitiva na sociedade da informação. Ciência da Informação**, v. 29, n. 2, 2000. Disponível em: <http://revista.ibict.br/index.php/ciinf/article/view/251/219>. Acesso em: 10.set.2017.

NOGUEIRA, M. P. (org). **Extensão universitária: Diretrizes conceituais e políticas – documentos básicos do fórum nacional de pró-reitores de extensão das universidades públicas brasileiras 1987 - 2000**. Belo Horizonte: PROEX/UFMG, 2000. Disponível em: <<http://www.renex.org.br/documentos/encontro-nacional/1987-i-encontro-nacional-do-forproex.pdf>>. Acesso em: 12.set. 2017.

SPENTHOF, E. L. **A Importância das Rádios e TVs Universitárias como Laboratórios**. Comunicação & Informação, Goiânia, v.1, n.1, p. 153-166, jan./jun. 1998.

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: SIGNIFICADOS E PRÁTICAS EDUCATIVAS DE AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE

Maria Lusía de Moraes Belo Bezerra

Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Biociências, Programa de Pós-graduação em Inovação Terapêutica, Recife, PE, Brasil.

Geraldo Mário de Carvalho Cardoso

Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Medicina, Maceió, Brasil.

Rosana Quintella Brandão Vilela

Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Medicina, Maceió, Brasil.

Divanise Suruagy Correia

Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Medicina, Maceió, Brasil.

Karina Perrelli Randau

Universidade Federal de Pernambuco. Departamento de Ciências Farmacêuticas, Programa de Pós-graduação em Inovação Terapêutica, Recife, PE, Brasil.

RESUMO: Objetivou-se investigar a percepção de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) sobre as características das suas práticas educativas no âmbito da saúde sexual e reprodutiva. Tratou-se de um estudo de natureza qualitativa ancorado na análise de conteúdo na modalidade temática realizado com quinze ACS de uma unidade básica de um município de Alagoas. Após a categorização, emergiram dois temas: desvelamento do significado da Educação em Saúde (ES) sob a ótica das ACS e a prática educativa em saúde sexual e reprodutiva no

cotidiano destas profissionais. Foi possível identificar a presença de dois modelos orientando as práticas educativas das ACS, com um forte apelo para a ES numa perspectiva tradicional e alguns sinais de ES na perspectiva dialógica. Com relação à prática educativa no âmbito da saúde sexual e reprodutiva observou-se que há prevalência de temas vinculados a programas e políticas do Ministério da Saúde e, a forma de abordagem educativa reafirma o modelo de ES tradicional. O trabalho educativo das ACS apresenta desafios que precisam ser superados, destacando-se a necessidade de uma maior apropriação de práticas educativas dialógicas e problematizadoras, a fim de atender às demandas da atenção básica com mais efetividade.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária em saúde, Educação em saúde, Percepção, Profissional da saúde.

ABSTRACT: The objective was to investigate the perception of Community Health Agents (HCA) regarding of their educational practices characteristics in the sexual and reproductive health field. This was a qualitative study anchored in a thematic modality content analysis, carried out with fifteen HCA from a basic unit of a municipality of Alagoas. After categorization, two themes emerged: uncovering the meaning of Health Education (HE) from an

HCA perspective and sexual and reproductive health educational practices in the daily lives of these professionals. Two models orienting the educational practices of the HCA were identified, with a strong appeal regarding HE in a traditional perspective and some signs of HE in the dialogical perspective. Regarding educational practices in the sexual and reproductive health field, a prevalence of themes related to Ministry of Health programs and policies was observed, and the educational approach form reaffirms the traditional HE model. Educational HCA work presents challenges that should be overcome, highlighting the need for a greater appropriate dialogic and problematizing educational practices, in order to more effectively meet basic care demands.

KEYWORDS: Primary Health Care, Perception, Health education, Health personnel.

1 | INTRODUÇÃO

No território brasileiro, em consonância com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), as ações de saúde são conduzidas buscando valorizar a participação individual e coletiva a fim de alcançar uma atenção integral. Nesta perspectiva, a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde são aspectos que devem ser considerados de forma conjunta (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, o trabalho das equipes das unidades básicas de saúde (UBS), ou seja, das Estratégias de Saúde da Família (ESF), está pautado na execução de “ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários” (BRASIL, 2012, p. 42). E nesse âmbito, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) estão inseridos atuando no cuidado à saúde comunitária e presentes em vários contextos geo-culturais (SAMUDIO et al., 2017). São destacados entre os atores da ESF por possuir maior conhecimento empírico da comunidade (BORNSTEIN; STOTZ, 2008) e atuarem como mantenedores de estreito vínculo com os usuários do serviço de saúde (VILAR; FARIAS, 2012).

Uma vez que o presente estudo se propõe mergulhar no trabalho educativo desenvolvido por estes profissionais é importante destacar que a Educação em Saúde (ES) é reconhecida como uma ferramenta de cunho teórico-prático que favorece a promoção da saúde e deve permear a prática dos profissionais da área de saúde (SALCI et al., 2013), sobretudo nos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2012). Nesse *lócus*, a ES é considerada foco do trabalho dos ACS e tem como finalidade a melhoria da qualidade de vida da população brasileira (FONSECA; MENDONÇA, 2014).

Avisão atual de ES concebe o processo saúde/doença vinculado aos determinantes sociais, políticos e econômicos. O princípio que norteia essa modalidade reconhece a responsabilidade coletiva e individual e, valorizam o diálogo. A partir dessa linha de raciocínio, a melhor maneira de abordar os problemas pela ES é utilizando práticas

problematizadoras e transformadoras (BRASIL, 1986). Essa concepção está baseada na reflexão crítica da realidade vivida por indivíduos e grupos utilizada na educação popular de Paulo Freire (1997). Segundo esse autor, a autonomia, a dignidade e a identidade do educando, no caso, a comunidade e seus sujeitos, devem ser respeitados, caso contrário, o ensino se tornará "inautêntico, palavreado vazio e inoperante".

No processo educativo em saúde os ACS têm papel fundamental na interlocução entre serviço de saúde e comunidade, logo, a percepção desses atores sobre ES tem sido alvo de estudos (BRITO; DOMINGUES SOBRINHO, 2009; LIMA et al., 2012), bem como, sua atuação no campo da saúde sexual e reprodutiva (BELLENZANI, SANTOS, PAIVA, 2012; TEIXEIRA et al., 2012).

Dentre os vários problemas abordados no âmbito da atenção básica o Ministério da Saúde (MS) realça a dificuldade dos profissionais da saúde na abordagem de temas relacionados à saúde sexual e reprodutiva e, por esse motivo, apesar de ser uma área considerada prioritária é pouco explorada (BRASIL, 2010). Estudo conduzido por Borges, Nichiata e Schor (2006) revela alguns entraves no processo educativo sobre saúde sexual e reprodutiva que precisam ser rompidos.

Diante da importância do espaço pedagógico que as relações interpessoais propiciam e, considerando o potencial dos ACS para o trabalho educativo, bem como os resultados de suas ações, o presente estudo foi conduzido mediante a seguinte questão norteadora: Como os agentes comunitários de saúde reconhecem a educação em saúde no contexto da promoção da saúde sexual e reprodutiva? Com a finalidade de responder a essa indagação buscou-se investigar a percepção dos ACS sobre as características da educação em saúde no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

2 | MÉTODO

2.1 Características do estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva com abordagem qualitativa. Esse tipo de estudo baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, buscando significados na maneira como ela é vivida e tal como é definida por seus próprios autores (POLIT; HUNGLER, 1995).

O estudo foi realizado em uma unidade básica de saúde (UBS) de um município localizado no agreste de Alagoas, Nordeste do Brasil. Todos os ACS atuantes na ESF desta UBS localizada em zona urbana, escolhida aleatoriamente, poderiam ser informantes, desde que atendessem aos seguintes critérios de inclusão: integrar uma equipe de ESF e estar atuando na mesma equipe há pelo menos seis meses. Esse período é importante, pois se acredita que é necessário um tempo de atuação do agente junto à mesma comunidade para que o ACS, juntamente como sua equipe,

possa conhecê-la, e assim conseguir implantar e implementar ações educativas como base nas necessidades da população de sua área de abrangência.

Foram convidados os dezessete ACS da UBS, dos quais, quinze profissionais do sexo feminino aceitaram o convite. Um ACS se recusou a participar do estudo e outra estava de licença médica. As participantes tinham idade entre 21 e 49 anos, a maioria com ensino médio completo e tempo de atividade profissional na UBS superior a três anos.

A coleta dos dados ocorreu nos meses de outubro e novembro de 2016 após a concordância das participantes. Optou-se pelo questionário semiestruturado, com questões abertas, previamente elaboradas, permitindo ao informante responder de forma espontânea e emitir opiniões.

As perguntas norteadoras para expressar a percepção das participantes sobre o tema abordado no estudo foram: 1) O que você entende por Educação em Saúde? 2) Aborda quais temas com foco na saúde sexual e Reprodutiva? 3) Que métodos educativos que você usa para essa abordagem? A aplicação do questionário foi conduzida na UBS por um dos pesquisadores, em um momento que não interferisse na atividade laboral das voluntárias, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

2.2 Análise dos dados

Neste estudo foi utilizado o método de análise de conteúdo, na modalidade temática que, de acordo com Minayo (2014) consiste em expor os núcleos de sentido presentes numa comunicação e encontrar os significados destes para objeto que se está analisando.

Para operacionalizar a análise temática, inicialmente, realizou-se a pré-análise, que consistiu na intensa leitura das respostas fornecidas pelas participantes com a finalidade de penetrar no conteúdo das mesmas. Em seguida, foram identificadas as ideias centrais (núcleos de sentido) das falas das ACS, seguidas das etapas de comparação entre os diferentes núcleos de sentido presentes na produção bibliográfica estudada; descoberta de eixos temáticos e discussão das categorias temáticas encontradas.

Em todo o processo buscou-se sistematizar as informações a fim de encontrar similitudes possibilitando a categorização, a partir da abstração de dois temas: desvelamento do significado da educação em saúde sob a ótica das ACS e a prática educativa em saúde sexual e reprodutiva no cotidiano das ACS. Os resultados foram submetidos à interpretação apoiada na bibliografia consultada.

Este estudo integra uma pesquisa mais abrangente que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas – UFAL sob o nº 58597716.0.0000.5013, atendendo à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A fim de preservar o anonimato, as agentes de saúde foram identificadas de maneira fictícia por nomes de flores (Margarida, Petúnia, Hortêncina...), seguido da

idade.

3 | RESULTADOS

Os resultados são apresentados em duas categorias oriundas dos achados pertinentes ao objetivo do estudo. São elas: Desvelamento do significado da educação em saúde sob a ótica das ACS e a prática Educativa em saúde sexual e reprodutiva no cotidiano das ACS.

3.1 Desvelamento do significado da educação em saúde sob a ótica das ACS

No desenvolvimento desse estudo foi possível identificar a presença de dois modelos orientando as práticas educativas em saúde das profissionais investigadas. Há um forte apelo para a ES na perspectiva tradicional e alguns sinais de ES na perspectiva dialógica, que são subcategorias apresentadas a seguir:

Educação em Saúde na Perspectiva Tradicional

As participantes do estudo ao serem questionadas sobre o significado da ES foi perceptível a presença do modelo tradicional de forma enfática no conceito das ACS, destacando a transmissão do conhecimento para a prevenção de doenças e valorização da aprendizagem passiva no processo educativo. Esses aspectos podem ser evidenciados nas percepções sobre educação em saúde expressas nas falas a seguir:

É fazer palestras sobre as prevenções de doenças. (Hortência, 49 anos)

É a informação para prevenir [...]. (Íris, 39 anos)

[...] fazer palestras em grupos sobre temas específicos ligados a saúde em geral. (Rosa, 31 anos)

Levar conhecimento através de palestra à população. (Margarida, 33 anos)

Uma forma de aprender e repassar conhecimentos. (Violeta, 45 anos)

Convencer as pessoas a buscar prevenção. (Hortência, 49 anos)

É possível observar percepções pautadas na imposição e convencimento das pessoas sobre a prevenção de doenças e ao mero repasse de informações à comunidade sobre as enfermidades. Atrelado a isso, é evidenciado que o foco da prática educativa é voltado para a doença, quanto Magnólia diz:

Lamento que ao invés da prevenção trabalhamos com a cura. (Magnólia, 40 anos)

Esse aspecto foi destacado pela profissional como o ponto negativo no processo

de ES, pois aparentemente não há valorização da promoção à saúde, sugerindo que na UBS em que atua prioriza-se ações voltadas às práticas curativas.

Os relatos apresentados nessa subcategoria temática apontam para uma prática educativa tradicional, construída de forma unilateral, onde apenas as profissionais, no caso as ACS, são detentoras do saber.

Educação em Saúde na Perspectiva Dialógica

As práticas educativas no modelo dialógico de ES referem-se às atividades voltadas para o desenvolvimento de capacidades dos indivíduos e da coletividade, visando a melhoria da qualidade de vida e saúde das pessoas. Percebeu-se nos relatos de algumas ACS que o conceito de ES se aproxima desse modelo, quando, ao se referirem ao objetivo da ES, se utilizaram de elementos como “orientar”, “esclarecer”, “saúde” e “viver melhor”, como é possível observar nos relatos a seguir:

Orientar com palestras. **(Gardênia, 42 anos)**

Participar de palestras sobre temas voltados para a saúde com a importância de esclarecer. **(Petúnia, 39 anos)**

Ações voltadas à prevenção, [...] e participação. **(Magnólia, 40 anos)**

[...](São) ações e palestras voltada à saúde. **(Angélica, 30 anos)**

Participar de palestras sobre temas relacionados à saúde. **(Begônia, 21 anos)**

Entendo que trabalhamos com a prevenção para viver melhor **(Magnólia, 40 anos)**.

Os relatos das profissionais indicam que a prática educativa em saúde encontra-se num processo de transição buscando aproximar-se do modelo dialógico, porém ainda incipiente e necessitando de fortalecimento, a fim de que os objetivos da ES sejam alcançados.

3.2 A prática educativa em saúde sexual e reprodutiva no cotidiano das ACS

Ao identificar que as ACS compreendem o conceito de educação em saúde de formas distintas e com base nos dois modelos abordados nesse estudo, busca-se nessa categoria temática conhecer as ações educativas que são realizadas junto à população, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

Como a ES é a base das ações desempenhadas pelos profissionais na ESF, além de ser o principal meio de se prevenir e, conseqüentemente promover a saúde da população, observou-se nos relatos de algumas participantes que essas ações no âmbito da saúde sexual e reprodutiva ainda são realizadas minimamente. Muitas participantes não se reconhecem como sujeitos de práticas educativas nesse âmbito ao afirmarem nunca terem trabalhado com o tema.

No campo da saúde sexual houve destaque para a abordagem dos temas

infecções sexualmente transmissíveis (IST) e métodos preventivos de doenças em geral. Enquanto no contexto da saúde reprodutiva, gravidez na adolescência, gravidez indesejada e métodos de prevenção foram os temas destacados pelas agentes, como pode ser evidenciado nos depoimentos que seguem:

Gravidez na adolescência e doenças sexualmente transmissíveis. (Hortência, 49 anos)

As doenças sexualmente transmissíveis e os métodos de prevenção. (Iris, 39 anos)

A prevenção de doenças e gravidez não desejada. (Violeta, 45 anos)

Para evitar a gravidez indesejada. (Magnólia, 40 anos)

Evitar a gravidez indesejada, doenças sexualmente transmissíveis - HIV, Hepatite B e etc. (Gardênia, 42 anos)

Além da restrição temática no campo da saúde sexual e reprodutiva, observou-se uma prevalência de temas vinculados a programas e políticas do MS, ou seja, voltadas às ações que são exigidas e que já estão instituídas. Contudo, verifica-se um cuidado destas profissionais com a saúde da mulher, inclusive na fase da adolescência, sobretudo relacionado à gravidez e às IST, o que pode evidenciar uma necessidade da realidade da comunidade na qual as agentes de saúde estão inseridas.

As agentes de saúde não se sentiram a vontade em expor os métodos educativos empregados em suas atividades educativas. Foi evidenciada a palestra nas respostas das participantes, reafirmando o modelo tradicional expresso no conceito de ES, no entanto, não houve menção à forma como essas palestras foram conduzidas, com pode ser observado nos relatos que seguem:

Palestra (sobre) como prevenir a gravidez e doenças. (Hortência, 49 anos)

Palestras na comunidade. (Gardênia, 42 anos)

Ainda sobre esse aspecto uma das ACS mencionou a “*conversa*” como estratégia educativa para abordagem da saúde sexual e reprodutiva. No entanto, não houve detalhamentos sobre a forma como o método era aplicado a fim de fornecer elementos que possibilitem a melhor caracterização do mesmo.

Portanto, diante dos relatos das participantes, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva pode-se inferir que as atividades educativas, nesse contexto, ocorrem prioritariamente, de forma coletiva, mas abordando com restrição as temáticas. Observou-se uma ênfase para o desenvolvimento de atividades normatizadas pelo MS e conduzidas por meio de palestras, em que dificilmente há uma interação entre os usuários e os profissionais que conduzem a atividade.

4 | DISCUSSÃO

O significado da ES sob a ótica das ACS investigadas evidencia uma prática educativa fortemente arraigada num modelo de ensino tradicional, pautado na transmissão do conhecimento e detenção do saber (FIGUEIREDO, RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010). Mas, a fim de se distanciar do que Freire (1987) denomina de “educação bancária”, e conseqüentemente do método tradicional de ensino, é fundamental no processo educativo a participação efetiva da comunidade usuária dos serviços de saúde. E, ao despontar uma prática educativa que se aproxima de um modelo dialógico na prática educativa das ACS revela-se a transição entre a tradição e a inovação destacada por Oliveira (2005).

Esse modelo baseado no diálogo considera a construção do conhecimento envolvendo educador e educando de forma ativa. Contudo, aplicar esses princípios na prática dos profissionais da saúde é desafiador (FIGUEIREDO, RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010). Estudo que investigou as representações de ACS sobre ES mostraram o termo ‘orientação’ como o mais evocado revelando essa característica inserida no cotidiano deste profissional (LIMA et al., 2012). Quanto ao ato de esclarecer é importante destacar que se há esclarecimento pode apontar para promoção à saúde e proteção específica. Segundo Buss (2000) a ES é uma ferramenta importante para atingir essa meta.

A ênfase maior dada à transmissão de informações para prevenção das doenças, do que ao desenvolvimento de atitudes que conduzam à promoção da saúde, evidenciou um trabalho educativo com limitações. No estudo de Bornstein e Stotz (2008) na prática educativa de ACS evidenciou-se uma mediação baseada na transmissão de conhecimento e convencimento, como uma aproximação da mediação transformadora. Ou seja, uma transição entre os modelos que norteiam a prática educativa como observado no presente estudo.

Diante dos obstáculos de equipes de saúde no desenvolvimento efetivo de ações educativas no cotidiano dos serviços de saúde, Albuquerque e Stotz (2004) fazem uma crítica ao modelo de ES quando destacam que a realização das atividades educativas em saúde não ocorre de forma contínua, mas é pautada no modelo campanhista, em que a doença ou epidemia determina o foco da ação. Ou seja, a intervenção é apenas pontual sem previsão de continuidade que favoreça o processo de sensibilização da comunidade atendida. Essa prática também foi evidenciada entre enfermeiros da atenção básica com predomínio de ações educativas pontuais e do modelo campanhista/higienista (OLIVEIRA et al., 2016).

Com relação às temáticas prioritizadas, o ponto de partida para ES é norteado pelo conhecimento científico e diagnóstico de necessidades pelos profissionais de saúde mediante levantamentos epidemiológicos. Mas, não parece haver coparticipação e coresponsabilidade da comunidade no diagnóstico dos problemas e definição dos temas a serem abordados nas práticas educativas sobre saúde sexual e reprodutiva.

Nos depoimentos das ACS a importância do pré-natal no grupo de adolescentes foi observada, com destaque para a gravidez na adolescência, bem como, para a saúde da mulher com a valorização da abordagem sobre planejamento familiar e as IST. Segundo Bellenzani, Santos e Paiva (2012) os ACS constituem a categoria profissional da ESF cujo trabalho educativo tem maior aproximação do segmento adolescente. Ademais, no âmbito da atuação da equipe de atenção básica, está o desenvolvimento de ações educativas voltadas à população sobre a prevenção e controle das IST (BRASIL, 2006). Contudo, estudo realizado em estado da região Norte do Brasil, demonstrou que os ACS apresentam conhecimento parcial sobre as IST, inclusive demonstrando procedimentos inadequados quanto à transmissão e prevenção deste grupo de infecções (TEIXEIRA et al., 2012).

Apesar da ES ser uma atribuição do ACS (FONSECA; MENDONÇA, 2014), os resultados desse estudo apontam que, o não reconhecimento de algumas ACS em atuar na promoção da saúde sexual e reprodutiva é uma realidade. Essa barreira que alguns profissionais da saúde têm para executar atividade educativa nessa área constitui uma problemática que interfere na qualidade da atenção básica e tem sido evidenciada por outros estudos (BELLENZANI; SANTOS; PAIVA, 2012, BORGES, NICHATA; SCHOR, 2006).

Com relação à abordagem das temáticas a ênfase dada à palestra reforça a valorização da transmissão de conhecimento e a aprendizagem passiva, demonstrando que possivelmente a unidade de saúde utiliza com certa frequência esse tipo de método de ensino, considerado tradicional. Em estudo envolvendo enfermeiros atuantes em equipes de ESF de dois municípios de um estado do nordeste brasileiro a palestra foi a metodologia mais evidenciada (OLIVEIRA et al., 2016).

A interação do ACS, enquanto profissional da saúde, com os moradores do bairro do qual também faz parte, possibilita o diálogo, a conversa e troca de saberes, o que segundo Nunes et al. (2002) caracteriza-o como um profissional híbrido e polifônico. Mas, segundo Oliveira (2005) e Figueiredo, Rodrigues-Neto e Leite (2010) o modelo dialógico no processo educativo é movido pelo diálogo e o educando deve ser atuante no seu processo de formação. Ainda sobre esse aspecto, Pereira (2003) reforça na prática educativa em saúde é mais adequado conduzir o processo educativo estimulando a criticidade e a problematização.

As dificuldades identificadas na prática das ACS investigadas podem estar atreladas à necessidade de melhoria na formação profissional para atuar com tantas demandas de saúde pública presentes na comunidade, considerando as múltiplas atividades que exercem esse profissional com destaca Samudio et al. (2017). Fragilidades na formação dos ACS (BRASIL, 2012) e de outros profissionais atuantes nos serviços de atenção básica (OLIVEIRA et al., 2016) são evidenciadas na literatura e constitui uma problemática nacional. Um estudo transversal realizado por Simas e Pinto (2017) com ACS de 107 UBS de municípios da região Nordeste mostrou que as temáticas abordadas em cursos de formação encontram-se ainda norteadas pelo

paradigma biomédico, como isso, gerando distanciamento de práticas educativas que de fato promovam a saúde.

Diante das necessidades apontadas no presente estudo, sugere-se investir em capacitação para os ACS, sobretudo, ancoradas em metodologias ativas que, concordando com Pedrosa et al. (2011), conduzam esses profissionais ao amplo processo de reflexão sobre os vários contextos no qual está inserido, a relação com a comunidade, o processo de trabalho, sua realidade e sua profissão, a fim de atuarem como agentes transformadores. Nessa direção, Vilar e Farias (2012) destacam a necessidade de políticas de educação permanente que atendam o novo perfil de atuação dos ACS, de forma a estimular estratégias educativas críticas e focadas nas práticas vivenciadas e nas diversas transformações no campo da saúde. Pois, de acordo com Teixeira e colaboradores (2012) a qualidade da educação permanente interfere diretamente na qualidade da prática educativa desses profissionais.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

No trabalho educativo das ACS existem desafios que precisam ser superados, a fim de atender a demandas profissionais e da atenção básica com mais efetividade. No que se refere à saúde sexual e reprodutiva as temáticas priorizadas se mostraram restritas, enquanto a abordagem educativa norteadas principalmente por um modelo tradicional de ensino, o que parece ser um retrato nacional. A maneira como as ACS investigadas compreendem o processo educativo em saúde e sua interface com a saúde sexual e reprodutiva pode interferir diretamente na sua atuação prática e condução/exploração desses temas intraunidade e na comunidade alvo.

O estudo ainda aponta para a necessidade de direcionar investimentos em uma formação profissional que estimule uma maior apropriação de práticas educativas dialógicas e problematizadoras que estejam em consonância com as políticas públicas de saúde do SUS, bem como, com a realidade da população atendida, visando assim, superar o uso contínuo de práticas educativas que não valorizam a participação ativa da comunidade.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n.15, p.259-74, 2004.

BELLENZANI, R.; SANTOS, A. D.; PAIVA, V. Agentes comunitárias de saúde e a atenção à saúde sexual e reprodutiva de jovens na estratégia saúde da família. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 637-50, 2012.

BORGES, A. L.V.; NICHATA, L. Y. I.; SCHOR, N. Conversando sobre sexo: a rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 422-7, 2006.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. O Trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencedora e a transformadora. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, n. 3, p. 457-80, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: *Ministério da Saúde*, 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde), 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 300 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 26), 2010.

_____. Ministério da Saúde. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 197 p. il. - (Cadernos de Atenção Básica, n. 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos), 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Distritos sanitários: concepção e organização o conceito de saúde e do processo saúde-doença**. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Brasília. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRITO, S. M. O.; DOMINGOS SOBRINHO, M. Os sentidos da educação em saúde para agentes comunitários de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 4, p. 669-76, 2009.

BUSS, M. P. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-77, 2000.

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES-NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde: [revisão]. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p.117-121, 2010.

FONSECA, A. F.; MENDONÇA, M. H. M. A interação entre avaliação e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde: subsídios para pensar sobre o trabalho educativo. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 343-57, 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17ª Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 5. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

LIMA, C. A. B. et al. Representações sociais sobre educação em saúde de agentes comunitários: pistas para educação permanente. **Cogitare Enfermagem**, v.17, n. 1, p. 15-20, 2012.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1639-46, 2002.

OLIVEIRA, D. L. A'nova'saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.3, p. 423-31, 2005.

OLIVEIRA, F. L. et al. Estudo comparativo da atuação do enfermeiro no controle de dengue e febre chikungunya. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 4, p. 1031-8, 2016.

PEDROSA, I. L. et al. Uso de metodologias ativas na formação técnica do agente comunitário de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9, n. 2, p. 319-32, 2011.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cadernos**

de Saúde Pública, v. 19, n. 5, p. 1527-34, 2003.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

SALCI, M. A., et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 1 p. 224-30, 2013.

SAMUDIO, J. L. P. et al. Agentes comunitários de saúde na atenção primária no Brasil: multiplicidade de atividades e fragilização da formação. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.15, n. 3, p. 745-69, 2017.

SIMAS, P. R.; PINTO, I. C. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1865-76, 2017.

TEIXEIRA, E. et al. Conhecimentos-procedimentos de agentes comunitários de saúde sobre doenças sexualmente transmissíveis: pistas para educação permanente na Amazônia. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 2, p.71-4, 2012.

VILAR, R. L. A.; FARIAS, P. H. S. O agente comunitário de saúde: práticas educativas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 9, p. 1812-3, 2012.

SENTIMENTOS E EXPECTATIVAS MATERNAS DIANTE DO DIAGNÓSTICO DE DEFICIÊNCIA DOS FILHOS E AS CONTRIBUIÇÕES DO PSICÓLOGO NO PROCESSO DE ACEITAÇÃO

Winthney Paula Souza Oliveira

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do
Maranhão - UNIFACEMA
Caxias – MA

Francisca Tatiana Dourado Gonçalves

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do
Maranhão - UNIFACEMA
Caxias – MA

Rudson Vale Costa

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do
Maranhão - UNIFACEMA
Caxias – MA

Mônica dos Santos de Oliveira

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do
Maranhão - UNIFACEMA
Caxias – MA

Maria de Jesus Martins de Andrade Silva Cunha

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do
Maranhão - UNIFACEMA
Caxias – MA

Evando Machado Costa

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do
Maranhão - UNIFACEMA
Caxias – MA

Pedro Wilson Ramos da Conceição

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do
Maranhão - UNIFACEMA
Caxias – MA

Maria do Socorro de Sousa Cruz

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do
Maranhão - UNIFACEMA

Caxias – MA

Murilo Simões Carneiro

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do
Maranhão - UNIFACEMA
Caxias – MA

RESUMO: A descoberta de uma gravidez é regida por significados, representações, emoções profundas e subjetivas, é um processo que vai além das modificações físicas no corpo materno, tem o poder de influenciar significativamente no prestígio do estado mental, psíquico e afetivo da mulher. Quando advém a descoberta de uma deficiência, durante a gestação ou após o nascimento, ocorre uma fragmentação frente às expectativas. A construção mental e a relação imaginária estabelecidas deturpam-se, a mãe sente-se insegura e fragilizada emocionalmente, surge a negação, o medo, a culpa, a incerteza, sentimentos de vulnerabilidade frente aos desafios da nova situação. **OBJETIVO:** Estudar o impacto e as consequências do diagnóstico de deficiência bem como os sentimentos e expectativas maternas evidenciando as contribuições do psicólogo na assistência à mãe no processo de aceitação do filho com deficiência. **MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão de literatura bibliográfica sobre a dificuldade e sofrimento enfrentados pelas mães para aceitação dos filhos com deficiência,

ressignificação e adaptação frente à condição apresentada visando ampliação e qualidade dos vínculos, entre mães e filhos por meio do apoio do psicólogo. A coleta foi realizada nos bancos de dados eletrônicos: SCIELO e PSYCINFO através do levantamento de artigos científicos. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A chegada de uma criança com deficiência geralmente torna-se um evento bastante traumático e um momento de mudanças, dúvidas e confusão, não só para mãe como também para todos os envolvidos no acontecimento. Ocorre um processo de abdicação das expectativas maternas em relação ao filho direcionando a um novo processo, conduzido para a aceitação e superação da nova condição. Para a mãe, todas as suas fantasias maternas em torno do bebê ideal são frustradas, produzindo uma dor insuportável, de difícil e lenta recuperação. Dessa forma, é essencial a atuação de um profissional que ajude a minimizar os impactos ocasionados pela notícia da deficiência do filho, que auxilie na superação e que mostre e enalteça as qualidades do ser humano além da deficiência. **CONCLUSÃO:** O diagnóstico de uma deficiência evidencia sensações multipolarizadas, sofrimento, projeção de futuro, aspectos negativos e dificuldades a serem enfrentadas, assim ressalte-se a necessidade de assistência com o profissional psicólogo e para este, fica o desafio da minimização do impacto da notícia dada à mãe em relação ao nascimento de um bebê com deficiência.

PALAVRAS-CHAVE: Aceitação, Filho com deficiência, Comportamento materno, Mães.

1 | INTRODUÇÃO

A descoberta de uma gravidez é regida por significados, representações, emoções profundas e subjetivas, é um processo que vai além das modificações físicas no corpo materno, tem o poder de influenciar significativamente no prestígio do estado mental, psíquico e afetivo da mulher. Desde o momento da descoberta da gravidez a mãe percebe o seu filho como um bebe unificado, não há psiquicamente a ideia de um feto em formação, o bebê imaginário é completo e desde então iniciam-se as expectativas e desejos em torno do bebe ideal e à maternidade. Quando advém a descoberta de uma deficiência, durante a gestação ou após o nascimento, ocorre uma fragmentação frente às expectativas.

A construção mental e a relação imaginária estabelecida deturpam-se, a mãe sente-se insegura e fragilizada emocionalmente, surge a negação, o medo, a culpa, a incerteza, sentimentos de vulnerabilidade frente aos desafios da nova situação. Casarin (1999), afirma que o diagnóstico de uma deficiência carrega consequências semelhantes ao luto, pois é vista como a fragmentação, a perda do filho ideal.

Quando uma criança com deficiência nasce, a família, em especial a mãe, carecem de apoio e auxílio profissional para aceitação da nova condição, faz-se necessário o manejo do psicólogo, profissional qualificado, para que a família diante da realidade, lide com a deficiência da criança através de orientações e proposições que permitam a reelaboração dos sentimentos que levem a aceitação do filho pela mãe, pois a criança

seja ela com ou sem deficiência, necessita de cuidados, atenção, afeto e amor para o seu pleno desenvolvimento além da promoção de um ajustamento e convivência adaptativa, positiva e afetuosa entre mãe e filho.

2 | AS DORES E O ENFRETAMENTO MATERNO APÓS O DIAGNÓSTICO DE DEFICIÊNCIA DO FILHO

2.1 Maternidade: Representações e Significados

“Decidir ter um filho significa aceitar que seu coração pulsará eternamente fora do seu corpo” Katharine Hadley

Diante da confirmação da gravidez, as futuras mães expressam diversas reações e sentimentos, as expectativas são muitas, principalmente em decorrência de mudanças que acontecerão no decorrer da gestação e após o nascimento do bebê. Nesse sentido, é possível considerar a existência de uma diversidade de significados e sentimentos no que diz respeito a maternidade.

O desejo da maternidade geralmente é permeado por sentimentos alegres e positivos, logo serão acompanhados por mudanças físicas, psicológicas e sociais. Contudo, esse desejo está ligado intimamente a reprodução social que determina a função cultural destinada a figura da mulher, que é construída culturalmente por meio de normas e padrões sociais mais amplas, não se resumindo a vontade pessoal ou a uma decisão individual. O período da gestação é considerado como um período fundamental para a posterior constituição da relação mãe – bebê, pois esse momento da vida da mulher carrega significados e vivências emocionais intensas.

A maternidade caracteriza-se como um momento importante no ciclo vital feminino, onde a mulher inicia novos níveis referentes ao desenvolvimento da sua identidade, por ser um momento de intensas alterações na estrutura psíquica e biológica, bem como nas relações sociais. Esse período é permeado por pensamentos “mágicos”, e a parte lógica fica contagiada pela euforia e fantasia que marcada a espera desse tão sonhado filho, que traz consigo projeções de sonhos, ideais, e vivências precedentes da vida dessa mulher (MALDONADO, 1976).

A experiência da maternidade, geralmente é acompanhada pelo aumento da sensibilidade materna, que passa a se preparar para se responsabilizar cada vez mais pelo bebê, imediatamente será garantido os cuidados básicos para o seu desenvolvimento. Essa aptidão de se responsabilizar pelo bebê provavelmente advém do forte vínculo identitário que a mãe desenvolve em relação ao filho. Nesse sentido, tal abordagem destaca o período gestacional como de suma importância para a compreensão não apenas para o desenvolvimento do bebê, mas também das primeiras relações estabelecidas entre a mãe e o bebê.

De modo geral a maternidade é representada de forma romântica, nesse contexto,

a maternidade é descrita em termos de amor, sentimento, instinto, beleza, essência e transcendência. De tal modo, a maternidade é descrita como ocorrência mágica, como condição natural e instintiva, divina, plena, idealizada e como sonho a ser realizado (MORREIRA, 2010). Corroborando com essa reflexão, Badinter (2011), referenda que a maternidade passou a ser vista em um dado momento histórico, como um lugar sagrado, como algo próprio do instinto da mulher, que se realizaria plenamente ao ser mãe.

Ressalta-se que o nascimento de um filho provoca mudanças em toda a dinâmica familiar. Fato que ocorre no momento da descoberta que se está gerando uma nova vida. A princípio as futuras mães idealizam as características deste filho, imaginando com quem a criança vai se parecer, quais as roupas que ele vai gostar, com quem demonstrará maior afetividade, entre tantas outras possibilidades. Agora imagine se esse filho nasce com algum tipo de deficiência? O mundo materno desmorona, há uma ruptura nos sonhos e idealização do bebê.

Há que se considerar que as mulheres assumem em nossa sociedade múltiplos papéis, além do papel de esposa e de mãe. Especificamente em relação a maternidade, na vida da mulher passa a ocorrer uma transição em termos identitários, já que a chegada de um novo membro altera de modo significativo o cenário familiar, que passa a ser constituído por um novo membro que necessita de cuidados com a saúde, bem como carinho, afeto e proteção. (SIMAS, 2013).

Portanto, se faz salutar enfatizar que as relações sociais, bem como as pesquisas, nos mostram que existem diferentes tipos de mães e mulheres que são modeladas de acordo com o contexto sociocultural que se apresenta. Assim, é importante alertar para os diversos sentidos e representações de maternidade, bem como para o problema de se pensar a maternidade como destino para a mulher. Percebe-se que regular a sociedade a partir de uma única descrição de maternidade limita um modelo a ser seguido, logo acaba reduzindo as possibilidades de ser mãe, de ser mulher, de assumir outras identidades.

2.2 Ser mãe de um bebê com deficiência: a perda do filho ideal?

A projeção da maternidade sempre se volta para expressões de uma realidade plena e perfeita, onde a mãe entrelaça seus desejos no novo ser que está por vir. Nesse sentido se estabelece a espera do filho perfeito, onde a família idealiza e transfere seus desejos, sonhos e um grande investimento emocional é depositado. Sentimentos de amor e plenitude são construídos no filho em desenvolvimento e quando todo esse processo é quebrado com a notícia de que essa plenitude não existe, inicia-se uma fragmentação no eixo familiar realizando a negação do diagnóstico apresentado. Receber a não pertença de um filho perfeito é uma afirmativa ou questionamento de onde está o erro. Ser mãe de um ser que foge dos padrões sociais é desafiador em todas as esferas, porém quando os desafios são orientados e acompanhados coerentemente existe o processo de crescimento como sujeito, como mãe e como

gestora de uma família fora dos padrões socialmente exigidos.

Diante do diagnóstico de qualquer deficiência a família vivencia o processo de luto, pois a construção de uma criança perfeita foi alimentada no ciclo gestacional e afirmar a não existência dessa construção é algo que precisa ser reelaborado, porém o percurso de ressignificação é marcado por uma dor emocional intensa. Diante de tanto sofrimento a mãe percebe-se impotente afirmando que não existe nada que se possa fazer para ter em suas mãos o filho perfeito idealizado, canalizando suas dificuldades e dores em sentimentos de raiva e revolta.

A mistura de sentimentos vivenciados não só pela mãe, mas pelo núcleo familiar são marcados por sensações de impotência, melancolia, culpa e desesperança, sendo comum que a pessoa passe por um período de isolamento e apresente uma grande necessidade de introspecção. Após esse período a família tende a se reorganizar emocionalmente, apresentando em seu comportamento ações de aceitação e gerenciando alternativas de superação para os desafios que se apresentam no diagnóstico.

2.3 Ressignificação frente ao diagnóstico e contribuições da psicologia no processo de aceitação

A família, com um especial destaque a figura materna, apresenta a responsabilidade por suprir as necessidades e cuidados da criança, sejam necessidades básicas ou mesmo a transmissão e formação de valores sociais, éticos e morais. Ao receber a notícia de um diagnóstico de deficiência de um filho, conforme aponta Buscaglia (2006) sentimentos aflitivos são despertados, revolta, medo, angústia, impotência e desesperança. Ele destaca que essas emoções negativas são temporárias se manejadas de forma que a mãe assuma, acolha e aceite a criança, daí então, ocorrerá o processo de ressignificação. A dor originará uma possibilidade de enfrentamento, superação e a experiência passará a ser vista através de uma nova vertente, permitindo a construção de um vínculo satisfatório que impulsiona a interação adequada entre mãe, familiares e bebê.

Silva e Aiello (2009) enfatizam a figura dos pais como principais responsáveis no processo de estruturação da personalidade da criança, é por meio dos progenitores que a criança recebe as instruções, orientações e inserção e interação social. A genitora é a principal responsável por ofertar cuidados, atenção e afeto ao bebê. A mãe de uma criança com deficiência, depara-se com situações distintas, complexas e ímpares, intensificando, redobrando e ampliando os cuidados maternos e responsabilidades, dessa forma, é fundamental o apoio dos demais membros familiares, nos cuidados ao bebê e atenção à mãe.

Uma das medidas que contribuem para a ressignificação frente ao diagnóstico de deficiência, é o apoio familiar. Os membros familiares devem mostrarem-se como figuras de apoio à mãe, amparar e acolhe-la para que os cuidados, dedicação e

atendimento às necessidades do novo ente possam ser atendidas sem que a mãe sinta-se sobrecarregada, estressada e desgastada com a nova experiência, além de atuarem no processo de superação e enfrentamento do sofrimento oriundo do diagnóstico de deficiência, a contribuição da família é vital para o processo de desenvolvimento biopsicossocial da criança. Sólcia (2004) enfatiza que a pessoa com deficiência requer atenção e necessidades especiais alterando a rotina familiar. O afeto e adequado vínculo familiar contribuem para o fortalecimento e desenvolvimento saudável dos filhos. Os cuidados cooperativos entre os familiares são constituídos como experiências indispensáveis para a reconstituição e reorganização do modelo familiar, bem como da solidificação das relações.

A notícia de uma deficiência desencadeia e propicia impactos emocionais à mãe, pois esta vivencia uma situação traumática, uma ruptura nas expectativas em relação ao filho idealizado e ao filho real, existem dúvidas que pairam em relação ao futuro, às expectativas, em relação ao que esperar dessa criança. As reações permeiam a rejeição, negação e abandono. É um processo de luto, instaurado em vida. Bogo, Cagnini & Raduenz (2014) relatam que há uma intensificação dessas sensações por falta de orientação e informação adequada. Os familiares e até mesmo muitos profissionais de saúde sentem-se despreparados transparecendo a sensação conflitiva e incômoda à mãe despertando ainda mais desconforto nesta.

O psicólogo frente ao diagnóstico de deficiência da criança deve acolher e orientar a mãe, bem como conhecer a deficiência específica daquela criança e o prognóstico para que em posse de informações plausíveis faça as orientações e recomendações, seja no sentido de acompanhamento de uma equipe multiprofissional para o atendimento desta criança ou de ações e estratégias direcionadas a genitora que permitam uma melhor interação entre mãe e bebê.

Vizzotto e Gomes (2009) referem que o psicólogo auxilia na resolução dos conflitos e sentimentos desajustados, através de condutas que oportunizem acolhimento, escuta qualificada e a busca por resolução e dissolução do impacto negativo oriundo do diagnóstico. O psicólogo apresenta as possibilidades e intervenções terapêuticas que contribuem para a restauração da qualidade de vida materna e da criança com deficiência, pois é este profissional que apresentará à mãe o verdadeiro quadro de possibilidades em relação ao desenvolvimento da criança e diante das dificuldades suas intervenções compreendem e objetivam um processo de adaptação e aceitação evidenciando que a criança está aquém da deficiência. É um pequeno ser que necessita de atenção e carinho como qualquer indivíduo para que se desenvolva, pois como se sabe é a partir da mãe e da família que as primeiras relações afetivas e sociais são despertadas e o processo de aprendizagem e interação inicia-se.

É o profissional da psicologia que estabelecerá uma relação consecutiva e frequente com a família, cabe a este facilitar os cuidados integrais, escuta, aconselhamento e orientação de forma contínua. O psicólogo redireciona comportamentos, relações, adapta e promove a superação de dificuldades, o auxílio

do psicólogo permite o resgate e instauração dos vínculos afetivos familiares.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, revisão de literatura sobre a dificuldade e sofrimento enfrentados pelas mães para aceitação dos filhos com deficiência, ressignificação e adaptação frente à condição apresentada visando ampliação e qualidade dos vínculos entre mães e filhos por meio do apoio do psicólogo.

A coleta de materiais bibliográficos foi realizada nos bancos de dados eletrônicos Scientific Electronic Library Online - SCIELO e American Psychological Association - PSYCINFO. Foram selecionados artigos disponíveis em língua portuguesa e inglesa. Em seguida, a seleção dos artigos se fez através de uma leitura prévia dos títulos e resumos. Os artigos que contemplavam os objetivos desta pesquisa foram lidos na íntegra. Os descritores utilizados para aquisição dos materiais foram: gestação, comportamento materno, deficiência em recém-nascidos, criança com deficiência, aceitação e acolhimento do psicólogo.

Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos originais publicados no período 2002 a 2018, disponíveis gratuitamente na língua portuguesa e inglesa. Critérios de exclusão: resumos, monografias e artigos incompletos e que não se encaixaram na temática. Ressalta-se a escassez de produções científicas sobre a temática.

4 | DISCUSSÃO

A chegada de uma criança com deficiência geralmente torna-se um evento bastante traumático e um momento de mudanças, dúvidas e confusão, não só para mãe como também para todos os envolvidos no acontecimento. Maccoby (2002), destaca a importância do suprimento afetivo, expectativas e sentimentos na relação de pais e filhos, o nascimento de um filho com deficiência, é vivido como um período de luto em relação à criança idealizada em detrimento da criança real.

Silva e Dessen (2001), destacam que ocorre um processo de abdicação das expectativas maternas em relação ao filho direcionando a um novo processo, conduzido para a aceitação e superação da nova condição. Para a mãe, todas as suas fantasias maternas em torno do bebê ideal são frustradas, produzindo uma dor insuportável e ocasionando uma profunda ferida narcísica, de difícil e lenta recuperação, pois o maior receio de uma mãe no período gestacional é gerar um filho com deficiência.

Para Andrade (2015), o filho com deficiência é visto como o reflexo do fracasso maternal, o que coloca em perigo o processo de vinculação. Batista e França (2007) destacam que a família apresenta dificuldades para lidar e aceitar a deficiência bem como alguns profissionais carecem de preparo e treinamento acerca do diagnóstico, é fundamental que as informações sobre o diagnóstico e prognóstico sejam transmitidas

adequadamente para que a mãe e demais familiares de maneira equilibrada possam aceitar a nova situação a ser vivenciada minimizando as implicações negativas.

Glat (2009), destaca a importância do psicólogo no processo de acolhimento, aceitação e aconselhamento para ressignificação dos sentimentos diante do diagnóstico de deficiência. Santos (2015), ressalta que a necessidade de assistência psicológica familiar vem apresentando um gradativo crescimento para aceitação das pessoas com deficiência no seio familiar, fazendo-se necessário que o psicólogo amplie seus conhecimentos científicos específicos para uma prática fundamentada e adequada. Dessa forma, é essencial a atuação de um profissional que ajude a minimizar os impactos ocasionados pela notícia da deficiência do filho, que auxilie na superação e que mostre e enalteça as qualidades do ser humano além da deficiência.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico de uma deficiência evidencia sensações multipolarizadas, sofrimento, projeção de futuro, aspectos negativos e dificuldades a serem enfrentadas, assim ressalta-se a necessidade de assistência com o profissional psicólogo e para este, fica o desafio da minimização do impacto da notícia dada à mãe em relação ao nascimento de um bebê com deficiência.

O profissional deve propor meios para amenização das dificuldades, ressignificação dos sentimentos, identificação dos aspectos psicoemocionais, sentimentos e dúvidas presentes em relação ao cuidado e ao desenvolvimento da criança, visando promover a aceitação do filho e o tratamento, quando necessário, melhorando a qualidade de vida e a relação de vínculo afetivo entre a mãe a criança, prevenindo o sofrimento, promovendo a saúde e reorganizando sentimentos e emoções.

REFERÊNCIAS

BADINTER, Elisabeth. O conflito: a mulher e a mãe. Rio de Janeiro: Record, 2011.

BATISTA, S. M.; FRANÇA, R. M. Família de pessoas com deficiência: Desafios e superação. Blumenau, 2007. Disponível em: <https://www.ebah.com.br/content/ABAAABPiYAG/familia-pessoas-com-deficiencias-desafios-superacao?part=2>

BOGO, M. L.; CAGNINI, F. Z. V. de S.; RADUENZ, M. Momento do Diagnóstico de Deficiência: sentimentos e modificações na vida dos pais. Psicologado, Guarapiranga, 2014. Disponível em: <https://psicologado.com.br/psicologia-geral/desenvolvimento-humano/momento-do-diagnostico-de-deficiencia-sentimentos-e-modificacoes-na-vida-dos-pais>

BUSCAGLIA, L., Os deficientes e seus pais: Um desafio ao aconselhamento. Rio de Janeiro: Record, 2006.

DA SILVA, Carla Cilene Baptista; RAMOS, Luíza Zonzini. Reações dos familiares frente à descoberta da deficiência dos filhos. Cad. Ter. Ocup. UFSCar (Impr.);22(1), jan.-abr. 2014. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=712104&indexSearch=ID>

- GLAT, R. **Refletindo sobre o papel do psicólogo no atendimento ao deficiente mental:** além do diagnóstico. Londrina: Revista de psicologia social e institucional. v.1, n.1, jan. 1999.
- LÉFEVRE, B. **Mongolismo:** orientação para família. Ed. Almed, São Paulo, 1988.
- MACCOBY, E. Parenting Effects: Issues and Controversies. In: J.G.Borkowski; S.L. Ramey; M. Bristol-Power (ed.). **Parenting and the Child's World.** New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 2002.
- MALDONADO, Maria Tereza P. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. Petrópolis, Vozes, 1976, 118 p.
- MOREIRA, Renata Leite Cândido de Aguiar. Maternidades: os repertórios interpretativos utilizados para descrevê-las. *Psicologia & Sociedade*; 22 (3): 529-537, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n3/v22n3a13.pdf>.
- OLIVEIRA, Ágatha Lúcia Santana de. Dificuldades dos pais na aceitação dos seus filhos frente a descoberta do diagnóstico. **Psicologia.pt - O Portal dos Psicólogos. 2018. Disponível em:** <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1202.pdf> ISSN 1646-6977
- OLIVEIRA, I. G. POLETTTO, M. Vivências emocionais de mães e pais de filhos com deficiência. SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo Revista da SPAGESP, 16(2), 102-119. São Paulo, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702015000200009
- PINTO, Maria Benegelaniana; B. et al. Significado do cuidado à criança deficiente com necessidades especiais: relato de mães. *Revista Ciência Cuidado e Saúde Jul./Set*; p. 549-555 2014. Disponível em: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/22189/pdf_228 Acesso em 05 de maio 2018.
- SALVADOR, C.C., MESTRES, M.; GOÑI, J.O.; GALLART, I.S. **Psicologia da educação.** Ed. Artmed, São Paulo, 1999.
- SANCHES, LAS, Júnior GAF. Relatos maternos sobre impacto do diagnóstico da deficiência dos filhos. *Cad saúde colet.* [on-line]. 2011[citado 2012 mar 10]; 19(3):366-374. Disponível em: http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewArticle/8224http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_3/artigos/csc_v19n3_366-374.pdf
- SANTOS, L. C.S. A importância do apoio psicológico para a pessoa com deficiência e seus familiares: contribuições e desafios na implantação do serviço de atendimento psicológico na APABB. Faculdade Castro Alves. Salvador 2015. Disponível em: <http://www.apabb.org.br/admin/files/Artigos/TCCApoioPsicologicoPcD-NRBA.pdf>
- SILVA, Carla Cilene Baptista da; RAMOS, Luíza Zonzini. Reações dos familiares frente à descoberta da deficiência dos filhos. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos*, v. 22, n. 1, p. 15-23, 2014. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/537/483>
- SILVA, N.L.P.; DESSEN, M.A. Deficiência Mental e Família: Implicações para o Desenvolvimento da Criança. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 17, n. 2, pp. 133-141, 2001.
- SILVA, Nancy C. B.; AIELLO, Ana L. R. Análise descritiva do pai da criança com deficiência mental. *Estudos de Psicologia, Campinas*, v.26, n. 4, p. 493-503, 2009.
- SIMAS, Flavia Baroni; SOUZA, Laura Vilela e; SCORSOLINI-COMIN, Fabio. Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e múltiparas. *Psicol. teor. prat.*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 19-34, abr. 2013. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_

arttext&pid=S1516-36872013000100002&lng=pt&nrm=iso>.

SÓLCIA, I. V. Âmbito familiar: a reação da família frente a notícia da deficiência dos filhos. Monografia apresentada na Universidade Estadual do Norte do Paraná. 2004.

superação. Blumenau, 2007. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAABPiYAG/familiapessoascomdeficienciasdesafiossuperacao?part=2>>

VIZZOTTO, M.M.; GOMES, R.A. Descrição de queixas e indicadores diagnósticos de famílias atendidas em psicoterapia domiciliar. *Psicologia Informação*, v. 13, n.13, jan. /dez. 2009.

TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL E ACUPUNTURA: ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS COMPLEMENTARES NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO DO IDOSOS

Alanna Rosa Mota Carvalho Pivatto

Uniara

Araraquara – Sp

RESUMO: O objeto do presente estudo foi pesquisar sobre as práticas de acupuntura e Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) no tratamento da depressão em idosos. Os objetivos específicos foram: conhecer a eficácia da acupuntura aliada a TCC no tratamento de idosos depressivos, despertar nos profissionais de saúde a possibilidade de inserir práticas terapêuticas complementares para fins de tratamento da depressão, contextualizar a depressão dentro da Terapia Cognitiva Comportamental, definir os conceitos da depressão e relatar os princípios básicos da Medicina Tradicional Chinesa. Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica, onde foram selecionados artigos e monografias, nos sites Scielo e Google Acadêmico, que contivessem os termos abordados na pesquisa entre os anos de 2005 a 2015. Após a finalização deste trabalho foi possível identificar a importância da acupuntura e da TCC nos cuidados com idosos, bem como foi possível esclarecer e identificar a eficácia dessas técnicas complementares no restabelecimento da saúde do idoso. Espera-se com essa pesquisa que seja despertado nos leitores e principalmente em profissionais

da área de saúde, a possibilidade de parear a acupuntura e a terapia cognitiva comportamental no tratamento da depressão em idosos.

PALAVRAS-CHAVE: Acupuntura. Idoso. Terapia Cognitivo Comportamental. Depressão.

ABSTRACT: The aim of this study was to investigate acupuncture practices and Cognitive Behavioral Therapy (CBT) in the treatment of depression in the elderly. The specific objectives were: to know the efficacy of acupuncture in combination with CBT in the treatment of depressive elderly, to awaken in health professionals the possibility of inserting complementary therapeutic practices for the purpose of treating depression, to contextualize depression within Behavioral Cognitive Therapy, to define the concepts of depression and report the basic principles of Traditional Chinese Medicine. It is a bibliographical review research, where articles and monographs were selected, in the Scielo and Google Scholar sites, which contained the terms addressed in the research between the years 2005 to 2015. After the completion of this work it was possible to identify the importance of acupuncture and CBT care in the elderly, and it was possible to clarify and identify the efficacy of these complementary techniques in restoring the health of the elderly. With this research, it is hoped that the possibility of matching acupuncture and cognitive

behavioral therapy in the treatment of depression in the elderly will be aroused in readers and especially in healthcare professionals.

KEYWORDS: Acupuncture. Old man. Cognitive behavioral therapy. Depression.

1 | INTRODUÇÃO

No Brasil, é considerado “idoso” o indivíduo que tem 60 anos ou mais, segundo o Estatuto do Idoso, publicado em 01 de outubro de 2003. (ESTATUTO DO IDOSO, 2003).

Segundo Garrido e Menezes (2002), o Brasil deixará de ser um país jovem, e em 2050, se tornará o país dos idosos, uma vez que se estima que terá 24% da população com essa faixa etária, alcançando uma marca bastante significativa de mudança de perfil da sociedade.

O envelhecer humano, que envolve aspectos físicos, sociais e psicológicos, facilmente também afetará a rotina de uma família.

Com o chegar da idade, a pessoa vai perdendo sua vitalidade e suas forças diminuem. A aposentadoria significa que o convívio social será minimizado e certamente afetado, ao passo que dentro da sua própria família ocorrem resistências no convívio com o ser que, agora por ser improdutivo, enfrenta questões de aceitação no âmbito familiar.

Chega-se, portanto, na problematização como o ponto de partida para entender-se a representação social do idoso na sociedade. As representações sociais são formas de conhecimentos que se manifestam como elementos cognitivos, imagens, conceitos, categorias, teorias, mas que não se reduzem aos conceitos cognitivos (JODELET, 1993).

Assim, a terceira idade dentro da sociedade, tem sua função simbólica e ideológica construída e entendida a partir do seu contexto histórico e particular, que traduz comportamentos, situações, conceitos e, por fim, estabelece processos de ancoragem nas relações sociais.

Com todas as resistências e questões que o indivíduo idoso enfrenta, facilita-se o surgimento da depressão.

A depressão é a doença psiquiátrica mais comum entre os idosos, que afeta sua qualidade de vida, aumentando a carga econômica por custos diretos e indiretos.

Apesar de ser considerada multifatorial, ou seja, resulta de fatores genéticos e de metabolismo, a depressão dentro do modelo cognitivo comportamental inclui uma percepção distorcida da realidade: o indivíduo percebe-se defeituoso, inadequado, indesejável e principalmente, sem valor. (RANGÉ, 2001).

Os prejuízos cognitivos interferem no próprio diagnóstico, pois o idoso terá dificuldade em relatar momentos de angústia, evocar lembranças, bem como situações atuais de prazer para serem comparadas entre si.

Segundo o CID-10, a depressão ou episódio depressivo têm três variedades:

leve (F 32.0), moderado (F32.1) e grave (F32.2 e F32.3). O indivíduo usualmente sofre de humor deprimido, perda de interesse, de prazer e energia reduzida levando a uma fadigabilidade aumentada e atividade diminuída. (CID 10, 1993)

Os medicamentos contra a depressão, de algum modo, agem sobre um mesmo grupo de neurotransmissores, as monoaminas, responsáveis pelo comportamento, da emoção e regulação do humor e não conseguem chegar ao córtex cingulado anterior, a porção relacionada ao autocontrole (CUMINALE, 2012).

Diante do exposto, se a depressão se tornar um grande desafio na vida de uma pessoa, particularmente de um idoso, será importante buscar estratégias terapêuticas para minimizar seu sofrimento a fim de melhorar o seu estado biopsicossocial por alterações funcionais globais que as terapias se propõem alcançar.

Envelhecer significa um “declínio na habilidade de um organismo em responder a estímulos estressores, levando a uma disfunção na homeostasia e a um aumento na incidência de doenças” (CAREY, 2003 apud PARENTE, 2006).

De acordo com Parente et al (2006, p. 49):

A neurociência cognitiva do envelhecimento humano deve muito ao desenvolvimento das modernas técnicas de neuroimagem, as quais permitem avaliação do cérebro não apenas em termos estruturais, mas também a partir de uma perspectiva funcional. Estudos sugerem a diminuição da substância cinzenta (corpos neurais) observados em cérebros de indivíduos mais velhos, não parece resultar em morte celular, mas da queda da densidade sináptica.

A Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) é um sistema de psicoterapia baseado em evidências, exigindo uma análise detalhada do comportamento, da cognição e das emoções do cliente, além de uma determinação precisa dos objetivos do tratamento, podendo alterar a resposta emocional e o comportamento do cliente.

Segundo Rangé (2001, p 51) “a terapia cognitiva identifica três níveis de pensamentos: o pensamento automático, as crenças intermediárias e as crenças centrais”.

O pensamento automático é exatamente a fluência da mente face aos acontecimentos do dia-a-dia, enquanto que as crenças intermediárias são ideias mais profundas, mais resistentes a mudanças e, por fim, as crenças centrais referem-se às crenças absolutistas, difíceis de mudar a respeito de si mesmo (RANGÉ,2001).

De acordo com Rangé (2001, p 51), “o modelo cognitivo da depressão, consiste em o indivíduo apresentar um padrão de pensamento negativista em relação a si mesmo, em relação ao mundo e em relação ao futuro”.

Segundo a Medicina Tradicional Chinesa (MTC), em particular a acupuntura, ainda é pouco utilizada pelos psicólogos brasileiros. Porém, sua regulamentação como técnica complementar, aumentou sensivelmente o interesse da classe por essa técnica. A acupuntura está dentro do universo da Medicina Tradicional Chinesa, uma vez que esta abrange outras práticas como: massagem, fitoterapia e práticas respiratórias como: *tai chi chuan* e *qiqong*.

Campiglia (2009, p.136) afirma: “na MTC, entende-se a palavra saúde como

resultado do equilíbrio entre o *yin* e o *Yang*".

O *yin* representa o feminino, a sombra, a morte, corresponde à falta de movimento, o passivo, o interno, o inconsciente, o frio, a terra. Enquanto o *Yang* significa o masculino, a vida, a luz, o claro, o céu, o falo, o consciente, o calor. O *yin* não significa a morte, a sombra, o obscuro, a terra, o útero, o inconsciente e o frio.

A prática da acupuntura movimenta o *Qi*, que é a energia que circula nos meridianos localizados em várias partes do corpo humano, e obedecem a um caminho. O *Qi* é a chama que mantém a vida, pois é o próprio movimento, é um fio condutor.

Na MTC, as doenças mentais estão relacionadas com desequilíbrios ligados ao coração, à morada de *Shen* ou consciência; praticamente todas as síndromes mais importantes e comuns incluem sintomas como insônia, ansiedade, mania, depressão, histeria ou psicose, tem em sua base a alteração do *Shen* do coração e do fígado.

Além disso, todas as síndromes também têm uma relação de deficiência de energia do rim, pois é natural que ao longo dos anos, a "bateria energética" do corpo se desgaste e não consiga mais sustentar o equilíbrio interno. O movimento da água é o da força primordial, que mantém a integridade e o equilíbrio, estabelecem as raízes juntas às forças e faz reserva. As patologias da água caracterizam-se por perda de direção, incapacidade de completar ações, medo, fixação e radicalismo.

É importante ressaltar que algumas doenças neurológicas, até um ponto histórico, foram tratadas pela psiquiatria, também se enquadram no diagnóstico de "deficiência de energia do Rim", na MTC. Doenças Genéticas (síndrome de Down), autismo e retardo mental estão inclusas. Todas essas doenças caracterizam-se por uma profunda deficiência no rim, levando em consideração que o rim é responsável pela formação do "mar da medula", que é o cérebro.

Campiglia (2009, p.47) diz que "nos rins está a bateria do corpo, aquilo que dá a vida e move o indivíduo. Se não houver energia renal, a vida não acontece". Campiglia (2009, p. 47) diz ainda que:

Os rins controlam a fertilidade masculina e feminina pela formação do sêmen e dos óvulos. Portanto, contém a informação ancestral, ou seja, a herança genética, e por meio dela, fazem ligação histórica do homem, unindo o presente, o passado e o futuro.

Segundo Da Silva (2007) afirma que a acupuntura é a única terapêutica, que nos faz entender o homem em si e no seu relacionamento com o meio ambiente, e por extensão com o universo, tornando o ato terapêutico praticado o mais perfeito, correto e adequado. Campiglia (2009, p.135) afirma:

Os fatores de adoecimento na Medicina Tradicional Chinesa (MTC) apontam para duas direções: interna e externa. O indivíduo pode adoecer por deficiência do seu sistema (meio interno) ou por sofrer agressões do meio em que vive (meio externo)". Os fatores internos consideram a estrutura genética e hereditária, o modo de vida e os sentimentos. Os fatores externos dependem do clima, em suas manifestações diversas. E do meio ambiente.

As emoções fazem parte integral da vida de uma pessoa e podem gerar

desarmonia nos *ZangFu* (órgãos e vísceras), levando à doença. As principais emoções estudadas pela MTC são: alegria (superexcitação), a raiva (ira), a tristeza (melancolia), pesar, preocupação, medo e ainda, o choque (pavor). (CAMPIGLIA, 2009).

Ao se fazer a referência com o estado vital de um idoso com depressão, pode-se resumir que existe uma diminuição dos seus movimentos internos e externos, que podem ser melhorados com a prática da acupuntura, aliado a terapia cognitiva comportamental, uma vez que as técnicas podem ser complementares e obtêm bons resultados.

2 | OBJETIVOS

Este trabalho tem o objetivo de descrever como as Técnicas de Abordagem Psicológica da TCC, juntamente com a acupuntura, podem auxiliar positivamente no tratamento da depressão em idosos.

2.1 Objetivo Geral

O objetivo geral deste trabalho constitui em conhecer a eficácia da acupuntura aliada a TCC no tratamento de idosos com depressão.

2.2 Objetivos específicos

- Despertar nos profissionais de saúde a possibilidade de inserir práticas terapêuticas complementares para fins de tratamento da depressão;
- Contextualizar a depressão dentro da Terapia Cognitiva Comportamental;
- Definir os conceitos da depressão;
- Relatar os princípios básicos da Medicina Tradicional Chinesa.

3 | METODOLOGIA

O trabalho de pesquisa terá como desenho metodológico uma revisão bibliográfica compreendendo o período de 2005 a 2015.

A pesquisa contará com uma revisão bibliográfica da Terapia Cognitiva Comportamental e da acupuntura como pontos de apoio para fundamentar o estudo.

Serão utilizados sites científicos como: Scielo e Google Acadêmico.

O tema tem como finalidade a descrição da metodologia de cada prática terapêutica e o seu alcance no tratamento do cliente.

A pesquisa deverá esclarecer o que pode ser alcançado com as duas terapias propostas no tratamento do idoso com depressão. Para isso, foram selecionadas as pesquisas mais relevantes sobre o tema, mesmo com a complexidade de muitas variáveis.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme o quadro abaixo, de 2005 a 2015, foram realizadas diversas pesquisas envolvendo as palavras-chaves dessa pesquisa: depressão, idoso, acupuntura e terapia cognitivo-comportamental. No entanto, ao se combinar as cinco variáveis, não foi encontrada nenhuma pesquisa com o tema proposto.

Foram achados 45 artigos e monografias com o assunto estudado, porém, selecionados os mais atuais com as seguintes combinações: psicologia e acupuntura (02); depressão e acupuntura (03); depressão e idoso (03); terapia cognitivo comportamental e depressão (01); terapia cognitivo comportamental , depressão e idoso (01); acupuntura e idoso (2).

ANO E AUTOR(ES)	TÍTULO E OBJETIVO(S)
2005 Vectore	Título: Psicologia e Acupuntura: primeiras aproximações. Objetivo: Apresentar os principais conceitos da Medicina Tradicional Chinesa e identificação dessa prática pelos psicólogos.
2007 Carneiro et al	Título: Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com habilidades sociais. Objetivo: Investigar as habilidades sociais, o apoio social, a qualidade de vida e a depressão de idosos.
2007 Brasil	Título: Acupuntura com tratamento complementar no tratamento da depressão. Objetivo: Descrever a aplicabilidade da acupuntura pelos psicólogos, descrevendo através do método qualitativo exploratório a experiência desses profissionais em indivíduos com diagnóstico de depressão.
2008 Powell et al	Título: Terapia cognitivo-comportamental na depressão. Objetivo: Descrever a eficácia da terapia cognitivo comportamental no tratamento da depressão.
2010 Vieira et al	Título: Revisão de literatura sobre a contribuição da acupuntura no tratamento da depressão Objetivo: Descrever sobre a contribuição da acupuntura no tratamento da depressão.
2007 Da Silva	Título: Acupuntura sem segredos; tratamento natural, milenar e científico. Objetivo: Descrever a prática da acupuntura como uma excelência terapêutica milenar.
2012 Leite	Título: A acupuntura para um envelhecimento saudável: um contributo pouco explorado. Objetivo: Identificar a acupuntura como uma prática importante para um envelhecimento saudável.
2011 Mello e Teixeira	Título: Depressão em idosos. Objetivo: Identificar como os profissionais de saúde tratam idosos com quadro de depressão.
2011 Castro	Título: Auxílio da acupuntura no tratamento da depressão. Objetivo: Correlacionar o tratamento da depressão com a prática da acupuntura.
2012 Lobo	Título: Terapia cognitivo comportamental em grupo para idosos com sintomas de ansiedade e depressão: resultados preliminares. Objetivo: Avaliar de forma exploratória os efeitos da psicoterapia cognitivo - comportamental (TCC) em grupo de pacientes idosos.
2013 Pavão	Título: Efeitos causados pela intervenção da acupuntura sob aspectos psicológicos e imunidade celular. Objetivo: Identificar os efeitos da acupuntura nos aspectos psicológicos e celular em jovens e idosos.

A busca pelos artigos e monografias se deu por uma combinação de palavras-chave: depressão e terapia cognitivo-comportamental; depressão e acupuntura; depressão e idosos; depressão e acupuntura e, acupuntura e idoso.

Foi encontrada uma vasta publicação dos assuntos acima citados, porém, muitos com publicação antiga. A seleção se deu pelos critérios de atualização e relevância para a descrição do tema proposto, uma vez que as variáveis desse presente estudo tornou essa pesquisa mais complexa.

Dentre as pesquisas selecionadas, a que trata do envelhecimento humano, feita por Leite (2014), estuda a relação do aspecto psicológico com o envelhecimento saudável no momento em que cita que a aceitação de mudanças fisiológicas a cada avanço da idade e como precisa ser aceita, tendo como variáveis a questão social, autonomia e bem-estar subjetivo. Descreve, também, como a relação da saúde é dependente de múltiplos fatores que o idoso está inserido como: a saúde, educação, transporte, economia. Em sua pesquisa é sobressaltada a importância da acupuntura como fator de prevenção da saúde e prevenção da doença do idoso.

Na pesquisa realizada por Wagner (2015) foi discutida a importância multidisciplinaridade no tratamento da depressão do idoso no Brasil para além da farmacoterapia, ou seja, apesar de serem mais evoluídos, os fármacos precisam da combinação com psicoterapia, por exemplo. Discute, também, o aspecto do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) onde relata que para o idoso, esse centro é insuficiente. Assim, a política nacional de saúde direcionada para o idoso exige desde a prevenção até a recuperação desse indivíduo, o que torna mais complexo o atendimento, uma vez que a capacidade resolutive para esse público vai além de simples medicalização. Conclui seu trabalho ressaltando a grande responsabilidade do tratamento da depressão do idoso através dos fármacos e da não aplicabilidade de serviços especializados, tornando a fluoxetina uma “muleta” para a cura das adversidades psicossociais que o idoso está exposto naturalmente.

Segundo Wagner (2015) o envelhecimento humano é um processo natural de vulnerabilização.

No trabalho de pesquisa de Carneiro (2011) é descrito que a qualidade de vida do idoso interfere na promoção da saúde física e mental. Assim, nessa pesquisa, é enfatizado que a velhice tem grande importância científica e social. A base dessa pesquisa foi comparar as relações entre as habilidades sociais, qualidade de vida, e depressão em idosos de diferentes grupos sociais. A amostra consistiu de 75 idosos, sendo 63 do sexo feminino e 12 do sexo masculino, com idades de 61 a 95 anos, onde 30 idosos frequentavam ambiente de ensino, 30 idosos eram residentes em seus lares, porém, não engajados em atividades sociais, e 15 idosos que viviam em asilos.

A conclusão dessa pesquisa foi que os idosos de asilo apresentam comprometimento nas habilidades sociais, apresentando níveis significativos da depressão.

Enquanto isso Abreu (2006) cita Beck et al 1979 descrevendo a ascensão da clínica cognitivo-comportamental, na década de 70, pelo importante modelo de Aaron Beck no tratamento da depressão. Ressalta em sua pesquisa:

terapia de Beck para depressão foi inicialmente intitulada pelo autor como terapia cognitiva para a depressão, passando a conceituação e as técnicas cognitivas a serem aplicados anos depois em outras patologias psiquiátricas. O modelo de Beck afirmava que os indivíduos depressivos desenvolviam esquemas cognitivos (referidos como crenças centrais) na tenra infância que os predisporiam a interpretações negativas dos eventos vivenciados cotidianamente (referidas como distorções cognitivas ou pensamentos automáticos). As interpretações negativas distorcidas, por seu turno, levariam a pessoa a se engajar em comportamentos depressivos.

A base do declínio cognitivo se dá pela lentidão do processamento com a idade. A lentidão no processamento, segundo Carneiro (2011), a qualidade de vida é considerada um fator essencial para o desenvolvimento e manutenção da saúde mental do idoso. Comenta ainda, que as pesquisas nessa área ainda são escassas.

A pesquisa feita por Leite (2014) salienta a Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e acupuntura, como uma terapêutica isenta de toxicidade e contraindicações que pode favorecer a saúde do idoso. Levando em consideração as doenças mais comuns nessa fase da vida, como: a dor crônica, diabetes, pressão alta, essa prática apresenta também um efeito psicológico calmante.

Com o objetivo de identificar possibilidades de utilização da prática da acupuntura pelos psicólogos, Vectore (2005), faz uma revisão acurada de trabalhos científicos que mostram a pertinência da acupuntura no tratamento de patologias mentais. Afirma que Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece o uso da acupuntura para vários tipos de patologias, como por exemplo, enxaquecas, problemas gastrointestinais, alergias e dores diversas. Além disso, vários estudos têm mostrado que a acupuntura exerce uma influência profunda sobre os problemas emocionais e mentais, sendo recomendável a combinação dessa técnica.

Vectore (2005) ressalta ainda, em seu trabalho, os primórdios da acupuntura no Brasil e seus conceitos básicos, relacionando o psiquismo e acupuntura, colocando em evidência os principais desequilíbrios emocionais, citando a fúria, a alegria, a tristeza, a preocupação, o medo e o choque emocional como causas patológicas a partir do quadro de excesso ou deficiência, sendo o estado de saúde uma harmonia entre tais emoções.

Dentre os estudos científicos mais importantes envolvendo a acupuntura, Bresler e Kroening (1976) citados por Vectore (2005):

(1) as reações imunes e inflamatórias são mobilizadas quando qualquer área da pele é suficientemente estimulada; (2) a estimulação periférica neural ocorre quando os pontos da acupuntura são mecanicamente, eletricamente, quimicamente ou termicamente ativados; (3) o componente psicológico é um fator importante no tratamento com acupuntura.

Na pesquisa de Da Silva (2007) foi ressaltado que a acupuntura poderá estimular as fibras sensitivas do Sistema Nervoso Periférico (SNP), fazendo com que ocorra uma transmissão elétrica através dos neurônios que irão produzir alterações no Sistema Nervoso Central (SNC), com o estímulo, ocorre também a liberação de cortisol, endorfina, dopamina, noradrenalina e serotonina, que serão imprescindíveis na restauração do bem-estar do indivíduo e no tratamento de doenças. Realizou uma experiência com uma paciente acometida pela depressão e ansiedade, onde esta se submeteu a dois meses de tratamento com acupuntura, obtendo resultado positivo e eficaz.

Brasil (2007) descreve, em sua pesquisa, conceitos e tipos da depressão na visão ocidental, bem como formas de tratamento, destacando o uso da acupuntura como prática complementar à reintegração da saúde. Realizou uma pesquisa qualitativa, exploratória, onde aplicou entrevistas em profissionais psicólogos que utilizam a acupuntura como tratamento complementar em pacientes com depressão.

Brasil (2007) tem como objetivo demonstrar, teórica e empiricamente, a eficácia do uso da acupuntura no tratamento da depressão, além de imprimir na sua pesquisa que a acupuntura deve ser indicada para qualquer tipo de depressão, não havendo restrição quanto ao tipo dessa patologia. Sugere, inclusive, que seja investigado por outros profissionais psicólogos a partir de um acompanhamento *follow-up* longitudinal, a aplicação da acupuntura em diferentes quadros de depressão, para que seja possível medir a eficácia em diferentes quadros dessa patologia.

A depressão é desencadeada a partir de situações traumáticas que o idoso vivencia que vão desde a morte de um ente querido, a falta das relações sociais ou a síndrome do “ninho vazio”, bem como, em muitos casos, por causa de uso de medicamentos que provocam alterações hormonais, levando ao choro persistente, negativismo, desesperança e perda da vontade de fazer o que mais gosta. (RUIZ, 2009 apud VIEIRA, 2014).

Castro (2011 *apud* VIEIRA, 2014) enfatiza:

O tratamento antidepressivo deve envolver o ser humano como um todo e, para isso, deve se levar em consideração dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Sob o ponto de vista emocional, tem-se que a psicoterapia pode apresentar em diferentes formatos, como por exemplo, terapia individual, familiar, em grupo, como também sob a ótica de diferentes escolas, como, psicodinâmica, comportamental, cognitiva comportamental, terapia interpessoal entre outras, para a melhora do quadro depressivo.

Vieira et al (2014) afirma que na MTC, as alterações da energia do Fígado ocorrem em praticamente todas as doenças psíquicas, porém, mais pronunciadamente em paranoias delírios, distúrbios bipolares, depressão e em todas as reações agressivas.

Desse modo, faz-se necessário compreender como elementos da acupuntura são representados na MTC: o ciclo de geração representa o ciclo do tempo, da vida, da formação de novos elementos. A Água gera a Madeira, a Madeira gera o Fogo, o Fogo gera a Terra, a Terra gera o Metal, que, finalmente, gera a Água. De modo simbólico,

a água irriga a planta (madeira) que brota e cresce, a madeira alimenta o fogo, o fogo queima a madeira e deposita as cinzas, alimentando a terra, que gera em seu interior diversos metais e a água brota da pedra e das fontes minerais. (CAMPLIGIA, 2009 apud VIEIRA, 2014).

É importante ressaltar que: “a principal hipótese sobre o envolvimento dos neurotransmissores com a depressão está relacionada à dopamina (DA) noradrenalina (NE) e serotonina (5HT)”. (STAHL, 2010, apud VIEIRA, 2014).

Na pesquisa realizada por Castro (2011) citado por Ross (2003) mostra que a depressão na MTC está ligada à falta de energia, ou à estagnação, logo o fluxo de energia e das emoções estão bloqueadas. Os cinco órgãos do ser humano estão relacionados ao processo da emoção; assim a depressão é diagnosticada a partir de variadas queixas, dentre as mais comuns são: cansaço falta de vontade, dificuldade de se comunicar e falta de estabelecer objetivos.

Ainda diz que de acordo com a MTC existem fatores patogênicos externos aos quais estão relacionados a fatores climáticos como o frio, calor, umidade e secura, mas para estabelecer a desarmonia, se faz necessário uma mudança climática substancial e a pré-disposição ou fragilidade pessoal. (ROSS, 2003, apud CASTRO, 2011).

Além dos fatores externos de adoecimento, existem os fatores internos que englobam as tensões emocionais. (MACIOCIA, 2007, apud CASTRO 2011).

Dessa forma na pesquisa de Castro (2011), foi possível definir a depressão no Ocidente e para a Medicina Chinesa, além de correlacionar o transtorno depressivo neurofisiologicamente com a acupuntura. Com sua monografia, ficou claro também o diagnóstico e tratamento de pessoas com depressão através da acupuntura. Descreve que existem dez possibilidades de adoecimento em relação à depressão, dentre elas: deficiência do *Qi* e do *Yang* Pulmão; Deficiência do *Qi* e do *Yang* Baço; Deficiência do *Qi* e *Yang* do Rim; Deficiência do *Qi* e do *Yang* do fígado.

No trabalho de pesquisa de Castro (2011), a depressão é citada como uma importante doença do ano de 2020, e em todo contexto do seu trabalho é possível perceber a grandiosa descrição da fisiopatologia doença bem como sua classificação no mundo.

No artigo de Mello e Teixeira (2011) foi feita uma revisão integrativa sobre a depressão nos idosos e identificação de como os profissionais de saúde estão diagnosticando a doença. Relacionaram a qualidade de vida e alterações cognitivas para enriquecer o estudo.

Ainda Mello e Teixeira (2011) consideram o envelhecer humano como um problema prioritário de saúde pública, ilustrando que a OMS considera a depressão como a primeira causa de incapacidade entre todos os problemas de saúde.

Toda a discussão em torno da depressão pode ser ampliada quando se traz uma abordagem da psicologia para fomentar sua possibilidade eficaz de intervenção. A matéria trazida por Powell et al (2008), elucida muito bem a técnica da terapia cognitiva comportamental e sua eficácia no tratamento da depressão.

Powell et al (2008) resume a aplicação da terapia cognitivo comportamental, o registro do pensamento disfuncional, a tríade cognitivo, as distorções cognitivas, a reestruturação cognitiva desde a evocação de pensamentos, e explicação de como os pensamentos geram sentimentos e a prevenção de recaídas.

Pavão (2008) em sua pesquisa sobre a intervenção da acupuntura incluiu desordens psiquiátricas e dores crônicas, e a proposta dessa pesquisa concluiu que a acupuntura foi capaz de reduzir significativamente os escores da depressão em idosos.

Powell et al (2008) diz que, de acordo com o modelo cognitivo, o indivíduo com depressão normalmente tem um padrão de pensamento negativista, logo tende sentir o mundo cheio de problemas, dificuldades e normalmente se vê como uma pessoa derrotada, vendo sempre um futuro negro, cheio de sofrimentos, frustrações e perdas. Em sua pesquisa, discute ainda a crença central disfuncional, que passa a ser ativado quando uma pessoa entra em depressão. Explica que pensamentos automáticos negativos ou disfuncionais podem revelar-se verdadeiros em algumas situações. Sentir-se inapto para determinadas atividades pode estar efetivamente acontecendo com o indivíduo.

Assim Powell et al (2008) conclui que a TCC é voltada para a solução de problemas e atenta para os fatores mantenedores das dificuldades, e não para suas origens. Em sua estrutura formal, a TCC é uma abordagem diretiva e dura por tempo limitado. Um dos seus objetivos é facilitar a aprendizagem de novos comportamentos e cognições durante as sessões, bem como a generalização destes para o cotidiano do indivíduo.

Nos estudos realizados por Lobo et al (2012) descreveu a técnica da psicoterapia cognitivo comportamental aplicada em idosos com quadro de depressão e obteve um resultado significativo de melhoria, quando houve a redução da sintomatologia da doença. Foram realizadas sete sessões da TCC em um grupo de idosos, de sexo masculino e feminino, com idades entre 64 a 73 anos. Foram aplicados ainda: o Mini exame do Estado Mental (MMSE), o Inventário de Beck (BDI), o Inventário de Beck de Ansiedade (BAI), a Escala de Depressão Geriátrica e o Questionário de Queixas de Memória, antes e depois do tratamento. As sessões eram estruturadas de acordo com a sintomatologia do paciente e todos os pacientes apresentavam a sintomatologia depressiva.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se despertar no público leitor e em profissionais de saúde, a possibilidade de intervenção da acupuntura e da terapia cognitiva comportamental, em transtornos psicológicos, especialmente a depressão. O levantamento bibliográfico registra basicamente como pode ser tratada a depressão, quais estratégias terapêuticas podem ser aliadas ao profissional de psicologia, identificando a variabilidade de

possibilidades.

A partir do pensar sobre o percurso do processo do envelhecimento e em todas as possíveis perdas cognitivas que esse processo alcança, pode-se dizer que a potencialidade humana, em sua completitude, tende a diminuir com o passar da idade. Tal declínio demonstra perdas significativas na qualidade de vida do indivíduo, levando a possíveis manifestações psicopatológicas, dentre elas, a depressão.

Associada à perda cognitiva, a depressão do idoso está relacionada, segundo estudos realizados, a vários fatores, dentre eles: a viuvez, a aposentadoria, as dificuldades conjugais, síndrome do ninho vazio e outros. É importante ressaltar que a depressão não precisa fazer parte do envelhecer. Porém, torna-se mais tendencioso pelos fatores físicos, psicológicos, sociais e biológicos coincidirem e serem caracterizados na maioria dos casos nessa fase da vida.

Sabe-se que a percepção da doença é de grande importância para o prognóstico da saúde de um paciente, logo, reflete no desenho do tratamento que pode prever como deverá ser o alcance de melhorias e sucesso. Assim, todo profissional de saúde deverá estar apto a perceber sintomas de depressão, principalmente no idoso, pois nessa idade pode ser bastante confundível as características do envelhecer com a própria doença.

Os desafios no processo de utilização da acupuntura permitem discussões sobre a sua eficácia, uma vez que vem crescendo o número de pesquisas nessa área, o que fortalece sua aplicabilidade. Aliar essa técnica a uma abordagem psicológica é um grande desafio, pois apesar de ambas serem independentes, o pareamento delas no tratamento da depressão do idoso poderá ser traçado e indicado com mais frequência, tendo em vista a eficácia que ambas as práticas apresentam segundo os estudos levantados.

Ressalta-se a possibilidade do psicólogo de se familiarizar com outras técnicas complementares que não sejam sua abordagem terapêutica para fins de aperfeiçoar atendimento clínico do paciente idoso com depressão.

Foi percebido, nos estudos revisados, que a TCC é uma das abordagens mais eficazes no tratamento da depressão, logo, em idosos deverá ser conduzido de forma equivalente respeitando as limitações da idade.

Nesse contexto, sabendo que o envelhecimento humano envolve uma série de transformações fisiológicas, psicológicas e sociais e que mesmo no envelhecimento normal existem perdas cognitivas, a ocorrência da depressão como um fator prevalente e complexo, logo se faz necessário ampliar as formas de cuidado com esse indivíduo. As terapias complementares sugeridas nesta pesquisa merecem mais investigação científica por sua forma eficaz de tratar as doenças psicopatológicas, incluindo a depressão.

Ainda, com a conclusão deste trabalho, espera-se que seja um incentivo para outros profissionais pesquisarem mais sobre tratamento de transtornos psicológicos associados às técnicas complementares como a acupuntura, a fitoterapia e homeopatia,

aliados ou pareados a uma abordagem psicológica.

REFERÊNCIAS

ABREU, Paulo Roberto. **Terapia analítica comportamental da depressão: uma antiga ou uma nova ciência aplicada?** Rev. Psiq. Clín. 33 (6); 322-328. Universidade federal do Paraná. 2006. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rpc/v33n6/05.pdf. Acesso em 08 nov.2015.

BRASIL, Leticia. **Acupuntura como intervenção complementar no tratamento da depressão. Biguaçu.** 2007. Disponível em <http://siaibib01.univali.br/pdf/Leticia%20Brasil.pdf>. Acesso em 04 nov. 2015.

BRASIL, **Estatuto do idoso (2003)**. Legislação sobre o idoso: lei n10.741 do 1 de outubro de 2003 9 estatuto do idosos0 e legislação correlata - 3 ed.- Brasília,; Câmara do Deputados, Coordenação Edições Câmara , 2013 124p Disponível em: <http://www.google.com.br/?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwil8Y6kjKXJAhUDs5AKHa6nBEIQFggiMAA&url=http%3A%2F%2Fwww2.camara.leg.br%2Fresponsabilidade-social%2Faccessibilidade%2Flegislacao-pdf%2FLegislaoidoso.pdf&usq=AFQjCNES5WK-q1AKywVGh2cEHmkZkgWJOw>. Acesso em 22 nov. 2015.

CAMPIGLIA, Helena. **Psique e Medicina Tradicional Chinesa.**2.ed - São Paulo: Rocca, 2009.

CARNEIRO, et al. **Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos:** Relações sociais. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2011. Universidade de São Carlos. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n2/a08v20n2.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2015.

CASTRO, Izabel Monteiro (Org). **Auxílio da acupuntura no tratamento da depressão.** Uniceub, Brasília. 2011. Disponível em: <<http://www.repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/2781/2/20625934.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2015. 50 p.

CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID-10: **Descrições Clínicas e diretrizes diagnósticas-** Coord. Organiz. Mund. Da Saúde: trad. Dorgival Caetano – Porto Alegre. Artmed, 1993.

CUMINALE, Natália. **Novas esperanças contra depressão.** Revista Veja. 2012. Ed. Abril, São Paulo, ano 45, nº 48, p. 152-159, nov.

Da SILVA, Alex Sandro Tavares. **Acupuntura em segredos:** tratamento natural, milenar e científico. Rio grande do Sul. 2007. Disponível em: <www.psicologia.pt/artigos/textos/a0387.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2015.

DA SILVA, Delvo Ferraz. **Psicologia e acupuntura:** aspectos históricos, políticos e teóricos. Brasília set. 2007. Vol. 27, nº 3. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

GARRIDO, R. MENEZES, P. R. **O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiologia.**Revbraspsiquiatria.2002; 24(Suppl1):3-6.

JODELET, D. **Représentationssociales: undomaineen expansion.** In D. Jodelet (Ed.) Lesreprésentationssociales. Paris: PUF, 1989, pp. 31-61. Tradução: Tarso Bonilha Mazzotti. Revisão Técnica: Alda Judith Alvesmazzotti. UFRJ - Faculdade de Educação, dez. 1993.

LEITE, M. B. **A acupuntura para um envelhecimento saudável.** 2014. Disponível em: <www.brleite.com/web/artigos/leite_MB.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2015.

LOBO, Beatriz de Oliveira Menegueto et al. **Terapia cognitivo-comportamental em grupo com idosos com sintomas de ansiedade e depressão:** resultados preliminares. Psicol. Teor. Prat. São

Paulo, v.14, n. 2, ago. 2012. Disponível em: <[Http://Pepsic.Bvsalud.Org/Scielo.Php?Script=Sci_Arttex&Pid=S1516-36872012000200010&Ing=Pt&Nrm=Iso](http://Pepsic.Bvsalud.Org/Scielo.Php?Script=Sci_Arttex&Pid=S1516-36872012000200010&Ing=Pt&Nrm=Iso)>. Acesso em: 09 nov. 2015.

MELLO, E & TEIXEIRA M. B. **Depressão em idosos**. Depression in the elderly. Revista Saúde. UNG .v.5, n.1, 2011. Disponível em: <<https://scholar.google.com.br/scholar?q=depressão+no+idoso>>. Acesso em: 11 out. 2015.

NEUFELD, Carmem Beatriz; FALCONE, Eliane Mary de Oliveira; RANGÉ, Bernard..**PROCOGNITIVA**. Programa de Atualização em Terapia Cognitiva-Comportamental: Ciclo 1/ (organizado pela Federação Brasileira de terapias Cognitivas: organizadores), Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2014.

PAVÃO, Tiago Sebastião. **Efeitos causados pela intervenção de acupuntura sobre aspectos psicológicos e imunidade celular em adultos jovens e idosos saudáveis**. Porto Alegre, 2008, Disponível em: <<http://meriva.pucrs.br:8080/dspace/handle/10923/3693>>. Acesso em: 03. nov 2015.

PICOLLI DA SILVA, André Luiz. **O tratamento da Ansiedade por Intermédio da Acupuntura: Um estudo de caso**. Psicologia Ciência e Profissão. Brasília, vol. 30, nº 1, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 10 fev. 2015.

PARENTE, Maria Alice et al. **Cognição e envelhecimento**. Porto Alegre: Artmed, 2006. 312 p.

POWELL et al. **Psicoterapia cognitivo comportamental da depressão**. Rev, psiquiatria brasileira, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30s2/a04v30s2.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2015.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Estatuto do Idoso**. 2003. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 23 out. 2015.

RANGÉ, Bernard. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

ROSS, Jeremy. **Combinação de pontos de acupuntura: a chave do êxito clínico**. São Paulo; Roca, 2003.

VECTORE, Célia. **Psicologia e Acupuntura: primeiras aproximações**. Universidade Federal de Uberlândia. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v25n2/v25n2a09.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2015.

VIEIRA et al. **Revisão de literatura sobre a contribuição da acupuntura no tratamento da depressão**.2014. Faculdade Fasan. Disponível em: <<http://ojs.c3.ufpr.br/pdf/rpc/v33n6/05.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

WAGNER, Gabreile Arantes. **Treatment of depression in older adults beyond fluoxetine**. Ver. Saúde Pública, São Paulo, v 49, p. 2015. Avaliable from:<http://www.scielo.php?script=sci_arttex&pid=S003489102015000100501&Ing=en&nrm=isso>.Acess on: 09 nov. 2015.

TERAPIA OCUPACIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE INTERVENÇÕES COM PACIENTE HOSPITALIZADO

Maria Luisa Gazabim Simões Ballarin

Faculdade de Terapia Ocupacional do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Campinas – São Paulo

Gisele Brides Prieto Casacio

Faculdade de Terapia Ocupacional do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Campinas – São Paulo

Célia Emília de Freitas Alves Amaral Moreira

Faculdade de Terapia Ocupacional do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Campinas – São Paulo

Liana Maura Naked Tannus

Faculdade de Terapia Ocupacional do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Campinas – São Paulo

Samara Olivia dos Santos

Faculdade de Terapia Ocupacional do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Campinas – São Paulo

de média complexidade, de um município do interior do Estado de São Paulo. Trata-se de um estudo descritivo e qualitativo, caracterizado como relato de experiência, cujas intervenções foram realizadas por terapeutas ocupacionais, docentes supervisoras de estágio da Faculdade de Terapia Ocupacional. As observações clínicas, as discussões com a equipe de profissionais e os registros dos atendimentos realizados subsidiaram a análise do processo vivenciado. O paciente apresentava quadro de Estenose Aórtica Grave e *Diabetes Mellitus* que demandaram cirurgia cardíaca. Além disso, após cirurgia apresentou afasia resultante de um Acidente Vascular Cerebral isquêmico. Ao longo de todo o processo de internação foi acompanhado por equipe de profissionais. O acolhimento, foi eixo norteador das primeiras intervenções terapêuticas ocupacionais, posteriormente procedeu-se a avaliação e o planejamento do tratamento, sendo que as estratégias terapêuticas utilizadas dirigiram-se para as orientações, treinamento de AVDs e a realização de atividades adaptadas e significativas. O paciente ganhou autonomia e as ações empregadas no processo terapêutico ocupacional foram potentes para o seu processo de recuperação.

PALAVRAS-CHAVE: Terapia Ocupacional, Assistência Hospitalar, Atividades Cotidianas

RESUMO: O objetivo deste trabalho foi discorrer sobre a atuação terapêutica ocupacional desenvolvida com paciente internado em hospital privado, conveniado, universitário e

ABSTRACT: The objective of this study was to discuss the implementation of an alternative therapy, with hospital admission in a private, university, and medium complexity hospital in a city in the interior of the State of São Paulo. This is a descriptive and qualitative study, from a period as an experience, from a didactic and qualitative exam, from a teacher supervising the experience of the Faculty of Occupational Therapy. As a clinical reference, the discussions with the team of professionals and the records of care take place an analysis of the process experienced. The first picture of Severe Aortic Stenosis and Diabetes Mellitus that required cardiac surgery. In addition, the vascular accident was a result of an ischemic stroke. The long hospitalization process was developed by a team of professionals. The host was the guiding principle of the first and long sessions of teaching, beginning with an evaluation and planning of the course, and the therapeutic strategies were directed to the training, the accomplishment of ADLs and the accomplishment of adapted and significant activities. The occupational hazard and associated operations in the occupational process were potent for your correct of recovery.

KEYWORDS: Occupational Therapy, Hospital Care, Activities of Daily Living

1 | INTRODUÇÃO

A Terapia Ocupacional surge no início do século XX, inserida no contexto hospitalar para cuidar de pessoas com seqüelas físicas e mentais adquiridas em decorrência das I e II Grandes Guerras Mundiais, tendo como objetivo primordial restaurar a capacidade funcional dessas pessoas, por meio de técnicas de treinamento de hábitos (BARTALOTTI; DE CARLO, 2001). Naquele contexto, o hospital cumpria a função de cuidar de pacientes crônicos e de longa permanência.

Com o passar dos anos, inúmeras transformações ocorreram no hospital e no ambiente hospitalar, resultantes dos avanços científicos e tecnológicos da área, das políticas de saúde implantadas em diferentes países, dos processos de gestão e, até mesmo, do papel social atribuído a esta instituição. Assim, na atualidade, o Hospital é um elemento organizador de caráter médico-social, cuja função busca assegurar assistência médica completa, curativa e preventiva a população, sendo um centro de medicina e de pesquisa (BRASIL, 2013a)

Feuerwerker e Cecílio (2007) e Holz et al. (2016) salientam ainda que o hospital caracteriza-se como organização complexa que reuni múltiplos saberes profissionais e diversas tecnologias, possibilitando tanto o atendimento de casos agudos como crônicos, além da realização de diagnóstico, planejamento, tratamento e implementação de ações de promoção, prevenção e agravos à saúde.

Esta nova configuração hospitalar favoreceu em parte, o desenvolvimento do trabalho em equipe e colaborativo, exigindo que os profissionais de saúde, incluindo os terapeutas ocupacionais, passassem a refletir sobre suas práticas.

Especificamente no âmbito da Terapia Ocupacional, constatou-se que, para além do atendimento aos pacientes crônicos e o treinamento de hábitos,

sobreveio a necessidade dos profissionais implementarem práticas mais concisas e sistematizadas, ampliando seus conhecimentos teórico-práticos, bem como suas habilidades e competências para a construção do raciocínio clínico, implementação e acompanhamento dos processos terapêuticos ocupacionais (DE CARLO; LUZO, 2004).

De modo geral, podemos dizer que a hospitalização é uma experiência incomoda e por vezes assustadora, na medida em que pode ser acompanhada de sentimentos de medo, angustias e incertezas. Para o sujeito que a vivencia, esta pode gerar inquietações de diferentes ordens em função dos procedimentos invasivos necessários ao tratamento, do ambiente estranho, da ruptura com rotina e com as ocupações cotidianas anteriormente desenvolvidas e do afastamento da vida familiar (MORAIS et al., 2009).

Nesta direção, há evidências empíricas de que a atuação do terapeuta ocupacional com pacientes hospitalizados propicia melhores níveis de funcionalidade e qualidade de vida, promovendo o resgate da vida cotidiana impactada pelo adoecimento e pela situação de hospitalização. Apesar de tais evidências é necessário enfatizar que a produção de conhecimento sobre a efetividade das intervenções terapêuticas ocupacionais em contextos hospitalares é escassa (SANTOSA; DE CARLO, 2013).

Ao atuarem em contextos hospitalares, os terapeutas ocupacionais buscam minimizar o impacto da hospitalização no cotidiano do paciente, favorecendo formas mais adaptativas em relação à rotina e ao ambiente hospitalar, oferecer um cuidado integral, além de orientar familiares, prevenir limitações funcionais e auxiliar a equipe de profissionais no manejo terapêutico (DE CARLO et al, 2006; DE CARLO; LUZO, 2004; DE CARLO, KUDO, 2017).

Com o propósito de contribuir com as discussões e reflexões deste campo de especialidade, este trabalho objetivou descrever a atuação terapêutica ocupacional desenvolvida com paciente internado em hospital universitário de média complexidade, localizado em município do interior do Estado de São Paulo.

2 | TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O presente trabalho caracteriza-se como um estudo descritivo, do tipo relato de experiência. Segundo Oliveira Lopes (2012) este tipo de estudo deve descrever uma vivência particular que tenha provocado reflexões sobre um dado fenômeno em específico.

No estudo de revisão integrativa da literatura, desenvolvido no âmbito da Terapia Ocupacional por Shin e Toldrá (2015), as autoras reconhecem a importância dos relatos de experiências e da necessidade de diferentes modalidades de estudo na construção do conhecimento. Destacam ainda que a contribuição dos relatos de experiência vem ao encontro do entendimento das técnicas terapêuticas empregadas, bem como das

reflexões resultantes para ampliar a compreensão acerca das especificidades da Terapia Ocupacional.

No caso deste trabalho, a experiência vivenciada refere-se às intervenções terapêuticas ocupacionais realizadas com paciente internado em Enfermaria de cuidados clínicos de um Hospital Privado, Conveniado, Universitário, de média complexidade, avaliado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) com nível máximo da Acreditação (3). Localizado em município do interior do Estado de São Paulo. Este Hospital vem consolidando sua importância no complexo sistema de saúde em que está inserido. Com 40 anos de funcionamento, possui 353 leitos ativos, dos quais, 253 são destinados ao Sistema Único de Saúde - SUS. Sua estrutura contempla 08 Unidades de internação, distribuídas por blocos, as quais dispõem de uma estrutura própria de recursos humanos, espaço físico e recursos materiais.

Os atendimentos ocorreram no 1º semestre de 2018 e, após a realização de cada atendimento, os mesmos eram registrados em forma de relatórios no prontuário eletrônico “*online*”.

As observações clínicas, as discussões decorrentes das supervisões conjuntas com os supervisores de estágio e os registros dos atendimentos realizados subsidiaram a elaboração deste trabalho.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O acolhimento de João (nome fictício) foi o eixo norteador dos primeiros atendimentos e intervenções realizadas com ele. De acordo com a Política Nacional de Humanização do SUS, o acolhimento, caracteriza-se como uma das diretrizes de maior relevância, pois se refere tanto a forma de se efetivar o cuidado em saúde do paciente como a busca por instituir a produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, qualificando assim, a atenção e a gestão em saúde (BRASIL, 2004, 2010). Parte-se do pressuposto de que o acolhimento está relacionado à atitude profissional em acolher as demandas do paciente, considerando suas dores, modos de viver e sentir a vida. Implica na realização de escuta qualificada do profissional de saúde na capacidade de pactuação entre as demandas avaliadas e a possibilidade de resposta do serviço (BRASIL, 2010).

Os contatos iniciais com João possibilitaram conhecer um pouco mais de sua história de vida e clínica. Assim, foi possível identificar que João tinha 61 anos, era natural da Bahia e, atualmente residia sozinho em um apartamento. Era pai de seis filhos de três diferentes uniões. Mantinha com suas ex-mulheres contatos esporádicos. Trabalhava como músico profissional em uma dupla sertaneja.

Quanto aos aspectos clínicos, destaca-se que o João veio transferido ao hospital em que este estudo foi desenvolvido, de outro Hospital do mesmo município, onde havia ficado internado por aproximadamente 01 mês em decorrência de um quadro

de dispnéia e insuficiência respiratória aguda, tendo sido submetido à ventilação mecânica. Durante esta internação teve pneumonia e choque séptico e foi submetido a um cateterismo, onde se constatou que o mesmo apresentava uma Estenose Aórtica Grave, havendo necessidade de realização do implante percutâneo valvar aórtico, motivo que resultou em sua transferência para outro hospital em que este estudo pode ser desenvolvido. Além disso, João apresentava um quadro de Diabetes Mellitus tipo II, patologia endócrina caracterizada por desordens que envolvem o metabolismo da glicose regulado pela ação da insulina produzido pelo pâncreas, ocasionando complicações agudas e crônicas (VIANA; RODRIGUEZ, 2011)

3.1 Avaliação terapêutica ocupacional: identificando as demandas do paciente

Nos atendimentos subseqüentes, procedeu-se a uma avaliação terapêutica ocupacional mais detalhada, objetivando o planejamento da intervenção. Para isso, além das considerações de seu estado clínico realizou-se avaliação das áreas de ocupação e das atividades significativas para a paciente que somadas à observação clínica e aos dados obtidos nos primeiros encontros (acolhimento) permitiram identificar alterações relevantes em seu desempenho. “Vários métodos são utilizados durante o processo de avaliação para analisar cliente, ambiente ou contextos, ocupação ou atividade e desempenho ocupacional” (AOTA, 2015, p. 15).

Na avaliação constatou-se que João estava consciente e orientado em relação à si, ao tempo e ao espaço. Discorreu sobre sua rotina intra e extra-hospitalar. Encontrava-se semi-dependente para realizar sua higiene, no caso o banho e deambulação, necessitando de auxílio. Evidenciou desconforto (vergonha) ao necessitar da equipe de enfermagem na hora do banho. Alimentava-se e mudava de decúbito sem dificuldade. Referiu dor em Membro Superior Direito (MSD) e dificuldade para dormir à noite. Associava a dificuldade de dormir à sua atividade profissional, pois esta exigia que ele ficasse acordado nos períodos noturnos. João referiu ainda que viajava muito de carro, na maioria das vezes dirigindo, levando sua equipe para os shows. Estava receptivo, colaborativo e comunicativo. Enquanto aguardava internado seu procedimento cirúrgico, fazia planos futuros de mudar seu visual no pós-alta. Referiu que tem uma vida ativa e que irá continuar assim após a hospitalização. Quanto à rotina no hospital, João fazia visitas diárias às áreas abertas no ambiente hospitalar e a capela.

3.2 Planejamento das intervenções

Diante dos resultados da avaliação foi possível construir um plano de intervenção conjunto, em que participaram a paciente e a equipe, no qual foram delineados os objetivos, os métodos de intervenção e as prioridades, considerando o contexto em que estávamos inseridos e toda a singularidade envolvida no processo, ou seja, seus interesses pessoais, suas potencialidades e o significado que as atividades propostas tinham para João.

O planejamento das intervenções contemplou o estabelecimento de objetivos que buscavam: minimizar os impactos frente ao processo de hospitalização e a ruptura da rotina e cotidiano de João; oferecer alternativas para melhora do sono; minimizar dor do MSD; aumentar tônus e força muscular de Membros Superiores (MMSS); incentivar a saída da enfermaria para os espaços externos a ela; orientar e proporcionar reflexões e soluções sobre condutas e hábitos; orientar quanto processos relacionados à cirurgia. Enfatiza-se que considerar os aspectos acima descritos no planejamento da intervenção vem sendo apontado por diferentes autores como fundamental para o encaminhamento do processo terapêutico ocupacional. A busca de maior independência e autonomia, a melhoria de qualidade de vida e o envolvimento de João em atividades significativas constituíram, portanto o alvo das intervenções (MANNINI; NASCIMENTO; PELOSI, 2015; PAZ; CELEIRO, 2016; TEIXEIRA; MASUCHI; CORREIA; 2017)

3.3 As intervenções, algumas intercorrências e novas demandas

Foram realizados 21 atendimentos em “*setting*” diferenciados, de acordo com o desejo de João. Assim, os atendimentos ocorreram no jardim, no quarto e na capela. O paciente demonstrava boa comunicação se expressando com facilidade e com grandes expectativas de realizar a cirurgia e em ter uma alta rápida. Entretanto, com o passar dos dias e com as várias vezes em que a cirurgia foi desmarcada, João passou a mostrar-se ora triste, ora agitado ou desanimado. Além disso, considerava que aos fins de semana recebia poucas visitas de seus familiares. Nestas ocasiões a terapeuta ocupacional propunha a realização de atividades com músicas, as quais se mostravam significativas para o paciente.

Após varias explicações e tentativas, pode-se notar o entusiasmo do paciente ao executá-las. As atividades com o violão eram combinadas e organizadas com o João durante a semana, ocorrendo todas as quintas-feiras. Depois de toda sessão, observava-se que o paciente apresentava melhora de humor e diminuição da ansiedade, isso era notado corporal e verbalmente. Em um dos atendimentos com o violão, ao tocar uma música específica de sua autoria, paciente relembra trajetória de vida, compartilhando morte da mãe quando criança, o tratamento ríspido que o pai mantinha com ele, o sonho de ser cantor profissional, o início da carreira, as dificuldades de morar sozinho em outro Estado com apenas 14 anos, a estruturação da carreira, esposas, filhos, evidenciando que a atividade proposta era efetiva para atingir alguns dos vários objetivos descritos anteriormente, bem como propiciar momentos de alegria minimizando o sofrimento frente ao grande período de hospitalização e ainda a coleta de dados e avaliação continua. De fato, Batista e Ribeiro (2016) ao citarem Seki e Galheigo (2016) e Antelo ressaltam que:

[...] a música é capaz de resgatar sentimentos positivos, melhorar a autoestima, transformar realidades, proporcionar alegria, relaxamento e tranquilidade, promovendo assim, bem-estar. Isso indica que ela exerce funções que vão além da simples distração, tornando-se um meio de comunicação capaz de ultrapassar

os limites da expressão verbal. Ela permite a associação com experiências significativas do passado, que evocam memórias específicas, em que é possível resgatar emoções, imaginação e experiências vividas (p.339).

No dia que antecedia a data oficial de sua cirurgia, o paciente estava muito ansioso, mas feliz. Foi orientado quanto a dúvidas referentes ao local que o paciente ficaria após a cirurgia e tempo do procedimento. João foi submetido à cirurgia e, permaneceu por um período de 15 dias na Unidade Coronariana, tendo sido acompanhado pela terapeuta ocupacional de referência daquela Unidade.

Após esse período, João retorna para a unidade de internação com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVC) em hemisfério esquerdo, apresentando naquele momento sequela de afasia. Pacientes submetidos a procedimentos e cirurgias cardíacas podem eventualmente ter riscos de intercorrências relacionadas tanto ao AVC isquêmico como hemorrágico, conforme aponta a literatura especializada.

Nesta condição, João é novamente avaliado no leito, reconhece a terapeuta ocupacional. Constata-se nesta avaliação que apresenta grandes dificuldades de se expressar verbalmente, está confuso e desorientado no tempo e espaço, emagrecido e com atitudes impulsivas.

Realiza-se acolhimento da família, no caso, um irmão que estava preocupado com a evolução do quadro clínico. Esclarecimentos e orientações são feitas quanto ao diagnóstico, prognóstico e as intervenções que seriam realizadas pela Terapia Ocupacional, trabalho realizado conjuntamente com o médico. Novos objetivos são estabelecidos quanto à condução dos atendimentos que passaram a ser diários e dirigidos à estimulação cognitiva e diminuição de ansiedade que paciente apresentava de forma significativamente aumentada por não compreender onde estava, não conseguir falar seu nome, não se lembrar os motivos pelos quais veio ao hospital ou qualquer momento do pós-operatório e por reconhecer que havia algo errado com sua fala e memória. Cruz e Toyoda (2009) e Brasil (2013b) destacam a importância do trabalho de estimulação sensorio-motora e cognitiva/intelectual-perceptual realizado por terapeuta ocupacional no tratamento de pacientes com AVC ainda na fase hospitalar.

Gradualmente paciente evoluiu positivamente conseguindo ler e escrever o próprio nome, escrever palavras simples e conhecidas, como por exemplo: café, flor, fubá e casa, lembrando do nome dos irmãos e algumas vezes de outras palavras com maior rapidez do que do início do quadro, ampliando suas possibilidades de comunicação.

Ao longo do processo foi estimulado em relação à realização de suas atividades de auto cuidado (alimentação e banho), constatando-se maior independência ao realizá-las.

Assim, considerando sua evolução clínica e sua maior participação recebeu alta hospitalar. Por avaliar que João se beneficiaria com outros ganhos cognitivos e ate mesmo em relação seu desempenho ocupacional foi encaminhado para iniciar

processo de reabilitação em Clínica Escola vinculada ao Hospital.

Todo o processo de orientação familiar foi realizado e o encaminhamento discutido entre as equipes do Hospital e da Clínica Escola, a partir do desenvolvimento de um trabalho implicado. No processo de reabilitação de pacientes pós-AVC, o terapeuta ocupacional busca contribuir favorecendo o retorno à independência do paciente em suas atividades cotidianas e nas diferentes áreas de ocupação (trabalho, lazer, auto cuidado) além de objetivar melhoria da qualidade de vida, autonomia e maior participação social em casa e na comunidade. Ressalta-se que esse processo não deve ocorrer considerando-se somente uma especialidade, mas sim, o trabalho conjunto de uma equipe multiprofissional/interdisciplinar, pois eminentemente o que deve estar no centro do trabalho é o respeito ao paciente e sua família, em cada fase de tratamento (CRUZ; TOYODA, 2009).

O processo de acompanhamento de João permitiu refletir e problematizar aspectos relacionados ao oferecimento de um cuidado, humanizado, ético e voltado à integralidade da atenção.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depreende-se dos aspectos descritos que a atuação terapêutica ocupacional com o paciente favoreceu o ganho de autonomia e contribuiu para o processo de recuperação e sua melhoria de qualidade e vida de seu desempenho ocupacional.

Evidenciou também a importância da condução de procedimentos avaliativos e de planejamento das intervenções, considerando as singularidades envolvidas no processo. O acolhimento, as estratégias de orientação, o treinamento das atividades de Vida Diária (AVD) e inclusão de atividades significativas para o paciente e o trabalho em equipe, configuraram estratégias e tecnologias viáveis que potencializaram seu processo de recuperação no contexto hospitalar.

Ainda que tenha ocorrido intercorrências que agravaram sua condição clínica e seu desempenho ocupacional, estas puderam ser trabalhadas com base nas estratégias e perspectivas descritas, apontando assim, para perspectivas que se inserem no cotidiano, após a alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, S. H.; SEABRA, A. D.; OTSU, A. E. Atividades de vida diária com pacientes internados. In: CRUZ, D. M. C. **Terapia Ocupacional na reabilitação pós-acidente vascular encefálico**. São Paulo: Santos, 2012. p. 229-243.

AOTA. Associação Americana de Terapia Ocupacional. **Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo**. Rev Ter Ocup. Univ. São Paulo, 5; v. 26, n(Ed. Especial), p. 1-49, 2015.

BARTALOTTI, Celina Camargo; DE CARLO, Marysia Mara Rodrigues do Prado. Terapia Ocupacional

e os processos socioeducacionais. In: DE CARLO, Marysia Mara Rodrigues do Prado; BARTALOTTI, Celina Camargo (Orgs.). **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001. p. 99-116.

BATISTA, N. S.; RIBEIRO, M. C. **O uso da música como recurso terapêutico em saúde mental**. Rev Ter Ocup Univ São Paulo., v. 27, n. 3, p. 336-41, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha da PNH: acolhimento com classificação de risco. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 3.390, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013. **Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS), 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral**. Brasília, 2013b.

DE CARLO, M. M. R. P.; LUZO, M. C. M. Apresentação In: DE CARLO, M. M. R. P.; LUZO, M. C. M.,. **Terapia ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares**. São Paulo: Roca; 2004.

DE CARLO, M. M. R. P. et al. **Terapia Ocupacional em contextos hospitalares**. Prática Hospitalar. v. 3, n. 43, p.158-164, 2006.

DE CARLO, M. M. R. P.; KUDO, A. M. **Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares e Cuidados Paliativos**. 1ª Edição Editora Payá, 2017.

CRUZ, D. M. C.; TOYODA, C. Y. **Terapia Ocupacional no tratamento do AVC**. ComCiência, Campinas, n. 109, p. 1-5, 2009.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. **O hospital e a formação em saúde: desafios atuais**. Ciênc. saúde coletiva. v. 12, n. 4, p. 965-971, 2007.

HOLZ, C. B. et al. **O hospital na rede de atenção a saúde: uma reflexão teórica**. Revista Espaço Ciência & Saúde. v. 4, p. 101-115, 2016.

MANNINI, J.; NASCIMENTO, J. S.; PELOSI, M. B. **A rotina ocupacional de pacientes implantados com cardiodesfibriladores**. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, v. 23, n. 1, p. 31-42, 2015.

MORAIS, G. S. N. et al. **Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado**. Acta Paul Enfermagem, v. 22, n. 3, p. 323-7, 2009.

OLIVEIRA LOPES, M. V. **Sobre Estudos de Casos e Relatos de Experiências**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste [en linea] 2012, 13 [Fecha de consulta: 26 de febrero de 2019] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027983001>> ISSN 1517-3852

PAZ, A. V.; CELEIRO, U. R.. **Contribución de la Terapia Ocupacional en la rehabilitación cardíaca: intervención, desafíos y reflexiones**. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, v. 24, n. 4, p. 791-800, 2016.

SANTOSA, C. A. V.; DE CARLO, M. M. R. P. **Hospital como campo de práticas: revisão integrativa da literatura e a terapia ocupacional.** Cad. Ter. Ocup. UFSCar., v. 21, n. 1, p. 99-107, 2013.

SHIN, C. G.; TOLDRÁ, R. C. **Terapia ocupacional e acidente vascular cerebral: revisão integrativa da literatura.** Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos., v. 23, n. 4, p. 843-854, 2015.

TEIXEIRA, E. S.; MASUCHI, M. E.; CORREIA, R. L. **Desempenho dos papéis ocupacionais em cardiopatas em período de hospitalização e pós-hospitalização.** Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup. Rio de Janeiro. v.1, n.3, p. 353-365, 2017.

VIANA, M. R.; RODRIGUEZ, T. T. **Complicações cardiovasculares e renais no diabetes mellitus.** R. Ci. med. biol.; v. 10, n. 3, p. 290-296, 2011.

TRANSTORNOS ALIMENTARES – APOIO FAMILIAR

Renata Zanella

Mestre em Ensino nas Ciências da Saúde,
Docente do curso de Enfermagem do Centro
Universitário da Fundação Assis Gurgacz-FAG
Cascavel – Paraná

Wilian Joaquim de Almeida

Acadêmico do curso de Enfermagem do Centro
Universitário da Fundação Assis Gurgacz-FAG
Cascavel – Paraná

Elisete Teleginski Deitrichkeit

Acadêmica do curso de Enfermagem do Centro
Universitário da Fundação Assis Gurgacz-FAG
Cascavel – Paraná

Kerli De Meira Golfetto

Acadêmica do curso de Enfermagem do Centro
Universitário da Fundação Assis Gurgacz-FAG
Cascavel – Paraná

Wellington Souza

Acadêmico do curso de Enfermagem do Centro
Universitário da Fundação Assis Gurgacz-FAG
Cascavel – Paraná

RESUMO: Os transtornos alimentares (TA's) são quadros psiquiátricos caracterizados como uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação, resultando no consumo ou absorção alterada de alimentos desenvolvendo, com o passar do tempo, um comprometimento da saúde física ou do funcionamento psicossocial. O estilo parental

pode trazer influências no desenvolvimento das TA's, porém, pesquisas demonstram que ocorrem transmissões psíquicas entre gerações, passando de pai/mãe para filho. Assim, este artigo visa abordar a importância do apoio familiar no tratamento das TA's (anorexia e bulimia nervosas), visando esclarecer como os familiares podem contribuir nas intervenções de seus entes. O presente artigo é uma pesquisa bibliográfica, que utilizou como base de dados artigos científicos. Com relação aos relacionamentos familiares, existem pesquisas que afirmam que os comportamentos podem ser transmitidos por gerações, e, além disso, os pais podem ser responsáveis pela imposição de padrões de beleza, o que colaboraria para o desenvolvimento dos TA's. Assim, ao demonstrar a importância do apoio familiar no processo de tratamento dos pacientes com TA's, deve-se esclarecer suas possíveis contribuições e, com isso, construir um ciclo de transformações, o que será positivo aos familiares e ao paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Transtornos da alimentação e da ingestão de alimentos; Anorexia; Bulimia.

ABSTRACT: Eating disorders (ADs) are psychiatric conditions characterized as a persistent disturbance in eating or eating-related behavior, resulting in altered food intake or absorption, developing over time a compromise

of physical health or psychosocial functioning. The parental style can influence the development of ADs, however, research shows that psychic transmissions take place between generations, from parent to child. Thus, this article aims to address the importance of family support in the treatment of ADs (anorexia and bulimia nervosa), in order to clarify how family members can contribute to the interventions of their families. This article is a bibliographical research, which used as a database scientific articles. With regard to family relationships, there is research that states that behaviors can be transmitted for generations, and parents can be responsible for enforcing beauty standards, which would help develop ADs. Thus, in demonstrating the importance of family support in the treatment process of patients with ADs, their possible contributions should be clarified and, with this, they should build a cycle of transformations, which will be positive for the family and the patient.

KEYWORDS: Feeding and Eating Disorders; Anorexia; Bulimia.

1 | INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TA's) são quadros psiquiátricos caracterizados como uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação, resultando no consumo ou absorção alterada de alimentos desenvolvendo, com o passar do tempo, um comprometimento da saúde física ou do funcionamento psicossocial (American Psychiatric Association, 2014).

Neste sentido, Aratagy e Buonfiglio (2017) afirmam que os principais transtornos existentes são a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e o transtorno de compulsão alimentar. Também descrevem que ambas apresentam em comum, o sofrimento relacionado ao peso e a forma do corpo, em consequência de dificuldades na manutenção de uma alimentação saudável, acarretando diversas complicações clínicas.

Os autores ainda descrevem as complicações clínicas decorrentes das patologias, sendo que a anemia desencadeia a queda de pressão arterial, desidratação, desmaios, fraqueza, tremor, hipotermia, aumento da sensibilidade ao frio e a desnutrição crônica. Já a bulimia, desencadeia a hipotensão, desidratação, desmaios, fraqueza, erosão do esmalte dos dentes e problemas gastrointestinais como esofagite, refluxo gastresofágico e síndrome do intestino irritável. Neste mesmo sentido, o transtorno de compulsão alimentar pode desencadear problemas digestivos, hipertensão arterial, diabetes, problemas de pele e alterações do colesterol e triglicérides (ARATANGY; BUONFIGLIO, 2017).

Nesta perspectiva, a causa relacionada ao desenvolvimento dos transtornos alimentares é considerada multifatorial, devendo ser analisados os fatores biológicos, psicológicos e sociais. Portanto, o contexto histórico também incentiva o crescimento de uma epidemia de obesidade, pois, ao mesmo tempo que pressiona as pessoas a terem um corpo magro através das propagandas nas mídias sociais, colaboram para

o advento da insatisfação corporal e do desenvolvimento dos transtornos alimentares (ARATANGY; BUONFIGLIO, 2017).

Desta mesma forma, Valdanha (2013) descreve que os fatores considerados como desencadeadores e mantenedores são os meios biológicos e genéticos, meio sociocultural, funcionamento familiar e a personalidade do indivíduo, além de rotinas alimentares não benéfica, histórico familiar de transtornos psiquiátricos e alimentares a convivência em seu meio comunitário, as formas de expressão e interação de pessoas em seu ambiente, são extremamente importantes no desenvolvimento da patologia e na realização do diagnóstico correto.

Assim, este artigo visa abordar a importância do apoio familiar no tratamento das TA's (anorexia e bulimia nervosas), visando esclarecer como os familiares podem contribuir nas intervenções de seus entes.

2 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A anorexia nervosa tem como característica a perda de peso intensa e propositada devidamente a rígidos regimes, tendo como finalidade a perda excessiva e descontrolada de peso. Anorexia nervosa trazada por uma recusa alimentar que leva à caquexia (grau extremo de enfraquecimento). Os principais sintomas para identificar a patologia incluem medo intenso ou mórbido de engordar, Índice de massa corporal (IMC) abaixo de 17,5 kg/m² e fobia do aumento de peso (ROMARO, 2002).

Já a bulimia nervosa tem como característica a ingestão de uma quantidade exagerada de alimentos e, após a ingestão, o paciente começa a ter episódios bulímicos (compulsão alimentar), que resulta em preocupação em excesso com o peso e imagem corporal, levando o paciente a se submeter a métodos compensatórios impróprios para a perda de peso, como vômitos auto induzidos, uso de drogas medicamentosas, dietas e exercícios físicos sem a prescrição de um profissional. As características gerais da bulimia são: os impulsos irresistíveis de comer excessivamente e após ter crises de compulsão alimentar e o medo mórbido de engordar (ROMARO, 2002).

Apesar de grande parte dos estudos enfatizar nos pacientes do sexo feminino, os pacientes do sexo masculino também podem vir a desenvolver, sendo que alguns estudos demonstram uma prevalência de 25% dos casos de anorexia nos homens com idades entre 16 e 24 anos, devido à preocupação com o físico, especialmente a perda de peso, redução da gordura corporal e aumento da massa magra pela prática excessiva de exercícios físicos (AHACIC, 2016).

Pesquisas realizadas por Moreira (*et al.*, 2017) demonstra que estudantes da área da saúde, principalmente do curso de graduação de nutrição são mais acometidos por anorexia e bulimias nervosas. Também verificaram que existe grande ligação entre a percepção da imagem corporal à transtornos alimentares (MOREIRA *et al.*, 2017).

Corroborando com isso, autores como Carvalho, Amaral e Ferreira (2009) descrevem a influência dos fatores socioculturais no desenvolvimento dos TA's, sendo

este, um item muito discutido na literatura segundo os autores.

“A expectativa de corpo na sociedade atual é caracterizada pelo padrão evidenciado pela magreza que interfere na imagem corporal. A prática desenvolvida pelos profissionais de enfermagem com a mulher que desenvolve algum transtorno alimentar é visceral e farto de desafios, necessitando transpor a intervenção assistencial” (NASCIMENTO, 2016, p.34)

A autora ainda afirma que, deve-se realizar uma abordagem junto aos familiares dos pacientes, pois a família também sofre com o problema (NASCIMENTO, 2016).

Os pais desempenham um papel crítico durante o desenvolvimento de seus filhos, neste sentido, pesquisas demonstram a existência de um estilo estereotipado entre os pais dos pacientes com TA's, tendo um baixo cuidado e alto controle durante os primeiros 16 anos de vida dos pacientes. Outra característica encontrada foi a da negligência. Estes resultados confirmam que o baixo cuidado parental está relacionado com a fobia do peso e preocupações com a imagem corporal (LOBERA; RIOS; CASALS, 2011).

Os autores ainda afirmam que os resultados obtidos na pesquisa demonstram a existência de uma relação negativa entre os TA's e o cuidado parental. Por outro lado, o cuidado das mães está positivamente associado a estratégias positivas de enfrentamento (LOBERA; RIOS; CASALS, 2011).

Benghoz (2010 *apud* Valdanha *et al.*, 2013) descreve que a associação entre anorexia e processos psíquicos pode ser constatada em diferentes gerações na mesma família, o que pode demonstrar uma transmissão psíquica entre gerações.

Neste sentido, pesquisas realizadas pelo autor demonstram que os vínculos e conflitos familiares, os padrões comportamentais e hábitos alimentares são transmitidos a cada geração (VALDANHA *et al.*, 2013).

Nesta perspectiva, a anorexia nervosa e bulimia nervosa e outros processos psíquicos são encontrados na mesma família em gerações diferentes, em que os aspectos adaptativos quanto os disfuncionais podem ser transmitidos, no nível inconsciente da pessoa, de uma geração para outra da mesma família (VALDANHA *et al.*, 2013).

Assim, quando comprovado o diagnóstico dos transtornos alimentares, deve-se procurar os familiares e inclui-los nos meios terapêuticos em grupo, pois isso é um meio terapêutico de apoio ao paciente e ainda poder investigar níveis de evidência de outros transtornos psíquicos do grupo, podendo-se entender a origem do estado patológico do paciente. A influência familiar pode influenciar o desenvolvimento dos transtornos, além poder ajudar manutenção do tratamento dos sintomas (VALDANHA *et al.*, 2013).

3 | METODOLOGIA

Este artigo é uma pesquisa descritiva-exploratória através de pesquisa

bibliográfica. Foram utilizados cinco Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para realização das pesquisas nas bases de dados como Lilacs, Bireme, Scielo, Google Acadêmico. Os DeCS utilizados foram: Transtornos da alimentação e da ingestão de alimentos; Relação entre gerações; Anorexia; Bulimia. A pesquisa foi realizada entre os meses de setembro e outubro de 2018.

4 | ANÁLISES E DISCUSSÕES

A concepção de que além da carga genética ser transmitida de geração à geração, os aspectos adaptativos, relacionados à sobrevivência, e os aspectos disfuncionais, relacionados ao desencadeamento de psicopatologias, também são descritos por autores citados por Valdanha (*et al.*, 2013) como sendo itens propagados entre gerações, o que explica a incidência das TA's em gerações seguidas.

Valdanha (*et al.*, 2013) também aponta que os pais e mães que apresentam sintomas de insatisfação voltada a sua estética corporal, tem uma dificuldade bem maior quando se trata em fazer a educação alimentar de seus filhos. O mesmo apresentou que os familiares que possuem transtornos alimentares se sentem culpados pelos mesmos sintomas que seus entes, sem entender corretamente sobre sua patologia/ transtorno.

Pode-se analisar que, além das influências familiares e dos fatores biológicos, a mídia tem um alto poder quando se trata em conceitos de beleza, definindo padrões e estabelecendo conceitos, sendo assim, as mulheres são as mais afetadas por estes transtornos (BUCARETCHI, 2013).

“A mídia e o imaginário coletivo parecem estabelecer uma estreita relação entre a forma do corpo e a saúde, como se todos os regimes, dietas, exercícios físicos pudessem ser utilizados no sentido de o indivíduo cuidar-se melhor, tornando-se mais saudável (...) Nos últimos anos a valorização excessiva da forma e do peso do corpo tem levado muitas pessoas, principalmente mulheres a procurarem métodos não saudáveis para adquirir o corpo tão desejado” (ROMARO, 2002, p. 407).

Da mesma forma, a postura parental e a maneira com que os mesmos enxergam os seus filhos, afetam no desenvolvimento de TA's, assim, palavras ou atitudes ambivalentes ou negativas irão prejudicar o desenvolvimento correto dos comportamentos relacionados à alimentação (VALDANHA *et al.*, 2013).

Neste sentido, os familiares possuem influência significativa no desenvolvimento ou não de transtornos alimentares, podendo ser positiva através do apoio, da realização de refeições conjuntas visando o desenvolvimento de pensamentos e atitudes mais saudáveis, ou negativa, através da imposição de padrões de beleza e de demonstração de comportamentos inadequados quanto à alimentação.

Portanto, o apoio familiar é fundamental para o tratamento das tais patologias, pois quando há um interesse familiar de buscar conhecimento, de quais são as intercorrências, como dialogar com o afetado, e de como agir fica mais fácil garantir para que não haja uma evolução negativa do caso clínico.

Neste sentido, os familiares devem procurar sair da rotina do dia a dia, incentivar uma alimentação saudável e nutritiva, além do diálogo familiar, procurar ajuda médica e psicológica, mantendo sempre boas relações entre irmão-irmão, pai-filho(a), pois segundo Valdanha (*et al.*, 2013, p.230) “famílias em que o pai faz comentários provocativos à filha (em relação ao peso e imagem corporal), é mais provável que o irmão também o faça, sugerindo a transmissão intergeracional do comportamento.”

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os familiares são fatores importantíssimos quando se pensa em transtornos alimentares, devido a sua capacidade de auxiliar, mas também, de prejudicar o desenvolvimento normal dos comportamentos alimentícios.

Neste sentido, a inclusão de membros familiares nos meios terapêuticos é essencial, não somente por serem fonte privilegiada de informações sobre os pacientes com transtornos alimentares, mais sim como reconhecimento das implicações familiares no desenvolvimento e manutenção dos sintomas.

Desta forma, é imprescindível que os pacientes sejam acolhidos em suas necessidades, não permitindo a sua exclusão do convívio em sociedade, mas buscando uma reintegração lenta e integral. Para tanto, os pais devem prestar atenção no comportamento de seus filhos, ficando alerta aos sinais de *bullying*, procurando sempre conversar e aconselhar, e quando for notado algum sintoma indicativo de transtornos alimentares, procurar um profissional da equipe de saúde para aconselhamento e tratamento, se necessário.

REFERÊNCIAS

AHACIC, J. A. **A look at eatingNursing made incredibly easy**. [s.l: s.n.].

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARATANGY, E. W.; BUONFIGLIO, H. B. **Como lidar com os transtornos alimentares**: guia prático para familiares e pacientes. São Paulo: Hogrefe, 2017.

BENGHOZI, P. **Malhagem, filiação e afiliação** – Psicanálise dos vínculos: casal, família, grupo, instituição e campo social. São Paulo: Vetor; 2010.

BUCARETCHI, H. A. Anorexia e bulimia nervosa uma ação multidisciplinar. **Casa do psicólogo**. v.11 n.88, 2003.

CARVALHO, R. S.; AMARAL, A. C. S.; FERREIRA, M. E. C.; Transtornos alimentares e imagem corporal na adolescência: uma análise da produção científica em psicologia. **Psicologia: Teórica e Prática**, v. 11, n.3, p.3-7, 2009.

LOBERA, I. J.; RIOS, P. B.; CASALS, O. G. Parenting styles and eating disorders. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 18, p. 728–735, 2011.

MOREIRA, D. E. *et al.* Transtornos alimentares, percepção da imagem corporal e estado nutricional: estudo comparativo entre estudantes de nutrição e de administração. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição**, v. 1, p. 18–25, 2017.

NASCIMENTO, C. S. **Ações de enfermagem em transtornos alimentares em mulheres na busca do corpo perfeito: revisão integrativa.** [s.l.: s.n.].

ROMARO, R. A., ITOKAZU, F. M. Bulimia nervosa: revisão da literatura. **Psicologia Reflexiva e Crítica**. v.2, 2002.

VALDANHA, É. D. *et al.* Influência familiar na anorexia nervosa: Em busca das melhores evidências científicas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 62, n. 3, p. 225–233, 2013.

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SITUAÇÕES DE CRISE PSICOLÓGICA

Débora Carvalho Cardoso Vitorino

Residência Integrada Multiprofissional em Terapia Intensiva do Adulto – RIMTIA, Universidade Estadual do Piauí – UESPI
Teresina – Piauí

Nara Cíntia Alves Cordeiro

Residência Integrada Multiprofissional em Terapia Intensiva do Adulto – RIMTIA, Universidade Estadual do Piauí – UESPI
Teresina – Piauí

Ilana Mendes Cabral

Residência Integrada Multiprofissional em Terapia Intensiva do Adulto – RIMTIA, Universidade Estadual do Piauí – UESPI
Teresina – Piauí

Rita Hyannara de Sousa Carvalho

Residência Integrada Multiprofissional em Terapia Intensiva do Adulto – RIMTIA, Universidade Estadual do Piauí – UESPI
Teresina – Piauí

Larissa Sousa Marinho

Residência Integrada Multiprofissional em Terapia Intensiva do Adulto – RIMTIA, Universidade Estadual do Piauí – UESPI
Teresina – Piauí

publicações que abordam a presença do psicólogo no atendimento a pessoas em situações de crise psicológica. Para isso, o estudo foi realizado mediante uma pesquisa bibliográfica, de abordagem qualitativa e natureza exploratória. Os resultados demonstraram que o psicólogo, no contexto de crise, deve ter uma postura de acolhimento, escuta ativa e olhar atento que possibilitem um cuidado integral ao paciente. Normalmente, a intervenção é focada aos primeiros auxílios emocionais e pode ser realizada em qualquer instituição. Nesse cenário, existe maior procura de pessoas com depressão moderada a grave e risco de suicídio, mas também existem as circunstâncias agudas como, por exemplo, as catástrofes. Os estudos demonstram que a presença do psicólogo em urgência é um campo contemporâneo e que ganha importância. As demais áreas profissionais alegam a dificuldade no atendimento de pessoas em crise devido à deficiência na formação acadêmica. Percebe-se pouco investimento na formação acadêmica nestes casos, o que pode prejudicar a atuação efetiva. Ressalta-se a carência de estudos que abordem a atuação do psicólogo dentro de serviço de urgência/emergência de uma unidade hospitalar. Ademais e diante das mudanças decorrentes da Reforma Psiquiátrica, é extremamente necessária a discussão sobre o acolhimento das pessoas em situações de

RESUMO: Em todo o mundo cresce o número de pessoas acometidas com transtornos mentais ou sintomatologia que acarreta intenso sofrimento emocional. Dessa forma, este trabalho apresenta como objetivo compilar

crise, visto que em nenhuma das produções o serviço de saúde mental disponível na atualidade foi citado.

PALAVRAS-CHAVE: Psicólogo, Saúde Mental, Intervenção na Crise.

ABSTRACT: Around the world, the number of people with mental disorders or symptomatology is increasing, causing intense emotional distress. Thus, this paper aims to compile publications that address the presence of the psychologist in the care of people in situations of psychological crisis. For this, the study was carried out through a bibliographical research, qualitative approach and exploratory nature. The results demonstrated that the psychologist, in the context of crisis, should have a welcoming attitude, active listening and an attentive look that allow integral care to the patient. Usually, the intervention is focused on first emotional aids and can be performed at any institution. In this scenario, there is a greater demand for people with moderate to severe depression and risk of suicide, but there are also acute circumstances such as disasters. The studies show that the presence of the psychologist in urgency is a contemporary field that gains importance. The other professional areas claim the difficulty in attending to people in crisis due to deficiency in academic training. There is little investment in academic training in these cases, which may hinder effective action. The lack of studies that address the performance of the psychologist within an emergency / emergency department of a hospital unit is highlighted. In addition, and in view of the changes resulting from the Psychiatric Reform, it is extremely necessary to discuss the reception of people in crisis situations, since in none of the productions the mental health service available today has been cited.

KEYWORDS: Psychologist, Mental Health, Crisis Intervention.

1 | INTRODUÇÃO

Em todo o mundo cresce o número de pessoas acometidas com transtornos mentais ou sintomatologia que acarreta intenso sofrimento emocional. Além disso, existem situações cada vez mais frequentes que provocam desequilíbrio e intensa desorganização, impedindo o funcionamento normal do indivíduo. Dessa forma, é imprescindível a atuação dos profissionais no contexto de saúde mental, principalmente em situações de crise.

Pode-se caracterizar a crise como uma reação emocional acentuada relacionada a um acontecimento que ameace a integridade de uma pessoa, ocasionando uma condição de instabilidade, descontrole e confusão. Assim, possui repercussão sobre as emoções, os comportamentos e, conseqüentemente, manifestações físicas (STEFANELLI, FUKUDA, ARANTES, 2008).

Essas situações de crise envolvem diferentes circunstâncias como, por exemplo, o acontecimento de incidentes críticos, situações pessoais (morte, adoecimento, etc.), ambientais (desastres naturais, terrorismo, etc.), situações atípicas e inesperadas, ou qualquer circunstância que acarrete em desequilíbrio emocional para o indivíduo

em decorrência da ineficiência dos recursos internos normalmente utilizados para o enfrentamento desses acontecimentos (CARVALHO, 2011).

As pessoas que se encontram em grave sofrimento psíquico estão em circunstâncias críticas. Atender neste contexto significa lidar com momentos de ruptura. Assim, emergem diversos sentimentos que exigem do profissional qualificação adequada (FRANCO, 2015).

Destarte, com a implantação da Política Nacional de Saúde Mental modificaram-se as concepções sobre o atendimento à pessoa em sofrimento psíquico, porém há uma carência perceptível de capacitação dos profissionais no manejo e trabalho com as pessoas que estão em situação de crise (GUEDES et. al, 2010).

Portanto, considera-se de grande relevância o estudo sobre a atuação profissional em momento de urgência ou crises, visto que estes eventos possuem impacto significativo sobre a saúde mental das pessoas e das comunidades.

Neste sentido, o estudo apresenta como objetivo compilar publicações que abordam a presença do psicólogo no atendimento a pessoas em situações de crises. Assim, pode-se descrever o profissional inserido no mercado de trabalho, como encontra-se a área abordada no contexto contemporâneo e a visualização de possíveis entraves verificados em busca da melhoria da atuação multiprofissional nestas situações.

É importante destacar que foram consideradas como situações de urgência/emergência aquelas que colocam em risco a integridade do indivíduo e que estão carregadas de sofrimento intenso, seja por acidentes, desastres, presença de transtornos mentais, etc.

2 | MÉTODOS

Em vista dos objetivos traçados, o estudo foi realizado utilizando-se como pressuposto teórico-metodológico uma abordagem qualitativa, de natureza exploratória, mediante a realização de uma pesquisa bibliográfica. Para tanto, realizou-se a busca de artigos indexados na base de dados *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) com a utilização do descritor “Urgência em Psicologia”.

Foram incluídos artigos em língua portuguesa com texto completo disponível, publicados entre os anos de 2014 e 2018. Não se incluiu capítulos de livros e revisões de literatura. Foram encontrados 25 artigos. Após a leitura de títulos e resumos, incluíram-se 8 (oito) artigos ao trabalho.

A partir desse ponto, extraíram-se as atividades desenvolvidas pelo psicólogo e as principais conclusões dos autores. A análise foi realizada a partir da análise de conteúdo dos textos correlacionando-os aos objetivos traçados pelo estudo.

3 | RESULTADOS

Os artigos demonstraram que o ponto principal, e que deve ser praticado por qualquer profissional, é o acolhimento. Dessa forma, as intervenções iniciais podem ser realizadas visando o comprometimento e a formação de confiança entre o profissional e a pessoa em crise.

Assim, e de acordo com a Política Nacional de Humanização – PNH, a prática do acolhimento proporciona a legitimação da fala do outro, é um posicionamento ético que adquire como perspectiva um engajamento para a resolubilidade. O objetivo do acolhimento nos serviços de saúde firma-se na construção de sentimentos de confiança e na definição do compromisso entre o usuário/trabalhador/serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Atrelada a essa postura, a escuta ativa/qualificada proporciona o olhar atento para as verdadeiras necessidades da pessoa. Constitui-se uma ferramenta essencial para o efetivo atendimento às demandas e para a valorização do usuário, segundo os dados coletados.

Portanto, o psicólogo, no contexto de crise, deve ter uma postura de acolhimento, escuta ativa e olhar atento que possibilitem um cuidado integral ao paciente. Essa tríade na atuação proporciona atendimento integral à pessoa em situação de urgência/emergência.

No contexto da assistência psicológica é fundamental a busca pela compreensão sobre a representação das crises, como se instalam e quais as estratégias adaptativas utilizadas para o retorno do equilíbrio. A ruptura provocada por um evento estressor desencadeia diversos sentimentos como, por exemplo, angústia, ansiedade, medo (SEBASTIANI, 2002).

Normalmente, a intervenção é focada aos primeiros auxílios emocionais e pode ser realizada em qualquer instituição. Ao longo dos anos e de acordo com o aumento da prevalência de transtornos mentais, a procura por plantão psicológico, que é a modalidade mais citada, ganhou destaque.

Comparando-se com a produção teórica existente, o plantão psicológico tem como meta o acolhimento do sofrimento das pessoas. Podem ser realizadas diversas intervenções. É uma modalidade importante, pois permite o atendimento em situações de intenso sofrimento (BRESCHIGLIARI; JAFELICE, 2015; SCORSOLINI-COMIN, 2015).

Nesse cenário e destacando o panorama dos serviços de atendimento à demanda do transtorno mental, os artigos revelaram a maior procura de pessoas por depressão moderada a grave. Também existe grande procura por aquelas que apresentam risco de suicídio. Da mesma forma, há a presença frequente de circunstâncias agudas que como, por exemplo, as catástrofes.

Na pesquisa realizada por Vasconcelos e Cury (2015), percebeu-se que o contexto de urgência e emergência envolve a presença constante da ameaça de

danos, inclusive para o profissional. Estas situações despertam inúmeros sentimentos, principalmente de angústia e insegurança.

Nesse sentido, Carvalho e Matos (2016) afirmam que as intervenções psicossociais realizadas, quanto mais breve possível e por pessoal capacitado, estão diretamente relacionadas com o controle e a prevenção de futuros traumas e problemas de saúde mental, pois é muito comum o aparecimento de um conjunto de reações emocionais.

A atuação deve ser realizada de forma multidisciplinar dada a complexidade dessas situações. Nos artigos trabalhados destaca-se essa necessidade, porém ressalta-se a dificuldade de manejo pelos demais profissionais da saúde quanto a dimensão do cuidado em saúde mental (WEINTRAUB, 2015).

A partir do relato da atuação da Psicologia no Serviço Móvel de Urgência – SAMU, Almondes, Sales e Meira (2016) constataram maior percepção do reconhecimento da Psicologia, da importância da presença do psicólogo e da necessidade no atendimento do sujeito em sofrimento, entretanto apesar dos avanços, existem impedimentos provenientes da própria estrutura do Sistema Único de Saúde – SUS.

Os estudos demonstram que a presença do psicólogo em urgência é um campo contemporâneo e que ganha importância. Observando esse panorama, o psicólogo pode disponibilizar assistência a pessoas para o enfrentamento dessas situações críticas. As demais áreas profissionais alegam a dificuldade no atendimento de pessoas em crise de saúde mental devido à deficiência na formação acadêmica.

Com relação a isso, Sebastiani (2002) destaca as dificuldades enfrentadas decorrentes da formação profissional deficiente. O autor afirma que quanto menor o contato durante a formação acadêmica com disciplinas como intervenções breves e emergenciais maior será a dificuldade em intervir nestas situações.

Já Almeida (2014) descreve que o maior problema vivenciado na intervenção em crise psíquica constitui-se a falta de capacitação dos profissionais envolvidos no trabalho. Além disso, sugere que ainda é necessário investir em estratégias que abordem os princípios do SUS e a melhoria de protocolos.

Entretanto, é importante citar que nos serviços emergenciais os programas de saúde mantêm o foco na assistência médica. Considerando o conceito de saúde envolvendo a concepção biopsicossocial, é fundamental o olhar holístico sobre o indivíduo (SÁ; WERLANGS; PARANHO, 2008).

É relevante mencionar que, apesar das modificações das concepções relacionadas ao atendimento a pessoas com transtornos mentais, persistem percepções repletas de estigmas relacionadas ao histórico da psiquiatria que apresentava o foco na patologia (ALMEIDA et. al, 2015).

Ao considerar o contexto vivenciado na atualidade, Paranhos e Werlang (2015) descrevem que será cada vez mais frequente a intervenção do psicólogo nas situações de crise ou de urgência e emergência. A assistência psicológica promove o fortalecimento dos recursos de enfrentamento necessários para a adaptação e superação dessas situações. Destarte, o campo tende ao crescimento diante da

demanda presente. Com isso, pode-se verificar no quadro abaixo a configuração do perfil do psicólogo neste contexto.

SITUAÇÃO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA PSICOLÓGICA	
Postura	Acolhimento, escuta ativa e olhar atento
Intervenção	Focada nos primeiros auxílios emocionais
Local	Qualquer instituição
Modalidade mais citada	Plantão Psicológico
Maior procura	Depressão moderada a grave, risco de suicídio e circunstâncias agudas.
Presença do psicólogo na urgência	Campo contemporâneo que ganha importância
Outros profissionais	Dificuldade no atendimento – deficiência na formação acadêmica.

Tabela 1 - Configuração do psicólogo na urgência/emergência psicológica

Assim, a tabela acima sintetiza, de forma clara e objetiva, a caracterização dos serviços disponibilizados na urgência e emergência e o panorama contemporâneo que descreve as intervenções nas situações de urgência/emergência psicológica.

4 | CONCLUSÃO

Existem inúmeros desafios para a atuação dos profissionais em saúde mental neste campo, como a convivência constante com ocorrências que envolvem a própria integridade física e psicológica e a carência de psicólogos plantonistas.

Percebe-se, ainda, pouco investimento da formação acadêmica nestes casos, o que pode prejudicar a atuação efetiva. Além disso, verificou-se que existe uma deficiência na qualificação profissional e o baixo número de cursos direcionados para esta demanda.

Ressalta-se a carência de estudos que abordem a atuação do psicólogo dentro de serviço de urgência e emergência de uma unidade hospitalar. Ademais e diante das mudanças decorrentes da Reforma Psiquiátrica, é extremamente necessária a discussão sobre o acolhimento das pessoas em situações de crise, visto que em nenhuma das produções o serviço de saúde mental disponível na atualidade foi citado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. B. et al. **ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA NA CRISE PSÍQUICA E O PARADIGMA PSICOSSOCIAL**. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 24, n. 4, pp. 1035-1043, Dec. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000401035&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 jun. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500003580014>.

ALMEIDA, A. B. et al. **Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de**

uma equipe de atenção pré-hospitalar. Rev Bras Enferm. 2014 set-out; v. 67, n. 5. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670506>.

ALMONDES, K. M. de.; SALES, E. de A.; MEIRA, M. de O. **Serviço de Psicologia no SAMU: campo de atuação em desenvolvimento.** Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 36, n. 2, p. 449-457, Jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932016000200449&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000992014>.

BRESCHIGLIARI, J. O.; JAFELICE, G. T. **Plantão Psicológico: Ficções e Reflexões.** Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 35, n. 1, p. 225-237, Mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000100225&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 jun. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000112014>.

CARVALHO, M. **Emergências psicológicas. Intervenção na crise perante a morte de um familiar.** In CARVALHO, M. (Coord.), Estudos sobre intervenção psicológica em situações de emergência, crise e catástrofe (pp. 53 – 66). Portimão: ISMAT, 2011.

FRANCO, M. H (org.). **A intervenção psicológica em emergências: fundamentos para a prática.** São Paulo: Summus, 2015.

GUEDES, A. da C. et al. **A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010; v. 12, n. 3, pp. 547-53. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.8198>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização – PNH. Humaniza SUS, Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2015.

PARANHOS, M. E.; WERLANG, B. S. G. **Psicologia nas Emergências: uma Nova Prática a Ser Discutida.** Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 35, n. 2, pp. 557-571, Jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000200557&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12 jun. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-370301202012>.

SA, S. D.; WERLANG, B. S. G.; PARANHOS, M. E. **Intervenção em crise.** Rev. bras. ter. Cogn., Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, jun. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 jun. 2019.

SCORSOLINI-COMIN, F. **Plantão psicológico e o cuidado na urgência: panorama de pesquisas e intervenções.** Psico-USF, Itatiba, v. 20, n. 1, p. 163-173, Abr. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712015000100016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712015200115>.

SEBASTIANI, R. W. **Aspectos emocionais e psicofisiológicos nas situações de emergência no Hospital Geral.** In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (org.) Urgências psicológicas no hospital. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. K.; ARANTES, E. C. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais.** São Paulo: Ed. Manole, 2008.

VASCONCELOS, T. P.; CURY, V. E. **Atenção psicológica em situações extremas: compreendendo a experiência de psicólogos.** Psicologia: Ciência e Profissão Abr/Jun. 2017 v. 37 n°2, 475-488. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703002562015>. Acesso em: 10 jun. 2018.

WEINTTRAUB, A. C. A. de M. **Atuação do psicólogo em situações de desastre: reflexões a partir da práxis.** Interface Comunicação Saúde Educação, Botucatu, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2015nahead/1807-5762-icse-1807-576220140564.pdf>. Acesso em: 10 jun, 2018.

USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS: UMA EXPERIÊNCIA DE PROMOÇÃO À SAÚDE COM PAIS DE ALUNOS EM CRECHES DE MARABÁ-PA

Letícia Dias Lima Jedlicka

Professora Adjunta da Faculdade de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará – Unifesspa

Priscila da Silva Castro

Professora Adjunta da Faculdade de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará – Unifesspa

Eliana Lima Ferreira

Graduanda do curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará - Unifesspa.

Eric Renato Lima Figueiredo

Graduado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará – Unifesspa

Leiliane dos Santos da Conceição

Graduanda do curso de Psicologia da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará - Unifesspa.

Aline Coutinho Cavalcanti

Professora Adjunta da Faculdade de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará – Unifesspa

RESUMO: A necessidade de promover o uso racional de medicamentos é notória em nos dias atuais, visto que muitas pessoas fazem uso indiscriminado de medicamentos, seja através da indicação de amigos e familiares, através do uso da medicação que sobrou de algum tratamento ou simplesmente pela falta

de conhecimento dos efeitos adversos que os medicamentos podem causar, sobretudo sem a devida orientação. Neste relato demonstramos o trabalho realizado com pais de alunos de creches da rede municipal de ensino do Município de Marabá-PA.

PALAVRAS-CHAVE: Uso racional de medicamentos, Promoção da saúde, Saúde Coletiva.

RATIONAL USE OF MEDICINES: A HEALTH PROMOTION EXPERIENCE WITH PARENTS OF STUDENTS IN DAYCARE IN MARABÁ-PA

ABSTRACT: The necessity to promote the rational use of medicines is notorious in the present day, because many people use medicines indiscriminately, either by the indication of friends and family, through the use of medication that is left over from some treatment or simply because of lack of adverse effects that drugs can cause, especially without proper guidance. In this report we show the work done with parents of daycare students of the public school of the Municipality of Marabá-PA.

KEYWORDS: Rational use of medicines, Health promotion, Public Health.

1 | INTRODUÇÃO

O uso racional de medicamentos é promovido quando são disponibilizados ao usuário medicamentos compatíveis com sua condição clínica, com o menor custo possível, dosagem adequada, por um período compatível com sua necessidade e com orientações que possibilitem o cumprimento desse plano de tratamento, visando o sucesso terapêutico (BRASIL, 2015; PANDEY, 2017). Fatores que contribuem para o uso não racional de medicamentos envolvem a falta de informação quanto a sua utilização e a automedicação (UNA-SUS, 2010), o que contribui com o aumento de número de casos de intoxicação (SANTANA, 2011), ausência de tratamento efetivo (LEITE, 2003), aumento do número de internações hospitalares (PAIVA, 2017), prorrogação de tempo de uso de medicamentos, bem como o aumento de custos relacionados à saúde. O objetivo do trabalho foi promover a educação comunitária em saúde com informações sobre o uso racional de medicamentos na pediatria a pais de alunos de creches na cidade de Marabá-PA.

2 | MÉTODOS

Os pais de alunos de duas creches da cidade de Marabá-PA foram o público-alvo eleito, aproveitando atividade no planejamento escolar referente ao “Dia da Família na Escola”, em 12 de maio de 2018. Após encontro com as diretoras e escolha do tema como relevante, planejou-se uma apresentação de slides, seguida da participação dos pais através de comentários e dúvidas, com informações sobre conceitos e tipos de medicamentos; prescrição de medicamentos, importância da adesão ao tratamento e do esclarecimento de dúvidas no momento da prescrição; reações adversas, intoxicação; medicamentos da pediatria; e descarte de medicamentos (figura 1). Após esse momento, os pais responderam uma ficha de avaliação sobre a qualidade e utilidade das informações discutidas.



A



B

Figura 1: Palestras em escolas de educação infantil do Município de Marabá (A) NEI Cecília

3 | ANÁLISE CRÍTICA

O público-alvo foram 57 pais de alunos, nas duas creches visitadas. A receptividade ao tema foi marcante, havendo participações durante as palestras, mas sobretudo devido à quantidade de dúvidas e comentários compartilhados. Relatos de pais cujas crianças “tomaram o anticoncepcional” ou “pegaram meu medicamento para dormir” ou “tomaram o restinho do frasco de xarope” foram surpreendentes e discutidos com cuidado, salientando a necessidade de armazenamento dos medicamentos em local seguro e longe do alcance de crianças. Observações como “eu sempre uso o mesmo medicamento porque é difícil uma consulta com o médico” sugerem uma etapa deficiente do sistema de saúde em relação ao atendimento eficiente da população. E ainda pudemos ouvir comentários como “eu não entendo a letra do médico” ou “quase sempre saio com pressa da consulta e não tiro minhas dúvidas”, o que nos remete a fatores que dificultam a adesão medicamentosa por falta de informação (LEITE, 2003). Através da pesquisa de opinião oferecida aos ouvintes, constatou-se que 100% das pessoas considerou o tema relevante, ratificando sua importância ao ser inserido nas atividades de promoção de saúde.

4 | CONCLUSÃO

A experiência foi exitosa, destacando-se a importância de levar o tema de uso racional de medicamentos, principalmente às escolas, como contribuição ao cumprimento da política intersetorial da Saúde e da Educação. Além disso, pôde-se contribuir com informações detalhadas e específicas ao público de pais de alunos das creches, sobretudo sobre o cuidado com o uso de medicamentos na pediatria.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Cartilha para a promoção do uso racional de medicamentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8(3):775-782, 2003.

PAIVA, A.; VIANA, D.; MARTINS, G.; MOLINA, N.; UZAM, C. P. Impacto dos medicamentos nas intoxicações em crianças. **Rev. Ibirapuera**, São Paulo, n. 13, p. 8-16, jan/jun 2017.

PANDEY, S. D.; CHAUDHARI, V. L. Impact of public education on rational use of medicines. **International Journal of Medical Science and Public Health**, Vol 6, Issue 2, 2017.

SANTANA, R. A. L. D.; BOCHNER, R.; GUIMARAES, M. C. S. Sistema nacional de informações tóxico-farmacológicas: o desafio da padronização dos dados. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 16, supl. 1, 2011.

UNA-SUS. Universidade Aberta do SUS. Uso racional de medicamentos [Recurso eletrônico] / **Universidade Aberta do SUS**; Alexandra Crispim Boing, Ana Paula Veber, Fabíola Stolf. – Florianópolis: UFSC, 2010.

VIDAS ATRAVESSADAS PELO ABUSO SEXUAL E PELO TRANSTORNO ALIMENTAR

Denise Brito da Rocha

Universidade de Fortaleza
Fortaleza-CE

Angela Cardoso Andrade

Universidade de Fortaleza
Fortaleza-CE

Carlos Antônio Bruno da Silva

Universidade de Fortaleza
Fortaleza-CE

RESUMO: Estudos relatam a associação entre o abuso sexual infantil e a emergência dos transtornos alimentares, porém muito pouco tem sido identificado em pesquisas qualitativas. A partir destas averiguações, esta pesquisa teve como objetivo identificar as possíveis consequências do abuso sexual na autoestima e na autoimagem corporal das depoentes. Foram entrevistadas cinco mulheres com transtornos alimentares e com história prévia de abuso sexual em um ambulatório de transtornos alimentares em Fortaleza-CE. O sentimento de violação diante do abuso enfraquecia a relação de confiança estabelecida pelos laços familiares com o agressor. Por não identificarem claramente o que estava acontecendo, as vítimas reagiam ao abuso por meio do silêncio e da fragilidade do *self*. Com o aparecimento de curvas na adolescência, a sensação de

desconforto e insatisfação com a autoimagem se intensificava. Essa insatisfação fez com que buscassem mudanças corporais através do comportamento alimentar inadequado.

PALAVRAS-CHAVE: transtorno alimentar; abuso sexual; autoestima; autoimagem; pesquisa qualitativa

LIVES CROSSED BY SEXUAL ABUSE AND EATING DISORDER

ABSTRACT: Studies report the association between child sexual abuse and the emergence of eating disorders, but very little has been identified in qualitative research. Based on these findings, this research aimed to identify the possible consequences of sexual abuse on the self-esteem and the body self-image of the deponents. Five women with eating disorders and a previous history of sexual abuse in an outpatient clinic for eating disorders in Fortaleza-CE were interviewed. The aggression caused by a Family member weakened Family ties. Because the victims did not realize the violence they had suffered, they reacted to abuse through silence and self weakening. During adolescence the sensation of discomfort and dissatisfaction with self-image were intensified. This dissatisfaction has caused abuse victims to seek body changes through inappropriate eating behavior.

KEYWORDS: eating disorder; sexual abuse;

1 | INTRODUÇÃO

Sabe-se que as crianças possuem uma inocência e uma imaturidade para discernir determinadas ações e atitudes a que são expostas em sua rotina de vida. O acompanhamento e o cuidado familiar tornam-se essenciais para o crescimento e desenvolvimento saudável desse ser. Porém, como reagir quando é a própria família que aplica uma ação inapropriada, tanto biologicamente quanto psiquicamente, em uma criança? Quais as consequências que essa atitude pode desencadear na psique?

A ação inapropriada refere-se ao abuso sexual que é caracterizado pelo contato de um adulto com uma criança/adolescente, utilizando-a como forma de obter prazer, satisfazendo necessidades ou desejos sexuais e causando danos psicológicos e físicos à vítima (VECINA; FERRARR, 2002).

A prevalência de abuso físico e sexual entre mulheres com algum transtorno psiquiátrico é de 72%, sendo que 21% sofreram apenas AS e 33% passaram por abuso sexual e físico (KERR CORREA et al, 2000). Dentre os distúrbios psiquiátricos associados a abusos na infância, os transtornos alimentares parecem ter destaque.

Estudo epidemiológico realizado em 1996, com amostra de 1099 mulheres americanas, identificou maior incidência de comportamento bulímico entre as mulheres que sofreram abuso sexual na infância, e que até um terço dos casos de bulimia poderiam ser atribuídos à experiência de abuso (WONDERLICH et al, 1996). Em pesquisa similar de 2005 apontaram que há uma prevalência entre 24 e 65% de antecedentes de violência sexual em pessoas com diagnóstico de bulimia nervosa (LEAL et al, 2005). Em contrapartida, encontraram em um estudo de 2011 um índice maior na relação entre anorexia e abuso sexual, bem como a maior parte dos indivíduos com anorexia era do subtipo purgativo (PARAVENTI et al, 2011).

Em um estudo mais recente, realizado em 2015, com 393 mulheres com obesidade foi identificado que o histórico de violência sexual aumentava significativamente a probabilidade de comorbidades psiquiátricas, como o transtorno da compulsão alimentar (MAZAGATOS; INGLES-BORDA; LÓPEZ-PICADO, 2015) de los abusos sufridos y de las violencias y repercusiones de la obesidad en las relaciones sexuales de los pacientes. Resultados: la mayoría de los pacientes entrevistados con antecedentes de abusos sexuales eran mujeres (n=39; 88,6%).

Experiências traumáticas na infância, especialmente relacionadas à sexualidade, têm capacidade perturbadora da personalidade, da autoimagem e da autoestima, resultando, ao longo do ciclo vital, em alterações da percepção corporal e psíquica durante fases de transição (NARVAZ; OLIVEIRA, 2009). Os distúrbios da personalidade citados são comumente identificados nos pacientes com transtornos alimentares, em especial a distorção da imagem corporal e a baixa autoestima (NARVAZ; OLIVEIRA,

2009).

Pessoas em sofrimento psíquico, principalmente as que foram acometidas pela violência sexual, geram preocupação e responsabilidade para a saúde coletiva visto que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o abuso sexual infantil é considerado um dos maiores problemas de saúde pública devido às lesões e aos traumas psíquicos que podem perdurar durante toda a vida da vítima (Alves, Alves, & Araújo, 2013). Além disso, devido à descrença dos adultos sobre o ocorrido com as crianças, cerca de 20 a 40% dos abusos sexuais perduram por longo período e apenas 5% das vítimas relatam o seu histórico de abuso aos seus médicos e, em geral, apenas na idade adulta. Esse público gera maiores custos de cuidados primários de 10 a 40% e de cuidados total de saúde de 13 a 43% (CHEN et al, 2010; PFEIFFER; SALVAHNI, 2005)

Com esses dados, foi identificado um número restrito de pesquisas no âmbito nacional, e observado que as evidências são principalmente de esfera quantitativa. Nessas circunstâncias, constatou-se a necessidade de compreender o enlace simbólico entre a história de abuso sexual e o desencadeamento dos transtornos alimentares dos pacientes atendidos nos ambulatórios de transtorno alimentar de Fortaleza-CE. Como objetivos secundários, discutiu-se as consequências do abuso sexual na autoestima e na autoimagem corporal das depoentes, compreendeu-se o contexto familiar das vítimas de abuso sexual intrafamiliar, identificou-se os fatores desencadeantes na história de vida das depoentes que sofreram violência sexual para o desenvolvimento de um transtorno alimentar, bem como relacionou o abuso sexual com os transtornos alimentares das pacientes em atendimento.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma abordagem qualitativa com o desenho de pesquisa clínico-qualitativo por envolver o uso de métodos e técnicas capazes de descrever e interpretar os sentidos dados às histórias de vida de usuários de um ambulatório de transtorno alimentar (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2016; TURATO, 2000).

O método utilizado foi o fenomenológico por seguir os três momentos fundamentais dessa investigação: a redução fenomenológica, na qual há a suspensão dos conceitos prévios sobre o abuso sexual com o intuito de não influenciar o que está sendo percebido no meio; a descrição dos vetores internos aos fenômenos, referente aos registros realizados durante a pesquisa; e finalmente a explicação da experiência, por meio da discussão dos dados coletados. Além disso, como a violência sexual e o transtorno alimentar envolvem a relação do sujeito com o corpo, fundamentou-se através do conceito central de corpo de Merleau Ponty (MERLEAU PONTY, 2011).

Optou-se em pesquisar pacientes do sexo feminino por encontrar esse público mais facilmente nos ambulatórios, além de estudos mostrarem maior prevalência

de transtornos alimentares em mulheres, principalmente anorexia nervosa e bulimia nervosa, bem como a violência sexual infantil é acometida em maior proporção em crianças do sexo feminino (MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS, 2017; NARVAZ; OLIVEIRA, 2009).

Assim, a pesquisa foi realizada em um ambulatório de transtorno alimentar localizado em Fortaleza – CE. O programa é voltado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito nacional e oferece atendimentos psicoterápicos e nutricionais semanalmente, enquanto o atendimento médico é mensalmente.

No período da pesquisa havia 24 pacientes em atendimento no ambulatório. Destes, seis pacientes tinham o diagnóstico de transtorno alimentar e o histórico de abuso sexual na infância ou adolescência e cinco delas foram entrevistadas. Uma paciente não participou da pesquisa por ser menor de idade e, portanto, não preenchia os critérios de inclusão, que era:

1) Ter a partir de 18 anos de idade

2) Ter o histórico de abuso sexual na infância ou pré-adolescência independente da forma, do tempo de abuso e do autor identificado pela equipe interdisciplinar ou por meio de prontuários

3) Ter recebido o diagnóstico de transtorno alimentar, conforme os critérios definidos no DSM-V.

4) Estar em atendimento no ambulatório de transtorno alimentar

Baseado nos critérios de inclusão e com acesso aos prontuários e conversa com a equipe interdisciplinar, foram selecionadas as possíveis depoentes. Estas foram apresentadas pela psicóloga do ambulatório à pesquisadora, que as convidou a participar da pesquisa. Para preservar o nome das depoentes, foram utilizados nomes fictícios.

Ao concordarem em contribuir com o estudo, foram realizadas entrevistas por meio de perguntas norteadoras que possibilitaram que as depoentes se expressassem livremente e evitassem a indução de respostas, como exposto abaixo:

Você poderia falar um pouco de como foi sua infância. Como seu pai e sua mãe criaram você? (Tipo de criação paterna e materna)

Você poderia desenhar a sua família? (Pedir explicação do desenho)

Ao tocar sobre abuso sexual na infância/adolescência. Você poderia descrever o que aconteceu? (Tempo cronológico do abuso, familiaridade do abusador, momento do dia em que ocorriam os abusos, presença de segredo, tipo de violência, reação de um responsável ao saber)

Como você enxerga o seu corpo? (Presença de padrão estético, como era antes do abuso e como passou a se enxergar após o abuso, relação com o alimento)

Além do corpo, como você se considera? (Autoestima, autoconceito)

Você faz o uso de algum método compensatório? Qual? Quais as sensações?

Foi utilizado um gravador portátil para registrar todas as entrevistas e um computador para transcrever na íntegra as informações coletadas. Após a transcrição

dos dados para o editor de texto Word, as entrevistas foram lidas, grifadas as partes importantes e nomeadas em recortes temáticos. Em seguida, todas as entrevistas foram agrupadas de acordo com a temática para facilitar a visualização dos achados para discussão (MINAYO et al., 2016).

É importante ressaltar que o estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, sob cadastro de número 2.010.860, conforme as recomendações da resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) N° 510/16.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

As entrevistas ocorreram no período de abril a junho de 2017 e foram realizadas com a intenção de responder todos os objetivos da pesquisa. Assim, cada depoente teve uma quantidade e uma duração de entrevistas distintas, respeitando sempre o limite de cada depoente. Os encontros foram finalizados com a resposta de todos os tópicos presente no roteiro de entrevista e com a saturação de informações.

Para preservar o nome das depoentes, foram utilizados nomes fictícios.

Depoente	Ana	Bruna	Carol	Diana	Elisa
Número de entrevistas	3	3	4	2	2
Tempo total de entrevista	2h e 45 minutos	2h e 42 minutos	1h e 52 minutos	1h e 54 minutos	2 h e 6 minutos

Tabela 1. Identificação das depoentes e número de entrevistas

Fonte: Dados da Pesquisa (2017)

Depoente	Ana	Bruna	Carol	Diana	Elisa
Idade atual	42	51	28	39	40
Estado Civil	Solteira	Casada	Casada	Casada	Separada
Número de filhos	-	2 filhos	-	3 filhos	1 filho
Grau de Instrução	Pós-graduação	Ens. Médio completo	Ens. Superior Completo	Ens. Médio Completo	Ens. Fundamental completo
Atuação	Pedagoga	Aux. Administrativa	Nutricionista	Cabelereira	Diarista
Diagnóstico	Anorexia subtipo purgativo	Anorexia subtipo purgativo	Bulimia	Transtorno da compulsão alimentar	Bulimia
Familiaridade do abusador	Pai e irmão	Irmão, primo e marido	Tio	Tio	Tio
Tempo de tratamento	4 anos e 4 meses	4 anos	2 anos	1 ano	1 ano e 6 meses

Tabela 2. Dados sociodemográficos das depoentes

Serão apresentados os dados encontrados e discutidos em quatro categorias: *abuso sexual, contexto familiar, autoimagem e autoestima, e transtorno alimentar*. Porém, antes de adentrarmos as temáticas, faremos uma síntese da história de vida de cada depoente:

ANA

Nasceu no interior do Ceará e morava em uma casa com seus pais e seis irmãos. Todos homens. O irmão mais novo nasceu quando Ana já não morava mais com a família.

Seu pai era alcóolatra e autoritário, características que apareciam frequentemente nas brigas com a mulher e com os filhos. No entanto, Ana acreditava ser protegida do pai, pois, além de ser carinhoso com ela, seus irmãos não podiam brigar com Ana que logo o seu pai se posicionava contra os filhos homens. No entanto, à medida que Ana crescia, percebeu que o carinho do seu pai não era exatamente um carinho paterno e sentia-se desconfortável aos pedidos da sua mãe para que dormisse com seu pai sempre após o almoço. Além do pai, três irmãos, em momentos distintos, também falaram algo de conteúdo sexual ou tocaram em Ana, mas nada comparado à rotina frequente de investidas do seu pai.

No final da adolescência, contou o que ocorria para uma autoridade como pedido de socorro e foi retirada do seu seio familiar. Atualmente Ana mora em uma casa com um grupo de mulheres. Nunca casou e não tem filhos.

BRUNA

Segunda filha mais nova de nove irmãos, e a caçula entre as mulheres. Nasceu no interior do Ceará e morava com seus pais e seus cinco irmãos e quatro irmãs. Com os pais ausentes, Bruna passava muito tempo do seu dia com seus irmãos e vivenciou violência física e sexual na infância com um irmão que não consegue recordar quem é.

Seus pais tinham uma teoria que, à medida que as filhas mulheres entravam na adolescência, seriam encaminhadas para casas de familiares para estudar. Os filhos homens permaneciam com os pais e iniciavam o trabalho ainda na juventude.

Bruna, na adolescência, foi morar na casa de uma tia, que chamaremos de Fátima, em Fortaleza enquanto seus pais arcavam com os seus custos. Porém, sua prima, filha de Fátima, era casada e morava ao lado da casa da mãe. Bruna foi abusada sexualmente pelo marido da prima durante todo o período em que morou com a tia. Casou-se jovem, com intenção de encerrar o que acontecia na casa da tia. Porém, ao contar para João (nome fictício dado ao marido de Bruna) sobre sua história de vida,

passou a ser abusada por ele também. Bruna é casada há 31 anos e tem dois filhos homens, de 29 e 27 anos.

CAROL

Carol nasceu em Fortaleza-CE e morava com seus pais e dois irmãos, um homem e uma mulher. Carol é a filha do meio. O seu pai viajava muito a trabalho e, como sua mãe também trabalhava, Carol ficava costumeiramente na casa da avó após a escola. Ao lado da casa da avó, morava sua tia e, no início da adolescência, Carol passou a ser abusado pelo marido dessa tia. Além de Carol, outra prima foi abusada pelo mesmo tio e informou a família o que estava acontecendo. No entanto, a tia de Carol não acreditou na informação, o que fez surgir um conflito com a sobrinha e acabou a levar Carol a se calar diante do abuso. Percebeu descontar suas questões emocionais na comida e optou por fazer o curso de Nutrição para se compreender melhor, mas percebeu que não conseguiu sucesso e procurou o ambulatório de transtorno alimentar.

Carol é casada há dois anos e não tem filhos. Após o casamento, contou ao seu marido sobre seu contexto de vida e foi encorajada a comunicar o ocorrido à família nuclear. Ao contar sobre o abuso sexual realizado pelo tio, a irmã mais nova de Carol revelou também ter sido abusada por ele a partir dos 8 anos de idade.

DIANA

Diana nasceu no interior do Ceará em uma família com oito filhos, cinco homens e três mulheres. Diana é a terceira filha mais velha. Na época, sua família passava por dificuldades financeiras e por escassez de alimentos e, em alguns períodos, seu pai conseguia levar cestas de alimento para casa, o que fazia Diana esconder algumas comidas para não acabar tão rápido. Ainda criança, Diana recebeu a responsabilidade de cuidar dos irmãos mais novos enquanto os pais iam em busca de trabalho. Se algo saísse fora do combinado, Diana era agredida pelo pai.

Na pré-adolescência, foi preciso que Diana saísse de casa para trabalhar como doméstica na casa de uma tia em Fortaleza. Sua rotina era deixar seus primos pequenos na escola, retornar para casa e ajudar nas tarefas domésticas. No entanto, muitas vezes ao retornar para casa, o seu tio já a aguardava. Passaram-se três anos com essa rotina de abuso até que Diana optou por morar na casa de uma desconhecida para evitar qualquer investida do tio. Ainda adolescente, Diana fugiu com um rapaz para São Paulo com quem teve dois filhos. Ainda grávida do segundo, seu parceiro sofreu um acidente de moto fatal. Ela então volta para o Ceará e retoma sua vida no interior da sua família. Conhece um outro rapaz, engravida pela terceira vez e seu marido é assassinado sem mesmo ter conhecido a filha. Com esse episódio, Diana abandona o interior e passa a morar em Fortaleza com três filhos pequenos. Atualmente Diana

é casada, seu marido mora em São Luís-MA, e tem três filhos, de 19, 17 e 12 anos.

ELISA

Elisa é do interior do Maranhão e a primogênita de oito filhos. Morava com seus pais, cinco irmãos e duas irmãs. Ainda criança começou a trabalhar na roça com seu pai, seu grande exemplo de ser humano. Tinha tanto o pai como referência, que no início da adolescência passou a usar as roupas dele. Já sua mãe ofereceu uma criação dura, em que a agressão física estava presente.

No final da adolescência, a tia de Elisa a convidou-a para morar com ela em São Luís-MA para concluir os estudos, pois sua cidade no interior não oferecia o ensino completo. Assim, com intuito de estudar, Elisa passa a morar com a tia na capital maranhense. Na primeira oportunidade, o tio de Elisa passa a abusá-la sexualmente o que se repete por cerca de um ano, quando Elisa descobre que está grávida. Ao informá-lo, o tio nega a paternidade e continua a abusá-la até o dia em que a sua esposa os flagra. A tia de Elisa não só descobre a traição do marido, mas também a gravidez da sobrinha, colocando-a para fora de casa com agressões físicas. Elisa retorna para o interior, mas sua família não a acolhe, pois não acredita que a relação era violenta e abusiva, mas que era consensual. Elisa deixa o seu filho com a sua mãe aos 7 meses de vida e passa a morar em Fortaleza-CE, longe de toda a confusão familiar instalada.

Elisa casou e após 17 anos se separou.

3.1 Abuso Sexual

Os agressores utilizavam a relação de confiança estabelecida pelos laços familiares e se aproveitavam da responsabilidade sob a criança para se aproximarem. A vítima, com a sensação de desproteção do outro responsável, como a mãe, a tia ou a avó, passa a se sentir insegura e tem a percepção de que realmente não será ouvida por ninguém. Nem pelo abusador, nem pelo restante da família.

Por volta de onze anos eu comecei a ser abusada sexualmente pelo meu tio e aí eu não tinha como procurar ninguém né, eu me senti muito presa, porque era na casa da minha avó (...) e todos os dias eu estava na casa da minha avó porque minha mãe trabalhava e eu tinha que ficar com alguém (...) e foi até os meus dezessete, dezoito anos (...). Ele nunca chegou a praticar o ato sexual em si, mas ele pegava onde ele podia pegar. Ele encostava (o órgão sexual), o que ele podia fazer naquele momento (...), calava a minha boca e era quase tudo o que acontecia. (Carol)

A aproximação do agressor se inicia, em geral, como uma demonstração de cuidado e afeto, exatamente para as vítimas se sentirem protegidas e talvez até privilegiadas pela atenção (PFEIFFER; SALVAGNI, 2005). Comportamentos estes que não trazem estranhamento no contexto familiar. No entanto, esses carinhos vão se tornando invasivos e agressivos, o que causam uma confusão e uma incompreensão para a criança, já que considerava aquela pessoa como alguém confiável. Quando

alguém acomete a sua integridade física, a reação imediata do sujeito é a defesa ou o afastamento dela. No entanto, quando se trata de abuso sexual, a criança não tem estrutura mental para assimilar o que vem acontecendo.

Eu achava que ele (pai) me protegia quando eu era criança (...) porque eu achava que tudo que ele fazia comigo era o que os pais faziam. Ele me colocava no colo, me colocava nos braços e depois não era (...). Eu acho que seria melhor ficar com Alzheimer a lembrar dessas coisas (...) porque a pessoa que eu pensava que era meu pai não era meu pai, ele me via como uma outra mulher (...). Isso eu só fui dar conta muito depois, muito depois (...). Eu só fui dar conta mesmo de que tudo aquilo era errado, nojento, violento, com uns 12, 13, 14 anos. (Ana)

A violência sofrida pelas depoentes não foi novidade, pois já presenciavam dentro do núcleo familiar alguns tipos de agressões entre irmãos ou entre os pais. A continuidade da agressão foi, em algumas situações, naturalizada e a ausência de reação diante dela também. Gritos, puxões e palmadas eram atitudes familiares que deixavam essas crianças assustadas, amedrontadas e conseqüentemente acuadas. Quando essas ações passavam a ser apalpações, toques, roçadas e até penetração, acompanhadas de gritos, ameaças e força física, a sensação de temor e inibição passa a ser mais acentuada e, claro, de incapacidade também.

Com o poder gerado pela violência, o abusador se torna possessivo e procura controlar os passos das adolescentes com receio de que seja descoberto.

Ele sempre me dizia que se eu contasse para alguém ele me matava, então eu ia confiar? (...) Ele dizia que se eu não aceitasse ele, ele me matava no caminho do colégio. E se ele tivesse me matado mesmo, ninguém ia saber que era ele, porque ele é um santo em pessoa. (Elisa)

Essa situação acaba por desenvolver um ciclo, porque a ameaça leva ao medo, que motiva ao silenciamento da vítima. Por sua vez, o silêncio diante da agressão interfere na autoestima e na construção do *self*. Assim, com a fragilidade e a inércia do sujeito instaladas, a ameaça pelo abusador se perpetua e reforça o medo do sujeito, e assim continua o ciclo.

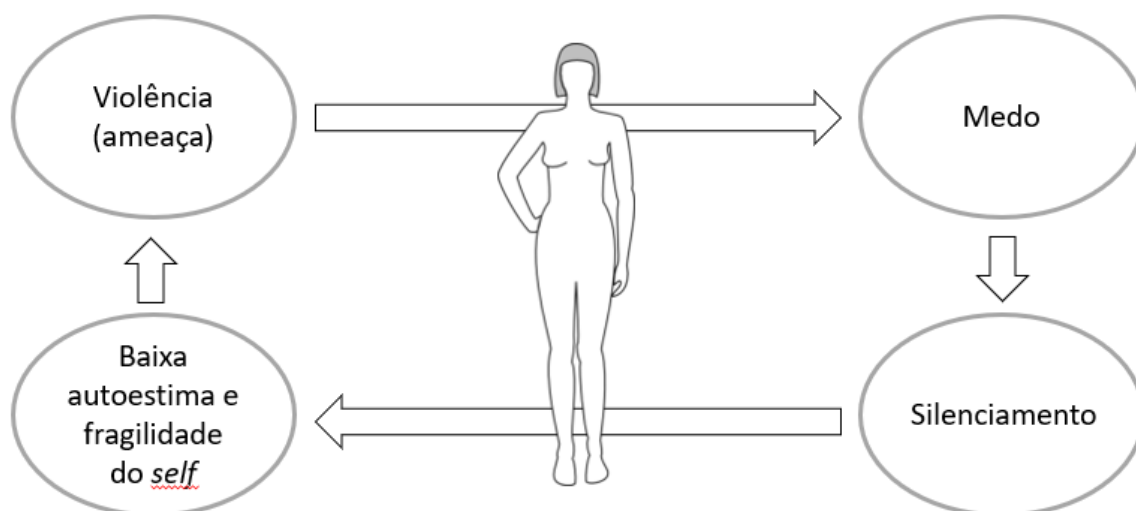


Fig. 1. Ciclo da fragilidade do self na vítima de abuso sexual

A fragilidade do *self* pode acarretar efeitos duradouros, ou até permanentes, na autoestima e na autoimagem das vítimas. Com isso, o sentimento de incapacidade em se defender e de insegurança em relação ao seu próprio valor pode ultrapassar a infância e chegar à fase adulta (ALDEODATO et al, 2005).

Como estamos tratando de crianças, pessoas em processo de desenvolvimento, é necessária a confirmação dos seus sentimentos e a construção de sua autoimagem na companhia do outro. No entanto, quando esse outro se trata de um abusador, esse sentimento é mantido afastado de si, reprimido, já que traz sofrimento, angústia e perturbação. O agressor ainda inibe a criança e exige que seja seguido regras de comportamento para despistar os outros familiares. Podemos chamar esse comportamento da criança de agir como outro espera de “falso *self*”. Assim, a vítima desenvolve uma personalidade desalojada, ensejando configurações subjetivas outras que não dizem respeito ao que a pessoa é em sua essência, pois não consegue se diferenciar e crescer com o seu verdadeiro *self*. Este foi abafado e atropelado pelo outro (MILLER, 1997).

Essa criança, então, terá que se ajustar criativamente sem nenhum apoio e arrastam o sofrimento psíquico para a vida adulta. Como a experiência traumática ocorre em um período de formação psíquica e de vulnerabilidade, a criança desenvolve uma imagem distorcida de si, uma visão deturpada de suas capacidades, bem como uma compreensão de mundo depreciado (SCORTEGAGNA; VILLEMOR-AMARAL, 2009).

3.2 Contexto familiar

Em um momento de sofrimento, a participação e o apoio dos mais próximos são fundamentais na superação das dificuldades. No caso das depoentes, quando elas mais precisavam de seus suportes, eles não só não existiam, como também eram os causadores de seus sofrimentos. A alternativa era superar as dificuldades sozinhas acompanhadas com o sentimento de desamparo e desproteção. Porém, como as sequelas do abuso seguem o sujeito durante toda a sua vida, a sensação de solidão também.

Eu faço parte (da família), mas eu não quero fazer (...). Parece quadrilha (...). Quando eu tento falar deles, quando eu tento lembrar deles, aí eu fico na dúvida se eu não sou adotada (...). Não respeitavam e não me protegiam em casa. (Ana)

Uma das formas de identificar a solidão é por meio da presença de sofrimento e da dor proveniente da perda (MOREIRA; CALLOU, 2006). Perda no sentido de não existir a presença do outro. No caso das depoentes, a perda se refere a sua dignidade, à perda de uma organização familiar, à perda de si mesmo. Quando alguém morre, entramos em um processo de luto. Quando a morte é interior, o luto passa a ser frequente e duradouro, pois o sujeito sente a sua autoestima, a sua segurança e a sua autoconservação ameaçadas, comprometendo suas questões afetivas e emocionais que são base para o estabelecimento das relações (ASSIS; AVANCI, 2004).

Winnicott (2011) esclarece que um dos objetivos da família é manter o equilíbrio da criança para evitar a angústia e a ansiedade geradas pela instabilidade familiar. O ambiente familiar, que funciona como um microsistema, tem a capacidade de contribuir no crescimento e na transformação da criança por meio da mobilidade e da flexibilidade necessárias para manter o equilíbrio. Portanto, não deveria existir criança sozinha, pois criança sozinha é criança instável e vulnerável.

Nesse espaço em que a criança passa a ter uma visão negativa do mundo e de si mesma, percebe-se o papel fundamental que os pais exercem ao transmitir seus valores e princípios. Com a assimilação de ensinamentos distorcidos, a criança constrói uma identidade de incapacidade e cristaliza uma imagem própria de não aceitação, potencializando os seus pontos fracos. Assim, atinge a adolescência insegura com o que se tornou e insatisfeita com as mudanças do corpo, pois deposita suas decepções com a família e com a experiência do abuso sexual nos contornos corporais.

3.3 Autoestima e autoimagem

quando as depoentes realizaram uma autoavaliação, percebia-se uma subestimação sobre suas características pessoais. Termos como “não sou satisfeita com o que me tornei”, “pior do que descartável”, “eu me sinto menor” e “eu sirvo para nada” demonstram que as depoentes se reconhecem como pessoas inferiores e acreditam que os outros as enxergam da mesma maneira. Isso ocorre porque pessoas que sofreram rejeição e humilhação tendem a se considerar merecedoras de desrespeito e, portanto, é esse tipo de comportamento que espera receber do outro (MEAD, 1999).

Eu me sinto um sem valor (...), um lixo, algo que você... não posso nem dizer descartável. Pior do que descartável. Porque hoje, acredita que eu já vi gente reutilizando o descartável? Então eu não classifico nem como descartável. Não dá nem para reutilizar. Não dá mesmo (...). Sabe o Piu-Piu e o Frajola? Eu acho que é a maior definição. Certo que no desenho o Piu-Piu tem horas que consegue se defender, mas porque ali é um desenho animado, na vida real não é assim. A vida sempre abate o menor (...). Eu sempre quis ser o Frajola, mas eu nunca consegui (...). O Frajola é forte. (Ana)

Entende-se que em um ambiente onde há desigualdade de poder entre duas pessoas, no qual o “mais fraco” tem menos voz, ou voz nenhuma, e o “mais forte” é capaz de invadir qualquer coisa pela sua superioridade, inclusive o corpo do outro, o surgimento do sentimento de inferioridade pelo “mais fraco” é quase inevitável. Até porque a autoestima é constituída com a participação das atitudes e valores do outro (Assis & Avanci, 2004). O que está sendo passado é que o “mais fraco” não tem poder para enfrentar o outro e não é capaz de realizar a sua vontade.

Diante disso, a tentativa de se manter afastada de novas relações interpessoais e o esforço para se tornarem imperceptíveis são frequentes. Passam a se arrumar menos, a se dedicar menos a si e a se sentirem cada vez mais insatisfeitas com a sua imagem.

A autoestima oscila durante o período da vida, de forma que os momentos significativos surtem efeitos importantes para o estabelecimento de uma forma padrão de autoestima. Por compreender que a violência intrafamiliar funciona como um dos maiores fatores que interfere na maneira como a pessoa se percebe no mundo e como se relaciona com ele, entende-se que as experiências do abuso trazem um padrão negativo para a autoestima (ASSIS; AVANCI, 2004). Afinal, depositar seus problemas na autoimagem e na autoestima pode ser uma alternativa para desviar a vivência do abuso e anestesiar o corpo abusado (JOSEPH, 2003).

Eu olho para uma pessoa muito forte e não entendo como é que essa pessoa aguenta tanto peso em cima dela, como é que ela aguenta tanta carne, porque a minha questão é ter muita carne e não importa o peso que eu esteja. Já fiquei com trinta e oito quilos, mas eu ainda tinha muita carne (...), sempre tive muita carne (...) e nunca está do jeito que eu quero, eu quero sempre estar mais magra. (Bruna)

O excesso de gordura citado pelas depoentes e explicitado pela fala de Bruna, mostra algo que extrapolou a forma natural do corpo assim como o abuso sexual, como algo que excedeu a forma natural da relação intrafamiliar. Apesar dessas depoentes terem anorexia e, portanto, estarem abaixo do peso considerado ideal, o corpo ganha figurativamente a carga da experiência do abuso. Torna-se pesado. Entende-se, assim, a busca incessante de perder peso. Na verdade, há a tentativa de retirar outro “peso” do seu corpo, mas como a carga do abuso não passa, a procura de perder peso também não.

Outra tentativa é por meio de substituição do peso emocional para o peso físico. As depoentes que se apresentam acima do peso, também tem a intenção de retirar todo o seu corpo devido ao excesso de curvas. Não procura tirar essas curvas por meio do emagrecimento, mas através do ganho de peso como uma proposta de deformação do seu corpo. Percebe-se que independente da aparência corporal, abaixo ou acima do peso, o desejo de modificar a imagem está presente.

A minha família é muito de bundão, coxão, então eu sempre escutava isso de todo mundo e eu não gostava disso (...). Quando passei por um abuso sexual, eu achava que era procurada pelo meu corpo, então eu comia, comia, comia, para tentar modificar o meu corpo, para eu não ser procurada (...). Eu fico com vontade de tirar o meu corpo inteiro (...). Era uma coisa que eu queria tirar de cima de mim. (Carol)

Entende-se que uma das características mais importantes dos transtornos alimentares é a insatisfação corporal. O sujeito se enxerga com a aparência indevida, inadequada, da mesma forma de quem sofreu abuso sexual. Assim, a vítima do abuso registra em seu corpo toda a experiência e, como o corpo faz lembrá-la do ocorrido, sente-se insatisfeita com a sua aparência. Essa insatisfação faz com que o sujeito busque mudanças corporais através do comportamento alimentar inadequado, podendo desencadear um transtorno alimentar.

3.4 Transtorno Alimentar

A relação das depoentes com os alimentos é bastante conflituosa. Para algumas, o alimento funciona como consolo. Para outras, é um tormento. Visto que as sensações deixadas pelo abuso sexual são altamente angustiantes, busca-se o equilíbrio de sentimentos como a culpa, a raiva e a impotência por meio do controle ou do descontrole da comida.

Eu (...) não comia carne porque (...) eu mordida a mão do meu agressor, aí eu me lembrava e não comia a carne (...). Quando eu lembro da carne me dá uma coisa ruim, eu não gosto. Dá angústia só de ver a carne (...). Eu acho que eu relacionava à cor da carne a cor dele. Ele era (...) muito branco. Então o esforço que ele fazia para me segurar e tudo, ele ficava muito vermelho. Era horrível a expressão dele, era muito horrível. Ele tinha muita bochecha, por isso que eu não gosto de ver muita carne, ele tinha muita barriga, ele tinha muito tudo. (Bruna)

Algumas depoentes, a exemplo de Bruna, fazem uma relação direta entre o ato de se alimentar e o abuso sexual. Bruna associa a textura e a aparência da carne vermelha à pele do abusador. Para Ana, o alimento é absorvido sem ser aceito, sem pedir permissão do que deve ou não entrar no organismo. A prova da invasão é exatamente o ganho de peso e o contorno corporal.

Diferente de Ana e Bruna, mas semelhantes entre si, Carol, Diana e Elisa tem uma relação compulsiva com o alimento. Percebem que comer dá a sensação de preenchimento, ou seja, existe um vazio interno e a comida serve para completar esse vazio. Por um período curto, isso resolve, mas quando há o esvaziamento do estômago, retornam a se sentir incompleta. O vazio deixado pelo abuso não será suprido pela comida e por isso as tentativas compulsivas se repetem frequentemente.

(Comer) me aliviava (...). É como se eu estivesse preenchendo alguma coisa dentro de mim (...). Até hoje quando estou angustiada, alguma coisa, se tiver qualquer coisa na minha frente, eu como. Se tiver um frango inteiro, eu como. (Elisa)

Como as palavras das depoentes não são ditas ou ouvidas pelos familiares, dão espaço para serem expostas de outra maneira. Como a boca se cala diante da situação, o corpo assume o estresse da experiência e fala por meio dos sintomas e da relação alimentar patológica. O abuso sexual é então atualizado e reelaborado em forma de transtorno alimentar (LOSADA; SABOYA, 2013). O alimento passa a fazer o papel de preencher o vazio existencial e também exerce a função de colocar para fora o que adoce por dentro. Com isso, torna-se comum as vítimas do abuso sexual utilizarem métodos punitivos como o vômito, o uso de laxantes ou automutilação.

O alimento me sufoca (...). Fechar a boca é a única coisa que eu consigo mudar, decidir, controlar (...). A comida ela vem muito carregada de estresse, de dor, de raiva, sentimento de culpa, de nojo e aí você joga fora para ver se livra disso. (Ana)

A prática purgativa característica dos transtornos alimentares não é apenas um esforço disfuncional para compensar o sofrimento psíquico deixado pelo abuso sexual, mas também para reelaborar o sentimento de abandono familiar. Assim, o

sujeito procura reduzir a sua dor e os sentimentos de raiva, abandono e pequenez desenvolvidos desde tenra idade por meio da preocupação exagerada com o peso e com o controle alimentar.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Alguns pontos foram fundamentais para a desestruturação da vítima de abuso sexual: a prática abusiva de forma repetitiva e duradoura, porém desacreditada ou banalizada pelas famílias; a imaturidade das crianças que faziam com que demorassem para identificar que o ato praticado pelo familiar era ilícito e não conseguiam encerrar o abuso por conta própria; e que qualquer prática erótica indevida, mesmo que não haja o ato sexual, acarreta marcas definitivas na vida da vítima e é suficiente para desenvolver grandes danos na autoestima e na autoimagem do sujeito.

O corpo abusado pode trazer como consequência o desencadeamento de um transtorno alimentar. Isto porque o corpo registra toda a experiência de vida e relaciona-se com o mundo de acordo com as sequelas dessas experiências. Portanto, características como baixa autoestima, efeitos autodestrutivos, insegurança, sensação de incapacidade, introspecção e inferioridade não devem ser minimizados ou vistos de forma branda. É importante a investigação dessas características por parte da família e da equipe de saúde.

Acreditamos ser interessante novos estudos com crianças e adolescentes vítimas do abuso sexual para entender a sua relação com o próprio corpo antes de desencadear qualquer transtorno alimentar.

REFERÊNCIAS

ALDEODATO, V. G.; CARVALHO, R. R.; SIQUEIRA, V. R.; SOUZA, F. G. M. S. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, n. 1, p. 108-113, 2005.

ALVES, S. R.; ALVES, S. B. M.; ARAÚJO, A. P. S. A importância do enfrentamento da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes pela equipe multiprofissional de saúde: revisão de literatura. **Uningá Review**. Paraná, v. 1, n. 14, p. 26-36, 2013.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; **Labirinto de espelhos**: formação da auto-estima na infância e na adolescência [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. 208 p. ISBN

CHEN, L. P.; MURAD, M. H.; PARAS, M. L.; COLBENSON, K. M.; SATTLER, A. L.; GORANSON, E. N.; ELAMIN, M. B.; SEIME, R. J.; SHINOZAKI, G.; PROKOP, L. J.; ZIRAKZADEH, A. Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. **Mayo Clinic Proceedings**. Rochester, v. 85, n.7, p. 618 – 629, 2010.

KERR-COORRÊA, F.; TARELHO, L. G.; CREPALADI, A. L.; CAMIZA, L. D.; VILLANASSI, R. Abuso sexual, transtornos mentais e doenças físicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, n. 27, v.5, p. 257-271, 2000.

LEAL, F. J. V.; MACÍAS, J. A. G.; GARCIA-HERRAIZ, M. A.; VINUESA, B. L.; BAUTISTA, M. M.;

- PERÁLVAREZ, M. B. Antecedentes de abusos sexuales en pacientes com bulimia nerviosa: su influencia en el estado clínico. **Actas Esp. Psiquiatría**. Badajoz, v.33, n.3, p. 135-139, 2005.
- LOSADA, A. V; SABOYA, D. Abuso sexual infantil, trastornos de la conducta alimentaria y su tratamiento. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, Argentina, v. 3, n.2, p. 102 – 134, 2013
- MAZAGATOS, B.; INGLES-BORDA, S.; LÓPEZ-PICADO, A. El cuerpo como objeto de deseo en obesos mórbidos com antecedentes de abuso sexual. **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría**, v. 35, n.126, p. 267-275, 2015.
- MEAD, G. H. **Espirity, Persona y Sociedad**. Buenos Aires: Paidós, 1999, 405 p.
- MERLEAU-PONTY, M. **A fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 2011, 672 p. (Obra originalmente publicada em 1945).
- MILLER, A. **O drama da criança bem dotada: como os pais podem formar (e deformar) a vida emocional dos filhos**. São Paulo: Summus, 1997, 109.
- MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F; GOMES, R. **Pesquisa Social – Teoria Método e Criatividade**. Ed. 22. Petrópolis: Vozes, 2016.
- MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS. Brasil registra mais de 77 mil denúncias de direitos da criança e do adolescente em 2016. **Ministério dos Direitos Humanos**, <http://www.sdh.gov.br/noticias/2017/fevereiro/bras>.
- MOREIRA, V.; CALLOU, V. Fenomenologia da solidão na depressão. **Mental**, Barbacena, v. 4, n. 7, p. 67-83, 2006.
- MOREIRA, V.; SLOAN, T. **Personalidade, Ideologia e Psicopatologia Crítica**. Paris, France: Fédition, 2017.
- NARVAZ, M., OLIVEIRA, L. L. A relação entre abuso sexual e transtornos alimentares: uma revisão. **R. Interam. Psicol.**, Porto Alegre, v. 43, n.1, p.22-29, 2009
- PARAVENTI, F.; CLAUDINO, A. M.; MORGAN, C. M.; MARI, J. J. Estudo de caso controle para avaliar o impacto do abuso sexual infantil nos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 38, n.6, p. 222-225, 2011.
- PFEIFFER, L.; SALVAGNI, E. P. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, p. 197-204, 2005.
- SCORTEGAGNA, S. A.; VILLEMOR-AMARAL, A. E. Autopercepção no Rorschach de vítimas de abuso sexual infantil. **PSICO**. Porto Alegre, v. 40, n.3, p. 328-336, 2009.
- TURATO, E. B. Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa - definição e principais características. **Revista Portuguesa de Psicossomática**. Porto, v. 2, n.1, p. 93-108, 2000.
- VECINA, T. C. C.; FERRARI, D. C. A. **O fim do silêncio familiar: teoria e prática**. São Paulo: Summus editorial, 2002, 338 p.
- WINNICOTT, D. W. **Tudo Começa em Casa**. 5ª edição. Tradução de Paulo Sandler. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011, p. 304
- WONDERLICH, S. A., WILSNACK, R. W., WILSNACK, S. C., HARRIS, T. Childhood sexual abuse and bulimic behavior in a nationally representative sample. **American Journal of Public Health**, v. 86, n. 8, p. 1082-1086, 1996.

SOBRE O ORGANIZADOR

BENEDITO RODRIGUES DA SILVA NETO Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade do Estado de Mato Grosso (2005), com especialização na modalidade médica em Análises Clínicas e Microbiologia. Em 2006 se especializou em Educação no Instituto Araguaia de Pós graduação Pesquisa e Extensão. Obteve seu Mestrado em Biologia Celular e Molecular pelo Instituto de Ciências Biológicas (2009) e o Doutorado em Medicina Tropical e Saúde Pública pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (2013) da Universidade Federal de Goiás. Pós-Doutorado em Genética Molecular com concentração em Proteômica e Bioinformática. Também possui seu segundo Pós doutoramento pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Aplicadas a Produtos para a Saúde da Universidade Estadual de Goiás (2015), trabalhando com Análise Global da Genômica Funcional e aperfeiçoamento no Institute of Transfusion Medicine at the Hospital Universitätsklinikum Essen, Germany. Palestrante internacional nas áreas de inovações em saúde com experiência nas áreas de Microbiologia, Micologia Médica, Biotecnologia aplicada a Genômica, Engenharia Genética e Proteômica, Bioinformática Funcional, Biologia Molecular, Genética de microrganismos. É Sócio fundador da “Sociedade Brasileira de Ciências aplicadas à Saúde” (SBCSaúde) onde exerce o cargo de Diretor Executivo, e idealizador do projeto “Congresso Nacional Multidisciplinar da Saúde” (CoNMSaúde) realizado anualmente no centro-oeste do país. Atua como Pesquisador consultor da Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado de Goiás - FAPEG. Coordenador do curso de Especialização em Medicina Genômica e do curso de Biotecnologia e Inovações em Saúde no Instituto Nacional de Cursos. Como pesquisador, ligado ao Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás (IPTSP-UFG), o autor tem se dedicado à medicina tropical desenvolvendo estudos na área da micologia médica com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-398-9



9 788572 473989