

A PSICOLOGIA FRENTE AO **CONTEXTO CONTEMPORÂNEO 3**

Rosane Castilho
(Organizadora)



Rosane Castilho
(Organizadora)

A Psicologia frente ao Contexto Contemporâneo 3

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)	
P974	A psicologia frente ao contexto contemporâneo 3 [recurso eletrônico] / Organizadora Rosane Castilho. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (A Psicologia Frente ao Contexto Contemporâneo; v. 3) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-495-5 DOI 10.22533/at.ed.955192407 1. Psicologia. 2. Psicologia e sociedade. 3. Pessoas – Aspectos sociais. I. Castilho, Rosane. II. Série. CDD 150
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

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

Atena
Editora

Ano 2019

APRESENTAÇÃO

Este livro é produto de um trabalho coletivo: por um lado, o esforço de uma editora, revelado pelo firme propósito de disseminar o conhecimento produzido em diferentes níveis acadêmicos, viabilizando a socialização de saberes produzidos em distintas instituições de ensino superior, em diversos estados do país. Por outro, o esforço de estudantes, docentes e pesquisadores dedicados ao ofício do trabalho acadêmico, pela via da apresentação sistematizada de iniciativas no campo da investigação científica e que encontraram, nessa obra, um caminho para a sua divulgação.

Nas páginas que seguem, os leitores encontrarão as sínteses reveladoras das trajetórias de pesquisa, tanto a partir de aproximações iniciais e embrionárias, quanto propostas um tanto mais amadurecidas pelo labor persistente no que concerne ao objeto investigado. Neste sentido, os trabalhos se encontram contidos em dois distintos blocos: O primeiro, intitulado *'Políticas públicas e atuação profissional'*, reúne dez trabalhos que tratam de temas como prevenção, preconceito, estigma, inclusão e reabilitação psicossocial de sujeitos em situação de vulnerabilidade, além de pesquisas com coletivos marcados por uma singularidade em suas experiências de cunho pessoal, profissional ou religioso. Os temas se apresentam, aqui, como recursos a fim de suprir uma demanda cada vez mais intensa por reflexão e atuação política, no sentido filosófico do termo. O segundo bloco, intitulado *'Temas emergentes'*, reúne quatro trabalhos que exploram os saberes da Neurociência, da Psicologia Social, da Psicanálise, da Filosofia e do Marketing, no que concerne a perspectivas associadas à motivação, ao desejo de saber e às práticas cotidianas como o uso das redes sociais.

Nesse diapasão, o que se espera com essa obra, que contempla temas tão singulares e aparentemente distintos entre si, é divulgar trabalhos envolvendo a Psicologia como campo de conhecimento científico que, ancorada em distintos saberes, viabiliza a ampliação do espectro de compreensão acerca de aspectos da realidade contemporânea que convocam o olhar atento e curioso daqueles que desejam ir além das formulações do senso comum.

Se a construção do conhecimento demanda trabalho árduo e dedicação, há que se valorizar os esforços de todos os que, em diferentes estágios da vida acadêmica, desejam embrenhar-se na seara da pesquisa científica. Se humildade, compromisso e persistência são virtudes fundamentais no labor da investigação sistemática, deve haver, ainda, um espaço respeitoso dedicado aos jovens que se propõem a contribuir e, com isso, aprender e desenvolver seus potenciais, ainda que incipientes. Lembrar-se de que todo importante pesquisador precisou trilhar caminhos incertos até alcançar a excelência pode ser um importante antídoto contra a soberba. E lutar contra a soberba, pela via do respeito e do compromisso com o conhecimento e com os sujeitos, é tarefa para os grandes em coragem e em espírito.

Boa leitura!

Rosane Castilho

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
AS CONTRIBUIÇÕES DO SOCIOPSIKODRAMA PARA A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA	
Jéssica Gomes May Amanda Castro	
DOI 10.22533/at.ed.9551924071	
CAPÍTULO 2	13
PREVENÇÃO AO SUICÍDIO: A IMPORTÂNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E DA PSICOLOGIA NA PROTEÇÃO AO DIREITO À SAÚDE	
Sofia Muniz Alves Gracioli Lívia Pelli Palumbo	
DOI 10.22533/at.ed.9551924072	
CAPÍTULO 3	26
ASPECTOS AFETIVOS E COMPORTAMENTAIS DO PORTADOR DE HANSENÍASE FRENTE AO ESTIGMA E PRECONCEITO	
Aldalea Oliveira de Souza Maria das Graças Teles Martins	
DOI 10.22533/at.ed.9551924073	
CAPÍTULO 4	35
CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE DAS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	
Marjane Bernardy Souza Maria Fernanda Silva da Silva Natasha Figueiró de Souza Renata Nunes Tavares Joice Laine de Carvalho Bruna Marcante Brana Rivas Clíssia Natani Machado Costa	
DOI 10.22533/at.ed.9551924074	
CAPÍTULO 5	52
SEXUALIDADE E GÊNERO: ESTUDO COM MULHERES AGRICULTORAS NUM AMBULATÓRIO REGIONAL DE DST/HIV/AIDS	
Sirlei Favero Cetolin Eloísa Bido Caroline Estéfani Zanin Simone Kelly Cetolin Wackerhagen Ana Paula de Oliveira Jorge Fernando Soares	
DOI 10.22533/at.ed.9551924075	
CAPÍTULO 6	64
TABAGISMO: UMA AVALIAÇÃO DE PERFIL DO FUMANTE NOS MUNICÍPIOS DE SERRA DOS AIMORÉS E NANUQUE/MG	
Bella Sophia Krull de Andrade Bruna Mota Zandim	
DOI 10.22533/at.ed.9551924076	

CAPÍTULO 7	83
DEPRESSÃO E SAÚDE MENTAL EM LÍDERES PENTECOSTAIS	
Rafael Zaneripe de Souza Nunes Rosimeri Vieira da Cruz de Souza Amanda Castro	
DOI 10.22533/at.ed.9551924077	
CAPÍTULO 8	94
MÃES NA CONTEMPORANEIDADE: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PAPEL MATERNO	
Jadne Meder Estrela Maiara da Silva Machado Amanda Castro	
DOI 10.22533/at.ed.9551924078	
CAPÍTULO 9	103
ESCOLA ESPECIAL E INCLUSÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE EM PSICOLOGIA	
Jaciera Fabich Righi Natália Michelena da Silva Pâmela Staggemeier Rossato Marcele Pereira da Rosa Zucolotto	
DOI 10.22533/at.ed.9551924079	
CAPÍTULO 10	114
ATUAÇÃO DOS PSICÓLOGOS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	
Fabiana Regina da Silva Grossi Maria Paula Miranda Chaim Olívia Rodrigues da Cunha	
DOI 10.22533/at.ed.95519240710	
CAPÍTULO 11	126
AS REDES SOCIAIS E OS ADOLESCENTES: UM ESTUDO A PARTIR DOS PRESSUPOSTOS DA PSICOLOGIA SOCIAL	
Gilberto Gregório Santos Almeida Renata Piovan Cardozo Dias Rafaela Jacobowsky Gabriela Vieira Nascimento Edinayra Araujo Santos George Moraes De Luiz	
DOI 10.22533/at.ed.95519240711	
CAPÍTULO 12	138
NEUROCIÊNCIA EM AÇÃO: DA UNIVERSIDADE AO ENSINO FUNDAMENTAL	
Luiz Fabrizio Stoppiglia Ana Julia Candida Ferreira Izadora Mendonça de Melo Rafael Bená de Araújo Raphael Christian Brandão de Souza	
DOI 10.22533/at.ed.95519240712	

CAPÍTULO 13	146
DO DESEJO AO SABER: ELEMENTOS PARA TRANSPOR O CONCEITO DE TRANSFERÊNCIA EM PSICANÁLISE PARA A PRÁTICA DO ENSINO, TOMANDO-SE POR BASE O PAR SÓCRATES-ALCIBÍADES	
Débora dos Santos Silva	
Erica Lourenço dos Santos Gonçalves	
Ernania Maria Oliveira	
DOI 10.22533/at.ed.95519240713	
CAPÍTULO 14	156
O ENDOMARKETING E A PSICOLOGIA COMO INSTRUMENTOS DE MOTIVAÇÃO DO PÚBLICO INTERNO: UMA INOVAÇÃO NECESSÁRIA	
Leonardo Batista Glória	
DOI 10.22533/at.ed.95519240714	
SOBRE A ORGANIZADORA	167
ÍNDICE REMISSIVO	168

AS CONTRIBUIÇÕES DO SOCIOPSIKODRAMA PARA A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Jéssica Gomes May

Psicóloga -Universidade do Extremo Sul
Catarinense

Amanda Castro

Doutora em Psicologia – Universidade Federal de
Santa Catarina

Professora do Departamento de Psicologia –
Universidade do Extremo Sul Catarinense

Professora da formação de Psicodrama – Viver
Psicologia: Psicodrama

RESUMO: Esta pesquisa teve como foco a reabilitação psicossocial de pessoas em situação de dependência química, usuárias do Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPS II AD. Os objetivos foram trabalhados através de grupos focais, em oito encontros, formados por quatro integrantes do sexo masculino, com idades entre 37 e 46 anos, visando fatores coletivos e compartilhando as questões entre os participantes, através do Sociopsicodrama, que representa um instrumento importante na intervenção social. Tratou-se de uma pesquisa-ação, de caráter descritivo e exploratório, sendo realizada em seguida a análise de conteúdo. Dentre os resultados obtidos é possível destacar: a) que resgatar lembranças e vivenciar momentos da infância na realidade suplementar, propiciou reinternalizar aspectos do cluster 1 (materno); b)

o sociopsicodrama pode contribuir despertando a criatividade e a espontaneidade do indivíduo em situação de dependência química, podendo descrystalizar as máscaras que o impedem de enxergar novas possibilidades de atuação ativa e comprometida em sua vida; c) a técnica de projeção para o futuro permitiu estimular contatos mais adequados com o outro e com a realidade, construindo relações mais satisfatórias, considerando livre arbítrio e responsabilidade; d) O sociopsicodrama permite a construção de um novo papel, o “eu do futuro”.

PALAVRAS-CHAVE: CAPS, dependência química, sociodrama.

ABSTRACT: This research focused on the psychosocial rehabilitation of people in situations of chemical dependence, users of the Center for Psychosocial Care for Alcohol and Other Drugs - CAPS II AD. The objectives were worked through focus groups, in eight meetings, formed by four male members, aged between 37 and 46 years, aiming at collective factors and sharing the issues among the participants, through the Sociopsicodrama, which represents an important instrument in the social intervention. It was an action research, of descriptive and exploratory character, and then the content analysis was carried out. Among the obtained results it is possible to

highlight: a) that to rescue memories and to experience moments of childhood in the supplementary reality, propitiated to reinternalize aspects of cluster 1 (maternal); b) the sociopsicodrama can contribute by awakening the creativity and spontaneity of the individual in a situation of chemical dependence, being able to decrystalize the masks that prevent him from seeing new possibilities of active and committed action in his life; c) the projection technique for the future allowed us to stimulate more adequate contacts with the other and reality, building more satisfactory relations, considering free will and responsibility; d) The sociopsicodrama allows the construction of a new role, the “I of the future”.

KEYWORDS: CAPS, chemical dependence, sociodrama.

INTRODUÇÃO

As reflexões propostas por esta pesquisa se referem ao papel do psicólogo no contexto da dependência química, sendo realizada com usuários do Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPS II AD. Segundo Dalgarrondo (2000), a dependência de drogas é a interação entre um organismo vivo e uma droga psicoativa, considerando que droga psicoativa é toda e qualquer substância química que modifica funções do Sistema Nervoso Central, causando efeitos psíquicos e comportamentais.

O Relatório Brasileiro sobre Drogas (2009) informa que, no ano de 2007, 138.585 internações foram efetivadas, cujo diagnóstico principal foi algum transtorno mental e comportamental causado pelo uso de drogas. Diante da relevância social, considerando o indivíduo com sua subjetividade e como um sujeito pertencente à sociedade, se faz necessário o enfoque da relação deste sujeito com a dependência química.

Os dependentes químicos e seus familiares, segundo Kellermann e Hudgins (2010), acabam sofrendo algum tipo de dano psicológico devido ao uso da substância tóxica, e por este motivo o método sociopsicodramático pode ajudar o dependente químico a adquirir controle e domínio sobre a sua vida, além de viver experiências que proporcionem reparações de papéis e padrões de relacionamentos. Para Morin e Hadler (2013), o sociopsicodrama é a ação dramática trabalhada em grupo que visa trabalhar aspectos sociais, desenvolvendo a espontaneidade e a criatividade enfraquecidas em cada indivíduo que busca o apoio para a reabilitação psicossocial.

O desenvolvimento de potencialidades do indivíduo e do grupo para possibilitar o amadurecimento e a conquista da autonomia são objetivos em comum entre o psicólogo social e o sociopsicodramatista. Além disso, ambos profissionais visam trabalhar conteúdos dinâmicos e sociais que proporcionem a transformação e a continuidade social. Quanto à postura do profissional inserido no grupo, para o sociopsicodrama e a psicologia social, o facilitador deve auxiliar o grupo encontrar maneiras de concretizar seus objetivos (PEREIRA; DIOGO, 2009).

Nesse sentido, tendo em vista a relevância do sociopsicodrama para compreensão e intervenção sobre o fenômeno da dependência química, a presente pesquisa teve por objetivo investigar, quais as contribuições do Sociopsicodrama para a reabilitação psicossocial de pessoas em situação de dependência química?

METODOLOGIA

Quanto ao tipo de pesquisa, tratou-se de uma pesquisa-ação. A amostra foi composta por um grupo de quatro usuários do Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas - CAPS II AD, do sexo masculino, com idades entre 37 e 46 anos, residentes em Criciúma ou região. A população e o número de participantes foram definidos a partir da técnica de pesquisa e avaliação qualitativa, o grupo focal, sendo realizados oito encontros.

A coleta de dados desta pesquisa foi realizada a partir dos cinco instrumentos do sociopsicodrama. São estes: cenário, protagonista, público, diretor e ego-auxiliar. As sessões seguiram um plano de aquecimento para o surgimento do tema protagônico.

Após a realização dos encontros, os dados foram transcritos para a realização a análise de conteúdo. A análise de conteúdo, segundo Minayo (2008), apesar de ser a expressão mais utilizada para tratar dados de uma pesquisa qualitativa, trata-se mais do que um procedimento técnico, fazendo parte historicamente da teoria e da prática nas investigações sociais.

Os preceitos éticos que regem as pesquisas com seres humanos foram respeitados, em especial as resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e nº 510/2016 (BRASIL, 2012; 2016). Para referência aos participantes nomes fictícios foram escolhidos visando o sigilo dos dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O primeiro encontro foi realizado no dia 14/08/2017, buscando desenvolver intervenções que focassem em fatores coletivos através da aplicabilidade do Sociopsicodrama. Segundo Morin e Hadler (2013), o sociopsicodrama desloca o processo terapêutico do âmbito individual para o grupal, fazendo com que o sujeito seja o grupo e tornando cada integrante do grupo, agente terapêutico um do outro. Compareceram ao encontro três participantes: Paulo, Roberto e André.

Segundo Cukier (1992), o aquecimento inespecífico - podendo ser verbal ou em movimento - é uma ferramenta valiosa e tem como objetivo proporcionar ao paciente o contato consigo mesmo. Inicialmente foi realizado o aquecimento inespecífico através da utilização de iniciadores corporais e auditivos, onde a pesquisadora conduziu os participantes a caminharem pela sala movimentando partes do corpo no ritmo da música, para auxiliar na autopercepção corporal. Iniciadores são “estimulações

internas ou externas ao indivíduo, voluntárias ou involuntárias, físicas ou mentais, [...] de forma a sensibilizá-lo e introduzi-lo no desempenho espontâneo e criativo dos papéis na dramatização pretendida” (ALMEIDA, 1998, p. 27). O grupo interagiu entre si e também com a pesquisadora, realizando o aquecimento de maneira dinâmica e descontraída.

Em seguida, foi solicitado que cada participante escolhesse um personagem com o qual se identificasse, refletindo sobre as características e papéis desempenhados por este personagem. Segundo Monteiro (1998), o aquecimento específico está ligado à realidade vivida ou dramatizada pelo protagonista, preparando-o para a ação dramática. Ao certificar-se que todos os participantes haviam escolhido seus personagens, a pesquisadora solicitou que, em duplas, cada um se apresentasse ao colega como se fosse o personagem escolhido.

A dramatização é a ação dramática, ou seja, é a etapa em que o protagonista já está aquecido e começa a representar seu conflito no contexto dramático (MONTEIRO, 1998). Após a apresentação de cada personagem à sua dupla, a pesquisadora solicitou a cada participante que se apresentasse ao grupo como personagem escolhido.

Deste modo, a pesquisadora solicitou ao grupo que elegeesse um dos personagens para que fosse melhor trabalhado através da dramatização. O personagem eleito pelo grupo como protagonista foi o de Roberto: Alexandre Pires.

A partir da fala do personagem sobre a saudade que sente do início da sua carreira como cantor, foi identificada a época em que Roberto tocava na igreja e se sentia mais feliz do que se sente hoje. Foi solicitado ao participante que citasse alguém daquela época que representasse o apoio e felicidade descrita por ele, e deste modo foi identificada a cena a ser trabalhada. Roberto selecionou André como ego-auxiliar, para representar sua avó já falecida que teve grande influência na sua história.

Roberto apresentou-se no papel da avó, relatando sua percepção em relação ao neto e conselhos que costumava lhe dar. A psicóloga, explorou sentimentos de Roberto e suas frustrações pessoais em relação às expectativas da avó não alcançadas por ele. Ao ser questionado sobre algo que gostaria de falar à avó, Roberto relatou que sente saudade de seus conselhos e do apoio que dava a ele. Paulo, que estava observando como público, solicitou que entrasse na cena como ego-auxiliar, e no papel da avó, incentivou Roberto a continuar buscando o melhor para si e lutar pelo que deseja apesar das dificuldades, como ela sempre fez. No final da cena, Roberto despediu-se da avó com um abraço, e agradeceu por tudo que ela fez por ele.

Na fase do compartilhar todos os integrantes do grupo relataram identificação com a história de Roberto, afirmando ter alguém que influenciou positivamente na formação de sua identidade, destacando-se a fala de Paulo que definiu sua avó como um alicerce em sua vida.

O segundo encontro foi realizado no dia 21/08/2017, buscando caracterização do papel de criança e a vivência neste papel. Compareceram ao encontro os participantes: Paulo, André, Roberto e Fernando. Inicialmente foi realizado o aquecimento inespecífico

através da utilização de jogos dramáticos com resgate de brincadeiras da infância. Para Monteiro (1994), o jogo no início do grupo psicoterapêutico tem a finalidade de criar vínculos e introduzir os indivíduos à linguagem dramática de uma maneira mais branda. Foi utilizado o jogo da “batata quente”, que consiste em passar uma bola entre as mãos dos participantes até que o som termine e a bola tenha que parar em um dos integrantes.

Para o aquecimento específico, a pesquisadora disponibilizou aos participantes diversos brinquedos no centro do grupo, e solicitou que escolhessem um ou mais brinquedos que consideram significativos para a representação de sua infância. Segundo Monteiro (1994), a essência do jogo está na capacidade de espontaneidade, permitindo ao homem recriar e descobrir novas possibilidades de atuação através da imaginação.

No primeiro momento da dramatização, pesquisadora solicitou ao grupo que, em duplas, cada participante relatasse ao colega o motivo pelo qual escolheu o brinquedo e suas memórias, apresentando sua infância por meio do brinquedo. Em seguida, foi solicitado a cada participante que escolhesse uma palavra ou frase para simbolizar a experiência e traduzir seus sentimentos ao relembrar a infância: André e Fernando escolheram a saudade; Paulo, a tristeza; e Roberto definiu como poucas oportunidades e realizações. A diretora orientou os participantes a criar uma imagem corporal que represente o sentimento descrito por eles. Entre as imagens dos participantes, destacou-se a de Paulo, que optou por continuar sentado na cadeira, triste, e ao ser entrevistado, relatou que gostaria de ter aproveitado mais a infância, referindo: “Foram poucos momentos bons, porque mesmo quando tinha a liberdade para brincar, ficava com o pensamento lá em casa, porque já tinha aquele compromisso desde criança”. Esse relato pode estar relacionado com o uso posterior de substâncias químicas, pois de acordo com Kellermann e Hudgins (2010, p. 111), “as pessoas que padecem de dor emocional e psicológica e não tem recursos interiores e sistemas de apoio para tolerá-la tendem a buscar soluções químicas”. A diretora questionou o grupo sobre o que poderiam fazer por Paulo, e eles o chamaram para brincar. A partir da necessidade em comum a todos os participantes, foi estabelecida uma cena em que todos os membros do grupo saíram de sua imagem inicial e foram brincar com o que gostariam. Todos os membros do grupo, ao observarem a cena, demonstraram satisfação com a interação através do jogo, e Roberto referiu: “Esse é um momento único”.

Neste encontro foram utilizados jogos dramáticos para entrar na realidade suplementar, para proporcionar aos participantes a ressignificação de algumas cenas da infância. Quanto à capacidade de ressignificação das cenas no sociopsicodrama, Monteiro (1998) afirma que “o aparecimento de uma atuação espontânea e criativa proporciona a substituição de respostas prontas estereotipadas por respostas novas, diferentes e livres da conserva cultural, o que permite descobertas de novas formas de se lidar com uma mesma situação” (MONTEIRO, 1998, p. 166).

Para finalizar o encontro, na etapa do compartilhar cada participante relatou a

experiência de resgatar lembranças e vivenciar momentos da infância na realidade suplementar, da maneira que gostariam de ter vivido. Entre as falas dos membros do grupo, Paulo destacou que: “A gente voltou no passado e aprendeu que não pode guardar só o que foi de ruim né [...], não posso esquecer dos momentos bons, porque dava prazer”.

O terceiro encontro foi realizado no dia 28/08/2017. Segundo Kellermann e Hudgins (2010, p. 123), “o abuso de drogas diminui a capacidade da família de proporcionar aos seus membros um ambiente sadio em que possam ter lugar a vinculação, o crescimento e o desenvolvimento. Os traumas relacionais tendem a se transmitir de geração em geração”. Deste modo, se fez necessário trabalhar a relação familiar dos participantes, buscando a identificação dos papéis desempenhados e seus papéis complementares. Compareceram ao encontro os participantes: Paulo, André, Roberto e Fernando.

Inicialmente foi realizado o aquecimento inespecífico através da utilização de iniciadores corporais e auditivos, estimulando os participantes a perceberem o próprio corpo com os olhos fechados, conduzidos pela melodia utilizada para despertar sentimentos e pela palavra da diretora ao dar as consignas. Para o aquecimento específico, através da técnica do psicodrama interno, a diretora conduziu o grupo através de consignas a imaginar um álbum de fotografias com pessoas que cada participante considera da sua família. Para Cukier (1992), no psicodrama interno, a dramatização possui a ação simbólica, pois o indivíduo visualiza e vivencia, porém não a coloca em prática, tendo como objetivo auxiliá-lo a elaborar seus conflitos através de imagens, sensações e associações internas.

A diretora conduziu os participantes a elegerem entre as fotos do seu álbum, a que considerassem a mais significativa para representar o que é família, observando cada detalhe desta foto real ou imaginária. Em seguida, foi entregue à cada participante uma folha A4, lápis e borracha para que transferissem para o papel a foto imaginada durante a aplicação da técnica.

Após a apresentação dos desenhos elaborados a partir da fotografia mental da família, foi realizada a formação de escultura cênica com a imagem da família. Deste modo, se fez necessário proporcionar aos participantes a oportunidade de dialogar com os membros de sua família, relembando os pensamentos e emoções em torno da foto, além de explorar suas relações, identificação dos papéis desempenhados e seus papéis complementares. Para Kellermann e Hudgins (2010), pelo fato de conviverem com dependentes químicos, outras pessoas também sofrem de profundas dores emocionais e psicológicas, como familiares e amigos próximos, e são ainda que indiretamente, traumatizadas pela experiência.

André relatou que está separado da esposa, e em cena, ela e os filhos pediram ao pai que façam mais passeios como aquele da foto, pois sentem saudade de estarem juntos, e o protagonista referiu: “eu estou me esforçando, fazendo o tratamento direitinho [...] e a gente vai voltar como era antes, é só uma questão de tempo”. Entre

as falas de Paulo, emocionado durante a cena realizada a partir da escultura cênica, destacou-se: “eu to sentindo o que eu senti naquele dia [...] eu queria te pedir perdão mãe, por tudo que eu fiz a senhora sofrer nessa vida [...] como a senhora sabe, seu filho tá mudando e espero melhorar mais ainda”.

Para finalizar o encontro, na etapa do compartilhar cada participante relatou a experiência de resgatar lembranças e vivenciá-las na realidade suplementar, além da oportunidade de ressignificação de algumas cenas com a família. Segundo Almeida (2010, p. 93), “no sociodrama, o protagonista se apresenta no seu conceito original, aquele que representa a experiência coletiva, sendo a extensão emocional e dramática dos muitos egos participantes”. Os participantes referiram emoção ao voltar e revivenciar momentos marcantes de suas vidas, destacando-se as falas de Fernando, que afirmou “Foi bom lembrar o passado, comparar o que eu era com o que eu sou hoje”, e de Paulo “Foi fundamental essa lembrança [...] que é uma expressão vai ficar gravada na minha memória por muito tempo, das duas fotos”.

O quarto encontro foi realizado no dia 04/09/2017, buscando a identificação dos papéis complementares que envolvem a relação de amizade. Compareceram ao encontro os participantes: Paulo, André e Roberto. Inicialmente foi realizado o aquecimento inespecífico através da utilização de iniciadores corporais (alongamentos e percepção corporal) e auditivos (melodia e voz da diretora). Em um primeiro momento, foi realizado o aquecimento específico através da utilização consignas que proporcionassem os participantes, com os olhos fechados, a reflexão sobre os papéis que desempenham em relação as suas amizades e quem são como amigos. Em seguida, foram espalhadas no centro do grupo, vinte imagens de animais, entre os quais os participantes identificaram que tipo de amigos são, que tipo gostariam de ser.

No primeiro momento da dramatização, pesquisadora solicitou que cada participante se apresentasse ao grupo por meio do animal escolhido, destacando as características que o fizeram se identificar nos papéis complementares que envolvem a relação de amizade.

Percebeu-se que todos os integrantes expressaram as características dos animais relacionadas a defesa e a desconfiança, apresentando o elefante que se defende com os chifres e a tromba, a cobra que pica e o cachorro que morde quando se sentem ameaçados. Da mesma maneira cada membro identificou a maneira de se defender quando se sente ameaçado ou traído em suas relações de amizade.

A partir do questionamento da diretora sobre a relação do papel de amigo com a situação da dependência química, Roberto, que foi traficante de drogas, afirmou que: “a cobra, no mundo que eu vivi e nas coisas que eu pratiquei, eu tinha que ficar sempre esperto [...], então fui me identificando mais com a cobra, e a cobra quando levanta a cabeça, sai de perto”. Desse modo é possível perceber que o grupo parece se identificar a partir do cluster 3 na perspectiva da competição. Os *clusters* ou agrupamento de papéis se constituem por dinâmicas nas relações do sujeito com aquele que ocupa o lugar da mãe (cluster 1), do pai (cluster 2) ou do irmão (cluster 3),

e que proporcionarão o aprendizado da dependência, da autonomia e da fraternidade/rivalidade, respectivamente (BUSTOS, 2006). Essas dinâmicas constituirão a base psicológica para todos os desempenhos de papéis, incluindo o papel de pessoa em situação de dependência química.

Foi solicitado aos participantes que citassem palavras relevantes para descrever e recapitular o que surgiu no decorrer deste grupo, e de maneira aleatória, os membros do grupo destacaram: atitude, doação, sinceridade, dedicação ao próximo, defesas, carinho, formas de agir, desconfiança, visão, determinação. Para finalizar o encontro, foi solicitado ao grupo que criassem uma imagem grupal que simbolizasse todas as palavras citadas anteriormente. Segundo Cukier (1992, p. 68), a imagem cênica “é um recurso valioso para se buscar uma síntese dos conteúdos abordados em determinadas sessões”.

O grupo optou por um abraço coletivo, envolvendo todos os participantes. Em seguida, um membro de cada vez saiu da cena, deixando o ego-auxiliar em seu lugar, e bateu uma fotografia mental para registrar o momento. Desse modo, os participantes saíram da rivalidade e partiram para a cooperação no cluster 3, viabilizando a constituição de um grupo de apoio emocional.

Para finalizar o encontro, na etapa do compartilhar cada participante relatou a experiência vivenciada no decorrer do grupo, e todos destacaram a importância do momento que criaram a imagem grupal, descrevendo o abraço como a melhor maneira de representar a amizade, diminuir as distâncias e se unirem apesar das diferenças.

O quinto encontro foi realizado no dia 11/09/2017, buscando treinamento do papel profissional de acordo com os projetos dramáticos. De acordo com Nery e Costa (2009, p. 259), “projeto dramático seriam os critérios de escolhas que abrangem o teste sociométrico, a cena a ser dramatizada em um Psicodrama e o objetivo relacional de qualquer vínculo na vida”. Compareceram ao encontro os participantes: André, Roberto e Fernando.

Na etapa do compartilhar cada participante relatou a experiência vivenciada no decorrer do grupo, para o treinamento do papel profissional a partir da projeção para o futuro. Conforme Rigotto e Gomes (2002) são aspectos que auxiliam na reabilitação psicossocial da pessoa com dependência química: determinação por mudança, apoio e estrutura familiar, grupos de apoio emocional, mudanças de ambiente, novas redes de relações interpessoais e clareza de planos para o futuro.

De modo geral, os participantes relataram ter sido uma boa experiência, por proporcionar a oportunidade de discutir possibilidades profissionais, trocar informações a respeito de seus planos, e conseqüentemente visualizar através da técnica a concretização de seus projetos futuros. Percebeu-se que Fernando, ao falar sobre sua profissão, mudou seu semblante, demonstrando-se alegre ao se imaginar trabalhando na área de logística e com a faculdade concluída.

O sexto encontro foi realizado no dia 18/09/2017, buscando a clarificação dos papéis e suas atribuições, além de possibilidades de reflexão acerca dos projetos

futuros. Este foi analisado em artigo anterior.

O sétimo encontro foi realizado no dia 25/09/2017. Inicialmente foi solicitado aos participantes que alongassem o corpo, massageando as zonas de tensão e respirando profundamente para auxiliar no relaxamento, sendo utilizados iniciadores cinestésicos (corporais) e auditivos (a voz da diretora). De acordo com Almeida (1998), as sensações corporais são também chamadas de estados cinestésicos, e através do tato, é fonte de inspiração e capaz de mobilizar sentimentos e despertar emoções. É importante ressaltar que o tato está presente em toda a superfície corporal, sendo capaz de auxiliar os demais sentidos (ALMEIDA, 1998).

Com os olhos fechados, os participantes foram conduzidos a identificarem as máscaras que utilizam para esconder seus sentimentos ou quem são verdadeiramente, impedindo-os de terem qualidade de vida. Para dar início à dramatização, a pesquisadora disponibilizou a cada participante uma folha A4, lápis e borracha para que transferissem para o papel a máscara utilizada para seu convívio social, ou seja, “o que eu pareço ser”. Em seguida, foi solicitado aos participantes que, ao virar a folha, utilizassem de palavras ou desenhos que descrevessem o que tem por detrás desta máscara, revelando assim o sentimento escondido e identificando suas conservas culturais. Durante a realização dos desenhos, havia melodia de relaxamento como som ambiente, utilizada para sensibilizar os participantes ao desempenho espontâneo e criativo da atividade pretendida (ALMEIDA, 1998).

Todos os membros do grupo optaram por desenhar a máscara, e no verso da folha escrever sobre o que há por detrás desta máscara. André referiu ser alegre com a família e com os amigos, tanto no que aparenta ser quanto o que é na realidade. Apesar da dificuldade do participante em olhar para dentro de si e reconhecer alguns aspectos que facilitariam o andamento do processo psicoterápico, percebeu-se que ao longo das sessões, André evoluiu quanto ao vínculo com o grupo, interagindo com os outros participantes, e algumas vezes se dispondo a ser o primeiro a falar. Percebeu-se a ampliação da tele do participante no decorrer dos encontros, pois segundo Monteiro (1998), a tele é a capacidade do indivíduo de perceber o que ocorre nas situações e entre as pessoas, influenciando também as relações pelo fato da comunicação ocorrer a partir do que o indivíduo é capaz de perceber.

Fernando desenhou a máscara da felicidade de como era antes da dependência química, referindo que busca resgatar essa época que era feliz e não sabia. Bustos (2006), destaca que “o terror pelo vazio é o centro, é preciso evitá-lo a qualquer preço: enchendo-me [...], ou de cigarros. Ou de álcool, ou de drogas. A dependência é máxima: “se o outro descobre o jogo, caio no vazio”. Ao ser questionado sobre o medo de receber críticas, o participante referiu “eu fico frustrado recebendo crítica sabe, acho que eu quero que passem a mão na minha cabeça (FERNANDO, 44 anos).

Percebeu-se que a máscara oferece ganhos a Fernando, deixando-o na zona de conforto e permanecendo estagnado, inclusive em suas relações. Fernando apresentou-se reflexivo, relacionando o que foi trabalhado na sessão anterior com esta

máscara que o remete novamente a quem era no passado. De acordo com Kellermann e Hudgins (2010, p. 131), “o psicodrama pode facilitar cada passo do processo de recuperação pois os protagonistas choram as perdas do passado e desenvolvem novos comportamentos e atitudes, integrando e reorganizando a própria vida”.

Paulo desenhou a máscara como um balão da alegria, referindo que as cores representam felicidade, harmonia, paz e amor, e afirmou: “É a máscara que eu uso para transmitir para as pessoas, mas que na verdade é mentira né. Na verdade, tem tristeza, medo, compromisso exagerado, discórdia, sofrimento, aflição e por fim superação”. Paulo relatou que um tempo atrás era mais alegre, e afirmou que “tudo era festa, eu não tinha a responsabilidade que eu tenho hoje [...], eu não quero mais voltar a ser aquela pessoa, mas eu quero ter meus momentos de alegria. É onde eu ponho essa máscara para ter esses momentos”.

Percebeu-se que Paulo utiliza a máscara como uma meta, por mais que muitas vezes esconda algo, é como ele gostaria de ser, e afirmou “Eu quero chegar um dia, estar em tal lugar e esquecer do mundo [...], e viver aquele momento”. À medida que o indivíduo identifica a máscara utilizada em seus papéis sociais, ainda que esteja cristalizada, o sociopsicodrama “pode contribuir com seu processo para despertar a criatividade e a espontaneidade do sujeito, podendo descristalizar as máscaras que o impedem de enxergar novas possibilidades de atuação ativa e comprometida em sua vida” (OLIVEIRA, 2013, p. 190).

Retornando à máscara, a diretora solicitou ao participante que refletisse a respeito do ator vivenciar histórias que não é dele, pois, apesar das histórias falar um pouco sobre sua vida, acaba o afastando da proposta e daquilo que deveria ser tocado. Percebeu-se que o participante vive na realidade suplementar, cria histórias para possivelmente redirecionar conflito, a partir do que destaca Bustos (2006, p. 203): “a máscara às vezes está muito aderida, sob ela pode não haver senão outra máscara, e outra. Se creio que isso é tudo, posso querer pelo menos alguém que me salve do vazio. E consagro o ator, já que não creio em outras opções”. Roberto permaneceu resistente à proposta, porém afirmou que percebe as mudanças que teve em sua vida desde o início do tratamento no CAPS II AD.

Para finalizar o encontro, na etapa do compartilhar cada participante relatou a experiência vivenciada no decorrer do grupo, para a identificação das conservas culturais que os impedem de ter qualidade de vida.

Kellermann e Hudgins (2010, p. 131) destacam que “o amplo tecido de relacionamentos que se dá num grupo de recuperação implica uma rede de apoio de curadores substitutos à medida que os membros do grupo testemunham as histórias um do outro” O relato de Paulo revela a catarse de integração, que segundo Goncalves, Wolff e Almeida (1988, p. 81), é a “mobilização de afetos e emoções ocorrida na inter-relação [...] de dois ou mais participantes de um grupo terapêutico durante a dramatização”.

O oitavo e último encontro foi realizado no dia 02/10/2017. Por ter como tema a

despedida, foi realizada uma confraternização antes de iniciar a sessão, para que fosse mantida e preconizada a despedida com o simbolismo necessário. Compareceram ao encontro os participantes: Paulo, André e Roberto.

Na etapa do compartilhar, o foco foi a bagagem adquirida ao longo das sessões que cada participante optou por colocar em sua mala e levar para sua viagem. Paulo referiu que estaria levando em sua mala: experiência, esperança, sabedoria, amor, satisfação, aprendizado, alegria, vontade de viver e ser feliz, destacando “eu tava deixando de ser feliz e de viver a minha vida para viver a vida dos outros. Então nesses grupos devagarzinho, eu to aprendendo a cuidar mais de mim”.

Portanto, de acordo com Gambin (2016), ao adentrar no contexto da dependência química, o indivíduo acaba vivenciando contínuas rupturas de vínculos familiares, amorosos, sociais, assim como de lazer. Deste modo, sua autoimagem passa a se basear no desempenho do único papel que lhe resta: o de dependente químico. A dependência química necessita de um suporte terapêutico voltado não apenas à reabilitação psicossocial, mas também que favoreça o processo de autonomia, fortaleça o discernimento e a tomada de decisões (GAMBIN, 2016).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Wilson Castello de. **Além da catarse, além da integração, a catarse de integração.** *Revista Brasileira de Psicodrama*. São Paulo, v. 18, n. 2, p. 75-95, 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicodrama/v18n2/a05.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2017

ALMEIDA, Wilson Castello de. Técnicas dos iniciadores. In: MONTEIRO, Regina F. (org.). **Técnicas fundamentais do psicodrama**. 2ª ed. São Paulo: Ágora, 1998. p. 27-36

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2017

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.** Brasília, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2017

BUSTOS, Dalmiro M. **Perigo... Amor a vista!**: drama e psicodrama de casais. 2ª ed. São Paulo: Aleph, 2006.

CUKIER, Rosa. **Psicodrama Bipessoal: sua técnica, seu terapeuta e seu paciente**. 3ª ed. São Paulo: Ágora, 1992.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**, Porto Alegre: Artmed, 2000.

DUARTE, P.; STEPLIUK, V.; BARROSO, L. (org) **Relatório brasileiro sobre drogas. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.** Brasília: SENAD, 2009. Disponível em: <<http://justica.gov.br/central-de-conteudo/politicas-sobre-drogas/relatorios-politicas-sobre-drogas/relatoriobrasileirosobredrogas-2010.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2017.

GAMBIN, Katiussa Aparecida. **Em cena, o psicodrama de grupo; No palco, a dependência química; No abrir das cortinas, a reabilitação psicossocial.** Tubarão: Viver Psicologia Psicodrama, 2016.

KELLERMANN, Peter Felix; HUDGINS M. K. **Psicodrama do trauma: o sofrimento em cena.** São Paulo: Ágora, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MONTEIRO, Regina Fourneaut. **Jogos Dramáticos.** 7ª ed. São Paulo: Ágora, 1994.

MONTEIRO, Regina Fourneaut. **Técnicas fundamentais do psicodrama.** 2ª ed. São Paulo: Ágora, 1998.

MORIN, Pâmela V.; HADLER, Oriana H. **Mosaico de vidas: reflexões sobre o sociopsicodrama na saúde coletiva.** *Revista Brasileira de Psicodrama.* São Paulo, v. 21, n. 1, p. 55-66, 2013. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicodrama/v21n1/a05.pdf>>. Acesso em: 01 mai. 2017

NERY, Maria da Penha; COSTA, Liana Fortunato. **Afetividade entre estudantes e sistema de cotas para negros.** *Paideia.* Brasília-DF: v. 19, n. 43, p. 257-266, 2009. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/html/3054/305423765014/>>. Acesso em: 02 nov. 2017

OLIVEIRA, Melissa M. T. **O poder da máscara no psicodrama: a sombra e a luz.** *Revista Brasileira de Psicodrama.* São Paulo, v. 21, n. 1, p. 183-191, 2013. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicodrama/v21n1/a15.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2017.

PEREIRA, Eleonora; DIOGO, Nara Maria Forte. **Interfaces entre psicologia social comunitária e psicodrama.** *Psicologia: teoria e prática.* Ceará, v. 11, n. 2, p. 145-160, 2009. Disponível em:<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v11n2/v11n2a11.pdf>> Acesso em: 30 abr. 2017

RIGOTTO, Simone Demore; GOMES, William Barbosa. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. **Psicologia: teoria e pesquisa.** Brasília. Vol. 18, n. 1 (jan./abr. 2002), p. 95-106, 2002.

PREVENÇÃO AO SUICÍDIO: A IMPORTÂNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E DA PSICOLOGIA NA PROTEÇÃO AO DIREITO À SAÚDE

Sofia Muniz Alves Gracioli

IMESB e UNIFACEF. Orlândia – SP

Livia Pelli Palumbo

IMESB e ITE. Bauru - SP

RESUMO: O direito à saúde é direito de todos e deve ser tutelado pelo Estado, por meio de políticas públicas, que devem analisar as necessidades da população. Em destaque, o estudo analisa a prevenção à prática do suicídio, por tratar-se de situação de saúde pública. O suicídio tem ganhado cada vez mais destaque nas discussões de políticas públicas, em razão da frequente incidência na sociedade ao longo dos tempos. Na maioria dos casos, o suicídio é consequência de distúrbios psicológicos, como a depressão. O objetivo do estudo é revisar as causas do suicídio, que é assunto de saúde pública, bem como a atuação do Estado perante a sociedade, a fim de prevenir a prática do suicídio. Para tanto, foi realizada pesquisa bibliográfica, em que se apresenta as causas, consequências e modo de agir dos suicidas, bem como as políticas públicas que devem ser efetivadas pelo Estado e a importância da atuação da psicologia para a proteção à saúde psíquica.

PALAVRAS-CHAVE: Suicídio, Políticas Públicas, Psicologia.

PREVENTION OF SUICIDE: THE IMPORTANCE OF PUBLIC POLICIES AND PSYCHOLOGY IN PROTECTING THE RIGHT TO HEALTH

ABSTRACT: The right to health is the right of everyone and must be protected by the State, through public policies, which must analyze the needs of the population. In focus, the study analyzes the prevention of suicide, because it is a public health situation. Suicide has gained increasing prominence in the discussions of public policies, due to the frequent incidence in society throughout the ages. In most cases, suicide is a consequence of psychological disorders, such as depression. The purpose of the study is to review the causes of suicide, which is a matter of public health, as well as the state's action towards society in order to prevent the practice of suicide. In order to do so, a bibliographical research was carried out, in which the causes, consequences and manner of action of the suicides are presented, as well as the public policies that must be carried out by the State and the importance of the performance of psychology for the protection of the Psychic health.

KEYWORDS: Suicide, Public policy, Psychology.

1 | INTRODUÇÃO

O suicídio é uma patologia e não podemos iniciar uma pesquisa científica de forma diferente. O censo comum de que esta ação causa repúdio e que a sociedade costuma reagir como se fosse uma forma de a pessoa chamar a atenção só demonstra o quão doente está a nossa sociedade. O suicídio não é um tema novo, mas sempre taxado como algo que não ocorre rotineiramente. Mas o que seria essa “doença”? Por que assusta tanto as pessoas? O que leva uma pessoa a cometer tal atrocidade? São perguntas que grande parte da sociedade faz, entretanto, não há grande preocupação na prática como combate de saúde pública.

Para melhor tratativa, na prática, de melhoria dessa doença, a psicanálise relaciona o suicídio a uma situação de desespero, angústia, dúvidas, tormentos e medos, porém, trata-se de um assunto complexo, por ser rodeado de vários mitos e preconceitos. Assim, o objetivo deste artigo é revisar as causas do suicídio e qual a posição do Estado em relação às políticas públicas, a fim de contribuir com a prevenção desse ato, como proteção do direito à saúde e respeito à dignidade humana e do Estado Democrático de Direito. A psicologia ganhou amplo espaço nos últimos anos, em razão da preocupação com o estado mental, pois as doenças mentais (que levam a pessoa ao cometimento do suicídio) estão chamando a atenção da sociedade que espera uma resposta de atuação do Estado, por meio de políticas públicas. Sendo que este assunto exige cautela para tratar dos assuntos pessoais, daí a importância do profissional da área de psicologia, que deve agir com compromisso, ética e sigilo profissionais. A metodologia do trabalho é a revisão bibliográfica crítica, com base em artigos científicos e livros das áreas de direito e de psicologia, sendo o artigo dividido em análise da prevenção ao suicídio nessas duas áreas do conhecimento científico.

2 | POLÍTICAS PÚBLICAS E SUA IMPORTÂNCIA NA SAÚDE PÚBLICA PARA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

O conceito de políticas públicas ainda está em formação, não obtendo uma clara e objetiva conceituação. Há muitos autores colocando seu posicionamento sobre tal fato, na busca de esclarecer para a população o que seria e qual sua função na atual sociedade. Para tanto, de imediato, pode-se dizer que, política pública é “um conjunto de ações, programas e atividades desenvolvidos pelo Estado”, com objetivo de assegurar os direitos estabelecidos no artigo 6º da Constituição Federal de 1988, quais sejam, os direitos sociais, sendo que, neste rol, está inserido o direito à saúde. As políticas públicas surgiram como um subcampo da ciência política para que o governo conseguisse exercer melhor suas funções. Assim, houve a divisão em outros campos para que o governo assegurasse os direitos constitucionais, inerentes aos cidadãos, como acontece com a saúde. As políticas públicas de saúde no Brasil iniciaram-se no século XIX, onde foram criadas as CAPs (Caixas de Aposentadoria e Pensão) pela

lei Eloy Chaves, em 1923, para garantir aos trabalhadores o direito a aposentadoria e saúde. Mais adiante, o sistema público de previdência social expandiu as IAPs (Instituto de Aposentadoria e Pensão) abrangendo não só os aposentados como todas as categorias. O primeiro IAPs foi criado em 1903 e os CAPs foram cautelosamente se extinguindo. Somente em 1930, o governo interfere e cria os Ministérios da Saúde Pública e da Educação, com o objetivo de dar mais atenção aos servidores e evitar as epidemias e endemias. Mas, não diferente da situação atual, as verbas da saúde eram desviadas para outros setores, e assim o atendimento não chegava a todos, causando o aumento de doenças. Em 1937, a saúde garantiu vários outros órgãos de saúde criados pelo Estado com a criação do Departamento Nacional de Saúde (SARRETA, 2011). Os Ministérios da Saúde e órgãos assistenciais foram criados através de uma epidemia de doenças resultantes da era de industrialização e crescimento industrial no Brasil.

Em 1963, a 3ª Conferência de Assistência à Saúde, teve como objetivo a criação de sistema de saúde para todos. Carvalho (2013) aponta como solução um sistema de saúde para todos e a descentralização da responsabilidade a assistência à saúde, ou seja, além de obter um sistema de saúde para que todos tenham acesso à saúde, também tirar a responsabilidade do ente federal passando para os Municípios e Estados. Apesar de tantos órgãos criados, os recursos existentes para a saúde eram desviados e, assim, começou o investimento nas áreas privadas, sem do assim o governo realizou a 8ª Conferência Nacional de Saúde, grande marco que influenciou na implantação de um novo formato de sistema de saúde, juntamente com os princípios da Reforma Sanitária e na CF, o Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, criou a Comissão Nacional de Reforma Sanitária com o dever de defender propostas junto a Assembleia Nacional Constituinte. Foi proposto, ainda, que houvesse a separação da Previdência Social da saúde, criando assim um órgão federal específico com estas novas características. Até a institucionalização do SUS, vários programas de saúde onde quase todos não atendiam os objetivos do governo, cujo este era a assistência à saúde para todos os cidadãos. De acordo com o art. 4º da Lei Orgânica da Saúde, o SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por Órgãos e Instituições Públicas, cujo objetivo é acabar com a desigualdade na assistência à saúde, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo vedadas cobranças pelo serviço, conforme art. 196 da CF. A saúde deve, inevitavelmente, implicar aspectos individuais, sociais e de desenvolvimento. Sueli Gandolfi Dallari e Vidal Serrano Nunes Júnior (2010) definem que a “saúde como bem fundamental que por meio da integração dinâmica de aspectos individuais, coletivos e de desenvolvimento visa assegurar ao indivíduo o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social”. Segundo Dabashi (2011), o SUS é manuseado em parceria com os três órgãos federados, atuando em todo o território brasileiro com gestão única em cada posição do governo: no âmbito da União, o Ministério da Saúde; no âmbito dos Estados, as Secretarias Estaduais da Saúde e no âmbito dos Municípios,

as Secretarias Municipais de Saúde.

Para a gestão desse sistema constituída uma Comissão Intergestores Tripartite, no qual a União é figurada pelo Ministério da Saúde, os Estados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde e os Municípios pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Dentre os três órgãos federados o CONASS é o mais importante e tem um papel muito importante na execução do SUS, pois é ele o direcionador técnico e político do sistema (DABASHI, 2011). O autor explica o CONASS como um órgão de direito privado, que abrange princípios regidos pelo direito público e que interliga os Secretários de Estado da Saúde e seus substitutos legais, enquanto gestores oficiais das Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal, tendo como algumas finalidades: prevalecer o interesse dos SUS nos estados, promover ações de responsabilidades nas secretarias de saúde, além de realizar pesquisas e estudos propondo soluções na área da saúde. O SUS é tido como a política de maior inclusão social implementada no Brasil, onde é conduzida pelo CONASS e representa em termos constitucionais uma afirmação política do compromisso do Estado Brasileiro para com seus cidadãos. Seus avanços são significativos, mas persistem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal e de igualdade para todos. Analisa-se que a saúde brasileira passou por várias transformações, buscando sempre melhorar as condições da população, em atenção aos mais diversos problemas detectados na sociedade, entre os quais se destaca neste artigo a questão do suicídio, cada vez mais evidenciado pela saúde pública.

3 | POLÍTICAS PÚBLICAS E PREVENÇÃO DA PRÁTICA DO SUICÍDIO

A partir de 1990, houve um aumento crescente no índice de mortalidade por suicídio em diversos países, fazendo com que os mesmos procurassem a OMS (Organização Mundial de Saúde) e a NU (Nações Unidas), solicitando auxílio em projetos nacionais abrangentes para cuidar da questão (CHESTNOV, 2012).

Após esta solicitação, foi criado pela ONU, um documento nomeado “Prevenção de Suicídio: Diretrizes para a formulação e implantação de estratégias nacionais” que apresentava aos países medidas e estratégias de combate ao suicídio, bem como implantá-las e monitorá-las. No início desta iniciativa, apenas a Finlândia adotou, imediatamente, as medidas e programas de prevenção em seu governo sendo que, outros 25 países implementaram as ações em suas políticas apenas ao longos dos 15 anos seguintes. Mesmo sendo considerado um dos países mais depressivos, o Brasil não obteve quaisquer medidas efetivas para enfrentamento do problema e, somente em 2001, houve o primeiro posicionamento referente ao suicídio, considerado um problema de saúde pública. Porém em 2008, o suicídio foi colocado como prioridade nos Programas de Ação de Lacuna de Saúde Mental (mhGAP). Chestnov (2012) comenta que o suicídio é evitável, portanto é necessário que os setores de saúde invistam em

recursos para prevenir. A saúde é direito de todos e é dever do Estado fornecê-la, bem como promover políticas públicas para a prevenção e cuidado das patologias e, aqui, encaixa-se o suicídio, sendo seu combate matéria de saúde pública. Em especial, a adoção de ações de governo para atenção à saúde psíquica.

Ao observar-se os números apresentados pelo membro da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, e uma das pesquisas elaboradas por Carssola, vê-se que pelo menos 32 brasileiros cometem suicídios todos os dias, fato este que, por si só, diariamente, e por si só se faz fato alarmante, pois a cada 40 segundos uma pessoa se mata, entretanto, a cada consumação há pelo menos 20 tentativas frustradas (VELOSO, 2016), pode-se genericamente notar o potencial de prejuízos que a questão da autoquíria acarreta. Assim, seria mais cômodo para o Estado, trabalhar na prevenção para que não haja tantos custos. Segundo Chestnov (2012), a intervenção do Estado, por meio de estratégias nacionais de prevenção ao suicídio é extremamente necessária, por garantir um compromisso real e estruturado em tratar da questão; proporcionar capacitação e orientação adequada dos profissionais, para lidar de forma correta e objetiva nos casos de tentativa e suicídio; criação de órgãos e programas eficientes para atender e apoiar as pessoas com distúrbios e seus familiares; recrutamento e agrupamento de diversos setores do governo importantes nas ações de prevenção e combate, exemplo, o Ministério da Educação, da Saúde e Bem Estar; estabelecer parcerias com organizações não governamentais (ONGs), organizações familiares, organizações na comunidade e voluntários; e campanhas juntamente com diversas mídias. Dentre essas estratégias, destaca-se a necessidade da capacitação dos profissionais atuantes no atendimento dos indivíduos propensos ao suicídio, uma vez que, de acordo com o pesquisador

Humberto Correa da Silva Filho acrescenta que “o Brasil assinou um compromisso junto à OMS para estabelecer sua estratégia nacional e não cumpriu esse compromisso. A prevenção do suicídio é um trabalho para muitas mãos, o que significa que nós entendemos o suicídio do ponto de vista médico, psicológico, mas também social”. (Jovenpam, 2016). Chestnov (2012) expõe que a falta de empenho do ente público estagna estratégias no papel, ou seja, esse comprometimento é vital para a implementação de programas de prevenção ao suicídio, abrangendo sua gestão, a correta destinação de recursos e atenção ao mesmo e a disseminação de uma cultura de conscientização sobre o tema.

Apesar do entendimento da relevância do Governo para o sucesso a profilaxia do suicídio, e a “disposição” do Brasil em participar do programa sugerido pelas Nações Unidas sobre o assunto desde a década de 1990, o que se observa é uma realidade distante do discurso. Antônio Geraldo da Silva, presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria, diz que “ainda faltam políticas públicas voltadas especialmente para o grupo, entre elas ambulatórios especializados e um serviço telefônico gratuito e nacional que funcione horas”.

Segundo o Ministério da Educação, a questão do suicídio está na pauta de atuação

dos CAPs e NAPs, que surgiram em 1987 de caráter público e com recursos federais. A criação destes órgãos teve como objetivo atender a demanda de atendimentos em relação à saúde mental.

De acordo Moura (2011), em 1989, o Deputado Paulo Delgados propôs a regulamentação do direito à saúde mental. Depois dessa proposta, vários movimentos sociais foram inspirados a serem aceitos em novos estados. Moura relata ainda que a criação dos CAPs foi um grande alcance, porém, não diferente dos demais planos do Brasil, há problemas no processo de construção dos serviços: os modelos estão se tornando insuficientes pela grande demanda relacionada no cotidiano. Como medida de solução ele aponta como atender primeiramente os pacientes que estão com casos mais graves e posteriormente, buscar a ingresso de novos postos de assistenciais com profissionais capacitados. Os NAPs/CAPs foram oficializados com a Portaria GM 224/92 que regulamentou o funcionamento de todos os serviços de saúde mental em acordo com as diretrizes de descentralização de hierarquização das leis orgânicas do SUS, sendo os Caps a melhor solução primária para começar buscar a prevenção. (Portal Fiocruz, 2016). No entanto, dada à escassez de vagas e de pontos de atendimentos das unidades dos CAPs alinhado a ascensão dos casos de indivíduos que atentaram contra a própria vida, os entes municipais e federais também iniciou a implantação de planos e programas para mitigar os casos.

Como exemplo, temos o governo de Mato Grosso criou um núcleo de assistência ao suicídio, após a morte de uma adolescente, que teria sido incentivada pelos desafios do “jogo da baleia azul”. (Portal G1, 2016).

Além de programas institucionalizados em municípios e regiões, a principal referência nacional sobre o tema, é o Centro de Valorização da Vida (CVV), criado em 1962, que é uma associação sem fins lucrativos, reconhecida como Utilidade Pública Federal em 1973, que tem como objetivo prestar serviços voluntário e gratuito de apoio às pessoas que tentam ou precisa conversar sobre o suicídio. Ele é associado ao *Befrienders Worldwide*, entidade que participou da força tarefa que elaborou a Política Nacional de Prevenção do Suicídio do Ministério da Saúde. O primeiro CVV surgiu em São Paulo, 1973 e, após 4 anos, começou a expandir em outras cidades, estando presente em mais de 70 países com mais de 200 voluntários. Em uma visão mais atual a respeito do compromisso do Estado contra o suicídio, destaca-se que apenas em 2013 o governo brasileiro se comprometeu com a OMS, por meio da assinatura de um Plano de Ações de Saúde, incluir em suas políticas públicas de saúde, estratégias de prevenção ao suicídio. Ainda assim, o tema figurou em segundo plano nas políticas de saúde e somente depois de reiterada cobrança da OMS e pressão advindas de entidades filantrópicas de anticoncepção de autocídio, foi que se iniciou, de modo aparentemente mais eficaz, a implementação das medidas de prevenção do suicídio. Dentre as ações colocadas em prática pelo Governo, evidencia-se o recente estabelecimento da campanha Setembro Amarelo (2014), que segundo CVV, tem o objetivo de despertar na sociedade a conscientização da população sobre a prevenção

ao suicídio apontando algumas formas de observar as pessoas e como não instigar a vontade, quebrando tabu ainda existente. A escolha do mês vai ao encontro para abranger o dia estabelecido pela OMS e a Associação Internacional para Prevenção do Suicídio como o Dia Mundial para Prevenção do Suicídio, o dia 10 de setembro.

Em 2017, o Poder Público, atendendo a recomendação da OMS, divulgou um conjunto de ações com o intuito de atingir a meta de reduzir em 10% a mortalidade por suicídio até 2020 (Ministério da Saúde, 2017). O governo brasileiro demonstra, então, que vem desenvolvendo várias políticas de prevenção e combate ao suicídio no Brasil dado o preocupante crescimento de casos de tentativas e de consumação do ato, principalmente entre pessoas de 14 a 44 anos. O tema prevenção de suicídio ganhou repercussão, tanto no âmbito nacional, como internacional, que embasou ferramentas para seu combate em grandes redes sociais. Porém, ressalta-se que apesar dessas ferramentas de ajuda, o pensamento suicida não deve ser subestimado, dito que é reconhecido como sintoma de distúrbio psicológico, fazendo-se necessário um acompanhamento por profissionais capacitados.

4 | A PSICOLOGIA COMO INSTRUMENTO DE PREVENÇÃO À PRÁTICA DO SUICÍDIO

Da Antiguidade aos dias de hoje, o suicídio passou de objeto singular, raro e, por vezes, exemplar, a um fenômeno na sociedade de proporções consideráveis, constituindo-se em uma das três principais causas de óbito em determinadas faixas etárias de vários países e em várias regiões do mundo.

Mais recentemente, sobretudo graças aos esforços desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ficou clara a magnitude do impacto que o suicídio representa para a saúde pública, bem como a importância que intervenções desenvolvidas a partir dessa perspectiva têm para sua prevenção (Bertolote, 2012). Carssola (1991) diz que nos prontos-socorros, é comum pessoas chegarem com a tentativa de suicídio frustrada, pelo fato de ter utilizado algum método com pouca eficácia. Uma pesquisa realizada por Botega, Reginato, Silva, Cais, Rapeli, Mauro, Cecconi e Stefanello (2005) juntamente com o núcleo de enfermagem do Hospital Geral da Universidade de Campinas, aplicou em 317 profissionais o Questionário sobre Atitude Frente ao Comportamento Suicida, com o intuito de um maior entendimento a respeito das atitudes desses profissionais frente ao suicídio. Com essa investigação identificou-se que: consideram aptos ao atendimento de pessoas com tendências suicidas, apenas 17% dos entrevistados; sentem-se capazes de identificar quando um indivíduo apresenta tendência suicida, 36% dos respondentes; acreditam que o suicídio é um direito do ser, 12% dos enfermeiros e daqueles que divergem dessa opinião, 85% atribuem a vida como uma dádiva de Deus não cabendo ao homem o direito de interrompê-la. Santos (2007) com o objetivo de investigar como os psicólogos

percebem as dificuldades e necessidades nos atendimentos e acompanhamentos a pacientes com ideação suicida, conclui que o atendimento a pessoas que tentam ou cometem suicídio por um profissional de saúde o instiga a entrar em contato com seus próprios questionamentos, angústias e dúvidas, e a confrontar-se com seus limites. E quando se trata do papel do psicólogo, Bastos (2009) afirma que o atendimento a essas pessoas que demonstram ser propícias ao suicídio é mais acolhido e entendido verdadeiramente, principalmente quando o grau já está avançado, querendo assim, concretizar o ato, deve haver um trabalho multiprofissional e familiar pelo psicólogo. Bastos (2009) salienta que o atendimento psicológico a paciente com tentativas de suicídio eleva questionamentos éticos, a princípio quando se trata de sigilo, visto que o profissional da psicologia requer muita ética, principalmente em relação a profissionais, sociedade e cliente. O sigilo profissional tem como propósito defender a pessoa atendida, visando sempre o melhor atendimento. Somente em casos excepcionais é que poderá haver a quebra do sigilo, com o objetivo de sempre resguardar e valorizar a vida.

Fukumitsu (2005) opina que, quando há possibilidade de suicídio, é importante não permitir que o paciente fique sozinho, o mesmo deve ser acompanhado em seu cotidiano. O trabalho do acompanhamento psicológico ou tratamento em instituições especializadas pode ser necessário a possíveis vítimas de suicídio, visto que é importante ampliar o sistema de apoio, buscando ajudar a família no entendimento de que a pessoa que tenta ou realiza suicídio pode não querer a morte, e sim viver de outra maneira. É difícil saber quando há o potencial de suicídio, fazendo assim, com que o psicólogo desenvolva importante estudo, que deve estar atento aos sintomas sutis, senão ele pode ser acusado de negligência ou má prática. Santos (2007) ressalta que o tratamento deve ser de forma franca, clara e honesta, promovendo o estabelecimento da confiança, de modo, que em momentos de crise, o paciente se sinta a vontade para entrar em contato com seus sentimentos e conflitos.

Portanto, o psicólogo tem um papel muito importante para os pacientes que queiram cometer suicídio, uma vez que, segundo a psicóloga Soraya Rigo, o melhor remédio é o *Talking cure* (Freud), ou seja, a cura através do diálogo, possibilitando “encontrar outras formas de expressar seu sofrimento, que não no ato suicida, dando um novo sentido à vida, uma vida onde exista lugar para o sonho.” (RIGO, 2016). Mas tão importante quanto o reconhecimento da questão do suicídio como um objeto de estudo da psicologia é a conscientização da sociedade de sua presença.

5 | A PSICOLOGIA E A EFETIVAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA COMBATE DA PRÁTICA DE SUICÍDIO

O suicídio apresenta-se como consequência de uma doença mental e, dessa forma, o acompanhamento por parte dos formados nas ciências correlatas a esta

natureza patológica, como psiquiatras e psicólogos, mostra-se indispensável.

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2013), em sua obra “suicídio e os desafios para a psicologia”, o psicólogo tem um papel muito importante desde o primeiro contato com o suicida, uma vez que acolhe a dor, sofrimento, queixas, sem julgamentos e expectativas. Comenta ainda que é preciso que estes profissionais devam estar atentos e neutros, para que consiga atingir os objetivos, dando espaço para o suicida se abrir e contar tudo que lhe afronta. Em 2005, o governo criou uma portaria para implantar uma estratégia nacional de prevenção ao suicídio. Juntamente com o governo, os psicólogos tem um papel fundamental nesta luta, começando pela criação de novos CAPs em capitais para atender os grandes centros. Outro exemplo de órgão criado para estes fins é o Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio, criado pelo Centro Antiveneno da Bahia (Ciave), onde é disponibilizado acompanhamento psicológico, psiquiátrico e terapia ocupacional, além de promover reuniões e palestras para conscientizar os familiares e amigos, buscando alternativas para lidar com o suicídio e depressão. Uma pesquisa realizada por Bertolote (2002) relata que quase todos os casos de suicídio, foram decorrentes de alguns transtornos mentais.

Além dos desafios enfrentados com o enfermo, os profissionais da saúde também enfrentam com os familiares e toda sociedade, dado que o suicídio é um tabu e gera o maior dos desafios: o preconceito, que é gerado pela falta de informação. Portanto, analisa que a psicologia e o Estado, quando aliados, podem mover grande ação para que haja uma prevenção maior, fazendo assim, que todos ajudem uns aos outros, não criticando e julgando sem saber o que está acontecendo. Fica claro, que tanto a sociedade quanto profissionais da saúde não especializados, precisam de uma estrutura emocional para acolher estes pacientes, conseguindo assim, diminuir os índices que vem aumentando ao longo dos anos. Crepaldi (2012) “pontua que quem tenta suicídio e é atendido nos serviços de saúde em geral é recebido com revolta e agressividade por parte dos profissionais que prestam assistência”, sendo lamentável, já que segundo OMS o suicídio é uma obrigação do Estado. Assim, desde o porteiro até os médicos devem receber assistência e treinamentos, partindo da ideia de que dependendo a forma de tratamento recebido, pode agravar mais ainda a situação. Além de apontar os mesmos problemas elencados por Crepaldi (2012), Lima Jr. e Esthér (2001), ressalta que apesar de obter a missão de salvar, as condições insalubres nos hospitais tornam-se difíceis de trabalhar. Observando tais ideias, conclui-se que este pensamento vai ao encontro com a pesquisa realizada por Botega (2011), apresentada no item 2.2 do presente artigo que demonstra a percepção dos próprios profissionais da saúde, de sua inaptidão em lidar com pacientes suicidas, fato este que poderia ser mitigado por meio de uma melhor capacitação e profissionalização dos funcionários que tratam com os enfermos.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se a preocupação atual com a implementação e efetivação das políticas públicas, cuja origem se deu como um subcampo da ciência política, com objetivo de resolver os problemas advindos, possibilitando assim uma maior facilidade, principalmente nos assuntos relacionados à saúde. Entretanto, no se verifica na realidade da população brasileira, sendo necessário especial atenção do Estado, sociedade e profissionais (da psicologia e do direito) para a prevenção à prática do suicídio. Diante deste panorama, verificou-se que os programas de prevenção do suicídio são ótimos na teoria, porém carecem de maior efetividade, sendo uma das soluções a divulgação do assunto à sociedade, possibilitando, assim, conhecimento para a busca de ajuda.

Destacam-se alguns programas estabelecidos pelo governo a fim de contribuir para os rins Como, por exemplo, “Setembro amarelo” e o “CVV”. Este último não é criação do governo, contudo é pioneiro neste assunto. Pesquisa realizada pela OMS dispõe que o Brasil é considerado o quarto país latino-americano que tem mais casos de suicídio. Este índice é muito preocupante, pois até mesmo uma criança de cinco anos está tirando a vida. Portanto, faz você saber que suicídio é uma questão de responsabilidade do Estado já que esta é uma consequência, na maioria das vezes, de uma doença mental. Assim, notou-se que, caso o Brasil tivesse tomado providências quando os indícios começaram a subir, hoje não haveria tantos casos e o assunto não seria algo tão difícil comunicar. Ao encontro das informações apresentadas, tem-se a pesquisa da OMS, relatando que 90% dos casos poderiam ser evitados caso houvesse uma prevenção eficiente. Para tanto se aponta além dos programas a invenção de novos CAPs e NAPs, além da capacitação de todos os funcionários visto que nem todos estão aptos a atender esse tipo de paciente. O governo, para desenvolver um perfil de prevenção, tem que criar parcerias com outras organizações e, por consequência, estabelecer uma ampla rede de informações com o tema tão presente em nosso cotidiano, abrindo os olhos da população e ao mesmo tempo dar abertura para estas pessoas que sofrem de alguma doença que objetiva a morte. Atualmente este tema está ganhando grande destaque nas mídias, pelo fato da brincadeira virtual envolvendo os jovens e adolescentes (“Baleia Azul”). Através deste fato observa-se que a mídia está preocupada em promover e não apresentar as informações de grande valia à população. Assim, diante das complexidades da saúde e suas políticas, o suicídio é uma consequência não sendo uma vontade do indivíduo, é uma forma de demonstrar que precisa de ajuda e que muitas das vezes é negada, sendo taxada como uma forma de chamar atenção. Em relação às políticas públicas, é necessária uma maior participação já que hoje o suicídio é considerado uma questão de saúde pública. Através deste estudo observa-se que o Brasil precisa desenvolver mais seus planos de ação, isto é, tirar do papel e executá-los, exemplo, têm-se as elaborações de palestras e programas na prevenção do suicídio. Conclui-se que este tema exige

pesquisas e efetivação de políticas públicas para alcance de maior número de pessoas e, assim, obter melhores índices, pois não é esse o panorama da realidade brasileira, bem como em razão da meta da OMS que o Brasil deve atingir até 2020, em que devem atuar, conjuntamente, o Estado, a sociedade, a efetivação do direito à saúde, em especial, psíquica, e atuação dos profissionais da psicologia.

REFERÊNCIAS

BASTOS, R. L. **Suicídios, psicologia e vínculos**: uma leitura psicossocial. Psicologia USP, São Paulo, v. 20, n. 1, janeiro/março, p. 67-92, 2009.

BERTOLETE, José Manoel. *In*: **O Suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Editora UNESP, 2012.

BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. **Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective**. *World Psychiatry*. 1 (3), p. 181-185, 2002

BOTEGA, N. J., REGINATO, D. G., SILVA, S. V., CAIS, C. F. S., RAPELI, C. B., MAURO, M. L. F., CECCONI, J. P. e STEFANELLO, S. **Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale**. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v.27, n.4, p. 315-318, 2005.

BRASIL, Portal. **Cooperação garantirá ligações gratuitas em serviço de prevenção ao suicídio**. São Paulo. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2017/03/cooperacao-garantira-ligacoes-gratuitas-em-servico-de-prevencao-ao-suicidio>> Acesso em: 10 set. 2018.

CAIRUS; RIBEIRO JR. **Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença**. São Paulo. Disponível em:< <https://static.scielo.org/scielobooks/9n2wg/pdf/cairus-9788575413753.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2018.

CASSORLA, R. M. S. **O impacto dos atos suicidas no médico e na equipe de saúde**. *In* _____. (coordenador). **Do suicídio: estudos brasileiros**. Campinas-SP: Papirus, 1991.

CVV. Centro de Valorização da Vida. São Paulo. Disponível em: <<http://www.cvv.org.br/cvv.php>>. Acesso em: 19 set. 2018.

CISA. **Dependência de álcool e risco de suicídio 2017**. Disponível em: <<http://www.cisa.org.br/artigo/654/dependencia-alcool-risco-suicidio.php>>. Acesso em: 25 ago. 2018.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA. **Psicóloga fala da importância da escuta na prevenção de suicídio**. Bahia. Disponível em: <<https://www.crp03.org.br/psicologa-fala-da-importancia-da-escuta-na-prevencao-de-suicidio>>. Acesso em: 30 set. 2018.

DALLARI, Sueli Gandolfi; NUNES JUNIOR, Vidal Serrano. **Direito Sanitário**. São Paulo: Verbatim, 2010.

FIOCRUZ, Portal. **Suicídio deve ser tratado como questão de saúde pública, alertam pesquisadores**. São Paulo. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/suicidio-deve-ser-tratado-como-questao-de-saude-publica-alertam-pesquisadores>> Acesso em 07 jul. 2017.

FIOCRUZ, Portal. **Suicídio**: pesquisadores comentam relatório da OMS, que apontou altos índices no mundo. São Paulo. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/suicidio-brasil-e-80-pais-das-americas-com-maior-indice>> Acesso em 12 set 2017.

FUKUMITSU, K. **Suicídio e psicoterapia**: uma visão gestáltica. Campinas: Livro Pleno, 2005.

GAZETA, Povo do. **Uso de redes sociais está relacionado a risco de depressão e plataformas estão criando meios de prevenir a doença.** São Paulo. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/viver-bem/saude-e-bem-estar/saude/uso-de-redes-sociais-esta-relacionado-risco-de-depressao-e-plataformas-estao-criando-meios-de-prevenir-doenca/>>. Acesso em 07 set. 2018.

GLOBO, Portal. **Governo cria núcleo de prevenção ao suicídio após morte por jogo online em MT.** Mato Grosso. Disponível em: <<http://g1.globo.com/mato-grosso/noticia/governo-cria-nucleo-de-prevencao-ao-suicidio-apos-morte-por-jogo-online-em-mt.ghtml>> Acesso em 20 abr. 2018.

HYPOLITO, Monica D. **Setembro Amarelo: Suicídio e a Dependência Química.** Eu sem fronteiras 2016. Disponível em: <<https://www.eusemfronteiras.com.br/setembro-amarelo-suicidio-e-a-dependencia-quimica/>>. Acesso em 15 set. 2017.

KOVÁCS, M. J. **Comportamentos autodestrutivos e o suicídio.** In_____. (Org.). Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 171-194, 1992. Acesso em 10 set. 2017.

LAGE, Iris Leticia. **Reflexões psicanalíticas sobre o suicídio.** Psicologado Artigos. Disponível em: <<https://psicologado.com/abordagens/psicanalise/reflexoes-psicanaliticas-sobre-o-suicidio>>. Acesso em 03 ago. 2017.

LEAL, Aline. **Suicídio poderia ser evitado se sinais fossem banalizados.** EBC Agência Brasil. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-09/casos-de-suicidio-poderiam-ser-evitados-se-sinais-nao-fossem-banalizados>>. Acesso em 10 set 2017.

MELO, Kelly. **Campanha propõe quebrar tabu e debater o suicídio como questão de saúde pública.** Setembro Amarelo 2017. Disponível em: <http://www.acritica.com/channels/cotidiano/news/campanha-setembro-amarelo-quebra-o-tabu-e-debate-o-suicidio-como-questao-de-saude-publica>>. Acesso em: 03 set 2018.

MENDES, Valéria. **Suicídio pode ser evitado e o primeiro passo é tocar no assunto.** Saúde Plena. Disponível em: <<http://www.uai.com.br/app/noticia/saude/2013/09/10/noticias-saude,193896/suicidio-pode-ser-evitado-e-o-primeiro-passo-e-tocar-no-assunto.shtml>>. Acesso em: 10 set. 2018.

NASCIMENTO, Vinícius. Setembro Amarelo: **Precisamos falar sobre o suicídio.** São Paulo. Disponível em: <<http://www.gazetaonline.com.br/opiniaio/artigos/2017/09/setembro-amarelo-1014097115.html>> Acesso em: 07 set. 2018.

OMS. Manual OMS **Prevenção ao Suicídio 2002.** Disponível em:< http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67603/8/WHO_MNH_MBD_00.4_por.pdf>. Acesso em: 20 set 2018.

PAN, Jovem. **Governo não cumpre acordo com OMS sobre política de prevenção ao suicídio.** São Paulo. Disponível em: <<http://jovempan.uol.com.br/programas/governo-nao-cumpre-acordo-com-oms-sobre-politica-de-prevencao-ao-suicidio.html>> Acesso em 20 jun. 2017.

Portal Uniscatelo. **O profissional da Psicologia e o atendimento suicida.** São Paulo. Disponível em: <<http://unicastelo.br/portal/o-profissional-da-psicologia-e-o-atendimento-suicida-2/>>. Acesso em 03 ago. 2017.

Portal ZH Vida e Estilo. **Como trabalha os voluntários que atendem quem precisa desabafar.** Mato Grosso. Disponível em: <<http://zh.clicrbs.com.br/rs/vida-e-estilo/noticia/2014/11/como-trabalham-os-voluntarios-que-atendem-quem-precisa-desabafar-4648732.html>>. Acesso em 10 set. 2017.

ROSATI, Antonio Artuo. **Conheça o Centro de Valorização da Vida.** Movimento Natura 2014. Disponível em: <<http://blogconsultoria.natura.net/conheca-o-centro-de-valorizacao-da-vida>>. Acesso em: 21 jul. 2018.

SANTOS, A. B. B. A primeira hora: as dificuldades e desafios dos profissionais de psicologia em tratar e compreender pacientes com ideação ou tentativa de suicídio. Tese (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007, 184 p.

SENADO. **CDH debate com especialista políticas** públicas para prevenir casos de suicídio. Brasília. Disponível em: <<http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2015/11/05/cdh-debate-com-especialistas-politicas-publicas-para-prevenir-casos-de-suicidio>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**. 24. ed. São Paulo: Cortez, 2016.

SUAREZ, Joana. **Um dia para prevenir suicídios**. São Paulo. Disponível em: <<http://www.otempo.com.br/hotsites/precisamos-falar-sobre-suic%C3%ADdio>>. Acesso em: 07 ago. 2018.

TEIXEIRA, P.R. Políticas públicas em aids. In: PARKER, R. (org.) **Políticas, instituições e AIDS**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/ABIA, 1997.

TRIBUNA, A. Disponível em: <http://www.tribuna.com.br/noticias/noticias-detalle/cidades/nosostamos_sujeit_osao_risco_desu_icidioalertajournalista/?cHash=2b476711b9a3f55b08931af2cfb10958>. Acesso em 04 set. 2018.

UNESP, Fundação. **Com saída**. São Paulo. Disponível em: <<https://www.unesp.br/aci/revista/ed13/com-saida>>. Acesso em 01 set 2018.

ASPECTOS AFETIVOS E COMPORTAMENTAIS DO PORTADOR DE HANSENÍASE FRENTE AO ESTIGMA E PRECONCEITO

Aldalea Oliveira de Souza

Faculdade Estácio de Macapá-AP

Macapá – Amapá

Maria das Graças Teles Martins

Faculdade Estácio de Macapá-AP

Macapá – Amapá

RESUMO: A hanseníase é uma doença de pele, considerada de evolução lenta, que se manifesta, sobretudo através de sinais e sintomas dermatológicos como lesões de pele e nervos periféricos, em especial nos olhos, mãos e pés. A doença é vista como símbolo de estigmas e preconceito pela sociedade. O presente artigo tem como objetivo analisar os aspectos afetivos e comportamentais do portador de hanseníase frente ao estigma, o preconceito e a contribuição do psicólogo no tratamento. A metodologia adotada foi qualitativa baseada na revisão bibliográfica. Os materiais utilizados foram livros, teses, dissertações, monografia, e artigos científicos disponíveis em base de dados tais como: Capes; Lilacs; Scielo; Pepsic; Portal de Revista Saúde; Biblioteca física e virtual Estácio de Macapá. Conclui-se que antes mesmo de sofrer o preconceito e a discriminação resultantes do estigma da doença, o paciente passa pelo choque do diagnóstico com reações psicológicas confusas entre os quais o afastamento social, vergonha de si mesmo,

medo da morte (autoestigma) estão presentes. A assistência do psicólogo ao portador de hanseníase visa contribuir no fortalecimento do processo de tratamento, possibilitando uma escuta especializada, diferenciada, empática, autêntica, sem julgamentos buscando acolher o paciente em sua totalidade. O psicólogo busca fornecer informações e reflexões das condições psicossociais do paciente ajudando-o na adesão ao tratamento e na compreensão do seu estar doente. O psicólogo contribui efetivamente para uma melhor vivência do paciente no seu cotidiano e na prevenção de possíveis complicações da doença instalando a autonomia pessoal e a resolução de problemas. **PALAVRAS-CHAVE:** Aspectos Psicossociais. Portador de Hanseníase. Preconceito. Estigma. Psicologia.

AFFECTIVE AND BEHAVIORAL ASPECTS OF THE HANSENIASIS CARRIER IN FRONT OF STIGMA AND PRECONCEPT

ABSTRACT: Leprosy is a skin disease, considered slow evolution, which manifests itself mainly through signs and dermatological symptoms like skin lesions and peripheral nerves, especially in the eyes, hands and feet. The disease is seen as a symbol of stigmas and prejudice by society. This article aims to analyze

the affective and behavioral aspects of leprosy front carrier of the stigma, prejudice and psychologist contribution in treatment. The methodology was qualitative based on literature review. The materials used were books, theses, dissertations , monographs , and papers available in a database such as Capes ; Lilacs ; scielo ; Pepsic ; Journal of Health Portal ; physical and virtual library Estacio Macapa . It follows that before they suffer prejudice and resulting discrimination stigma of the disease, patient goes through the shock of diagnosis with mixed psychological reactions including social, ashamed of himself, fear of death (autoestigma) are present. The psychologist's care for leprosy aims to contribute to the strengthening of the treatment process, allowing a specialized listening, differentiated, empathic, authenticates, nonjudgmental seeking accommodate the patient in its entirety. The psychologist seeks to provide information and reflections of the psychosocial condition of the patient helping him in treatment adherence and understanding of his being ill. Psychologist effectively contributes to better patient experiences in their daily lives and preventing possible complications of the disease installing personal autonomy and problem solving.

KEYWORDS: Psychosocial Aspects. Leprosy patients. Preconception. Stigma. Psychology.

1 | INTRODUÇÃO

O presente trabalho procura analisar, por meio da revisão bibliográfica, os aspectos afetivos e comportamentais do portador de hanseníase frente ao estigma e o preconceito destacando a contribuição do psicólogo no tratamento. A hanseníase é considerada uma doença influenciada pela trajetória histórica carregada de estigmas, crenças e valores atribuídos aos “leprosos”. As reações emocionais estão presentes no portador de hanseníase, que contribui no agravamento da doença e são tão importantes quanto os sintomas físicos. O impacto da doença pode ser representado com muita emoção pelo indivíduo, despertando sofrimentos e incertezas com relação ao tratamento e ao padrão de vida. A hanseníase é considerada uma doença infectocontagiosa conhecida desde os tempos bíblicos como lepra (DAMASCO, 2005). E representa um grave problema de saúde pública. Além dos agravantes de origem socioeconômicos inerentes, surgem ainda, os agravantes psicológicos provocados pelas sequelas físicas que a doença induz. Esses fatores contribuem para a redução da autoestima, autoimagem e outras características emocionais e comportamentais do paciente.

Seu diagnóstico pode ser realizado de forma clínica e laboratorial. No diagnóstico clínico é realizada uma análise da história por meio de anamnese, condições do paciente e exame dermatoneurológico (BRASIL, 2008).

A transmissão da doença ocorre por meio de uma pessoa doente, sem tratamento, que pelas vias áreas superiores (mucosa nasal e orofaringe) eliminam o bacilo para o meio exterior, infectando outras pessoas suscetíveis (NUNES; OLIVEIRA; VIEIRA, 2011). A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que um dos maiores desafios

no combate à doença é reduzir o estigma e a discriminação contra os pacientes e suas famílias.

A escolha da temática apresenta relevância por oferecer oportunidade ímpar de ampliar o conhecimento na área da saúde no campo psicossocial e de permitir a promoção de diversas reflexões sobre a atuação do psicólogo junto ao paciente. Torna-se relevante, ainda, principalmente para os profissionais de saúde, entre eles os psicólogos, que debruçam seu olhar ao ser humano em sua totalidade e buscam promover estratégias geradoras do bem-estar e de desenvolvimento de condições favoráveis à saúde e à qualidade de vida do paciente. Considerando a relevância do tema, este artigo pretende responder as seguintes questões: Quais os aspectos afetivos e comportamentais do portador de hanseníase? Quais as atitudes frente aos preconceitos e estigmas? Quais as contribuições do psicólogo no tratamento?

Por se tratar de uma pesquisa de natureza qualitativa baseada na revisão bibliográfica, a metodologia adotada foi qualitativa com o objetivo de identificar os aspectos afetivos e comportamentais do portador de hanseníase frente ao estigma, o preconceito e o papel do psicólogo no tratamento, os materiais utilizados foram revistas, livros, dissertações, monografias e artigos científicos com publicações de 2005 a 2014 que abordassem o tema hanseníase, preconceito, estigma, psicologia e saúde pública indexados nas bases de dados do Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciência da Saúde (BIREME); Biblioteca Virtual em Saúde; (LILACS); Medline; Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PepPSIC); Scientific Electronic Library Online (SciELO) e na Biblioteca física e virtual e Estácio de Macapá.

Os critérios de inclusão adotados para a escolha dos materiais deram-se a partir dos parâmetros temático utilizando-se somente materiais relacionados ao tema proposto a partir das palavras-chave: portador de hanseníase, preconceito, estigma, psicologia; e linguístico no qual foram utilizados apenas materiais expressos na língua portuguesa. Foram excluídos materiais que não abordavam o tema foco de estudo e cujas publicações eram diferentes aos períodos inclusos nos critérios retro mencionados. A coleta dos dados ocorreu da seguinte forma: dos 4 (quatro) livros selecionados foram utilizados 2 (dois); das 8 (oito) dissertações selecionadas foram utilizadas 4 (quatro) e dos 35 (trinta e cinco) artigos científicos selecionados foram utilizados 25 (vinte e cinco) entre os anos de 2004 a 2014 que se enquadravam no critério de inclusão proposto e nas bases de dados acima citada.

A análise dos dados foi realizada a partir da leitura informativa dos referenciais selecionados e, diante da análise destes, foi construída uma argumentação com base literária na qual foram discutidos se os objetivos do estudo foram alcançados. Por tratar-se de uma pesquisa bibliográfica o projeto que originou a construção deste estudo não apresentou riscos, uma vez que não envolveu seres humanos, conforme descreve a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foi submetido ao comitê de ética da Faculdade Estácio de Macapá para receber o termo de isenção, conforme normas específicas da instituição.

Quanto aos benefícios, este estudo tornar-se-á uma fonte de informação para acadêmicos, novos pesquisadores, profissionais de saúde, principalmente nas especialidades que tratam do fenômeno da hanseníase.

2 | O PORTADOR DE HANSENÍASE: ESTIGMA E PRECONCEITO

A hanseníase é tida como um dos males mais antigo da história da humanidade, suas representações sociais só podem ser compreendidas através de uma análise de seu contexto histórico (VIDERES, 2010). A imagem da doença é carregada de estigmas que influenciam na adesão ao tratamento podendo provocar situações conflituosas no ambiente familiar e social, causando intenso sofrimento psíquico e interferindo seu desempenho no trabalho e nas atividades diárias (SILVA et al., 2014).

Os primeiros indícios do estigma em torno da hanseníase surgiram dos relatos bíblicos no qual doença era considerada um castigo ou punição. A imagem deturpada que se estabeleceu sobre a história da hanseníase e do doente, associada ao estigma e preconceito, permaneceu durante séculos no imaginário das pessoas, originando alterações e sofrimento psíquico ao portador da doença com repercussões negativas em sua vida afetiva, social e profissional (DAMASCO, 2005).

Trata-se de atributos culturalmente definidos como depreciativos, são os estereótipos que a sociedade constrói na relação entre a doença e os seus significados (BATISTA et al., 2014). Embora a hanseníase na atualidade tenha tratamento e cura, o estigma e o preconceito permanecem enraizados em nossa cultura e internalizados no psiquismo do portador e da sociedade.

Os portadores da doença, geralmente, apresentam sinais e sintomas tais como a sensação de formigamento, fisgadas ou dormência nas extremidades; manchas brancas ou avermelhadas, geralmente com perda da sensibilidade ao calor, frio, dor e tato; áreas da pele aparentemente normais que têm alteração da sensibilidade e o aparecimento de manchas, caroços e placas em qualquer local do corpo; diminuição da força muscular com dificuldade para segurar objetos. Por esta razão, os sentimentos relacionados a esta doença, como o medo, a vergonha, a culpa, a exclusão social, a rejeição e a raiva estão internalizados em seus portadores vítimas de preconceito e estigma.

Videres (2010), Borensteini et al. (2008) e Costa et al. (2012) afirmam que alguns hansenianos possuem dificuldades de aceitação das marcas (manchas, cicatrizes e deformidades) ocasionadas pelas lesões de pele. Por isso, a hanseníase é representada como ameaça constante de sofrimento, abandono, e problemas psicossociais.

Assim, o estigma e o preconceito permanecem presentes na vida dos indivíduos e causam grande sofrimento e dor aos portadores de hanseníase. Ressalte-se que o desenvolvimento do preconceito não é apenas permeado por um processo psicológico, mas também é parte de uma construção social (BAIALARDI, 2007).

A hanseníase causa impactos psicológicos em razão de se tornar um obstáculo

para o portador tanto a nível físico, como social e pessoal que alteram sua dinâmica de vida e suas relações interpessoais e familiares. O estigma e o preconceito por causarem grande sofrimento ao paciente necessitam ser mais bem analisados em todos os aspectos biopsicossociais.

3 | ASPECTOS AFETIVOS E COMPORTAMENTAIS

As reações afetivas, emocionais e comportamentais do portador de hanseníase estigmatizado podem ser manifestadas por condutas de afastamento ou isolamento social, redução da proximidade das pessoas queridas entre elas à família que não está preparada para o impacto do diagnóstico e para a elasticidade emocional. Ao retrair-se dos contatos sociais, reagir com agressividade, conduzindo a outros uma série de respostas comportamentais desagradáveis conduzem este paciente a emoções e sentimentos intensos como raiva, revolta, irritabilidade, ansiedade, medo entre outros.

Por outro lado, a autoimagem vai além do visual, do aparente, dos sintomas visíveis, da sensação nos nervos e da dor, a hanseníase acarreta mudanças físicas que vão além do corpo (MELLAGI; MONTEIRO, 2009; GOFFMAN, 2008). Ressaltam-se as limitações para o ser doente relacionadas aos prejuízos nas relações sociais, comportamentais, na cognição, nos afetos, nos sentimentos e emoções.

Dessa maneira, a hanseníase é vista como uma doença que ultrapassa a necessidade de um olhar apenas biológico ou médico ela deve ser compreendida sob ponto de vista biopsicossocial. O portador de hanseníase após a confirmação do diagnóstico apresenta diversas reações comportamentais e emocionais como medo, raiva, tristeza, sensação de impotência, baixa autoestima e vergonha tais sentimentos são frequentemente encontrados nos hansenianos conforme afirmam Souza et al. (2014).

Entende-se que os problemas emocionais estão voltados à autoestima, no controle do próprio corpo, à autoimagem que o paciente tem de si e nas relações interpessoais. Silva (2014) afirma que devido ao medo da rejeição, o doente só fala o que está ocorrendo à medida que sente segurança e compreensão ou até mesmo aceitação daquilo que vivencia. Para Baialardi (2007) os pacientes acometidos pela hanseníase demonstram algumas reações emocionais que influenciam negativamente em mudanças de atitudes no seu cotidiano, como sentimentos de humilhação, culpa, medo, mágoa, inutilidade, solidão e inferioridade.

No que se refere aos comportamentos, Pereira et al. (2008) e Videres (2010) esclarecem que a maioria das pessoas portadoras de hanseníase inicialmente passam por uma fase em que o comportamento mais frequente é o de negar a doença como uma estratégia para enfrentar dificuldades ao encarar a nova realidade. Silveira (2012) aponta que a doença pode desenvolver e desencadear um estado de crise, provocando tensões e modificações de ordem física, psicológica e social. Assim, a agregação de

sintomas ligados à hanseníase desencadeia problemas não apenas ao hanseniano, mas ao grupo familiar.

Minuzzo (2008) e Gazzinelli et al. (2005) ressaltam, a importância de fornecer correta informação sobre a doença e seu tratamento ao paciente, a sociedades em geral e principalmente às famílias dos portadores de hanseníase. Para estes autores o apoio familiar é fundamental para que o sujeito, portador da doença, aceite sua condição e não se sinta isolado neste processo, contribuindo para uma melhor adesão ao tratamento.

4 | CONTRIBUIÇÕES DO PSICÓLOGO NO TRATAMENTO

No que se refere à contribuição do psicólogo ao portador de hanseníase faz-se importante destacar o trabalho que necessita ser implementado no sentido de promover a humanização acerca do processo saúde-doença. Além disso, deve ser realizado conjuntamente com o médico, inserido na equipe multidisciplinar e outros profissionais da saúde. De acordo com Pereira (2008) o trabalho do psicólogo visa, ainda, a compreensão de aspectos que influenciam o indivíduo a se relacionar com seu processo de adoecimento e desmistificar estigmas, medos e inseguranças.

A psicologia historicamente é uma área que procurou desenvolver seus estudos tomando como uma das referências, os aspectos patológicos do ser humano. Diante disso, procura ressaltar o sofrimento, as situações de risco e as doenças presentes na vida dos indivíduos, bem como focar a modificação dos comportamentos inadequados para proporcionar qualidade de vida dos mesmos.

O psicólogo tem um papel fundamental durante todo o processo de tratamento do portador de hanseníase. Quando a autoimagem do paciente se torna negativa em decorrência de sua aparência física, faz-se importante recuperar junto com o paciente o que ele entende por beleza e de que forma internaliza os padrões que a sociedade valoriza, levando-o a uma reflexão sobre a representação psíquica do seu corpo e sobre os aspectos estéticos como mais importantes que suas características internas, ajudando-o na compreensão do seu estar doente para uma melhor vivência de seu cotidiano (EIDT, 2010).

O trabalho do psicólogo consiste, ainda, no apoio psicológico direcionado para o doente com orientações de formas de conviver com a enfermidade, ensinando novos padrões de comportamento e enfrentamento frente ao preconceito com vistas a amenizar o sofrimento psicológico. O trabalho é direcionado à família para que esta conjuntamente com seu ente tenha possibilidades de superar as dificuldades que surgem frente ao diagnóstico e à convivência na sociedade.

Assim, cabe ao psicólogo prestar assistência aos pacientes e familiares após o diagnóstico da doença, através de escuta especializada e diferenciada seja por meio de grupos ou individualmente com a finalidade de facilitar a expressão de dúvidas,

incompreensões e preconceitos. O psicólogo ainda pode possibilitar ao paciente o aprimoramento da percepção da realidade; levá-lo a conhecer sua própria vida no que diz respeito a sua vivência social e emocional, apoiando no enfrentamento de sua doença de forma mais construtiva e menos conflitante (MARTINS, 2009).

O papel do psicólogo no acompanhamento do paciente portador de hanseníase deve ser realizado com toda a equipe médica, pois ele atuará como facilitador entre médico-paciente, paciente-família, equipe-família-paciente, ajudando na análise das situações que se apresentam. Esse procedimento, inerente do psicólogo em equipe multidisciplinar, permitirá que o paciente hanseniano se integre ao contexto social, proporcionando-lhe uma qualidade de vida mais positiva.

Dessa maneira, o acolhimento é um fator motivador de autocuidado. Ser bem atendido, avaliado e ter acesso ao atendimento multiprofissional, quando necessário, são um direito de todos os brasileiros. A participação de equipe multiprofissional onde médico, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais deverão estar aptos a participar deste processo, utilizando, uma mesma linguagem, reforçando assim informações e esclarecendo as dúvidas do paciente de forma constante e dinâmica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Nesta perspectiva, percebe-se que o acolhimento é uma estratégia fundamental e indispensável para fortalecer o vínculo com o portador de hanseníase, além de ser visto como uma estratégia imprescindível para o bom desempenho dos profissionais da saúde. É importante fornecer esclarecimentos dos questionamentos por parte do paciente, tornando-o ativo em seu processo de cura, bem como fornecendo informações incentivadoras para o autocuidado e prevenção de incapacidades que surgem na dinâmica cotidiana.

A assistência prestada pelo psicólogo ao hanseniano deve enfatizar os aspectos psicossociais visando à construção e valorização da subjetividade do indivíduo, favorecendo assim a expressividade, a socialização e o resgate da identidade e outros aspectos que estão diretamente articulados a vivência e autonomia dos sujeitos. Ressalta-se também a importância de um trabalho voltado às famílias dos portadores para um efetivo sucesso do tratamento e, à reintegração do indivíduo a sociedade com melhoras no seu bem-estar físico, mental e social.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O artigo aqui apresentado possibilitou uma análise sobre os aspectos afetivos e comportamentais do portador de hanseníase e um olhar mais sensível da psicologia para este estilo de paciente, além de propiciar aos profissionais de saúde e acadêmicos um conhecimento diferenciado sobre a atuação do psicólogo no fortalecimento do processo de tratamento. Foi possível identificar por meio do material analisado, os aspectos emocionais e comportamentais tais como desespero, medo, raiva, culpa, tristeza, depressão, estigma, preconceito, aversão à hanseníase, isolamento social

etc.

Foi possível perceber que a psicologia enquanto área de saúde busca expandir seus horizontes no sentido de promover juntamente com a equipe multiprofissional, a humanização no processo saúde-doença e compreender os aspectos que podem influenciar a forma pela qual os portadores de hanseníase se relacionam com o seu processo de adoecimento, trabalhando preconceito, estigmas, medos, inseguranças e promovendo um bem-estar biopsicossocial.

O trabalho do psicólogo é de extrema importância no sentido de incentivar o portador de hanseníase na adesão ao tratamento, possibilitando uma escuta especializada e diferenciada a fim de amenizar a angústia do paciente, bem como prepará-lo para enfrentar as possíveis dificuldades que a doença manifesta. A adesão ao tratamento de forma efetiva é essencial para minimizar possíveis complicações da doença, nessa perspectiva o estabelecimento do vínculo entre o paciente e a equipe de saúde é fundamental.

Por meio da análise do material literário, foi possível abstrair que os hansenianos podem ter seus afetos, suas emoções e seus sentimentos fragilizados em consequência do seu estar doente que são acompanhados de estigma e preconceito. Diante disso, o papel do psicólogo é fundamental no apoio, orientação e na adesão ao tratamento, estimulando o portador de hanseníase a resgatar sua autoestima, seus vínculos, por meio de uma escuta especializada, diferenciada, empática, autêntica e sem julgamentos acolhendo o paciente em sua totalidade.

Conclui-se, ainda, que o trabalho do psicólogo compreende tanto atendimento individual, como em grupo, aconselhamento psicológico como processo interativo entre indivíduo, família e grupos visando o bem-estar psicológico. Seu foco volta-se para a redução do sofrimento psicológico, enfrentamento do estigma e preconceito, instalando a autonomia pessoal e resolução de problemas.

REFERÊNCIAS

BAIALARDI, K.S. **O Estigma da Hanseníase: Relato de uma experiência em grupo com pessoas portadoras**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

BATISTA, T. V. G. et al. **A imagem corporal nas ações educativas em autocuidado para pessoas que tiveram hanseníase**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 89-104, jan./fev. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 19 mar. 2016.

BORENSTEINI M. S et al. **Hanseníase: estigma e preconceito vivenciados por pacientes institucionalizados em Santa Catarina (1940-1960)**. Rev. bras. Enfermagem. Brasília, v. spe, n. 61, p. 708, nov. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

COSTA, M. D. et al. **Avaliação da qualidade de vida de pacientes em surto reacional de hanseníase tratados em centro de referência**. A. Bras. Dermatologia. Minas Gerais, v. 87, n. 1, p. 26-35, fev. 2011. Disponível em: <<http://www.anaisdedermatologia.org.br>>. Acesso em: 12 mar. 2016.

DAMASCO, M.S. **História e Memória da Hanseníase no Brasil do Século XX: O olhar e a voz do**

paciente. 2005. Monografia (Bacharelado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005. 39p.

EIDT, L.M. **O mundo da vida do ser hanseniano: sentimentos e vivências.** 2004. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Faculdade de Educação da PUCRS, Porto Alegre, 2010. 23p.

GAZZINELLI, M. F. et al. **Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença.** Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan. /fev. 2005.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisas.** São Paulo: Atlas, 2010.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** São Paulo: Guanabara Koogan; 2008.

MARTINS, M. A. **Qualidade de vida em portadores de Hanseníase.** 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2009. 79p.

MELLAGI AG; MONTEIRO Y.N. **O imaginário religioso de pacientes de hanseníase: um estudo comparativo entre ex-internos dos asilos de São Paulo e atuais portadores de hanseníase.** História, Ciências, Saúde-Manguinhos. v. 16, n. 2, p. 489-504, abr/jun 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 05 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para Controle da Hanseníase.** Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.portalsaude.saude.gov.br>>. Acesso em 12 abr. 2016.

MINUZZO, D.A. **O Homem Paciente de Hanseníase (lepra): Representação Social, rede social familiar, experiência e imagem corporal.** 2008. Dissertação (Mestrado Psicologia). Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2008. 121p.

NEVES, I.S; RIVEMALES. M.C.C. **Hanseníase x exclusão social: estudo de atualização.** Revista de Enfermagem UFPE. Pernambuco, v. 4, n. 1, p. 381-388, jan. 2010. Disponível em: <<http://eds.b.ebscohost.com/abstract?site=eds&scope>>. Acesso em 10 de abr. 2016.

NUNES, J. M.; OLIVEIRA, E. N.; VIEIRA, N. F. C. **Hanseníase: conhecimentos e mudanças na vida das pessoas acometidas.** Ciências & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. supl. 1, p. 1311-1318, jan. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 12 abr. 2016.

PEREIRA, S.V.M. et al. **Avaliação da Hanseníase: Relato de Experiência de Acadêmicos de Enfermagem.** Rev. bras. Enfermagem. Brasília, v.61, n. spe, p.774-778, nov. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 06 abr. 2016.

SILVA, R.C.C. et al. **Estigma e preconceito: realidade de portadores de hanseníase em unidades prisionais.** Revista de Pesquisa de Cuidado é Fundamental Online. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 493-506, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php?>>. Acesso em 15 abr. 2016.

SILVEIRA, E. L. **Corpos silenciados em busca de identidade: espelhos que refletem a falta.** Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP, Macapá, n. 5, p. 29-40, dez. 2012.

SOUZA, J. F. M. de et al. **O envelhecer institucionalizado de sujeitos sequelados pela Hanseníase da U/E Abrigo João Paulo II.** Revista Kairós Gerontologia, São Paulo, v. 17, n. 1, p.103-123, 2014. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/19879>>. Acesso em 29 abr. 2016.

VIDERES, A.R.N. **Trajétoria de Vida de Ex-portador de hanseníase com Histórico Asilar.** 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, 2010. 16p.

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE DAS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Marjane Bernardy Souza

Universidade Luterana do Brasil – ULBRA/ São Jerônimo – Curso de Psicologia.

São Jerônimo – Rio Grande do Sul

Maria Fernanda Silva da Silva

Universidade Luterana do Brasil – ULBRA/ São Jerônimo – Curso de Psicologia.

São Jerônimo – Rio Grande do Sul

Natasha Figueiró de Souza

Universidade Luterana do Brasil – ULBRA/ São Jerônimo – Curso de Psicologia.

São Jerônimo – Rio Grande do Sul

Renata Nunes Tavares

Universidade Luterana do Brasil – ULBRA/ São Jerônimo – Curso de Psicologia.

São Jerônimo – Rio Grande do Sul

Joice Laine de Carvalho

Universidade Luterana do Brasil – ULBRA/ São Jerônimo – Curso de Psicologia.

São Jerônimo – Rio Grande do Sul

Bruna Marcante Brana Rivas

Universidade Luterana do Brasil – ULBRA/ São Jerônimo – Curso de Psicologia.

São Jerônimo – Rio Grande do Sul

Clíssia Natani Machado Costa

Universidade Luterana do Brasil – ULBRA/ São Jerônimo – Curso de Psicologia.

São Jerônimo – Rio Grande do Sul

RESUMO: Objetivo: Identificar características de personalidade das mulheres vítimas de violência doméstica. **Método:** Pesquisa qualitativa, realizada no ano de 2015, no município de São Jerônimo, Rio Grande do Sul, Brasil. Participaram quatro mulheres que sofreram violência doméstica, com idades variando entre 27 e 45 anos, avaliadas através da técnica de Rorschach, de acordo com Vaz (1997/2014). **Resultados:** Os principais achados atestam que todas as participantes da pesquisa apresentam prejuízo na capacidade de adaptação e dificuldades nos relacionamentos interpessoais. A capacidade de suportar conflitos e tensões está prejudicada pelas condições intelectuais, que está relacionada à percepção da realidade e as habilidades intelectivas. Apresentam, de acordo com os dados, componentes compatíveis com alguns transtornos de personalidade relacionados a características depressivas, obsessivas, de ansiedade e identidade de gênero. **Conclusão:** Os resultados apontaram que a violência doméstica deixa marcas profundas no psiquismo da mulher.

PALAVRAS-CHAVES: Violência Doméstica, Personalidade, Técnica de Rorschach.

PERSONALITY CHARACTERISTICS OF WOMEN VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE

ABSTRACT: Objective: To identify personality characteristics of women victims of domestic violence. **Method:** Qualitative research, held in the year 2015, in the city of São Jerônimo, Rio Grande do Sul, Brazil. Four women who suffered domestic violence were involved, aged between 27 and 45 years, evaluated through the Rorschach technique, according to Vaz (1997/2014). **Results:** The main findings attest that all participants in the survey present damage to the ability to adapt and difficulties in interpersonal relationships. The ability to withstand conflicts and tensions is impaired by intellectual conditions, which is related to the perception of reality and the intellectual skills. They present, according to the data, components compatible with some personality disorders related to depressive, obsessive, anxiety and gender identity characteristics. **Conclusion:** The results pointed out that domestic violence leaves deep marks on the woman's psyche.

KEYWORDS: Domestic Violence, Personality, Rorschach technique.

INTRODUÇÃO

A personalidade é equivalente a um conjunto de atributos característicos estáveis e persistentes ao longo do tempo, segundo Whitbourne (2015), pode variar de acordo com as circunstâncias. Está relacionada às características externas, aos aspectos comportamentais observáveis do sujeito, os quais captam a essência da constituição psicológica deste. A teoria do traço predominante no campo da psicopatologia é o Modelo dos Cinco Fatores que inclui traços de personalidade de neuroticismo, extroversão, abertura a experiência, sociabilidade e conscienciosidade. O ponto em que as pessoas se encaixam na teoria influencia fortemente a forma de vida destas, sendo possível perceber o quão propensas estão a experimentar eventos que possam ser negativos, porque suas características de personalidades as tornam mais vulneráveis aos estresses da vida.

A personalidade, para Sobral (2013), é definida como a dimensão psicológica do ser humano que pode ser compreendida por intermédio de uma subdivisão em outras três dimensões: dimensão afetiva, a afetividade – que envolve as emoções, os sentimentos e as sensações; dimensão volitiva, a volição – que é constituída pela vontade, o desejo e o prazer; e dimensão cognitiva, a cognição – que é o ato ou processo de conhecer, que envolve as capacidades de atenção, concentração, imaginação, juízo moral, memória, pensamento e linguagem, além das diversificadas formas de raciocínio e percepção e os tipos de inteligência.

A avaliação psicológica, de acordo com o Conselho Federal de Psicologia resolução nº 05/2012, é entendida como o processo técnico-científico de coleta de dados, estudos e interpretação de informações a respeito dos fenômenos psicológicos,

que são resultantes da relação do indivíduo com a sociedade, utilizando-se, para tanto, de estratégias psicológicas. O CFP define e regulamenta o uso, a elaboração e comercialização dos testes psicológicos, como um procedimento clínico que envolvem princípios teóricos, métodos, técnicas e instrumentos, tanto para investigar a personalidade quanto para questões cognitivas, ao que cabe ao processo de avaliação psicológica. Os testes são procedimentos sistemáticos de observação e registro de amostras de comportamentos e respostas de indivíduos com o objetivo de descrever e/ou mensurar características e processos psicológicos, compreendido nas áreas emoção/afeto, cognição/inteligência, motivação, personalidade, psicomotricidade, atenção, memória, percepção, dentre outras, segundo padrões definidos pela construção dos instrumentos. Estes devem possuir referencial teórico e ter seu objetivo esclarecido assim como sua finalidade. Podem-se utilizar vários instrumentos e técnicas tais como: escalas, questionários, observações técnicas, entrevistas clínicas, técnicas projetivas entre outros, explana, portanto o conjunto de técnicas geralmente varia em função das diversas áreas de atuação da psicologia. Os resultados das avaliações devem considerar e analisar os condicionantes históricos e sociais, seus efeitos no psiquismo, com uma finalidade atuante não somente sobre o indivíduo, mas na modificação desses condicionantes que operam desde a formulação da demanda até a conclusão do processo de avaliação psicológica.

As técnicas projetivas investigam a parte invisível da personalidade, pois as pessoas projetam suas necessidades pessoais, receios e valores na sua interpretação ou descrição de um estímulo ambíguo. Entre as técnicas projetivas para a investigação da personalidade, ressalta-se o Rorschach, que segundo Vaz (2014), é um dos métodos mais aceitos entre psicólogos e um dos mais valorizados e conhecidos por profissionais de outras áreas, ocupa uma posição de destaque entre os instrumentos empregados para a avaliação da personalidade e, em muitos países, é o instrumento mais frequentemente utilizado.

Conforme Nascimento e Resende (2014) o Rorschach é um instrumento de grande confiabilidade por sua objetividade e precisão dos resultados. É um método de avaliação da personalidade, abalizado na análise das respostas dadas a estímulos pouco estruturados, que servem de alicerce para a observação dos fenômenos psíquicos relacionados com os processos de percepção, associação, projeção bem como da comunicação e da expressão verbal. Refere que a análise detalhada dos dados estruturais pode revelar vários aspectos da dinâmica da personalidade, como também da estrutura da mesma. A atenção cuidadosa às imagens temáticas pode gerar informações úteis quanto aos estados e traços de personalidade e às necessidades e preocupações subjacentes do sujeito.

A Técnica de Rorschach ou Método de Rorschach foi elaborado por Hermann Rorschach em 1921 na Suíça. Rorschach segundo Vaz (1997) é uma técnica projetiva da Psicologia Científica que consiste no uso de borrões de tinta como meio de expressão da criatividade e da imaginação do sujeito a fim de avaliar a estrutura de

sua personalidade e o funcionamento de seus psicodinamismos. Através da técnica é possível avaliar seus traços de personalidade, o funcionamento de suas condições intelectuais, o nível de ansiedade básica e situacional, a depressão e suas condições afetivas e emocionais. Fornece condições ao psicólogo de avaliar o sujeito quanto ao controle geral, à capacidade para suportar frustrações e conflitos, à adaptação ao trabalho e ajustamento interpessoal. Auxilia no diagnóstico de problemas de interferência neurológica e de perturbação ou desvio de conduta.

A confiabilidade da avaliação através do Rorschach, que pode ser chamado assim, segundo Vaz (2014) em homenagem ao sobrenome de seu criador, está diretamente relacionada a uma série de variáveis que o examinador deve conhecer durante toda a aplicação. Condições físicas, o estado ou apresentação das peças que integram o ambiente de trabalho, o estado psicológico do sujeito submetido ao instrumento e de quem o submete, o nível de ansiedade e de tensão deste sujeito, são alguns fatores que podem interferir na aplicação de qualquer teste ou técnica psicológica. Deve-se ter um cuidado especial para a aplicação confiável e bem-sucedida do Rorschach. Mesmo o Rorschach sendo uma das técnicas projetivas para avaliação da personalidade de maior aceitação e mais valorizada por profissionais, segundo Sá e Werlang (2013), são pouquíssimos os estudos com o método para avaliar a personalidade de mulheres vítimas de violência doméstica.

De acordo com Santos, et. al (2014), a violência doméstica contra a mulher tem sido considerada um sério fator de risco a sua saúde mental, pelo fato de tornar suas vítimas altamente suscetíveis psiquicamente, ocasionando sérios agravos à sua qualidade de vida e ao desenvolvimento de comportamentos de risco. Além de provocar lesões físicas e sofrimento psicológico, aumenta o risco de prejuízos futuros à saúde propiciando o aparecimento de dores crônicas, distúrbios gastrointestinais, além de ansiedade, depressão e fobias, podendo vir a provocar efeitos cognitivos, emocionais e comportamentais.

A violência contra a mulher é um fenômeno multicausal e multidimensional (Fonseca, Ribeiro e Leal, 2012; Heise, 1998), no qual envolve representações sociais de mulheres vítimas, compreende de que forma a violência sofrida é interiorizada e como esta afeta e interferem em suas vidas nas esferas de convívio social, qualidade de vida, saúde mental e ocupação profissional. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012) define a violência doméstica como o comportamento em uma relação de intimidade entre cônjuges, parceiros atuais e passados, que cause danos físicos, sexuais ou psicológicos, onde se incluem: abuso psicológico, coerção sexual, agressão física e comportamentos controladores. Tal violência, geralmente, ocorre a partir da adolescência e começo da vida adulta e produz impactos negativos no bem estar social e emocional de toda a família.

Para Sánchez (2016), a violência doméstica refere-se a todo e qualquer dano físico, sexual, psicológico ou patrimonial provocado pelo cônjuge, seja ex ou atual e não necessariamente compreende pessoas que morem juntas, é preciso apenas

que estas estejam envolvidas em relação íntima e pessoal. São constituídos por um padrão de comportamentos agressivos e/ou coercitivos perpetuados dentro de um relacionamento, incluem ainda condutas como: intimidações, ameaças, isolamento social forçado, dominação sexual, econômica ou espiritual até abuso físico ou psicológico. Este tipo de violência está presente nas diversas regiões do Brasil segundo Sampaio e Aquino (2013), e sua denominação passou a ser difundida para que pudesse ser falada e discutida já que as estatísticas são extremamente elevadas.

No Brasil foi sancionada a Lei nº 11.340 que vigora desde 07 de agosto de 2006, conhecida como “Lei Maria da Penha” criada com mecanismos para prevenir e coibir a violência doméstica dos mais variados tipos. A Lei prevê cinco tipos de agressões contra a mulher (violência física, violência sexual, violência moral, violência psicológica e violência patrimonial) e apresenta medidas de proteção para a vítima, afasta o homem do ambiente familiar, permite o rigor nas punições contra as agressões sofridas pelas mulheres e que o agressor seja preso quando este ameaçar a integridade física da mulher. Considera-se violência doméstica as que ocorrem no âmbito doméstico e familiar e não somente as que deixam marcas físicas resultando em lesões graves ou até morte, mas também as que oprimem e geram danos psicológicos e morais, deixando desprotegidas as vítimas dentro de seu próprio domicílio onde deveriam sentir-se seguras (BRUM ET. AL, 2013; ZANCAN, WASSERMANN e LIMA, 2013).

Buscando compreender as raízes da violência, Zancan, Wassermann e Lima (2013) apontam alguns motivos pelos quais muitas mulheres não prestam queixa contra o agressor: sentimento de culpa, vergonha, por repetir um padrão de funcionamento familiar (ter sofrido ou presenciado situações de violência na sua família de origem durante sua infância ou adolescência). Para o autor, alguns fatores são considerados desencadeadores das situações de agressão e violência de homens contra as mulheres, os quais ocorrem por motivos de ciúmes (desconfiança dentro da relação), uso de álcool por parte do agressor, atrelada ao poder de uma pessoa sobre a outra, tendo como base as desigualdades de gênero presente em todas as relações humanas, sendo o homem na maioria dos casos o autor da violência e a mulher a vítima que sofre as agressões.

Quando se fala em violência contra mulher, Cunha e Queiroz (2014) referem-se à problemática de gênero que corresponde às imagens que a sociedade constrói do masculino e do feminino. O termo violência de gênero para McCloskey (2016) aplica-se ao abuso sexual ou físico de grupos visados por seus papéis de gênero e ocupam uma posição inferior de status social ou poder. Exemplos de violência baseada no gênero incluem: abuso sexual em todo o ciclo de vida e violência por parceiro íntimo.

É um conceito histórico, que parte do princípio que as desigualdades entre os sexos são impostas por uma tradição cultural, fundamentada na estrutura de poder. A violência familiar ocorre no interior do domicílio ou até fora, tem caráter simbólico do poder-dominação. É comum a constatação dos ciclos de saída e entrada na relação violenta, os quais podem ser interpretados como passividade, no entanto, esse

comportamento não pode ser evidenciado como ato de consentimento e cumplicidade para com os agressores. As diferenças sexuais são fomentadas e utilizadas para justificar a sujeição das mulheres pelos homens, o que representa fundamentalmente o caráter social das distinções baseadas no sexo e nas relações de poder.

A violência contra meninas e mulheres, segundo McCloskey (2016), é generalizada, afetam a saúde e a liberdade reprodutiva. Mulheres em relacionamentos abusivos passam a ter suas vidas controladas pelo agressor, não possuem mais o domínio sobre o seu próprio corpo, inclusive sobre quando querem engravidar.

As mulheres vítimas de violência doméstica, segundo Sá (2011) têm dificuldades para manifestar os seus sentimentos, tendendo a evitar as vivências emocionais, principalmente nas situações potencialmente estressoras. Possuem problemas de ordem psicológica, com uma autocrítica precária, apresentando déficits nos seus relacionamentos o que causa dificuldades e fracassos nas relações interpessoais, bem como em situações comuns do cotidiano.

A violência psicológica sofrida pela mulher, para Griebler e Borges (2013) tem deixado marcas profundas em seu psiquismo, causando sentimento de tristeza, culpa, sobrecarga de estresse, agressividade, insegurança, baixa autoestima, medo, desamparo isolamento social, nervosismo e esquecimentos, ocasionando sérios agravos à sua qualidade de vida. O autor ressalta a necessidade dos profissionais da rede de proteção possuir uma maior compreensão dos motivos que levam a mulher a denunciar a violência sofrida, dos sentimentos envolvidos neste ato. O contexto social e familiar, o fato de não ter obtido êxito na relação e a dependência afetiva/emocional/financeira interferem diretamente no momento da decisão por denunciar ou não o agressor.

O Observatório de Violência contra as Mulheres da Secretaria de Segurança Pública do Estado do Rio Grande do Sul registrou, no ano de 2014, 25.298 casos de mulheres que sofreram agressão com lesão corporal, em ocorrências relacionadas à Lei Maria da Penha. Este mesmo órgão em pesquisa compreendida entre janeiro e setembro de 2015, apontou a ocorrência de 17.775 casos de violência doméstica em que houve lesão corporal, evidenciando uma diminuição considerável na comparação com o mesmo período de 2014 onde as ocorrências foram de 18.369. Já em relação ao feminicídio, houve um acréscimo, de 53 para 64 casos. Ainda em pesquisa específica sobre o feminicídio, o Observatório apurou que no período de janeiro a junho de 2015, 40 mulheres foram mortas por companheiros ou ex-companheiros e que apenas 17% das vítimas possuíam medidas protetivas de urgência.

No Brasil, a cada quatro minutos uma mulher é vítima de violência doméstica, as agressões tendem a ser recorrentes e cíclicas e na maior parte dos casos levam-se anos até que uma dessas mulheres procure por qualquer tipo de ajuda. Mulheres vítimas de violência doméstica tendem a apresentar características de personalidade semelhante, como maior dificuldade de manifestar seus sentimentos, evitam vivências emocionais e possíveis situações de estresse, possuem dificuldade de autocrítica

e problemas de ordem psicológica. Para Sá e Werlang (2013) apresentam também comprometimento das relações interpessoais e culpabilidade como se merecessem as agressões sofridas. Ainda de acordo com os autores é sabido que sofrer violência doméstica causa uma série de transtornos às vítimas, dentre eles os de personalidade, no entanto, são poucos os estudos que relacionam os dois temas.

Toda pesquisa na área é de extrema relevância por contribuir com dados que proporcionarão informações sobre os traços de personalidade dessas mulheres, pois seria possível identificar fatores relacionados à vulnerabilidade e ao risco das mulheres que sofrem maus tratos domésticos seguirem envolvendo-se em relações danosas e abusivas.

PROCESSOS METODOLÓGICOS

Participantes

Participaram desta pesquisa quatro mulheres que sofreram violência doméstica e que buscaram os serviços da Clínica–escola do curso de Psicologia da Universidade Luterana do Brasil – Campus São Jerônimo, com idades variando entre 27 e 45 anos, com diferentes níveis de escolaridade, profissões de doméstica e catadora, sendo duas sem profissão, habitantes do interior do estado do Rio Grande do Sul – Brasil.

Instrumentos

O método de Rorschach consiste em 10 cartões com manchas de tintas, subdivididos em cores, sendo algumas delas em preto e branco (acromáticos), outras em preto e vermelho e ainda outras coloridas (cromáticos) (RORSCHACH, 1967).

A fase da aplicação propriamente dita, os cartões são apresentados em ordem determinada de I a X ao examinando que é convidado a relatar o que as manchas lhe sugerem, o que elas lhe fazem lembrar (VAZ, 1997/2014). O examinador registra meticulosamente as respostas emitidas, bem como os tempos de reação e de duração. De acordo com o autor, também há necessidade de anotar entre parênteses as expressões não verbais, pois são fundamentais para o fechamento do diagnóstico. No segundo momento, ocorre a fase do inquérito, nessa fase o examinador apresenta novamente os cartões e lê as respostas dadas pelo examinado, e com uma folha de localização (que contém as 10 manchas) situa as respostas nas manchas, identificando os conteúdos e o que influenciou no processo perceptivo-associativo.

Procedimentos para coleta de dados

Logo após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Luterana do Brasil, que recebeu o parecer favorável conforme nº 853.167 em 29 de outubro de 2014, foi estabelecido contato com a Clínica-escola do

Curso de Psicologia da Universidade Luterana do Brasil – Campus São Jerônimo, a qual já possuía ciência da pesquisa e comprometimento no auxílio do desenvolvimento da mesma, para que se iniciassem os contatos com as usuárias. Com o comparecimento da vítima no horário estabelecido, foram explicados os procedimentos e objetivos da pesquisa, após foi realizado o rapport e apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, fornecida uma cópia para a participante e outra para o pesquisador. Os dados foram coletados em dias alternados, através da aplicação individual do Rorschach, nas dependências da Clínica-escola no mês de maio do ano de 2015, pois para aplicação do Rorschach são necessários alguns aspectos ambientais específicos, como iluminação natural, móveis padronizados quanto ao tamanho e disposição na sala, cores neutras.

Procedimentos para análise de dados

Os protocolos foram analisados através do Sistema de Kloper (1952), utilizando como referência os indicadores proposto por Vaz (1997/2014), para os dinamismos da personalidade, utilizando as linhas básicas dispostas na tabela a seguir para fechamento da interpretação:

Dinamismos da personalidade	Conceito	Identificado por
Condições intelectuais	Verifica as condições da participante quanto à visão de conjunto, capacidade de análise, percepção da realidade.	Percentuais de G, D e Dd.
Capacidade de adaptação e de relacionamento humano	O tipo de inteligência, se criativo, repetitivo ou inibido.	Procurando combinar M com G e DG, se houver, e F.
	Verifica se a pessoa tem boas condições de relacionamento, se possui capacidade de adaptação ao meio ambiente.	Através de M, M+%, FC, as proporções M:FM e FC:CF+C.
Controle de relações impulsivas e emocionais	Se as defesas estão ou não prejudicando o seu relacionamento: controle, intelectualização e resistência.	Através de F%, FK.
	Verifica se há elementos que indiquem que o indivíduo é capaz de liberar impulsos e emoções adequadamente.	F% como expressão do controle geral sobre: M – espontaneidade, funções do <i>self</i> , do ego e criatividade; FM – expressão dos impulsos e dos instintos; FC – liberação dos sentimentos e reações afetivas; CF+C – reações emocionais soltas e livres.

Capacidade de suportar conflitos e tensões	Verifica se a pessoa é capaz de se conflitar, se consegue suportar e resolver os conflitos e tensões.	Através do sombreado: k, kF, Fk, m, mF, Fm, F%, e conteúdos disfóricos.
Capacidade de autocrítica e poder de reparação	Verifica se o sujeito é capaz de através da introspecção fazer autocrítica adequada e de se deprimir para assim ser capaz de atos reparatórios.	Através de FK, FC, FC', F%, M, F+%.
Elementos comprometedores de personalidade	Procura identificar elementos comprometedores, compatíveis com transtorno neurótico, esquizofrênico, da personalidade de conduta ou de interferência orgânico cerebral no sistema nervoso central com prejuízo na personalidade.	Identificado por meio das características de personalidade evidenciadas através dos itens que compõe os dinamismos da personalidade.

RESULTADOS

Os resultados foram obtidos através de um esquema básico proposto por Vaz (1997/2014) onde a classificação ocorreu por meio de indicadores do teste de Rorschach que avalia os dinamismos da personalidade das seguintes áreas: a) condições intelectuais; b) capacidade de adaptação e de relacionamento humano; c) controle de reações impulsivas e emocionais; d) capacidade para suportar conflitos e tensão; e) capacidade de autocrítica e poder de reparação e f) elementos comprometedores de personalidade.

No que diz respeito às **condições intelectuais**, que não oferece uma avaliação psicométrica da inteligência, mas permite o entendimento do funcionamento da inteligência, dizendo respeito à capacidade de percepção da realidade, habilidades intelectivas e o tipo de inteligência. M1 apresentou adequada percepção da realidade, inteligência objetiva com ampla capacidade de compreensão do mundo ao seu redor e é capaz de constituir recursos a serem utilizados como estratégias de enfrentamento funcionais; M2 apesar de possuir uma percepção da realidade deficiente é capaz de compreender o mundo ao seu redor através de sua inteligência objetiva, no entanto tem prejuízos diante da tomada de decisão; M3 e M4 apresentam percepção da realidade deficiente e prejudicada, habilidades intelectivas inibidas com incapacidade de interagir e utilizar novos conceitos e informações para adaptar-se com o meio externo e em novas situações existenciais.

Em relação à **capacidade de adaptação e de relacionamento humano**, todas as participantes da pesquisa possuem pouca capacidade de adaptação por condições depressivas, bem como os relacionamentos interpessoais prejudicados.

Quando se trata do **controle de reações impulsivas e emocionais**, M1 e M4 mostram-se precisas, coerentes e organizadas, enquanto M2 e M3 possuem pouco

ou nenhum controle sobre suas emoções e impulsos. Todas as participantes possuem traços psíquicos, que causam sentimento de tristeza, estresse, agressividade, insegurança, baixa autoestima, isolamento social e culpa.

Ao averiguar a **capacidade para suportar conflitos e tensões**, M1 apresenta controle demasiado dos afetos e emoções, enquanto M2, M3 e M4 não são capazes de se conflitar, tampouco conseguem suportar tensões.

Na **capacidade de autocrítica e poder de reparação**, M1 através da introspecção é capaz de fazer autocríticas adequadas. No entanto M2, M3 e M4 reagem de forma precária ou mesmo não possuem capacidade de autocrítica ou poder de reparação devido a um prejuízo de espontaneidade.

Os elementos comprometedores de personalidade compreendem os transtornos neuróticos, esquizofrênicos, da personalidade de conduta ou de interferência orgânico-cerebral no sistema nervoso central com prejuízo na personalidade, etc. Todas as participantes possuem algum transtorno interligado a estruturas repressivas e traços depressivos de personalidade. Conforme a interpretação dos resultados segundo VAZ (1997/2014), M1 foi identificada com características do Transtorno de Identidade de Sexo e de Gênero. M2 e M3 apresentam, de acordo com a interpretação dos resultados, características de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). E por fim, em M4 possui, características do Transtorno Obsessivo Compulsivo.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No que diz respeito às condições intelectuais, estas se referem à visão de conjunto incluindo a capacidade de análise, percepção da realidade e o tipo de inteligência (se criativo, repetitivo ou inibido), variáveis as quais ajudam a entender o funcionamento das mulheres vítimas de violência doméstica. M1 e M2 apresentam inteligência objetiva, que para Sobral (2013) é um “potencial inato” a ser desenvolvido de acordo com a personalidade, o meio ambiente e o contexto socioeconômico e histórico-cultural do sujeito. Os fatores ambientais como superpopulação, ruídos, desorganização emocional e social, tensão, mudanças constantes, problemas nutricionais e estrutura familiar afetam diretamente a capacidade da pessoa em desenvolver seu potencial de inteligência, estes são agentes determinantes para a viabilização e canalização do potencial inato da pessoa, pois o meio social desempenha um papel importantíssimo no processo de estimulação e ativação da inteligência, no sentido de transformá-la em habilidades,

Apesar do contexto em que M1 está inserida, a violência doméstica, provavelmente essa habilidade ainda não foi afetado, sendo capaz de utilizar estratégias de enfrentamento funcionais. Já M2 apesar de sua inteligência objetiva, de acordo com os resultados, possui habilidades intelectivas prejudicadas uma vez que não identifica novas situações de risco e apresenta sérias dificuldades de tomar decisões a fim de

revolver problemas.

Ainda segundo Sobral (2013) deve haver um consenso entre o potencial a ser desenvolvido e a estimulação recebida, dois aspectos que quando conectados levam o sujeito a desenvolver o conjunto das suas habilidades cognitivas. Essas habilidades estão ligadas a capacidade lógica, de abstração, planejamento, compreensão e resolução de problemas; são justamente essas as deficiências de M3 e M4 que possuem habilidades intelectivas inibidas e dificuldades em sua funcionalidade e adaptabilidade com o meio externo, dessa forma estão sujeitas a não reconhecerem futuros agressores, dentro do contexto sociocultural em que vivem, bem como não identificar novas agressões que representem qualquer tipo de violência contra a mulher.

A percepção é uma função cognitiva que se constitui de processos pelos quais o sujeito é capaz de reconhecer, organizar e dar significado a um estímulo vindo do ambiente através dos órgãos sensoriais. Assim ocorre o ciclo percepção-ação envolvendo a integração do indivíduo com o ambiente o que possibilita a troca de informações. Pelo fato de M1 apresentar adequada percepção da realidade, pode-se dizer que esta será capaz de perceber novas situações de violência doméstica, reconhecendo futuros atos ou agressores, no entanto M2, M3 e M4 ao demonstrarem percepção da realidade deficiente e prejudicada, seriam incapazes, através da transferência da informação do passado para o futuro e da percepção para a ação construir um *percepto* resultante do confronto com as experiências passadas e com o contexto sociocultural em que vivem, logo seriam incapazes de perceber os estímulos fornecidos pelo ambiente que caracterizam uma situação de risco (TONIETTO et.al., 2011).

Em relação à capacidade de adaptação e de relacionamento percebe-se que todas as participantes da pesquisa possuem pouca capacidade de adaptação por condições depressivas, bem como os relacionamentos interpessoais prejudicados. Enfrentam a realidade por meio de isolamento como uma maneira de proteção devido às circunstâncias em que vivem. Desenvolvem a possibilidade de somatizar os traumas, tornando-as muitas vezes excêntricas e obsessivas, prejudicando a qualidade de vida devido ao doloroso sofrimento psicológico em que se encontram. Esses dados são confirmados pela autora Santos, et. al (2014) que faz referência a violência doméstica contra a mulher, que tem sido vista como um grave risco à saúde mental, pelo fato de torná-las vítimas altamente vulneráveis psiquicamente, ocasionando sérios danos à qualidade de vida e desenvolvendo, muitas vezes, um comportamento de risco. Fonseca, Ribeiro e Leal (2012) confirmam que a violência sofrida é interiorizada, afetando e interferindo no convívio social, qualidade de vida, saúde mental e ocupação profissional, e também comprometem as relações interpessoais (SÁ E WERLANG, 2013).

Quanto ao controle de reações impulsivas e emocionais, M1 e M4 apresentam controle de suas emoções e são capazes de buscar auxílio, o que para Gonzagal e Monteiro (2011), ressalta a importância do autoconhecimento, ou seja, a soma das

capacidades de percepção, geração, compreensão e controle. Possuir uma visão interna mais detalhada e realista de si mesmo proporciona ao indivíduo um aparato emocional mais exato e reações mais adequadas e positivas aos agentes externos causadores ou produtores de emoções e sentimentos, o que viabiliza a solidificação da visão e contribui para uma postura mais consistente favorecendo a construção de um perfil mais sociável e condizente com as características pessoais de cada indivíduo. Logo essas entrevistadas conseguem lidar com episódios de estresse e manterem-se organizadas diante de situações de risco. Já M2 e M3 não possuem esse controle, pois esse estado afetivo originado pela reação do sujeito de forma consciente ou inconsciente, mediante estímulos internos ou externos causaram alterações no funcionamento individual, trazendo sofrimento, tristeza, estresse, insegurança, baixa autoestima, isolamento social e culpa, marcas psíquicas que induzem a prejuízos na qualidade de vida e relacionamentos; implicando diretamente em suas capacidades de identificar os próprios sentimentos e os dos outros, além de empregar as informações de ordem emocionais que facilitem o pensamento e o raciocínio.

O prejuízo cognitivo, psíquico e comportamental, segundo Griebler e Borges (2013) faz com que as participantes não consigam denunciar ou sair dessa relação de violência. Os sentimentos que prevalecem e as rodeiam principalmente a culpabilidade, medo e vergonha, levam-nas a situações de isolamento, fazendo com que estas permaneçam no ambiente violento dificultando que ocorra uma mudança na forma de reagir para dar fim ao sofrimento.

Quanto à capacidade para suportar conflitos e tensões, M1 apresenta controle demasiado dos afetos e emoções, reprimindo seus impulsos, por isso é capaz de lidar com episódios estressores, podendo buscar recursos e auxílio fora do ambiente domiciliar, reconhecendo situações de risco e violência. Em contrapartida, M2, M3 e M4 não apresentam essas condições, não sendo capazes de agir diante da agressão, permanecendo sem reação frente à violência sofrida, seja esta direta ou indireta, verbal, física ou psicológica.

Sabe-se que a violência, de modo geral, segundo Santos, et. al (2014) é considerada fator de risco não só à saúde física da vítima, mas também à mental e emocional da mesma, se esta não dispor de uma rede de apoio adequada que possa lhe prestar assistência quando necessário. De acordo com Griebler e Borges (2013), a violência psicológica no âmbito doméstico sofrida pela mulher deixa vestígios em seu psiquismo, causando sentimento de culpa, insegurança, baixa autoestima, medo, tristeza, nervosismo e esquecimentos, ocasionando queda significativa à sua qualidade de vida.

Na capacidade de autocrítica e poder de reparação percebe-se que M1, graças a sua introspecção é capaz de fazer autocríticas adequadas, capacidade que foi preservada apesar da situação de conflito que enfrenta. Não possui comprometimento na capacidade de percepção da realidade e por isso através da introspecção consegue organizar-se e reparar qualquer dano eventual. No entanto M2, M3 e M4 reagem

de forma precária ou mesmo não possuem capacidade de autocrítica ou poder de reparação devido a um prejuízo de espontaneidade. Pelo fato de possuírem uma visão distorcida da realidade, suas capacidades de introspecção e autocrítica foram seriamente comprometidas, logo o poder de reparação de qualquer dano eventual será também prejudicado. Para Sá (2011) estes são sintomas comuns em mulheres que sofrem violência doméstica, pois acarreta os mais distintos problemas de ordem psicológica, com uma autocrítica precária e relações interpessoais fracassadas. Segundo Griebler e Borges (2013) a violência doméstica deixa marcas profundas no psiquismo feminino, causando sentimento de tristeza, culpa, sobrecarga de estresse, agressividade, insegurança, baixa autoestima, medo, desamparo isolamento social, nervosismo e esquecimentos, ocasionando sérios agravos à sua qualidade de vida.

Dentro dos elementos comprometedores o objetivo é encontrar indicadores que evidenciem algum prejuízo à personalidade das participantes, no entendimento de Sá e Werlang (2013), as vítimas de violência apresentam características de personalidade semelhantes e sofrer a violência causa sérios danos, sendo um deles os transtornos de personalidade.

A personalidade é conjunto de atributos característicos estáveis e persistentes ao longo do tempo que segundo Whitbourne (2015), pode variar de acordo com as circunstâncias. Está relacionada às características externas, aos aspectos comportamentais observáveis do sujeito, os quais captam a essência de sua constituição psicológica. A violência doméstica é um evento negativo, que torna a personalidade mais vulnerável aos estresses da vida. Vaz (1997/2014) utilizou-se da interpretação dinâmica do Rorschach levando em consideração os critérios de diagnóstico do DSM III E DSM IV para a classificação dos transtornos de personalidade. Em relação a esta pesquisa, todas as participantes apresentaram estruturas rígidas, reprimidas e depressivas de acordo com a interpretação dos dados segundo o autor.

Foram identificadas características de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) em M2 e M3. Dentro dos critérios adotados pelos DSM III e DSM IV, o TAG condiz com o sujeito com condições afetivas inadequadas para a integração humana, influência do medo, tensão ansiogênica, sentimentos de insegurança e falta de condições para tolerar frustrações.

Segundo o Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais - DSM V (2014) o indivíduo com TAG tem dificuldade de controlar a preocupação e de evitar que pensamentos preocupantes interfiram na atenção às tarefas diárias da rotina de vida. M2 e M3 apresentam sofrimento subjetivo devido à preocupação constante e prejuízo relacionado ao funcionamento social e em outras áreas das suas vidas, com influência de medo e de tensão nos sentimentos de insegurança que se mobilizam e se intensificam, impedindo-as de terem reações comportamentais e atitudes adequadas.

A entrevistada M1 foi identificada com características do transtorno de identidade de sexo e de gênero. Indivíduos do sexo feminino apresentam dificuldades em relação ao à figura paterna internalizada, ou seja, não aceitar essa figura e ao mesmo tempo,

estar assumindo o seu papel; dificuldade em relação aos papéis femininos, medo de se expor, dificuldades de relacionamento, cautela e defesa paranóide.

Entretanto o Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM V, 2014) a partir desta última versão passa a usar o termo “disforia de gênero” nos casos em que há uma incongruência acentuada entre a própria experiência de gênero e sexo do nascimento. Nem sempre a discrepância entre a experiência de gênero e as características físicas sexuais é acompanhada pelo desejo de livrar-se das características sexuais primárias. É comum que se adote o comportamento, as vestimentas e os maneirismos do gênero experimentado, podem encontrar outras formas de solucionar a incongruência entre os gêneros, vivendo parcialmente o papel desejado ou adotando um que não seja convencionalmente masculino nem feminino.

E por fim, M4 foi identificada com características do Transtorno Obsessivo Compulsivo. Este sujeito apresenta controle demasiado das reações impulsivas e da espontaneidade causando integração humana inadequada, excesso de crítica, instabilidade interna não conseguindo adaptar-se às mudanças, perfeccionismo e persistência.

De acordo com DSM V o Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) se caracteriza pela presença de obsessões, como pensamentos repetitivos e persistentes, imagens ou impulsos e de compulsões como comportamentos repetitivos ou atos mentais. As obsessões nunca são prazerosas ou voluntárias, são intrusivas e indesejadas e causam acentuado sofrimento ou ansiedade. De acordo com a interpretação do Rorschach, M4 apresenta controle demasiado sobre a espontaneidade, as reações emocionais e sobre a liberação de impulsos, controlando intelectualmente as reações, porém de forma inadequada, não permitindo ser espontânea na liberação dos sentimentos e afetos e, em consequência, é incapaz de integração humana adequada. Tem o pensamento lógico prejudicado por fatores ou razões de ordem situacional tensional, sinal de que se defendem do sofrimento e da tensão.

Sendo assim, todas as mulheres vítimas de violência participantes desta pesquisa, apresentam algum tipo de prejuízo na personalidade, no entanto não é possível dizer se esses prejuízos são anteriores ou posteriores à violência doméstica sofrida. Por ser uma pesquisa qualitativa composta por uma amostra referente a quatro sujeitos, não é possível dizer que outras mulheres que sofreram violência doméstica também possuem transtornos de personalidade, no entanto, segundo Sá e Werlang (2013) sofrer violência doméstica é um meio de desenvolver transtornos de personalidade, porém, são poucos os estudos que relacionam os dois temas.

CONCLUSÃO

As características de personalidade das mulheres vítimas de violência doméstica são componentes suscetíveis de vulnerabilidade. Esta pesquisa proporcionou

compreender algumas características de personalidade das mulheres vítimas de violência e de que forma a agressão é interiorizada, afeta e interfere em suas vidas nas esferas de convívio social, qualidade de vida e saúde mental.

A violência sofrida pelas participantes apresenta-se através de marcas psíquicas e prejuízos que envolvem sentimentos de tristeza, estresse, insegurança, agressividade, culpabilidade, baixa autoestima, medo e tensão, que se mobilizam e se intensificam impedindo-as de terem reações comportamentais e atitudes adequadas o que ocasiona o agravo da violência sofrida. Os danos afetam a totalidade individual, estes abrangem dificuldades tanto em sua funcionalidade como adaptabilidade com o meio externo, devido a pouca capacidade de lidar com episódios estressores.

O sofrimento psíquico das mulheres submetidas à violência parece ter contribuído para uma dependência emocional, uma vez que o ato pode acontecer sutilmente sem deixar evidências. Foi possível identificar que as participantes enfrentam a realidade por meio de isolamento, como uma maneira de proteção devido às circunstâncias em que vivem. Estas permanecem no ambiente violento, o que reforça as atitudes de submissão levando a vítima a sujeitar-se às diversas formas de violência. Consequentemente o ciclo de relacionamento diminui, sendo assim dificulta a busca de recursos e auxílio fora do ambiente domiciliar o que piora a qualidade de vida e favorece o desenvolvimento de comportamentos autodestrutivos. Dessa forma existiu um impedimento quanto à tomada de decisão e resolução do problema para que ocorressem mudanças de adaptação a novas situações de risco.

Estruturas repressivas e traços depressivos de personalidade foram encontrados, nas quatro participantes de pesquisa, outros dados apontaram elementos compatíveis ao Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno de Identidade de Sexo e de Gênero, Transtorno Obsessivo Compulsivo. Conclui-se que todas as mulheres vítimas de violência que foram examinadas, apresentam algum tipo de prejuízo na personalidade.

Em relação ao estado psicológico dessas mulheres cabe uma compreensão mais acurada que pode auxiliar em programas de intervenção mais efetivos que possam contribuir na elaboração de estratégias mais eficazes que visem o acompanhamento psicológico e favoreça o fortalecimento das vítimas para que reconheçam às situação de violência e possíveis agressores.

Conhecer as características de personalidade das mulheres vítimas de violência é fundamental na prevenção de novas situações de risco e agravos, no entanto fica o questionamento se os transtornos identificados são anteriores a violência doméstica sofrida, ou seja, já eram características de personalidades dessas mulheres ou se a violência é o fator desencadeante dos referidos transtornos; tema esse que pode ser desenvolvido em pesquisas futuras. Outra questão de grande relevância é a existência e funcionamento adequado das redes de apoio que visem implantar políticas de acolhimento e proteção às vítimas e que possibilite um trabalho psicológico e social com estas. A rede acessada deve estar fortalecida o suficiente para lhes dar o suporte

necessário e essencial, evidenciando a retirada destas do ambiente violento e do contexto que lhe cause maior dependência.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM V**. (5ª Ed). Porto Alegre: Artmed, 2014.

BRUM, C.R.; Et. al. **Violência Doméstica e Crenças: Intervenção com Profissionais da Atenção Primária à Saúde**. Psicologia em Pesquisa, UFJF, V.7, n 2, pág 242-250,2013. Acesso dia 11 de maio de 2015. Disponível em: //www.ufjf.br/psicologiaempesquisa/files/2013/12/v7n2a11.pdf

Conselho Federal de Psicologia. **Resolução CFP nº 005/2012**. Define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos e revoga a Resolução CFP nº 002/2003. Acesso dia 24 de abril de 2016. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2013.

CUNHA, A. C; QUEIROZ, L. M. C. **A violência doméstica nos tribunais: análise das questões de gênero presentes nas sentenças judiciais**, 2014. Acesso em 28 de abril, 2016. Disponível em: http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Ana%20Cl%C3%A9o%20da%20Cunha%20Laurindo;%20Marisse%20Costa%20de%20Queiroz.pdf

FONSECA, D. H. da; RIBEIRO, C. G.; Leal, N. S. B. **Violência Doméstica contra a mulher: Realidades e Representações Sociais**. Psicologia & Sociedade, João Pessoa, 2012. 24, p. 307-314. Acesso dia 10 de outubro de 2015. Disponível em: www.scielo.br/pdf/psoc/v24n2/07.pdf

GONZAGAL, A. R.; Monteiro, J. K. **Inteligência Emocional no Brasil: Um Panorama da Pesquisa Científica**, 2011. Acesso dia 30 de abril de 2016. Disponível em: http://revista.seune.edu.br/index.php/op/article/viewFile/12/pdf_2 Abr-Jun 2011, Vol. 27 n. 2, pp. 225-232

GRIEBLER, C. N.; BORGES, J. L. **Violência Contra a Mulher: Perfil dos Envolvidos em Boletins de Ocorrência da Lei Maria da Penha**. Psico, Porto Alegre, 2013. 44, 215-225. Acesso dia 27 de outubro de 2015. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/11463/964>

HEISE, L. L. **“Violence against women: an integrated framework”**. *Violence against women*, v. 4, n. 1, 1998, p. 262-290. Disponível em: <Disponível em: <http://vaw.sagepub.com/content/4/3/262.short> >. Acesso em: 29 set. 2016. [Links]

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006**. Dispõe sobre a criação dos juzizados de violência doméstica e familiar contra a mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília, 7 de agosto de 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.html. Acesso em 25 de outubro de 2015.

McCloskey, L. A. **The Effects of Gender-based Violence on Women’s Unwanted Pregnancy and Abortion**. *Yale Journal of Biology and Medicine* ;v. 89; n. 2; pág 153-9,2016. Estados Unidos. Acesso dia 23 de setembro de 2016. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4918882/?tool=pubmed>

NASCIMENTO, R. S. G. F. do; RESENDE, A. C. **O estudo da personalidade por meio do método de Rorschach (Sistema Compreensivo)**. *Revista Especialize On-line IPOG*. (8ª ed); 2014. Acesso dia 10 de setembro de 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Windows%207/Downloads/o-estudo-da-personalidade-por-meio-do-metodo-de-rorschach-sistema-compreensivo-1883121.pdf>

RORSCHACH, H. **Psicodiagnóstico**. São Paulo: Editora Mestre Jou. Say. Psychotherapy, 1967.

SÁ, S. D; Werlang, B. S. G. **Personalidade de mulheres vítimas de violência doméstica: uma**

revisão sistemática da literatura. Contextos Clínicos, Porto Alegre, v.6, pág. 106-116, 2013. Acesso dia 22 de outubro de 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ccclin/v6n2/v6n2a05.pdf>

SÁ, S. D. **Características Sociodemográficas e de Personalidade de Mulheres Vítimas de Violência Doméstica.** Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Acesso em 04 de abril de 2016. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/733/1/429854.pdf>

SAMPAIO, R. O.; AQUINO, G. B. de. **Perfil das mulheres vítimas de violência doméstica de uma cidade do interior da Zona da Mata Mineira.** Revista Científica da FAMINAS, v.9, pág.115-131, 2013. Acesso dia 11 de maio de 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Windows%207/Downloads/cincias-humanas-e-sociais-aplicadas.pdf>

SÁNCHEZ, G. A. **Violencia de pareja y la responsabilidad del personal de salud.** Med. leg. Costa Rica v.33, n.1, 2016. Acesso dia 23 de setembro de 2016. Disponível em: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152016000100133

SANTOS, K. M. M. S. dos; Et al. **A Violência Doméstica Contra a mulher por companheiro e a Lei Maria da Penha.** Cadernos de Graduação Ciências Humanas e Sociais, UnitAracaju, v.1, pág. 79-86, 2014. Acesso dia 10 de outubro de 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Windows%207/Downloads/1259-4532-1-PB.pdf>

BRASIL. Secretaria de Segurança Pública do Estado do Rio Grande do Sul. **Observatório de Violência contra as Mulheres da Secretaria de Segurança Pública do Estado do Rio Grande do Sul. Relatório Lilás.** Rio Grande do Sul, RS: Secretaria de Segurança Pública.

Secretaria de Segurança Pública do Estado do Rio Grande do Sul. **Observatório de Violência contra as Mulheres da Secretaria de Segurança Pública do Estado do Rio Grande do Sul.** Rio Grande do Sul, RS: Secretaria de Segurança Pública, 2015.

SOBRAL, O. J. **Inteligência Humana Concepções e Possibilidades.** Revista Científica FacMais, Volume. III, Número 1. Ano 2013/1º Semestre. ISSN 2238-8427. Acesso em 13 de maio de 2016. Disponível em <http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2013/05/3>.

TONIETTO, L.; Et. al. **Interfaces entre funções executivas, linguagem e intencionalidade.** Acesso dia 29 de abril de 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v21n49/12.pdf>, Vol. 21, No. 49, 247, 2011.

VAZ. C. E. **O Rorschach: Teoria e Desenvolvimento.** (3 ed). São Paulo: Manole Ltda, 1997.

VAZ. C. E. **O Rorschach: teoria e desempenho II: sistema Klopfer.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014.

WHITBOURNE, S. **Psicopatologia. Perspectiva clínicas dos transtornos psicológicos.** (7ª ed). Porto Alegre: AMGH, 2015.

ZANCAN, N.; Wassermann, V.; Lima, G. Quadros de. **A violência doméstica a partir do discurso de mulheres agredidas.** Pensando Famílias, n.17, pág. 63-76, 2013 Acesso dia 09 de maio de 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v17n1/v17n1a07.pdf>

KLOPFER, B. **Técnica del Psicodiagnostico del Rorschach: Método Proyectivo para el Diagnóstico de la Personalidad.** Buenos Aires: Paidós, 1952.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência.** Tradução: B&C Revisão de Textos Ltda – ME. Genebra: OMS; 2012. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf. Acesso em 04/10/2016

SEXUALIDADE E GÊNERO: ESTUDO COM MULHERES AGRICULTORAS NUM AMBULATÓRIO REGIONAL DE DST/HIV/AIDS

Sirlei Favero Cetolin

Universidade do Oeste de Santa Catarina –
Unoesc
Mestrado em Biociências e Saúde

Eloísa Bido

Universidade do Oeste de Santa Catarina –
Unoesc
Curso de Psicologia – Bolsista CNPq

Caroline Estéfani Zanin

Universidade do Oeste de Santa Catarina –
Unoesc
Curso de Psicologia

Simone Kelly Cetolin Wackerhagen

Centro Universitário Católica de Santa Catarina
Curso de Psicologia

Ana Paula de Oliveira

Universidade do Oeste de Santa Catarina –
Unoesc
Mestranda em Biociências e Saúde

Jorge Fernando Soares

Universidade do Oeste de Santa Catarina –
Unoesc
Mestrando em Biociências e Saúde

com a utilização de um questionário aplicado a 13 mulheres, com faixa etária entre 18 e 55 anos com origem no meio rural. Dentre as quais 07 trabalham exclusivamente na agricultura, 04 são diaristas, 01 trabalha com vendas e 01 é costureira; 09 continuam residindo no meio rural e 04 mudaram-se para a cidade. Dentre aquelas que residiam no meio rural e mudaram-se para o meio urbano, os motivos referem-se ao melhor acesso ao tratamento e aos serviços de saúde, arrumar emprego sem que as pessoas saibam da doença, não conseguir mais trabalhar na agricultura por estarem doentes, preconceitos vividos na comunidade e com o companheiro em relação a doença e separação conjugal. A maioria convive com o diagnóstico há mais de quatro anos e o tempo máximo que constatamos foi de 22 anos. O preconceito dos amigos e a não aceitação dos familiares, juntamente com os efeitos colaterais provocados pelo uso dos medicamentos, foram relatados como as principais dificuldades na vida cotidiana. Ações planejadas por equipes profissionais interdisciplinares, para atender as necessidades do tratamento medicamentoso e oferecer o apoio moral e psicológico podem contribuir para o enfrentamento da solidão e desamparo vivenciados por essas mulheres, abrindo novas oportunidades para ressignificar vidas, amenizando as vulnerabilidades existentes nas relações históricas de gênero.

RESUMO: O estudo realizado teve o objetivo de analisar a condição de vida de mulheres agricultoras usuárias de um Ambulatório Regional de DST/AIDS, localizado num município de pequeno porte no Estado de Santa Catarina. A pesquisa foi baseada em informações coletadas

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Pública; Gênero; Acesso a Saúde; Sexualidade.

ABSTRACT: The study aimed to analyze the condition of life of women farmers that use of a Regional STD/AIDS outpatient clinic, located in a small municipality in the State of Santa Catarina. The survey was based on information collected through the use of a questionnaire applied to 13 women, with age between 18 and 55 years originating in rural areas. Among which 07 work exclusively on agriculture, 04 are day laborers, 01 works with sales and 01 is a seamstress; 09 still residing in rural areas and 04 moved to the city. Among those residing in rural areas and moved into the urban environment, the reasons refer to the improved access to treatment and health services, get a job without people knowing the illness, are unable to work in agriculture for being sick, prejudice experienced in the community and with the partner about the disease and marital separation. Most live with the diagnosis for over four years and the maximum time that we found was 22 years old. The bias of the friends and the non-acceptance of the family, along with the side effects caused by the use of medicines were reported as the main difficulties in everyday life. Actions planned by interdisciplinary professional teams to meet the needs of drug treatment and offer moral and psychological support may contribute to the confrontation of loneliness and helplessness experienced by these women, opening up new opportunities to redefine its meaning lives, easing existing vulnerabilities in historical relations.

KEYWORDS: Public Health; Genus; Access to health care; Sexuality.

INTRODUÇÃO

O estudo foi realizado envolvendo mulheres de origem na agricultura usuárias de um Ambulatório Regional de DST/HIV/AIDS localizado num município de pequeno porte no Extremo Oeste do Estado de Santa Catarina. Investigou-se para compreender como as mulheres agricultoras com AIDS vivenciam a sua realidade cotidiana, boa parte dos estudos sobre mulheres rurais realizados no país, tendem a considerar o papel da mulher dentro do contexto familiar e/ou referente a divisão social e sexual do trabalho e da produção agrícola. Pesquisas sobre a condição de vida e saúde das mulheres, em especial no meio rural do Extremo Oeste catarinense não foram encontrados e pensamos que são merecedoras de atenção especial pela particularidade das condições vivenciadas, geralmente em pequenas propriedades de subsistência familiar.

O estudo justificou-se pelo fato das relações de gênero formadas por homens e mulheres serem norteadas pelas diferenças biológicas, transformadas historicamente em desigualdades que tornam o ser mulher, um ser mais vulnerável. E, quando se trata do meio rural, segundo Scott (2007), as relações de gênero, ao mesmo tempo em que definem o lugar do feminino e do masculino, também classificam as moças a partir da moralidade, regulando o seu pertencimento, ou não, comunidade em que residem.

Ou seja, as diferenças de gênero são colocadas em termos de uma diferença também do lugar onde se vive (CASTRO; ABRAMOVAY; SILVA, 2004)

Historicamente, a vulnerabilidade que atinge a mulher se dá, por diferentes vias, às vezes, simultaneamente, pelas vias do trabalho, da classe, da cultura, da etnia, da idade, da sexualidade e, assim sendo, torna-se difícil atribuí-la a um aspecto específico desse fenômeno, em vista da combinação dos vários elementos. Desse modo, mais que qualquer outro assunto ligado ao feminino que se deseja analisar, dificilmente se poderá compreender a situação particular da mulher sem antes conhecer, as relações de gênero no contexto sócio histórico das famílias. Diante de tal premissa, foram pesquisadas algumas informações sobre as relações de gênero no contexto familiar, relacionadas com a questão do feminino, em especial, de mulheres com origem no meio rural com diagnóstico positivo para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

Vale lembrar que, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é considerada um dos problemas de saúde pública da contemporaneidade. A epidemia começou no final da década de 1970 e início de 1980 com as descobertas dos primeiros casos. De início, era vista pela população como “doença de homossexuais”, criando assim, vários tabus que são enfrentados que infelizmente ainda persistem no contexto social. Contudo, homens e mulheres são afetados e, há convergências do modo de lidar com a doença entre ambos os sexos, principalmente as mulheres e a situação se agrava quando as mesmas vivem no ambiente rural, mais afastado dos centros e acessos à saúde.

AIDS E GÊNERO

A AIDS não é uma doença recente e alguns especialistas defendem a tese de que o vírus existe a milhares de anos. Para Straub (2005), a AIDS somente se tornou um problema global por causa do aumento expressivo em mobilidade na maioria da população mundial, que permitiu que a doença se espalhasse de um continente para o outro.

A AIDS é uma doença causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) (STRAUD, 2005, p. 394). Esta se reproduz no corpo humano nos linfócitos TCD4, enfraquecendo o sistema imunológico, o que torna o corpo vulnerável à infecção. Como no Brasil, é considerada um dos problemas de saúde pública no mundo inteiro.

Existem várias formas de controle e prevenção do vírus HIV, as principais estratégias de prevenção utilizadas pelos programas de controle promovidos pelo governo brasileiro envolvem: a promoção do uso e distribuição de preservativos, a promoção do uso de agulhas e seringas esterilizadas ou descartáveis, o controle do sangue e derivados, a adoção de cuidados na exposição ocupacional a material biológico e o manejo adequado das outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Os preservativos masculinos e femininos são a barreira comprovadamente efetiva contra o HIV. O uso correto deste método contraceptivo pode reduzir o risco de transmissão do vírus, assim como outras DSTs. Estudos demonstraram que o uso correto e sistemático do preservativo masculino reduz o risco de aquisição do HIV e outras DST em até 95%. Além dos preservativos, existem produtos espermicidas à base de nonoxinol-9 que são capazes de inativar o HIV e agentes de outras DST “in vitro”, e poderiam ter um papel importante na redução da transmissão sexual do HIV, se usados em associação com os preservativos. O Brasil, assim como outros países com elevados números de casos, vem tentando diminuir o contágio pelo vírus HIV e difundir o conhecimento do mesmo para a população, pois por uma série de razões, muitas pessoas ainda desconhecem como ela é transmitida e como pode ser prevenida. Para Helman (2009), as pessoas diagnosticadas com AIDS (ou como HIV-positivas) frequentemente tornam-se vítimas de discriminação e preconceito ou mesmo de violência.

A epidemia da AIDS tornou-se uma realidade para mulheres brasileiras desde 1980 (Ministério da Saúde, 2011). Estudos de gênero baseiam-se no movimento feminista, iniciado no Brasil na década de 1980 que se estende para o século XXI. Falar de gênero é falar sobre dominância e submissão, conquistas e também de desigualdade. Tais convergências estão sendo barradas lentamente por movimentos em prol da mulher, na tentativa de reverter ou minimizar os efeitos da opressão sofrida historicamente nas relações de gênero. São espaços que se voltam para ideia de igualdade entre os sexos, apoiando-se na denúncia das desigualdades entre homens e mulheres evidenciadas nos mais variados âmbitos da vida, seja político, econômico, familiar, e principalmente, na assistência de saúde em casos de doenças. A ideologia de gênero vai, então, estruturar as relações entre os homens e mulheres, assim como vai estruturar as identidades subjetivas e os papéis sexuais (CADOIRE e RIBEIRO, 2004). Ao abordar o assunto de relações desiguais de poder estabelecidas entre homens e mulheres, também se deve considerar as desigualdades de gênero, AIDS e violência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Em praticamente todas as estatísticas sobre a doença, as mulheres vêm aparecendo em números progressivamente maiores, configurando um problema de saúde pública junto com a questão dos bebês que nascem filhos de mães contaminadas (MELLO FILHO E BURD, 2010, p 414).

O primeiro caso em mulheres ocorreu em 1987. Desde então, o número de casos em mulheres vem crescendo e a razão de masculinidade vem diminuindo a cada ano, em 1990 a razão de masculinidade era de 5 homens para cada 1 mulher, sendo que a partir de 1996 esta razão cai para aproximadamente 2 casos em homens para cada 1 caso em mulher, tendo como explicação o aumento da transmissão por contato heterossexual resulta em crescimento de casos em mulheres. (DIVE, 2011, p.2)

No Brasil, o governo federal, em março de 2007, lançou o Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da AIDS e outras DST, em comemoração ao Dia

Internacional da Mulher. O plano representa uma consolidação para o enfrentamento da epidemia de AIDS e a prevenção e o tratamento de doenças sexualmente transmissíveis entre mulheres. Este foi um importante marco histórico, com vistas ao fortalecimento do campo dos direitos das mulheres na prevenção de doenças (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Uma das reflexões importantes pauta-se na problematização das diferenças sexuais como identidade e a construção de um eixo diferencial que atribui poder ao masculino em detrimento do feminino (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

As mulheres com AIDS, depois dos toxicômanos, são o grupo que mais oferece problemas com atendimento psicoterápico, tem dificuldades de se conscientizar da doença e temem muito ver a fragilidade ou a deterioração de seus casamentos. São muito feridas por terem sido contaminadas pelos maridos, traídas. Outras já tinham sido contaminadas e estavam separadas quando souberam da realidade de serem portadoras da doença, criando-se também uma situação difícil, pessoal e familiarmente. (MELLO FILHO e BURD, 2010, p. 414)

O Brasil tem tido um papel especialmente importante no cenário internacional no desenvolvimento de políticas sociais e de saúde, que se preocupam com a inclusão social e com o combate à discriminação, incluindo setores da sociedade civil organizada, tanto na saúde da mulher quanto no campo das DST/AIDS (Ministério da Saúde, 2003, p.35). Levando em consideração os dados atuais da epidemia no país e condições de vulnerabilidade social das mulheres, foram propostas algumas diretrizes nas políticas públicas com estratégias para a prevenção da AIDS. É preciso dar visibilidade e definir mecanismos e espaços que expressem as estratégias de ações de prevenção das DST/AIDS voltadas para os diferentes grupos da população, por meio de mídia, materiais educativos, espaços nos boletins informativos dos parceiros envolvidos etc.

O primeiro caso de AIDS no Brasil foi notificado em meados de 1980, em Santa Catarina, em 1984. Desde o início da epidemia o estado apresentou como peculiaridade o modo de transmissão por uso de drogas injetáveis. Desde o início da epidemia, houve e ainda há alguns municípios com as mais altas taxas de incidência no país, chamando a atenção de autoridades para soluções mais eficazes. Desde então, ações têm sido desenvolvidas no campo das doenças sexualmente transmissíveis DST/AIDS, com o objetivo de prevenir e reduzir sua incidência. No estado de Santa Catarina, desde 1984 foram diagnosticados cerca de 25.950 casos de AIDS em adultos, 929 casos de AIDS em crianças e 4756 casos de gestantes soropositivas (DIVE, 2011, p.1).

O estado de Santa Catarina apresenta as maiores taxas de mortalidade, comparado a outros estados brasileiros. As causas dos índices elevados estão envolvidas com diagnóstico tardio, dificuldades na adesão do tratamento, esquemas de tratamento antirretroviral e profilaxia das infecções oportunistas inadequados e dificuldade de acesso para acompanhamento médico (DIVE/SC, 2011).

METODOLOGIA

Tendo em vista que a metodologia se refere ao caminho a ser percorrido durante toda a investigação, é imprescindível a indicação de procedimentos metodológicos para a efetivação da pesquisa. O método utilizado teve a forma central de uma pesquisa qualitativa com base em informações que foram coletadas com a utilização de um questionário com perguntas abertas e fechadas num Ambulatório DST/AIDS que atende pessoas oriundas de 21 (vinte e um) municípios da Região Extremo Oeste do Estado de Santa Catarina, todos considerados de pequeno porte.

Participaram da pesquisa as mulheres usuárias do Ambulatório Regional DST/AIDS com diagnóstico de soropositividade ao HIV; maiores de idade; com origem no meio rural; independentemente de estado civil, religião, etnia e que aceitaram participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). “O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.” (Res. CNS 466/12).

Ressalta-se que o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) institucional e que a realização da mesma, somente ocorreu mediante a aprovação e expedição de parecer favorável. Salienta-se que dentre os critérios observados para que as mulheres fossem consideradas participantes da pesquisa, levou-se em conta que, não apresentassem patologias graves que impedissem a realização do preenchimento do questionário e, principalmente, que fossem oriundas do meio rural de um dos municípios que referenciam o atendimento de seus pacientes no Ambulatório Regional de DST/AIDS pesquisado. Atendendo aos critérios elencados fizeram parte do estudo 13 mulheres. O questionário foi aplicado com a colaboração da enfermeira coordenadora do local.

RESULTADOS

Das 185 pessoas portadoras do vírus HIV oriundas de municípios do Extremo Oeste de Santa Catarina cadastradas no Ambulatório Regional DST/AIDS no período de realização do estudo, participaram da pesquisa 13 mulheres, que residem ou possuem origem no meio rural, com faixa etária entre 18 e 55 anos. Quanto à religião e estado civil, 09 são católicas e 04 são evangélicas, 06 casadas e/ou conviventes, 03 solteiras e 04 divorciadas e/ou separadas. Apenas 01 não tem filhos. Referente à escolaridade 07 não concluíram o Ensino Fundamental, 03 concluíram e, 03 possuem o Ensino Médio completo. Quanto a participação em grupos de apoio e tratamento psicoterapêutico individual, as 13 entrevistadas destacaram não ter participado de nenhum grupo de apoio e 07 já realizaram psicoterapia.

O adoecimento em si gera um impacto psicológico que pode ameaçar o equilíbrio

interno do portador de AIDS. As dificuldades enfrentadas por essas pessoas podem gerar quadros comuns como os sintomas de depressão que parecem estar ligados à vivência com o HIV, ao impacto do diagnóstico, a progressão da doença e a repercussão psicossocial. O tratamento psicoterapêutico consiste em oferecer uma escuta qualificada a fim de identificar os efeitos da condição de soropositividade. Ou seja, identificar os aspectos subjacentes à doença. As intervenções psicológicas podem promover alterações nos aspectos emocional, psicossocial, nas estratégias de enfrentamento e na adesão ao tratamento, que culminem numa melhora no estado de saúde geral do indivíduo (OLIVEIRA, 2013).

Conforme Pêrsico e Figueiredo (2008), os trabalhos grupais também se apresentam como uma excelente ferramenta para o sucesso do tratamento, abordando pontos positivos da relação humana, partilhando experiências e desenvolvendo capacidades para enfrentar problemas, aumentando a autoconfiança. O apoio e a disponibilidade social aumentam a sobrevivência das pessoas enfermas, amenizando o sofrimento, diminuindo os medos e as angústias, uma vez que se aprende com a experiência do outro criando novas alternativas de cuidados que produzem um aumento da autoestima.

A dinâmica da epidemia de AIDS carece de práticas de saúde que caminhem neste sentido. Os grupos possibilitam a construção de um espaço para reflexão entre profissionais, pacientes e os familiares, e torna possível a discussão de novas alternativas em relação às perspectivas individuais e sociais, voltadas para a promoção de saúde. O aprimoramento e desenvolvimento de novas alternativas de cuidados psíquicos se fazem necessárias para o auxílio do fortalecimento da pessoa que vive com AIDS. (PÉRSICO; FIGUEIREDO, 2008).

Constatou-se que sete mulheres trabalham exclusivamente na agricultura, quatro são diaristas, uma trabalha com vendas e uma é costureira. Os dados revelam que das treze mulheres, nove ainda residem no meio rural e quatro vivem atualmente no meio urbano. Dentre aquelas que residiam no meio rural e mudaram-se para o meio urbano, as justificativas se referiram ao maior e melhor acesso ao tratamento e aos serviços de saúde, facilidade para arrumar emprego e, não conseguir mais trabalhar na agricultura por estar doente, preconceito da comunidade e do companheiro e separação conjugal.

A maioria das entrevistadas convivem com o diagnóstico há mais de quatro anos e o tempo máximo que constatamos foi de 22 anos. Quanto as dificuldades encontradas desde o resultado, nove mulheres destacaram não encontrar dificuldades em seu cotidiano quando as pessoas de seus relacionamentos próximos não sabem sobre a doença, quatro relataram o preconceito como principal dificuldade bem como os efeitos colaterais no uso dos medicamentos. Vale salientar que, as quatro mulheres que mencionaram o preconceito como principal dificuldade são as mesmas que relataram ter revelado o diagnóstico para os amigos e familiares, o que demonstra a resistência dos familiares à aceitação da doença e a fragilidade da rede de apoio à mulher soropositiva, de maneira especial, quando reside na agricultura. Referem-se

também as dificuldades no transporte para irem até o ambulatório mensalmente e, as relações próximas nas comunidades rurais, onde todos se conhecem e sabem sobre a vida de todos os moradores.

As reflexões sobre o compartilhar ou não o resultado positivo para o HIV é um dos principais desafios para os portadores soropositivos. Conforme Rabuske (2009), as duas ações, contar ou não, mostram-se geradoras de estresse e sofrimento, justificando para alguns o adiamento ou a omissão da revelação. Contar carrega o medo da possível reação negativa do outro, acompanhada de preconceito e estigma. E contar pode gerar muitas fantasias e interpretações do outro, podendo até levar a quebra de vínculos.

“Quando saio de casa para ir na cidade, tenho que dizer onde eu vou para a vizinha a comadre, a cunhada, todos querem saber, todos se conhecem” (1).

“Na agricultura a rotina é diferente da cidade e todo mundo sabe da vida de todo mundo, é complicado se a gente está doente, todo mundo quer saber o que a gente tem” (5)

Todas fazem tratamento medicamentoso, sendo esta uma das principais mudanças abordadas pelas entrevistadas, juntamente com a utilização do uso de preservativos nas relações sexuais.

“Uso da medicação diária.” (1)

“Uso da medicação diária” (2).

“Se habituar a tomar a medicação diária” (3).

“Mudou muita coisa na vida. Principalmente no relacionamento com as pessoas e família. Houve também preconceito da família. Perdi o emprego.” (5)

“Ter que ficar para o resto da vida consultando e tomando medicação.” (10)

“Não usava preservativo, após o diagnóstico, passei a usar.” (3).

A adesão do paciente ao tratamento medicamentoso é considerada uma dimensão crucial para os programas de AIDS em todo o mundo. Ações de incentivo e monitoramento da adesão estão sempre presentes nas diretrizes técnicas voltadas para os serviços de saúde que assistem pessoas em tratamento antirretroviral (*World Health Organization [WHO], 2003*).

Referente a internações hospitalares por intercorrências ocasionadas pela doença, duas mulheres informaram que já foram hospitalizadas e onze nunca precisaram de internação hospitalar, foram atendidas no ambulatório ou em outros serviços de saúde pública; cinco informaram que possuem outros membros na família com o vírus e oito disseram não possuir nenhum familiar soropositivo.

As participantes apontam que a condição de mulher de origem na agricultura e com AIDS possui algumas particularidades, vejamos:

“Se as pessoas no interior descobrem que você tem, fica complicado” (4).

“Na cidade as filhas podem trabalhar, me sinto muito sozinha” (5).

“O trabalho no interior costuma ser mais pesado e desgastante, porém, não tem padrão para pedir permissão para sair e ir ao médico ou qualquer outro problema em decorrência do vírus e se torna menos constrangedor” (6).

“Na cidade é melhor, pois tem mais acesso aos serviços de saúde, ninguém fica cuidando da sua vida, mas existe muita solidão” (7).

“Geralmente quem mora no interior tem menos acesso à informações sobre o vírus e de como fazer o tratamento” (8).

“É mais difícil morar no interior e ter o vírus, por causa do acesso à saúde. Na cidade, o vínculo com o serviço da saúde fica mais fácil” (12).

“Facilidade do transporte e locomoção, sem precisar dar explicação para a vizinhança de onde a gente vai ou não vai” (13).

O constante conflito que atinge a vida das mulheres contaminadas deve ser foco das ações planejadas por equipes de saúde multiprofissionais, para atender as necessidades do tratamento medicamentoso e oferecer o apoio moral e psicológico necessários, possibilitando o enfrentamento da solidão e desamparo vivenciados, abrindo novas oportunidades para ressignificar suas vidas, independentemente de as mulheres residirem no meio urbano ou rural, contudo, quando residem no meio rural, é notável que as dificuldades sejam ainda maiores, principalmente pelo fato da distância geográfica existente para o acesso a informações, tratamento e aos serviços de saúde, como mencionado nos relatos citados.

Quanto ao deslocamento das mulheres até o Ambulatório para acompanhamento, geralmente realizado uma vez ao mês, doze utilizam o transporte do município (transporte da saúde e coletivo) e apenas uma utiliza carro próprio.

“Facilidade do transporte e locomoção” (13).

Segundo informações obtidas no Ambulatório DST/AIDS, os serviços oferecidos no local são serviços de saúde que realizam ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas vivendo com HIV ou AIDS. Algumas das atividades realizadas são: cuidados de enfermagem; orientação e apoio psicológico; atendimentos em infectologia, ginecológico, pediátrico e odontológico; controle e distribuição de antirretrovirais; orientações farmacêuticas, realização de exames de monitoramento; distribuição de insumos de prevenção; atividades educativas para adesão ao tratamento e para prevenção e controle de DST/AIDS.

Foi perguntado as mulheres questões referentes a conhecimento sobre AIDS, percepção de risco e diagnóstico, tempo de conhecimento do diagnóstico, como adquiriram a infecção, como receberam o resultado, por que fizeram o teste, para quem contaram o resultado e apoio recebido. As respostas obtidas foram bastante

sucintas demonstrando que a vulnerabilidade é caracterizada socialmente, mas, inclui aspectos individuais. Além de que, foi possível perceber solidão e dificuldades em expressar-se sobre o assunto com familiares e amigos.

A noção de vulnerabilidade mostra-se bastante útil para o entendimento da disseminação da AIDS no segmento feminino, uma vez que esta ocorre no entrecruzamento de comportamentos e vivências individuais e subjetivas ligadas a questões como sexualidade, fidelidade, preconceitos, liberdade e morte, permeadas por relações desiguais de gênero e de poder (VILLELA, 1998).

As respostas foram curtas, mas deram conta de demonstrar que para maioria das mulheres existe um desconhecimento inicial, sobre o tratamento necessário, como uma das formas de evitar que o vírus se multiplique e destrua as defesas do organismo, bem como, evitar que doenças oportunistas possam tornar-se muito graves.

Dentre as dificuldades vivenciadas diariamente destacaram-se manifestações como:

“Conviver com alguns efeitos colaterais da medicação”. (2).

“Cuidar pra ninguém descobrir devido ao preconceito”. (3).

“Ver os outros falando sobre a doença, mas não poder falar nada”. (5).

“Acompanhamento médico e o preconceito”. (9).

“Devido à baixa imunidade, tem dias de fraqueza, dor, cansaço e sonolência”. (12).

Sobre a condição de mulher e possuir a doença às manifestações foram as seguintes:

“É uma condição mais difícil”. (1).

“Mais difícil. Mulher é sempre mais julgada, porque mulher (...), dá pra todo mundo” (3).

“Tem mais preconceito”.(4).

“Acho mais difícil. Há muito preconceito, pelo fato de ser mulher e também por ser portadora do vírus”. (8).

“É mais difícil. Tem mais preconceito”. (9).

“Mais difícil. Tem mais preconceito”.(10).

As relações de gênero que permeiam o ser e viver das mulheres na nossa realidade social interferem inclusive na sua forma de vivenciar o processo saúde-doença, implicando em susceptibilidade especial frente à epidemia da AIDS (GUIMARÃES, 1994). Conforme aponta Vilella (1996), vivemos uma cultura sexual na qual as diferenças entre homens e mulheres foram convertidas em desigualdade. A dominação histórica do sexo masculino sobre o feminino, a submissão da mulher e a

aceitação da sexualidade passiva da mulher faz com que a realização de sexo seguro e, portanto, a prevenção contra a AIDS, se torne uma questão altamente complexa.

O estigma e/ou preconceito associado ao HIV/AIDS e a consequente discriminação são formas específicas de violação dos direitos das pessoas que vivem com a doença e de suas famílias. A AIDS não pode ser pensada num contexto individualizado e excluída da vida das pessoas, precisa ser assumida pelo Estado, pela sociedade civil e pelos profissionais da saúde, para romper o medo que cria nas pessoas, sobretudo nas mais vulneráveis, mulheres e crianças, pertencentes às classes sociais menos favorecidas. (BAMFORTH, 1995).

CONSIDERAÇÕES

O estudo justificou-se em ser realizado pelo fato das relações de gênero formadas por homens e mulheres serem norteada pelas diferenças biológicas, transformadas historicamente em desigualdades que tornam o ser mulher, um ser mais vulnerável. A vulnerabilidade que atinge a mulher se dá, por diferentes vias, às vezes, simultaneamente, pelas vias do trabalho, da classe, da cultura, da etnia, da idade, da sexualidade e, assim sendo, torna-se difícil atribuí-la a um aspecto específico desse fenômeno, em vista da combinação dos vários elementos. Desse modo, mais que qualquer outro assunto ligado ao feminino que se desejou analisar, foi importante compreender a situação particular da mulher que possui origem no meio rural. E, como destaque na pesquisa, observou-se a permanência do preconceito dos amigos e a não aceitação dos familiares, juntamente com os efeitos colaterais provocados pelo uso dos medicamentos, relatados como as principais dificuldades na vida cotidiana, bem como a distancia geográfica dos serviços de saúde para a realização do tratamento necessário. Ações planejadas por equipes interdisciplinares, para atender as necessidades do tratamento medicamentoso e oferecer o apoio moral e psicológico podem contribuir para o enfrentamento da solidão e desamparo vivenciados, abrindo novas oportunidades para ressignificar vidas amenizando as vulnerabilidades existentes nas relações históricas de gênero, num caso de tamanha especificidade como a situação de mulheres agricultoras com a doença e/ou o portadoras do vírus da AIDS.

REFERÊNCIAS

BAMFORTH N. **AIDS e sua cura interior**. Porto Alegre (RS): Kuarup; 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Integrado de ENFRENTAMENTO da FEMINIZAÇÃO da Epidemia de AIDS e outras DST**, 2011. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2007/40376/vers_o_revisada_2011_20894.pdf Acesso em: 18 de mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Políticas**

e diretrizes de prevenção das DST/aids entre mulheres. - Brasília, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_19.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2016.

CASTRO, Mary Garcia; ABRAMOVAY, Miriam; SILVA, Lorena Bernardete da. In *Juventudes e sexualidade*. Brasília:UNESCO Brasil, 2004.

CARRADORE, Vânia Maria; RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **Relações de gênero, sexualidade e aids: apontamentos para reflexão**. Disponível em: <<http://www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/viewFile/1325/1134>>. Acesso em 21 mai. 2016.

DIVE. **27 anos da epidemia de AIDS: Uma História de Lutas, Avanços, Desafios e Conquistas**. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/dst_aids/publicacoes/Perfil_Aids_27_anos_Epidemia.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2016.

GUIMARÃES, C.D. Mulheres, homens e AIDS: o visível e o invisível. In: PARKER, R. et al. *A AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. cap.7, p.218-230

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MELLO FILHO, Júlio de BURD Miriam. **Psicossomática hoje**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

RABUSKE, M.M.; OLIVEIRA, D.S.; ARPINI, D.M. A criança e o desenvolvimento infantil na perspectiva de mães usuárias do serviço público de saúde. **Estud. Psicol. (Natal)**, v.22, n.3, p. 321-31, 2005.

STRAUB, Richard O; trad. Ronaldo Cataldo Costa. **Psicologia da Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

SCOTT, Parry. Moraes, religião e sexualidade em contextos urbanos, rurais e indígenas: namoro, aborto e responsabilidade. In: SCOTT, Parry, ATHIAS, Renato e QUADROS, Marion (org.). *Saúde, sexualidade e famílias urbanas, rurais e indígenas*. Recife:UFPE, 2007.

VILLELA W, Diniz S. **A epidemia da AIDS entre as mulheres**. São Paulo(SP): NEPAIDS/ CFSS; 1998.

TABAGISMO: UMA AVALIAÇÃO DE PERFIL DO FUMANTE NOS MUNICÍPIOS DE SERRA DOS AIMORÉS E NANUQUE/MG

Bella Sophia Krull de Andrade

Graduando em Farmácia, Campus Nanuque/MG,
Centro Universitário de Caratinga - UNEC

E-mail: bella-sophia@hotmail.com

Bruna Mota Zandim

Professora do Campus Nanuque/MG, Centro
Universitário de Caratinga - UNEC

Graduada em Medicina Veterinária, Especialista
em Defesa Sanitária Animal, Mestre em Medicina
Veterinária área de concentração em Clínica e
Cirurgia de Grandes Animais

E-mail: buiazandim@hotmail.com

RESUMO: O tabagismo é a utilização de qualquer derivado do tabaco, produtor ou não de fumaça. A pessoa que não fuma, chamada de tabagista passivo, ao inalar a fumaça do cigarro também está sujeito a várias doenças. Para determinar um perfil do fumante, um questionário foi aplicado ao público fumante nos municípios de Serra dos Aimorés e Nanuque/MG, buscando-se por obter dados quanto aos hábitos e o estilo de vida de fumantes. O resultado encontrado nessa pesquisa demonstra que a maioria dos entrevistados foram do sexo masculino, com idade entre 19 e 29 anos, com ensino médio completo, fumam há cerca de 6 a 10 anos, que consomem 11 a 20 cigarros por dia, gastam mensalmente com o tabaco entre R\$ 50,00 e R\$ 100,00 e

costumam fumar o primeiro cigarro entre 6 e 30 minutos após acordar e a maior parte deles possuem tabagistas na família que influenciam vigorosamente, pois são visto como exemplo para os primários. É essencial que governo e sociedade trabalhem juntos para desenvolver meios de combate à utilização do tabaco.

PALAVRAS-CHAVE: Dependência. Doença. Droga. Nicotina.

SMOKING: A PROFILE ASSESSMENT OF THE SMOKER IN THE MUNICIPALITIES OF SERRA DOS AIMORÉS AND NANUQUE / MG

ABSTRACT: Smoking is the use of any tobacco derivative, whether or not it produces smoke. A person who does not smoke, called a passive smoker, when inhaling cigarette smoke is also subject to various diseases. To determine a smoker profile, a questionnaire was applied to smokers in the municipalities of Serra dos Aimorés and Nanuque / MG, seeking to obtain data on the habits and lifestyle of smokers. The results found in this research show that the majority of the interviewees were male, aged between 19 and 29 years, with high school education, smoked for about 6 to 10 years, consuming 11 to 20 cigarettes a day, spending monthly with tobacco between \$ 50 and \$ 100 and they usually smoke the first cigarette

between 6 and 30 minutes after waking up and most of them have smokers in the family who strongly influence, as they are seen as an example for the primary. It is essential that government and society work together to develop ways of combating tobacco use.

KEYWORDS: Dependence. Disease. Damn it. Nicotine.

1 | INTRODUÇÃO

O tabagismo pode ser definido como o excesso de nicotina no organismo, uma substância psicoativa que está presente na fumaça do cigarro.

O tabaco é a maior causa de morte previsível no mundo, responde por 45% das mortes por infarto do miocárdio, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema), 25% das mortes por doença cérebro-vascular (derrames) e 30% das mortes por câncer e 90% dos casos de câncer de pulmão ocorrem em fumantes (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2017a).

A fumaça do cigarro é uma mistura de mais de 4.720 substâncias tóxicas diferentes, algumas reduzem a oxigenação dos tecidos do corpo, e outras são potencialmente cancerígenas. Porém, ainda é a nicotina que acaba se impregnando na célula cerebral, alterando seu equilíbrio, o que gera um estímulo para a pessoa fumar mais causando assim uma forte dependência (ROSEMBERG, 1987).

Além da dependência química, há também uma dependência psicológica associada a questões sociais e hábitos adquiridos pelo fumante em seu cotidiano (SCHUCKIT, 1991).

Os riscos e os prejuízos causados pelo tabaco, também afetam o fumante passivo, ou seja, a pessoa que não traga diretamente os derivados do tabaco, mas inala a fumaça liberada pelo cigarro aceso e pela pessoa que realmente usa o cigarro (ROSEMBERG, 1987).

Hoje em dia existem tratamentos que auxiliam a pessoa a parar de fumar, o primeiro passo para largar o cigarro é tomar a decisão de buscar ajuda. Para isso, é preciso ter força de vontade para lutar contra o vício. O apoio motivacional de familiares e amigos estimulam o fumante durante as fases mais críticas do processo.

Nos tratamentos modernos, o uso de medicamentos são grandes aliados nessa trajetória. Também são encontrados em farmácias adesivos ou gomas de nicotina que reduzem as crises de abstinência e retiram lentamente a nicotina do sistema do paciente para que não haja recaídas.

2 | REFERENCIAL

2.1 Definição E Histórico

O tabagismo é a utilização de qualquer derivado do tabaco, produtor ou não de fumaça. O tabaco é uma planta pertencente à família das solanáceas, gênero *Nicotina*.

No continente Americano existem mais de 50 espécies desse vegetal, das quais as mais utilizadas na indústria do fumo são as *Nicotiana tabacum L.* e *Nicotiana rústica L.* (PACHÁ, 1980).

O porte da *Nicotiana tabacum L.* é variável, medindo cerca de 1 a 2 metros de altura; sua cor vai do verde claro ao verde escuro; seu caule é lenhoso e ereto; suas folhas são lanceoladas, de inserção alternada e medem de 40 a 70 centímetros, podendo chegar até 1 metro de comprimento; a planta adulta pode produzir cerca de um milhão de sementes por ano, que são pequena e escura (PACHÁ, 1980; HEMSING, 1987).



Figura 1: Folhas do Tabaco (Fonte: Site Geocities, acessado em 24/05/2017, disponível em: <<http://www.geocities.ws/cesariof/drogas/tabaco.html>>).

Segundo Rosemberg (2003), o berço no qual se disseminou a nicotina conduzida pelo tabaco foi a América, é de tempos antigos o costume de fumar tabaco nas cerimônias religiosas, no qual o sacerdote, cacique ou pajé e seus circunstantes entravam em transe aspirando ao fumo do tabaco; quando Colombo chegou ao Novo Mundo, os índios já fumavam tabaco. Daqui então foram levadas sementes do tabaco para Europa, que passou a ser usada como remédio para o sistema nervoso central.

Em 1560, o embaixador da França em Portugal, Jean Nicot, do qual se originou o nome botânico do tabaco Nicotina, contrabandeou algumas mudas, entregando a rainha de Paris, junto a essas mudas, Nicot enviou uma carta, onde descrevia as virtudes milagrosas do fumo, que servia desde cicatrizante à cura de verrugas e gangrenas. Pela primeira vez o fumo se tornou alvo da ira dos médicos, que tiveram seus lucros diminuídos, uma vez que a população começou a se automedicar (COSTA, 1984; HEMSING, 1987).

Acredita-se que o primeiro cigarro tenha sido fabricado durante uma batalha no ano de 1832, porém o primeiro cigarro fabricado mecanicamente foi em 1º de Maio de 1870, quando começou a sua industrialização e somente após a Primeira Grande Guerra Mundial (1914 a 1918) seu consumo apresentou uma grande expansão (COSTA, 1984).

O consumo de cigarro se expandiu por todo o mundo no século XX, com marketing e propagandas que exaltavam o fumante como pessoas bonitas, bem sucedidas,

charmosas, inteligentes e teve sua expansão por ser mais econômico, mais cômodo de carregar e usar do que o charuto ou cachimbo, como destaca Rosemberg (2003).

2.2 Riscos e efeitos associados ao tabagismo

O tabagismo é responsável por causar impotência sexual no homem, complicações na gravidez, aneurismas arteriais, úlcera do aparelho digestivo, infecções respiratórias, trombose vascular; além disso, o uso do tabaco aumenta a taxa de mortalidade em 3 vezes, enquanto aumenta significativamente também a morbidade do que em não-fumantes; em geral os fumantes apresentam os dentes amarelados, pele enrugada, odor impregnado pelo fumo, menos fôlego e menor desempenho nos esportes ou atividades físicas (ROSEMBERG, 1987; SCHUCKIT, 1991).

É responsável por cerca de 90% de câncer de pulmão em homens e 70% de câncer de pulmão em mulheres. Entre outros fatores de risco do tabagismo, estão 56-80% para doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), 22% para doenças cardiovasculares, é uma das principais causas de câncer de orofaringe, bexiga, pâncreas, laringe, esôfago, cólon e colo do útero, além disso, o tabagismo passivo, ou seja, a exposição à fumaça ambiental é uma das causas de câncer de pulmão (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Uma das principais substâncias do cigarro que desencadeia grande parte das doenças é a nicotina, ela pode ser absorvida por todas as mucosas, sendo sua maior incidência nas mucosas respiratórias e digestivas.

Dados estimativos mostram que no Brasil o tabagismo é a causa de 80 mil mortes por ano, atingindo 10 pessoas por hora; 25% das mortes são causadas por doenças coronarianas; 85% das mortes são causadas por bronquite e enfisema; 90% dos casos de câncer de pulmão, sendo que os 10% restantes, ou seja, 1/3 é de fumantes passivos; 30% das mortes são decorrentes de outros tipos de câncer como o de boca, laringe, faringe, esôfago, pâncreas, rins, bexiga, colo de útero e 25% das doenças vasculares entre elas, o derrame cerebral (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2017a).

2.3 Constituição química do cigarro

Uma das principais substâncias do cigarro que desencadeia grande parte das doenças é a nicotina, ela pode ser absorvida por todas as mucosas, sendo sua maior incidência nas mucosas respiratórias e digestivas, como declara Schuckit (1991).

A fase particulada contém nicotina, fenóis, hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, além desses, o alcatrão que é composto de mais de 40 substâncias cancerígenas. A fase gasosa é composta por nitrogênio, oxigênio, dióxido de carbono, monóxido de carbono, hidrogênio, argônio, metano, hidrocarbonetos saturados e não saturados, carbonilas, ácido cianídrico, amônia e ácidos orgânicos diversos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2001).

Algumas dessas substâncias produzem reações irritativas e inflamatórias, com manifestações de tosse, bronco constrição, estimulação da secreção das glândulas de muco dos brônquios, perda dos cílios, processo inflamatório crônico bronquial e destruição dos alvéolos. Portanto, as substâncias irritativas do fumo do tabaco são as principais responsáveis pelo desenvolvimento das doenças pulmonares (ROSEMBERG, 1987).

Inalar a fumaça do cigarro é tão prejudicial quanto fumar, indivíduos não fumantes que convivem em ambientes fechados com fumantes inalam as mesmas substâncias tóxicas.

2.4 Lei Antifumo No Brasil

A fumaça do cigarro ou de outros derivados do tabaco de fumantes em locais fechados pode causar doenças em pessoas próximas não fumantes que ficam em contato com substâncias nocivas, é o tabagismo passivo. Em 2011, houve um grande avanço para diminuir o número de fumante passivo com a aprovação da Lei Antifumo sancionada pela presidente Dilma Rousseff.

A Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011, proíbe o fumo em recintos coletivos fechados em todo o país. De acordo com a referida Lei, o artigo 2º da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, passa a vigorar com a seguinte redação:

Art. 2º É proibido o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo fechado, privado ou público (Redação dada pela Lei nº 12.546, de 2011).

§ 1º Incluem-se nas disposições deste artigo as repartições públicas, os hospitais e postos de saúde, as salas de aula, as bibliotecas, os recintos de trabalho coletivo e as salas de teatro e cinema.

§ 2º É vedado o uso dos produtos mencionados no caput nas aeronaves e veículos de transporte coletivo (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001).

§ 3º Considera-se recinto coletivo o local fechado, de acesso público, destinado a permanente utilização simultânea por várias pessoas (Incluído pela Lei nº 12.546, de 2011) (BRASIL, 2011).

Após essa Lei entra em vigor o consumo de tabaco em lugares parcialmente fechados é proibido, só poderá ser feito em áreas ao ar livre, como ruas, parques, praças e praias. Espera-se assim diminuir as enfermidades causadas ou potencializadas pelo fumo nos fumantes passivos, que não inalavam fumaça de cigarro por opção!

2.5 Manifestação clínica da doença

O consumo de nicotina em excesso, através dos derivados do tabaco, pode manifestar reações tal como: diarreia, vômitos, dor de cabeça, tontura, bradicardia e fraqueza; já a superdosagem da nicotina é fatal, podendo provocar sensações de fraqueza, uma queda abrupta na pressão arterial, um decréscimo no ritmo respiratório,

início de convulsões e mesmo a morte por parada respiratória (SCHUCKIT, 1991).

Ao tentar parar de fumar o fumante pode sentir sintomas que tendem a serem perturbadores, cuja intensidade varia entre as pessoas. A interrupção abrupta ou tentativa de “cortar” o fumo pode causar a chamada síndrome de abstinência. Os sintomas tendem a iniciar dentro de horas da interrupção do uso, aumentando durante as primeiras 12 horas, sendo os mais comumente relatados irritação, ansiedade, dificuldade em se concentrar, agitação, dor de cabeça e manifestações de tosse, que é a forma de expulsar substâncias nocivas das vias respiratórias (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2008; SCHUCKIT, 1991).

2.6 Tratamento

O tratamento dos sintomas de abstinência pode ser uma parte importante da “reabilitação” e requer suporte geral, aconselhamento, abordagens comportamentais, e o uso de medicamentos de reposição de nicotina (SCHUCKIT, 1991).

Mesmo quando o paciente adere ao tratamento prescrito com grande motivação para atravessar a abstinência terá de lutar contra recaídas, além disso, influências sociais (familiares ou amigos), influências econômicas (desemprego), condições de saúde (dores crônicas, fadiga), influências psicológicas (falta de esperança, desespero) aumentam a vulnerabilidade a um episódio de recaída (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2008).

As terapias de reposição de nicotina através da goma de mascar e do adesivo transdérmico pode ser usada como abordagem de primeira linha para qualquer pessoa que deseje parar de fumar, as contraindicações e precauções de reposição de nicotina são: gravidez, menores de 18 anos, amamentação, história de úlcera péptica, passado de infarto do miocárdio, angina, arritmia cardíaca, derrame cerebral (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2001).

A bupropiona e a nortriptilina são antidepressivos que tem como mecanismo de ação inibir a recaptção de dopamina e noradrenalina no sistema nervoso central. A associação da terapia de reposição de nicotina com a bupropiona foi utilizada em alguns fumantes, resultando em um aumento da efetividade na cessação do uso do tabaco, quando comparada ao uso de bupropiona isoladamente (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 1996; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2001).

É importante que os fumantes tenham a consciência de que o cigarro é uma droga. Os medicamentos auxiliam o fumante que deseja parar de fumar minimizando os sintomas de abstinência; porém dependerá de força de vontade e motivação para deixar o fumo. O simples fato de reduzir o número de cigarros e ou adiar a hora do primeiro passo, é um grande começo.

Diante do exposto e em face da falta de informação sobre o tabagismo local em Serra dos Aimorés e Nanuque/MG, o objetivo deste trabalho foi avaliar o perfil de vida de fumantes e o papel da sociedade junto ao usuário na prevenção, tratamento e na

cessação do hábito de fumar.

3 | PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

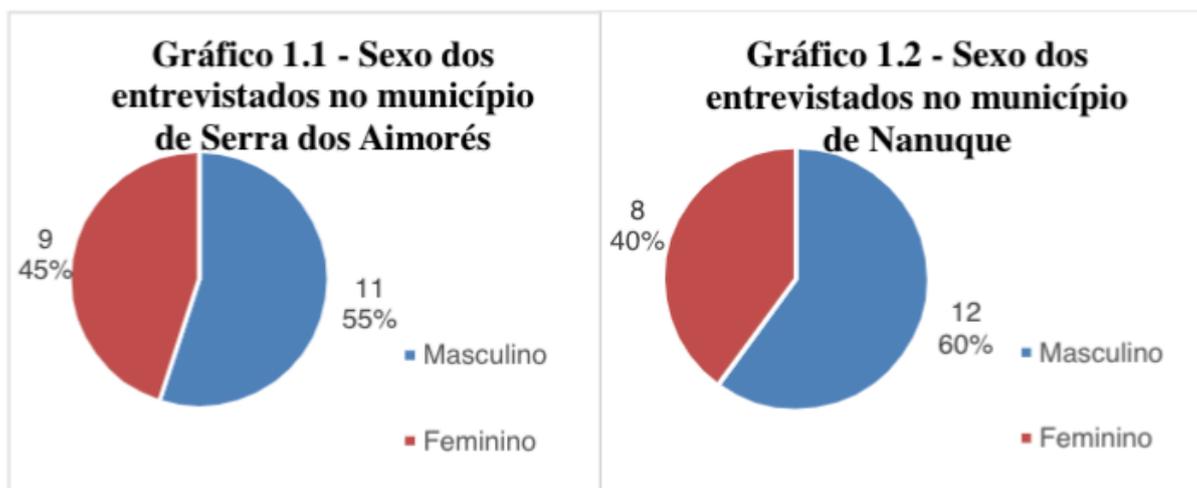
Segundo Gil (2008), a pesquisa descritiva tem o objetivo de descrever as características de determinadas populações ou fenômenos. Uma de suas peculiaridades está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática; a bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Nesse sentido o presente trabalho foi iniciado com uma pesquisa descritiva e bibliográfica, que embasou a elaboração de um questionário com a finalidade de analisar o perfil de um fumante ativo.

A pesquisa de campo foi realizada mediante aplicação do questionário previamente elaborado, a 40 pessoas, de ambos os sexos, escolhidas aleatoriamente em praças públicas dos municípios de Serra dos Aimorés e Nanuque/MG, entre os dias 25 e 26 de abril de 2017. As pessoas abordadas que se disseram não fumantes foram excluídas da pesquisa.

Em seguida as respostas foram tabuladas de forma manual, sendo os resultados inseridos no programa Excel (versão 2010) para cálculo de percentual e confecção de gráficos.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dentre os 40 entrevistados, 17 (43%) eram do sexo feminino, enquanto 23 (57%) eram do sexo masculino. No município de Serra dos Aimorés, dos entrevistados 9 (45%) eram do sexo feminino e 11 (55%) do sexo masculino, já em Nanuque 8 (40%) eram mulheres, enquanto 12 (60%) eram homens (Gráficos 1.1 e 1.2). Portanto, em ambos os municípios a maioria dos entrevistados foi do sexo masculino. A maior ocorrência de tabagismo entre os homens já foi observada em outras pesquisas nacionais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS, 2009; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2011a).



Fonte: Autora (2017)

Quanto à idade, dentre os 40 entrevistados, 5 (12%) declararam ter até a 18 anos, 11 (27%) disseram ter de 19 a 29 anos, 9 (23%) afirmaram ter de 30 a 40 anos, 7 (18%) alegaram ter de 41 e a 50 anos e 8 (20%) declararam-se acima de 50 anos (Gráfico 2). Essa distribuição de idade dos fumantes entrevistados demonstra que mesmo após anos de propaganda desestimulando o tabagismo, os adolescentes continuam a entrar no vício do tabaco. Isso indica ineficácia no sistema adotado ou remete a falta de informação em regiões do país, como a dos entrevistados.

Em uma estimativa realizada pelo IBGE (2009), do total de 143 milhões de pessoas de 15 anos ou mais de idade, aproximadamente 24,6 milhões (17,2%) fumavam qualquer produto derivado do tabaco.

De acordo a distribuição de idade dos entrevistados no município de Serra dos Aimorés a maioria (35%) afirmaram ter entre 19 e 29 anos, já em Nanuque 30% declararam ter entre 30 e 40 anos (Gráficos 2.1 e 2.2). Segundo o censo 2010 a maioria da população tem entre 5 e 40 anos nas duas cidades (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS, 2017a; 2017b).

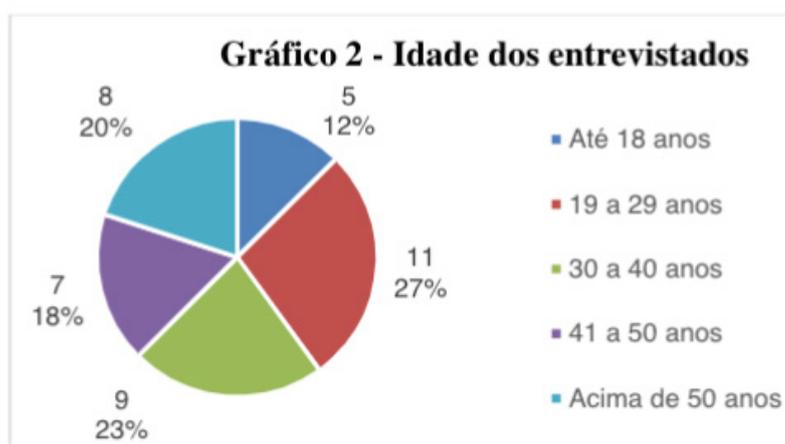


Gráfico 2.1 - Idade dos entrevistados no município de Serra dos Aimorés

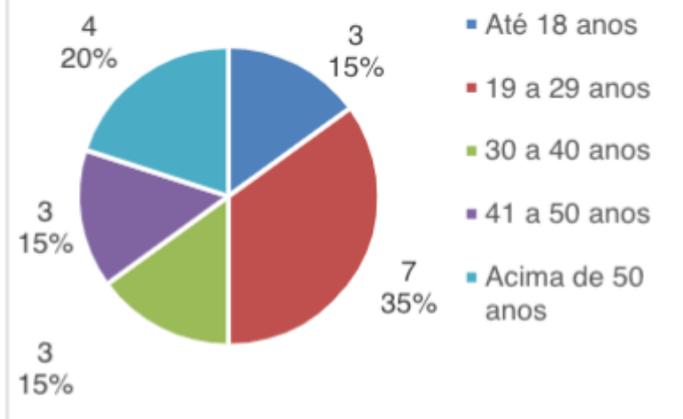
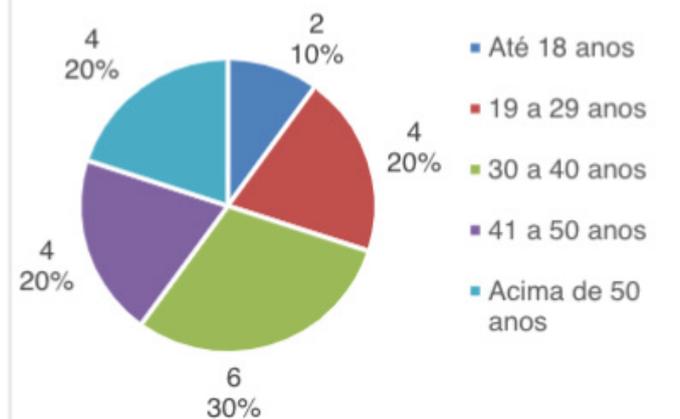
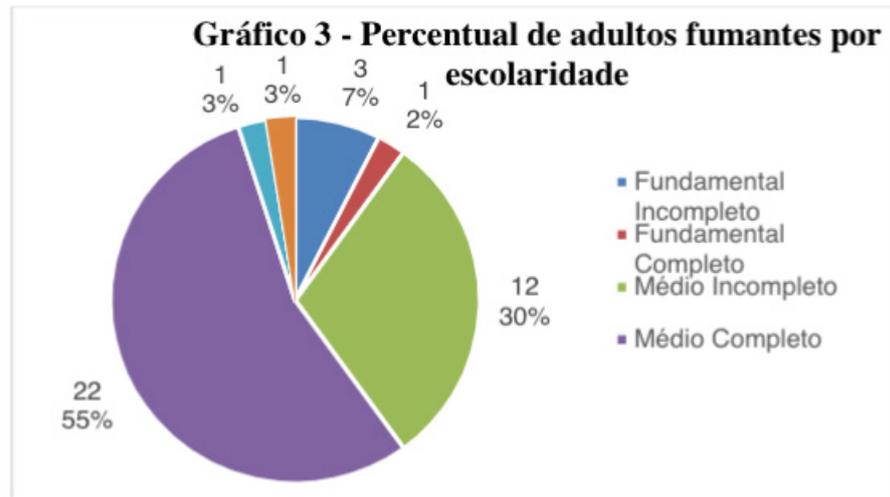


Gráfico 2.2 - Idade dos entrevistados no município de Nanuque



Fonte: Autora (2017)

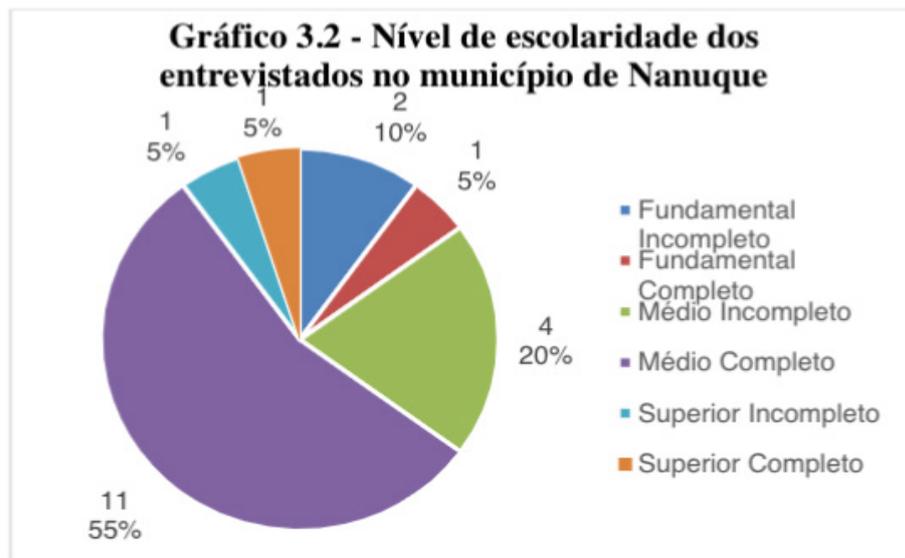
Sobre o nível de escolaridade 3 fumantes (7%) declararam ter o ensino fundamental incompleto, 1 (2%) possuía apenas o ensino fundamental completo, 12 (30%) começaram o ensino médio mas não o concluíram, 22 (55%) fizeram o ensino médio completo, 1 (3%) já ingressou em uma instituição de ensino superior mas não se graduou, e 1 (3%) possuía o ensino superior completo (Gráfico 3). Esses dados indicam que quanto maior o nível de escolaridade, menor é o número de fumantes. A escolaridade é um fator que influencia na idade em que as pessoas começam a fumar. As pessoas sem instrução ou com menos de um ano de estudo que começaram a fumar antes dos 15 anos chega a 40,8% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICAS, 2009).



Fonte: Autora (2017)

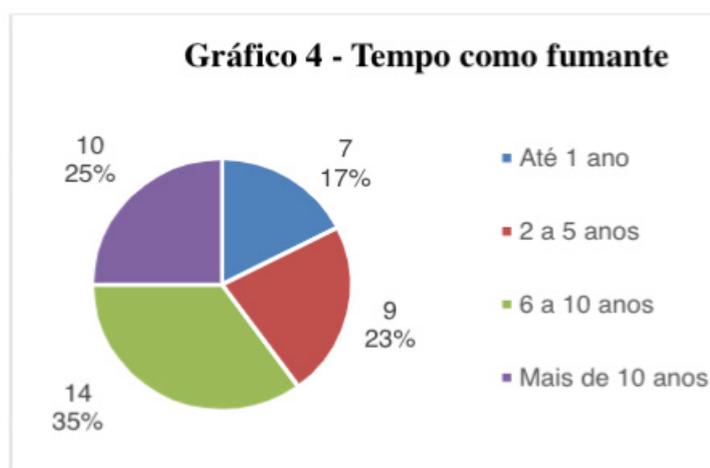
Segundo o censo 2010 do IBGE, o nível de escolaridade na cidade de Nanuque foi superior à cidade de Serra dos Aimorés. De acordo com os dados representados nos Gráficos 3.1 e 3.2, dos abordados nesses municípios 55% tem o grau de escolaridade de ensino médio completo, porém no município de Nanuque 5% já se ingressaram no ensino superior e não concluiu e 5% possui o ensino médio completo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS, 2017a; 2017b).





Fonte: Autora (2017)

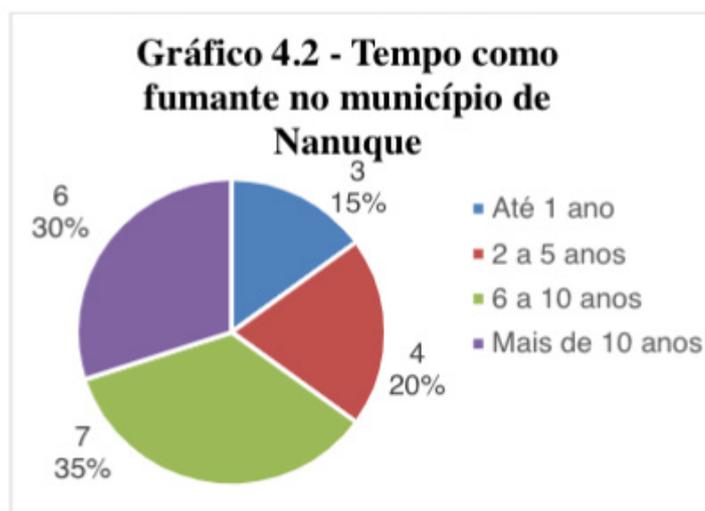
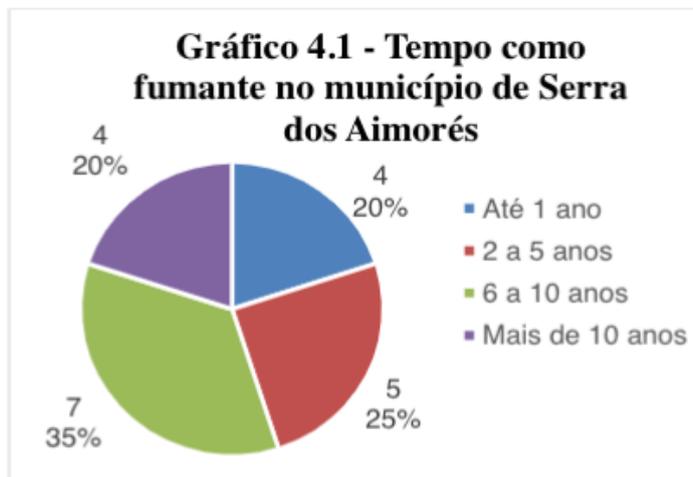
Ao serem questionados sobre há quanto tempo são fumantes, 7 entrevistados (17%) afirmaram fumar a 1 ano ou menos, 9 (23%) já fumam por 2 a 5 anos, 14 (35%) fumam por 6 a 10 anos e 10 entrevistados (25%) relataram fumar há mais de 10 anos (Gráfico 4). Dos tabagistas que começam a fumar na adolescência, 50% morrem prematuramente na meia-idade, perdendo cerca de 20 a 25 anos de expectativa de vida em comparação aos não fumantes (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2011a). O risco é maior naqueles que começam a fumar regularmente na adolescência. Embora o maior benefício da cessação de fumar seja obtido na juventude, parar de fumar na meia-idade evita muitos fatores de risco concomitantes, de modo que 15 anos depois de deixar de fumar, o risco de morte dos ex-fumantes não é maior do que o risco daqueles que nunca fumaram (FARGERSTRÖM, 2002).



Fonte: Autora (2017)

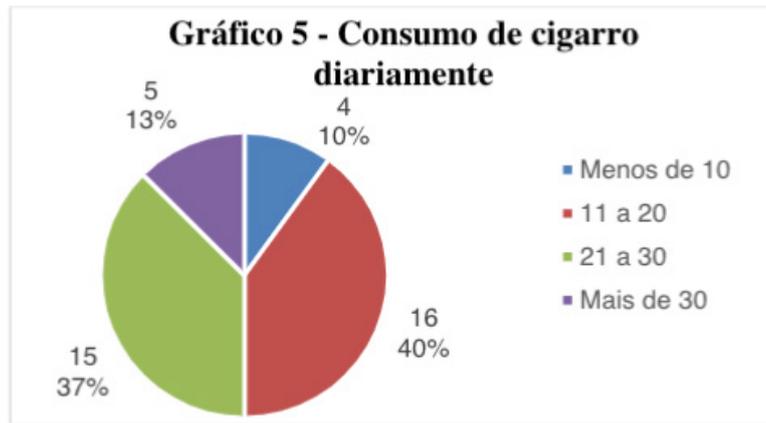
No município de Serra dos Aimorés e no de Nanuque o tempo como fumante dos entrevistados predominou de 6 a 10 anos, representando 35% em cada cidade

(Gráficos 4.1 e 4.2). Esse dado é alarmante o fumo em longo prazo reduz a capacidade respiratória e aumenta o risco de câncer; envelhecimento precoce, elevação da pressão arterial (ROSEMBERG, 2003).



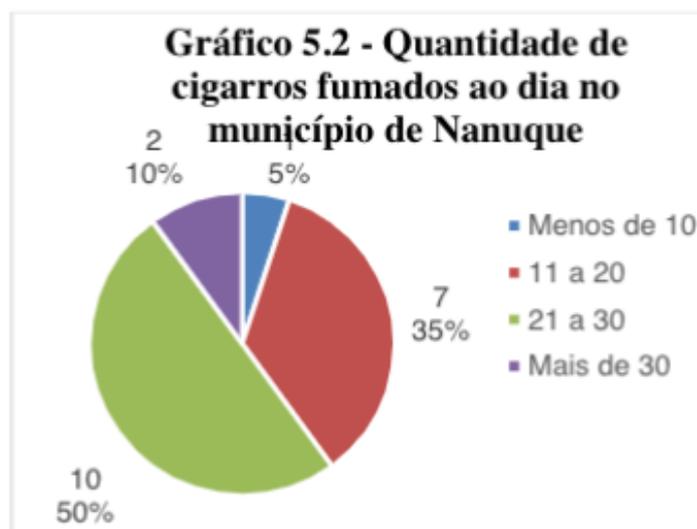
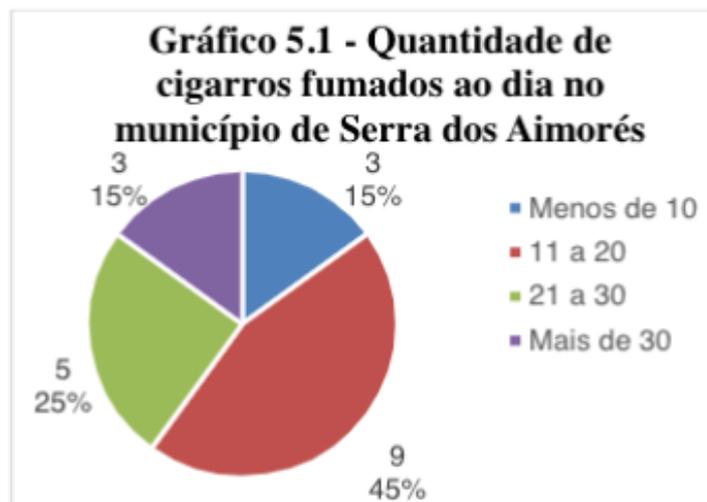
Fonte: Autora (2017)

De acordo com os dados representados no Gráfico 5, dos entrevistados, 4 (10%) afirmaram fumar menos de 10 cigarros por dia, 16 (40%) consumia uma quantidade entre 11 a 20 cigarros/dia, 15 (37%) fuma entre 21 a 30 e 5 (13%) traga mais de 30 cigarros diariamente. Quanto maior a quantidade de cigarros fumados por dia, maior o risco de incidência de doenças. Os indivíduos que fumam um cigarro por dia têm 64% mais riscos de morte prematura que os não fumantes; já entre os que consomem de um a 10 cigarros por dia, o risco é até 87% maior (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2017a).



Fonte: Autora (2017)

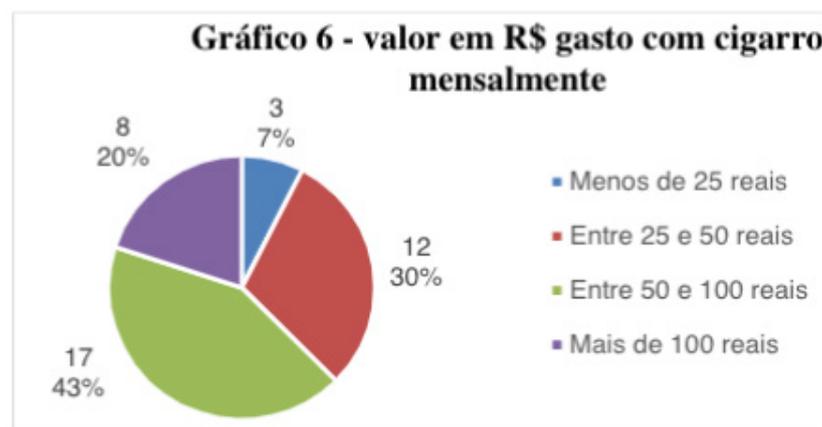
A quantidade de cigarro consumido por dia foi maior na cidade de Nanuque, onde 50% dos abordados relataram trazer 21 a 30 cigarros, já em Serra dos Aimorés 45% afirmaram consumir 11 a 20 (Gráficos 5.1 e 5.2). Segundo o IBGE (2009) dentre os fumantes diários no Brasil, a maior proporção encontrada correspondeu àqueles que fumavam de 15 a 24 cigarros por dia (33,9%).



Fonte: Autora (2017)

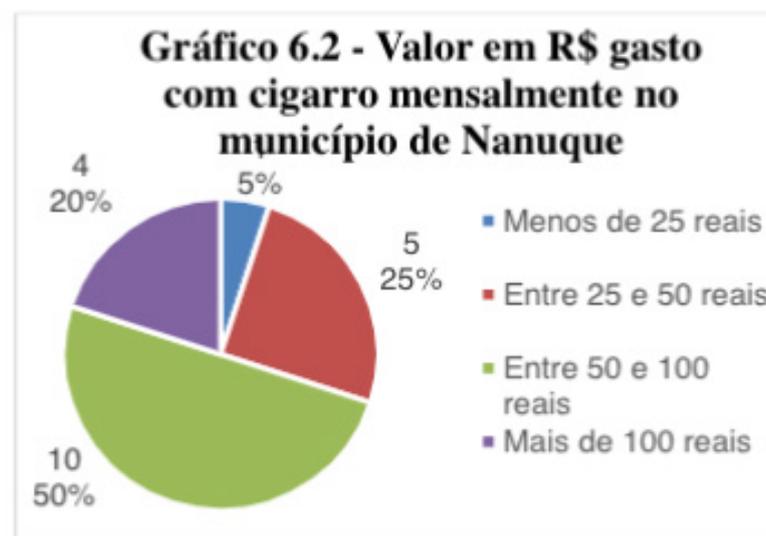
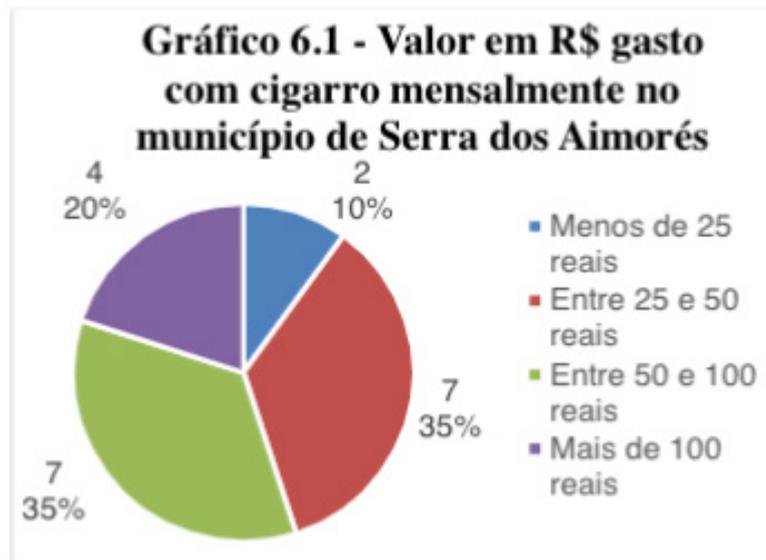
Quando questionados sobre o valor gasto mensalmente com cigarros, 3 indivíduos (7%) afirmaram gastar menos de R\$ 25,00, 12 pessoas (30%) gastam entre R\$ 25,00 e R\$ 50,00, 17 tabagistas (43%) desembolsavam entre R\$ 50,00 e R\$ 100,00 e 8 fumantes (20%) empregavam mais de R\$ 100,00 mensalmente em cigarros (Gráfico 6).

Considerando o preço médio de um maço de cigarros em setembro de 2008 era de R\$ 2,56, estima-se que o consumo médio mensal foi de 21,7 maços por mês (ou 14,5 cigarros/dia), enquanto as mulheres compram em média 19,3 maços por mês (13 cigarros/dia), os homens compraram 23,33 maços por mês (16 cigarros/dia) (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2011a).



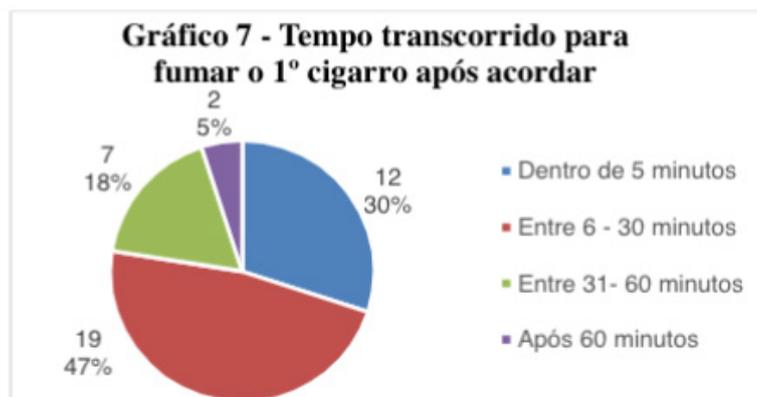
Fonte: Autora (2017)

Sobre o valor gasto mensalmente em cigarro, o município de Nanuque foi superior ao de Serra dos Aimorés: 50% dos entrevistados em Nanuque declararam gastar entre R\$ 50,00 e R\$ 100,00, já em Serra dos Aimorés 35% (Gráficos 6.1 e 6.2). Quanto maior a quantidade de cigarros fumados por dia, maior o valor gasto resultando um impacto no orçamento familiar. Fumantes não costumam perceber que o dinheiro gasto em cigarro poderia ser investido em melhor qualidade de vida.



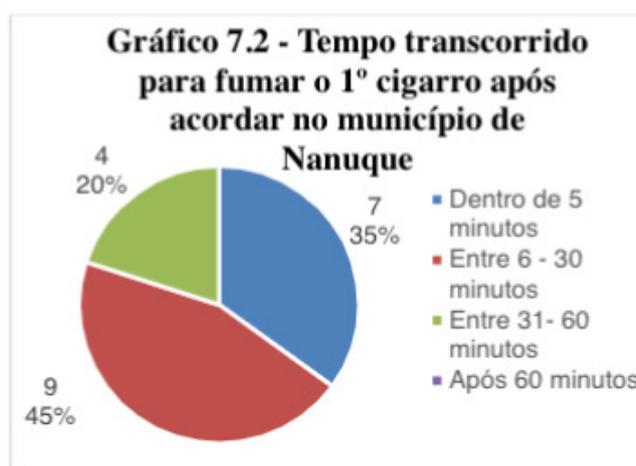
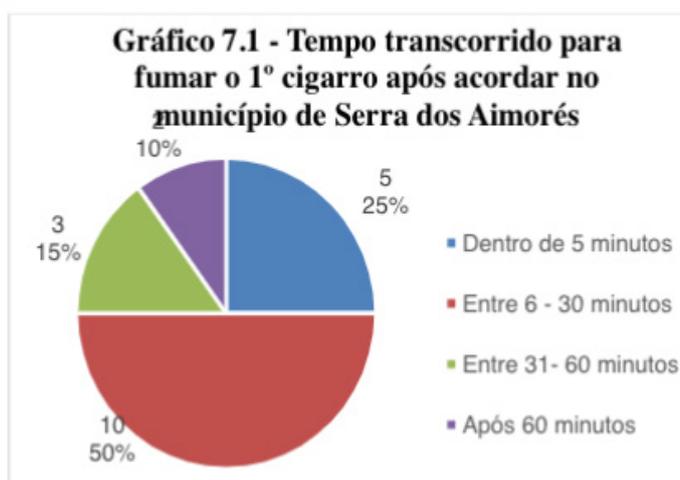
Fonte: Autora (2017)

De acordo com os dados apresentados no Gráfico 7, 12 pessoas (30%) costumavam fumar o primeiro cigarro dentro de 5 minutos após acordar, 19 fumantes (47%) declararam fumar entre 6 e 30 minutos após acordar, 7 (18%) levavam entre 31 e 60 minutos e apenas 2 indivíduos (5%) fumavam o primeiro cigarro após 60 minutos. A nicotina presente no cigarro é uma droga que causa dependência, por isso os fumantes em longo prazo tendem a uma urgência de fumar logo após acordar, por ter ficado sem tragá-la por cerca de 8 horas durante o sono.



Fonte: Autora (2017)

Ao serem questionados há quanto tempo após acordar fumam o primeiro cigarro, tanto na cidade de Serra dos Aimorés quanto na cidade de Nanuque a maioria afirmou fazê-lo entre 6 e 30 minutos após desperta (Gráficos 7.1 e 7.2). De acordo o censo do IBGE (2009) quanto ao intervalo de tempo, desde a hora em que acorda até fumar o primeiro cigarro, a classe mais frequente foi de 6 a 30 minutos (39,3%) no país.



Fonte: Autora (2017)

A respeito de fumantes terem que abster-se e não fumar em lugares proibidos, 28 entrevistados (70%) não julgava ser difícil, 12 pessoas (30%) considerava ser complicado conter-se e não fumar. Esse fato tornou-se importante após a aprovação da Lei Antifumo (nº 12.546), sancionada pela presidente Dilma Rousseff Lei em 14 de dezembro de 2011, que proíbe o fumo em recintos coletivos fechados em todo o país. Os bares, restaurantes, teatros, etc. tiveram que se adaptar à lei, adequando ambientes específicos para os fumantes. Estes também tiveram que se ajustar às mudanças: abster-se de fumar durante o período em que frequenta recintos coletivos fechados ou frequentar aqueles que são específicos para fumantes.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resultado encontrado nessa pesquisa demonstra que mesmo sabendo que o fumo causa tantos males, as pessoas ainda insistem no consumo dessa droga ignorando os prejuízos causados à saúde deles e daqueles que convivem com eles. Por outro lado, a falta de conhecimento sobre os problemas causados pelo fumo e as formas de tratamento, pode ser responsável pela manutenção dos fumantes. A comunidade tem papel ambíguo: ora estimula o consumo do tabaco, ora é um forte aliado para incentivar a deixar de fumar, desenvolvendo ações que vissem discutir sobre os benefícios de parar de fumar e em como a vida dessas pessoas podem melhorar.

Existem tratamentos gratuitos que podem ser realizados em terapias de grupo ou individual que tem o objetivo de auxiliar o fumante a permanecer sem fumar, podendo ser auxiliado com o uso de medicamentos, os adesivos de reposição de nicotina e os antidepressivos como a bupropiona e a nortriptilina que tem ação de reduzir os sintomas de abstinência.

É importante que se amplie a discussão sobre o tabagismo que o governo e a sociedade trabalhem juntos para desenvolver meios de combate à utilização do cigarro. O profissional farmacêutico é um agente de fácil acesso ao fumante, sendo então significativo no tratamento e na cessação do tabagismo. Esse profissional pode ainda oferecer ajuda terapêutica associando-a com o uso de medicamentos para aqueles que desejem parar de fumar.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. **Diretriz de prática para o tratamento de pacientes com dependência de nicotina.** Washington: Jornal Americano de Psiquiatria, v.151, p. 1-31, 1996.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. **Diretrizes para o tratamento de transtornos Psiquiátricos Compêndio 2006.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

BRASIL. **Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996.** Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de

produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição.

BRASIL. **Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12546.htm>. Acesso em: 20 de maio de 2017.

CÂMARA BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO LABORATORIAL (CBDL). **Fumantes sem calma**. 2010. Disponível em: <<http://www.cbdl.com.br/index.php/noticias/curtas/253-fumantes-sem-calma>>. Acesso em: 20 de maio de 2017.

COSTA, J.B. **Fumo no banco dos réus: culpado ou inocente?** 1. ed. São Paulo: Santo André, 1984.

FARGERSTRÖM, Karl. **Epidemiologia do fumo: consequências na saúde e benefícios da Cessação**. Drugs, Auckland, v.62, p.1-9, 2002.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HEMSING, R.J. **Enciclopédia Delta Universal**. Rio de Janeiro: Delta S.A, 1987. v 14.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS (IBGE). **Censo Demográfico 2010: Pessoas de 10 anos ou mais de idade, Médio completo e superior incompleto - Total – Cartogramas**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/cartograma/mapa.php?lang=&coduf=31&codmun=314430&idtema=105&codv=v143&search=minas-gerais%7Cnanuque%7Csintese-das-informacoes->>>. Acesso em: 20 de maio de 2017a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS (IBGE). **Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade Nanuque (MG)**. 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=314430>. Acesso em: 20 de maio de 2017b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS (IBGE). **Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade Serra dos Aimorés (MG)**. 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=316670&corhomem=3d4590&cormulher=9cdbcfc>. Acesso em: 20 de maio de 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS (IBGE). Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – tabagismo 2008**. Rio de Janeiro, 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Ministério da Saúde. **A situação do tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da Organização Mundial da Saúde realizados no Brasil entre 2002 e 2009**. Rio de Janeiro, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Ministério da Saúde. **Abordagem e tratamento do fumante**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Pesquisa especial de tabagismo – PETA: relatório Brasil**. Rio de Janeiro, 2011a.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Ministério da Saúde. **Prevenção da iniciação**. 2017. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/criancas-adolescentes-jovens>. Acesso em: 14 de maio de 2017c.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Ministério da Saúde. **Tabagismo: dados e números**. 2007. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/releases/press_release_view_arq.asp?ID=1493>. Acesso em: 05 de maio de 2017a.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Ministério da Saúde. **Tabagismo**: um grave problema de saúde pública. 1. ed. Rio de Janeiro, 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Ministério da Saúde. **Tratamento do tabagismo**. 2015. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-control-tabagismo/tratamento-do-tabagismo#referencias>. Acesso em: 14 de maio de 2017b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **O Relatório Mundial sobre a Saúde, Reduzir os Riscos, Promover a Vida Saudável**. Geneva, 2002.

PACHÁ, J. É melhor não fumar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980. 134 p.

ROSEMBERG, J. **Nicotina**: droga universal. São Paulo: Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, 2003.

ROSEMBERG, J. **Tabagismo sério problema de saúde pública**. 2. ed. São Paulo: ALMED, 1987. 1 – 369 p.

SCHUCKIT, M. **Abuso de álcool e drogas**: uma orientação clínica ao diagnóstico e tratamento. 1. ed. Porto Alegre: Artes Medicas, 1991. 254 - 264 p.

SPINK, Mary Jane. **Ser fumante em um mundo antitabaco**: reflexões sobre riscos e exclusão social. São Paulo, 2010.

DEPRESSÃO E SAÚDE MENTAL EM LÍDERES PENTECOSTAIS

Rafael Zaneripe de Souza Nunes

UNESC – Universidade do Extremo Sul
Catarinense
Criciúma – Santa Catarina

Rosimeri Vieira da Cruz de Souza

UNESC – Universidade do Extremo Sul
Catarinense
Criciúma – Santa Catarina

Amanda Castro

UNESC – Universidade do Extremo Sul
Catarinense
Criciúma – Santa Catarina

RESUMO: Um dos temas emergentes atualmente na área da psicologia é a relação entre espiritualidade, saúde mental e qualidade de vida. O presente estudo teve como objetivo contribuir para a compreensão do papel da espiritualidade na saúde mental dos líderes religiosos, e seus efeitos em fatores associados à depressão. Dessa forma, aplicou-se o Inventário Beck de Depressão e um questionário com perguntas relacionadas a questões psiquiátricas nos líderes religiosos de uma Igreja Pentecostal em uma cidade do extremo sul de Santa Catarina. O estudo revelou que, embora apenas 10% da amostra tenham apresentado grau leve de depressão, outros fatores devem ser analisados em pesquisas posteriores. A amostra identificou outros transtornos

psiquiátricos que devem ser investigados nas lideranças religiosas evangélicas.

PALAVRAS-CHAVE: Espiritualidade, depressão, religião, psicologia, pastores.

DEPRESSION AND MENTAL HEALTH IN PENTECOSTAL LEADERS

ABSTRACT: One of the emerging themes currently in the field of psychology is the relationship between spirituality, mental health, and quality of life. The present study aimed to contribute to the understanding of the role of spirituality in the mental health of religious leaders, and its effects on factors associated with depression. Thus, the Beck Depression Inventory and a questionnaire with questions related to psychiatric issues were applied to the religious leaders of a Pentecostal Church in a city in the extreme south of Santa Catarina. The study found that although only 10% of the sample had a mild degree of depression, other factors should be analyzed in subsequent research. The sample identified other psychiatric disorders that should be investigated in evangelical religious leaderships.

KEYWORDS: Spirituality, depression, religion, psychology, clergy.

1 | INTRODUÇÃO

A espiritualidade dentro do contexto da saúde mental está tomando cada vez mais espaço. Temas envolvendo a relação entre espiritualidade e psique se tornam imprescindíveis para os profissionais da saúde que pretendem ter uma visão apurada acerca de todas as esferas que compõe o ser humano. Conforme Murakami e Campos (2012) a religião propicia uma leitura do sofrimento mental que lhe propicia ou certeza de propósito, oportunizando uma resignificação do sofrimento mental através de parâmetros religiosos.

Sendo a espiritualidade algo extremamente presente na vida de pastores e líderes religiosos no geral, o presente estudo tem como objetivo contribuir para pesquisas nesse campo, investigando a relação entre depressão e a liderança religiosa. Tem-se como base a problemática encontrada por Deus (2008), onde foi investigado “A influência do sentimento religioso sobre cristãos portadores de depressão”. Segundo o autor, na amostra de sua pesquisa uma porcentagem significativa de religiosos (pastores) apresentou particularidades relacionadas à depressão que necessitam de mais estudos para melhor compreensão dos dados encontrados. A hipótese a ser considerada nesse estudo é que o estresse causado pelo exercício da profissão pastoral ou de líder de uma comunidade cristã pode ser um fator desencadeante para a depressão.

Para realizar uma análise da problemática acima, entrou-se em contato com uma igreja protestante que tinha um número considerável de congregações em um município do sul catarinense, onde foi realizada a coleta de dados. Segundo Ebert e Soboll (2009), por mais que a função pastoral consista na atividade de aconselhamento e seja compreendida como fonte de prazer na profissão, há também uma vivência de sofrimento. Pois a mesma atividade que é fonte de prazer também é apontada como fonte de desprazer, o que gera cansaço e desgaste, o que corrobora com a importância do tema.

O autor Deus (2009), ressalta a importância de uma investigação mais aprofundada das relações da profissão pastoral com os transtornos depressivos. Afirmando que o tema era ainda pouco explorado e que necessitava de mais pesquisa e estudo, essa pesquisa foi feita partindo da reflexão dessa problemática com o objetivo de investigar a prevalência e os fatores associados à depressão nos pastores ou líderes cristãos, ou seja, pessoas que estão ligadas diretamente a esfera espiritual.

2 | DEPRESSÃO

A depressão é uma psicopatologia muito conhecida nos dias atuais, e embora muito se fale sobre ela, ainda existem diversas ideias pré-concebidas e errôneas sobre esse transtorno. Para se diagnosticar “depressão” devem-se levar em conta diversos critérios diagnósticos e ter em mente a complexidade subjetiva que está

presente no indivíduo acometido pelo transtorno. Pode-se perceber a complexidade do tema por meio do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais 5.^a edição (APA, 2014), onde os transtornos depressivos incluem uma lista de diversas psicopatologias: o distúrbio da desregulação do humor, transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente e etc.

De acordo com Tavares (2010), a depressão e suas variadas formas e classificações ganharam destaque na sociedade, e devido ao aumento de diagnósticos dessa psicopatologia tornou-se cada vez mais comum ouvir alguém dizer que sofre desse “mal do século”.

Segundo Sezini e Gil (2014, p.40), “A depressão é uma doença de etiologia multifatorial que atinge aproximadamente 10 milhões de brasileiros e 340 milhões de pessoas em todo o mundo.” Atualmente a Organização Mundial da Saúde (2018) diz que o número de pessoas acometidas pelo transtorno é de mais de 300 milhões, o que vai de encontro com as informações de Sezini e Gil (2014). Diante disso podemos ver que o problema da depressão na atualidade chama atenção pela problemática e proporção que assume.

Segundo Monteiro e Lage (2007), o conceito de depressão tem vários sinônimos, e cada um dos conceitos demonstra uma linguagem que retrata aspectos de abordagens positivistas que influenciaram a psicopatologia em busca de um rigor científico. Na perspectiva de análise dos fatores etiológicos da depressão Feitosa (2014) diz em seus estudos que esse transtorno é multideterminado e, por isso, deve ser compreendido em sua complexidade, de maneira multifacetada

3 | ESPIRITUALIDADE E SAÚDE MENTAL

Dada complexidade multifatorial envolta da depressão, ao investigarmos fatores associados do transtorno com qualquer liderança religiosa que seja, devemos tomar o devido cuidado e rigor científico. A pergunta que surge é: se a depressão é um transtorno multideterminado e multidimensional devemos levar em conta também a esfera da espiritualidade na vida desses líderes religiosos? A resposta é: sim. Mas não devemos nos ater apenas a esse ponto específico, temos que analisar de maneira global o sofrimento mental que acomete tais indivíduos que são tidos por muitos como modelo de conduta espiritual e comportamental. Entretanto, sendo a esfera espiritual um fator tão presente na vida dos pastores, devemos saber sua relação com a saúde mental.

A espiritualidade se encontra numa dimensão mais pessoal e existencial, tais como a crença em (ou uma relação com) Deus ou um poder superior. Muitas pessoas que rejeitam uma religião organizada ou formas tradicionais de culto, dando maior ênfase à experiência espiritual direta, preferem ser definidas como “espirituais” e não como “religiosas”. (Dalgarrondo, 2008)

Segundo Peres et al. (2007), um aspecto importante da relação entre saúde, bem-

estar e religião é o papel potencial da religião como forma de lidar com o sofrimento do indivíduo. Se falarmos sobre saúde física e mental, conseqüentemente falamos de qualidade de vida, que na visão de Pozzati (2004) é uma demanda a ser estudada tanto em âmbito pessoal, como nas organizações.

Pozzati (2004) diz que esta demanda foi constituída através da fragmentação do ser humano sendo sentida em diversos âmbitos do indivíduo, como físico, mental, social, cultural, ambiental e espiritual. Para que o significado de vida, seja efetivo de fato, é necessário olhar o ser humano com um olhar holístico, abrangente, transcendendo assim, a visão mecanicista e materialista.

Para Oliveira (2010) a dimensão da espiritualidade é, pois, a dimensão do sentido, que é a dimensão da afirmação. Porque é nessa esfera que o indivíduo torna-se consciente e comprometido com a busca de sua identidade mais íntima, sua trajetória. Através da espiritualidade o ser humano pode dar sentido à sua existência e à realidade que o cerca.

Campos e Murakami (2012) abordam as dificuldades que os profissionais da área da saúde têm para lidar com a esfera religiosa do paciente, e afirmam que apesar da religiosidade ser cada vez mais reconhecida pela sua importância na saúde, à maioria dos profissionais da área não tem instrução ou treinamento para lidar com essa questão, criando uma lacuna do cuidado desenvolvido pelo profissional pela falta de conhecimento da importância que a religião tem na vida dos pacientes.

4 | METODOLOGIA

O estudo possui delineamento transversal e abordagem metodológica quantitativa e qualitativa. A pesquisa quantitativa adota estratégia sistemática, objetiva e rigorosa para gerar e refinar o conhecimento (Souza, Driessnack & Mendes, 2007). Segundo Coutinho (2004, p. 441), “o avaliador quantitativo necessita de instrumentos estruturados (como questionários ou entrevistas estruturadas) com categorias estandardizadas que permitam encaixar as respostas individuais”.

Para Sampieri, Collado e Lucio (2013), a coleta de dados quantitativa ocorre pela formulação primária do problema, e por meio disso, elaborar o processo de coleta de dados. Desse modo, são criados instrumentos e métodos que se possam obter e codificar dados passíveis de mensuração e interpretação onde serão arquivados e preparados para análise por meio de computadores.

Quanto aos procedimentos éticos visando à preservação da bioética, o estudo possui um Termo de Compromisso para Utilização de Dados que garante o anonimato dos membros. Os dados e informações obtidas foram utilizados única e exclusivamente para fins deste estudo. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), com o Parecer nº: 2.083.978 e CAAE: 68328617.0.0000.0119.

Nesse estudo foram aplicados nos participantes o Inventário Beck de Depressão (BDI) e um questionário com questões fechadas e abertas de conteúdo relacionados à área psiquiátrica em pessoas que exercem alguma função de liderança dentro da Igreja pesquisada. Procurou-se na aplicação do questionário deixar os participantes livres para que pudessem expressar sua opinião (caso quisessem) sobre a problemática em questão, seja em relação a sua vivência pessoal ou de outra pessoa.

Os participantes do estudo eram membros que exerciam algum papel de liderança eclesiástica dentro da Igreja Pentecostal a pelo menos 2 anos. Os líderes eram reconhecidos pelo Pastor Presidente da Igreja. A amostra se limitou apenas nas lideranças eclesiásticas dessa determinada igreja, e de nenhuma outra mais.

5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa foram divididos em duas etapas visando apresentar uma análise individual mais clara dos dados obtidos através do BDI (2011) e do questionário utilizado. Entre os líderes da igreja que participaram 8 eram pastores, e 2 eram evangelistas. A amostra poderia ser maior, isso é inegável. Entretanto, alguns líderes preferiram não participar e serem avaliados na pesquisa por questões pessoais. Logo, os participantes presentes foram os que se sentiram confortáveis para falar sobre o assunto. Todos os participantes eram casados e tinham uma média de idade de 46 anos. Em relação a escolaridade pode-se encontrar uma grande variedade como pode-se ver na tabela a seguir:

Escolaridade	Número	Porcentagem %
Ensino Superior Completo	4	40%
Ensino Superior Incompleto	1	10%
Ensino Médio Completo	2	20%
Ensino Fundamental Completo	3	30%

Tabela 1 – Caracterização dos participantes

Alguns demonstraram interesse sobre o assunto, e tinham certa preocupação em relação ao transtorno, evidenciando um receio em possivelmente estar ou não depressivo. Antes da aplicação do Inventário Beck de Depressão e do Questionário, os participantes costumavam falar sobre sua opinião acerca do tema. Um discurso que se repetiu diversas vezes foi o fato de que as pressões e exigências do cargo recaiam sobre os membros da própria família do líder, ou seja, não havia apenas uma expectativa de como o pastor ou o evangelista deveriam ser ou agir, mas também de sua família.

O BDI (2011), a partir do escore obtido pela escala sintomática dos escores apresenta quatro níveis: mínimo, leve, moderado e grave. A partir da amostra

investigada apenas 1 indivíduo apresentou grau leve de sintomas depressivos, conforme destacado na Tabela 2. Segundo Deus (2009) “Em depressões leves, a pessoa consegue trabalhar e até mesmo dar conta de suas responsabilidades, à custa de cansaço constante, mau humor e irritabilidade em graus variáveis.”.

Não apresentou qualquer grau de sintomas depressivos	Apresentou grau leve de sintomas depressivos	Amostra Total
9	1	10

Tabela 2 - Resultado do Inventário Beck de Depressão

Os indivíduos participantes da pesquisa em sua grande maioria tiveram dúvidas em relação às perguntas contidas no questionário, perguntando se deviam responder na perspectiva “terrena” ou no âmbito “espiritual”. Para eles, a realidade “terrena” cada vez mais iria piorar, era o que se esperava do mundo, entretanto isso tudo teria um fim, que seria ou a morte ou a vinda de Cristo. Logo, tudo que gerasse angústia tristeza ou qualquer tipo de “mal” cessaria nessa esperança futura. Para eles, existe a certeza de um futuro com eterna paz e felicidade. A aplicação da escala demonstrou essa dificuldade em específico, pois não há como avaliar o fator espiritual subjetivo numa ótica quantitativa e com perguntas fechadas.

A complexidade pôde ser vista a partir do momento em que os indivíduos relataram estar tristes e sem esperanças com o mundo terreno, mas se alegram no que há por vir, seja pela vida após a morte ou a vinda de Cristo. Para Dalgarrondo (2008), as noções de fé e crença também são elementos importantes deste campo semântico e fenomênico. A crença pode ser definida como a adesão do individual ao que parece ser ou pode ser verdadeiro. A fé refere-se aos mistérios sobrenaturais, a explicação de fatos que excedem a capacidade do entendimento humana e estão fora das possibilidades de verificação empírica.

Gomes (2011) ao comentar a obra de Jung, constatou que ele considerava a religião um fenômeno extraordinário, complexo e multifacetado que pode ser estudado por diversas disciplinas, incluindo a psicologia. Entretanto, nenhuma das ciências é capaz de compreender e explicar o fenômeno religioso de maneira satisfatória. Entretanto, a religião encanta a realidade humana e a natureza religiosa do homem é um fator social inegável que revela aspectos essenciais da humanidade.

Temos que ter em mente que a relação entre saúde mental, espiritualidade e religião é um terreno abstrato, que deve ser analisado levando em consideração a construção histórica, cultural e social, não deixando de negar os aspectos subjetivos e transcendentais da compreensão do próprio indivíduo e comunidade sobre o tema.

6 | RESULTADO DO QUESTIONÁRIO

O questionário aplicado revelou dados importantes que não apareceriam na aplicação do BDI (2011). Tais dados encontram-se na Tabela 3:

Você toma algum tipo de medicação psiquiátrica?	
Sim	4
Não	6

Tipo de medicação psiquiátrica encontradas na amostra.	
Bromazepam	1
Lítio	1
Escitalopram	1
Quetiapina	1
Rivotril	2

Tempo de uso da medicação.	
1 a 11 meses	1
1 a 2 anos	3

Já procurou ajuda psiquiátrica?	
Sim	5
Não	5

Se sim, por qual motivo?	
Ansiedade	2
Dificuldade dormir	2
Irritação	2
Estresse por causa da profissão	2
Luto	1

Já teve ou tem algum diagnóstico psiquiátrico?	
Transtorno de Ansiedade Generalizada	1
Transtorno Bipolar	1

Já fez psicoterapia?	
Sim	2
Não	8

Tabela 3 - Questionário

Um número considerável da amostra já buscou ajuda de algum psiquiatra (50%) enquanto 40% fazem uso de alguma medicação psiquiátrica. Segundo Deus (2009), devido à complexidade do assunto, os pastores assim como outros líderes, precisam se mostrar sempre fortes, pois são modelos, e apresentam grande dificuldade em aceitarem-se doentes, o que corrobora com a discrepância dos resultados dos testes e as respostas dos questionários. Outro fator que pode estar relacionado a essa

discrepância é a dificuldade em avaliar os sintomas por meio da dicotomização que os mesmos fazem entre a vida “terrena” e “espiritual”.

Um dado relevante que deve ser analisado são os motivos pelos quais os líderes da igreja procuraram ajuda psiquiátrica. Sintomas como ansiedade, irritação, dificuldade para dormir podem ser fatores que podem estar associados à depressão. Outro sintoma relatado foi o estresse por causa da profissão e de acordo com Feitosa (2014) existe a possibilidade de fontes estressoras gerarem sintomas depressivos.

Existe um conjunto de variáveis que podem estar relacionadas à depressão nos líderes religiosos, especificamente, os pastores, Deus (2008, p.121) exemplifica da seguinte maneira:

O pastor, o líder carismático, ungido, investido da imagem do “homem de Deus” na comunidade aliado à atitude de estar sempre pronto e disponível para as atividades pastorais, as quais frequentemente demandam por uma alternância de emoções, como observado nas seguintes atividades: sepultamento pela manhã, reunião de liderança à tarde, casamento em final de tarde e culto à noite, ou seja, a vivência, num mesmo dia, da dor e do luto, o exercício da lógica e preocupação, celebração de momento de alegria, prédica e exortação e todas as emoções sentidas, expressas e contidas pelo veículo sagrado.

A questão é que pastores/líderes religiosos acabam sendo os modelos de conduta espiritual e comportamental para os membros da comunidade religiosa onde estão inseridos. Talvez a tristeza, o abatimento, ou a angústia possa passar a impressão para os demais de um “mal testemunho”, sendo o sofrer desse líder algo que demonstre um sinal de fraqueza e incapacidade de liderar, gerando conseqüentemente um desencorajamento dos membros.

O pastor deve estar em prontidão para atender as demandas da igreja, deve manter-se firme e passar por situações que muitas vezes podem ser conflituosas com os membros da comunidade. Além de exercer um papel de mediador de relações e conflitos, exerce também um papel de administrador. Sendo a igreja uma instituição filantrópica, o pastor depende muitas vezes das doações espontâneas da comunidade, seja para fazer a manutenção da igreja, ou sustentar a si e sua família. Dependendo das doações pode ser um fator que contribua para a instabilidade financeira dos pastores, sendo um fator de preocupação constante.

Podemos encontrar respaldo em Deus (2008), pois um aspecto relevante na amostra de sua pesquisa revelou que a causa da depressão nos pastores está ligado ao stress de sua profissão, sendo relacionado com problemas em sua igreja local; falta de apoio e compreensão da Igreja; problemas financeiros advindos da baixa remuneração profissional e etc.

De acordo com Ebert e Soboll (2009), o Pastor ao responder às exigências e demandas que surgem, acaba tendo um ritmo de trabalho intenso e constante, levando em conta as imprevisibilidades que surgem, os limites de tempo e descanso. Ebert e Soboll (2009, p.210) se referem à profissão do Pastor como:

[...] um soldado em guerra, os pastores vivenciam individualmente, a luta pela

sobrevivência dentro das organizações religiosas, cada vez mais exigentes e focadas em resultados, de forma semelhante ao que se assiste nas organizações produtivas. A autonomia e a flexibilidade aparentes na definição das tarefas e dos horários são contrapostas com as cobranças simbólicas (da religião) e concretas (da comunidade e da estrutura hierárquica religiosa).

De acordo com Volpato et al. (2005), no tocante às medicações, o Bromazepam é indicado em casos de Transtorno de Ansiedade Generalizada, cujo transtorno consta na amostra. Com relação ao Transtorno Bipolar, encontramos na amostra o uso de medicações que estão relacionadas ao tratamento do transtorno como o Lítio, Ecitalopram e Quetiapina. O Rivotril pode ser utilizado como medicação para aliviar sintomas relacionados à inquietude, agitação ou insônia.

Identifica-se na amostra a forte adesão a procura do psiquiatra (50%) em relação à psicoterapia (20%), essa diferença talvez se dê pelo fato dos pastores/evangelistas se verem como alguém que aconselha, media e ajuda os membros da comunidade que possuem algum problema, mas quando a situação se inverte existe uma resistência na aceitação do seu próprio problema. Dessa forma, a medicação psiquiátrica acaba sendo uma forma de aliviar os sintomas e acobertar as dificuldades que se está passando.

7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou que, embora apenas 10% da amostra tenham apresentado grau leve de depressão, outros fatores devem ser analisados em pesquisas posteriores. A amostra identificou outros transtornos psiquiátricos que devem ser investigados nas lideranças religiosas evangélicas. Uma das causas encontradas para o sofrimento psicológico na pesquisa é o estresse por causa da profissão, esse fator coincide com o estudo de Deus (2009) acerca da depressão em pastores. Deus (2009, p.201) afirma que: “Seria possível traçar comparação entre os pastores protestantes e os executivos de alta performance, sem, entretanto, terem o suporte e as benesses das corporações nas quais os executivos atuam; até porque Igreja não é corporação.” Essa visão corrobora com a análise psicodinâmica do trabalho pastoral proposta por Eberte e Soboll (2009), classificando o exercício da profissão como um “soldado em guerra” que luta para sobreviver dentro da organização religiosa, cujo ritmo de trabalho é intenso e constante, limitando até mesmo seu tempo de descanso.

A hipótese a ser considerada nesse estudo é que o estresse causado pelo exercício da profissão pastoral ou de líder de uma comunidade cristã possa ser um fator desencadeante de transtornos não apenas de humor, mas também de ansiedade. Entretanto, por causa da resistência encontrada entre os líderes para participar da pesquisa será necessário avaliar pastores e líderes de diversas denominações cristãs em estudos posteriores. Essa resistência pode ser vista no relato de alguns líderes que não quiseram participar da pesquisa, afirmando que não se sentiriam bem ao serem “avaliados” e que não gostariam de falar sobre o assunto.

Os resultados desse estudo contribuem para o campo da saúde mental, ampliando as possibilidades de investigação e pesquisa nessa área, visto que a literatura não aborda de maneira frequente esse tema, sendo essa uma das dificuldades encontradas na construção deste artigo. A relevância dos dados encontrados se dá por meio da contribuição científica em uma área pouco explorada, o sofrimento psíquico de líderes religiosos.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992p.

COUTINHO, C. P. Quantitativo versus qualitativo: questões paradigmáticas na pesquisa em avaliação. *Colóquio da Admee-Europa*, Lisboa, Portugal, p. 437-448, 2004.

CUNHA, J. A. *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. 171p.

DALGALARRONDO, P. *Religião, psicopatologia & saúde mental*. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288p.

DEUS, P. R. G. *A influência do sentimento religioso sobre cristãos portadores de depressão*. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2008. 147p. Disponível em: <<http://tede.mackenzie.br/jspui/bitstream/tede/2499/1/Persio%20Ribeiro%20Gomes%20de%20Deus.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2017.

DEUS, P. R. G. Um estudo da depressão em pastores protestantes. *Ciências da Religião – História e Sociedade*, v. 7, n. 1, p. 189-202, p. 2009. Disponível em: <<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/cr/article/viewFile/1134/849>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

EBERT, C.; SOBOLL, L.; PEREIRA, A. O trabalho pastoral numa análise da Psicodinâmica do Trabalho. *Aletheia*, Canoas, n. 30, p. 197-212, 2009. Disponível em: <<http://www.ulbra.br/upload/7421b725e454e115707eccc4f77a416.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2018.

FEITOSA, F. B. (2014). A depressão pela perspectiva biopsicossocial e a função protetora das habilidades sociais. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 34, n. 2, pp. 488-499. Recuperado em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v34n2/v34n2a16.pdf>

GOMES, A. M. A (2011). Um olhar sobre depressão e religião numa perspectiva compreensiva. *Estudos de Religião*, v. 25, n. 40, pp.81-109, jan./jun. Recuperado de: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/ER/article/view/2368/2555>

MURAKAMI, R. & CAMPOS, C. J, G (2012). Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 65, n. 2, p. 361-367, Apr. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a24.pdf>

OLIVEIRA, J. F. P. (2010). *A Espiritualidade e o Corpo*. In: Santos, Franklin Santana (org.). *Arte de cuidar: Saúde, Espiritualidade e Educação*. Bragança Paulista: Comenius, 2010. p. 91-107.

POZATTI, M. L. (2004). *Educação, qualidade de vida e espiritualidade*. In: Teixeira, E. F. B.; Muller, M. C. & Silva, J. D. T. (Org.). *Espiritualidade e Qualidade de Vida*. Porto Alegre: EDIPUCRS, pp.193-205.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F. & LUCIO, M. P. B. (2013). *Metodologia de Pesquisa*. 5.ed Porto

Alegre: Penso, 623 p.

SEZINI, A. M. & GIL, C. S. G. C. (2014). Nutrientes e depressão. *Vita et Sanitas.*, Trindade-Go, n.08, jan-dez. Recuperado de: <http://www.fug.edu.br/revista/index.php/VitaetSanitas/article/view/29/21>

SOUSA, V. D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. A. C. (2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 502-507, June. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a22.pdf

TAVARES, L. A. T. (2010). *A depressão como "mal-estar" contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo*. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 371 p. Recuperado de: <https://static.scielo.org/scielobooks/j42t3/pdf/tavares-9788579831003.pdf>

VOLPATO, A. C.; GALLOIS, C. B. & ISOLAN, L. (2005). *Psicofármacos: consulta rápida*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed; p.695.

MURAKAMI, R., & GOMES CAMPOS, C. J. (2012). Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2).

PERES, M. F. P., ARANTES, A. C. D. L. Q., LESSA, P. S., & CAOUS, C. A. (2007). A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Archives of Clinical Psychiatry*.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. DEPRESSION; 2018 [acesso em 12 junho 2018]. Recuperado de: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>

MÃES NA CONTEMPORANEIDADE: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PAPEL MATERNO

Jadne Meder Estrela

Universidade do Extremo Sul Catarinense –
UNESC, Psicologia
Criciúma – Santa Catarina

Maiara da Silva Machado

Universidade do Extremo Sul Catarinense –
UNESC, Psicologia
Criciúma – Santa Catarina

Amanda Castro

Doutoranda em Psicologia pelo Programa de Pós
Graduação da Universidade Federal de Santa
Catarina. Docente na Universidade do Extremo
Sul Catarinense – UNESC
Criciúma – Santa Catarina

RESUMO: Esse artigo trata-se de um relato de experiência, que busca descrever a vivência de estágio social de duas acadêmicas de Psicologia no setor da maternidade em um hospital de ensino, visando a reflexão acerca das representações sociais do papel de mãe de mulheres gestantes e/ou puérperas em internação, bem como seus familiares ou acompanhantes, tendo como objetivo desconstruir os estereótipos associados ao papel de mãe. Os diálogos aconteceram através de intervenções psicossociais realizadas semanalmente em quartos coletivos de internas que se voluntariaram para participar. As intervenções duravam em média

20 minutos. Participaram 45 pessoas, incluindo acompanhantes e familiares. Decorrente disso reunimos falas significativas a respeito do papel materno a partir da realidade subjetiva destas mulheres, mas que também fazem parte do pensamento amplamente difuso na sociedade, como por exemplo o papel secundário da figura paterna e a obrigatoriedade do amor incondicional da mãe.

PALAVRAS-CHAVE: Maternidade; Psicologia Social; Representações Sociais.

MOTHERS IN CONTEMPORARYITY: SOCIAL REPRESENTATIONS OF MATERNAL ROLE

ABSTRACT: This study is about an experience report that seeks to describe the experience of a social internship of two psychology students in the maternity sector in a teaching hospital, aiming to reflect on the social representations of the mother role of pregnant women and/or puerperal women hospitalized, as well as their relatives or companions, aiming to deconstruct the stereotypes associated with the role of mother. The dialogues took place through weekly psychosocial interventions in collective rooms of who volunteered to participate. Interventions lasted an average of 20 minutes. About 45 people attended, including family members and companions. Resulting from this, we have gathered significant statements about

the maternal role from the subjective reality of these women, but also form part of the widely diffused thinking in society, such as the secondary role of the paternal figure and the obligation of the mother's unconditional love.

KEYWORDS: Maternity; Social Psychology; Social representations.

1 | INTRODUÇÃO

O estágio obrigatório em Psicologia Social propõe a realização de um projeto de sua área de abrangência, incluso na disciplina de ESTÁGIO B – PSICOLOGIA SOCIAL da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. O estágio ocorreu em um hospital de ensino privado em convênio com a rede de atendimento SUS, localizado no extremo sul catarinense, pelo período de cinco meses.

O hospital não somente é um local de enfermidades e sofrimento, embora geralmente as circunstâncias que nos levam à procura do hospital são os processos de adoecimento, mas também de nascimento e felicidade acerca da chegada de um bebê. Em virtude disso, a ala hospitalar da maternidade constitui-se um campo rico para a Psicologia Social, visto que possibilita a construção de estratégias para o enfrentamento e resolução de situações enfrentadas pelas mulheres dentro e fora do hospital, permitindo uma escuta ativa relacionada à maternagem. A maternidade, descrita como uma experiência única pela maioria das mulheres, vem acompanhada de uma série de mudanças físicas e psíquicas na mulher. As mudanças corporais que ocorrem nas mulheres são mais facilmente observáveis e vêm acompanhadas da liberação desenfreada de hormônios. No entanto, é preciso observar igualmente as transformações psíquicas decorridas desse processo, afinal, ao engravidar a mulher também precisa configurar um espaço psíquico para o “tornar-se mãe”, e para as expectativas em relação ao seu companheiro como “pai” (FOLINO, 2014).

Nesse sentido, ressaltamos também que partindo da perspectiva que a mulher algum dia venha a se tornar mãe, ao longo dos anos amplificou-se o pensamento de que a maternidade era inata, biológica e instintiva à mulher, independente de outros fatores, como a cultura e a condição socioeconômica. Assim, ainda há o retrato de que toda mulher deve experimentar a maternidade para alcançar a completude, para experimentar o amor incondicional (AZEVEDO, 2017).

Porém, o que também se mostra presente é o sofrimento a essa condição de possuidora de um amor incondicional. A gravidez é um estágio de transição que pode causar instabilidade emocional temporária nas mulheres. O papel familiar e social da mulher é reorganizado, e ela começa a passar por adaptações, já que além de mulher e filha, ela também se tornará mãe e educadora (TOURINHO, 2006).

Na maior parte dos casos, o período gravídico estimula o desenvolvimento de inúmeras expectativas dos pais em relação à criança, que vêm acompanhadas de desejos, sentimentos, e também ansiedade em relação ao nascimento. A maternidade é idealizada, de certa forma, e essa idealização geralmente vai se diluindo à medida

que alguns desafios surgem ao longo do caminho, testando as supostas habilidades e competências das mulheres no papel de mãe (LEAL, 2013).

O papel materno, no entanto, é composto por inúmeros estereótipos. O estereótipo pode ser entendido como uma forma de reprodução e confirmação de representações provindas do senso comum e de ideias já estabelecidas que correspondam ou não a alguém ou algo, formando representações sociais a partir de repetições de fácil entendimento para explicar situações incomuns à rotina de quem as enuncia (COZER, 2013).

As representações sociais e os estereótipos estão relacionados às imagens construídas pela sociedade de objetos sociais, grupos e pessoas. As representações sociais constituem a forma de explicar e interpretar o mundo em que as pessoas vivem, e a maneira de descrever as pessoas e objetos sociais constitui os estereótipos (KOELZER et al, 2016).

Em relação ao estereótipo sobre a maternidade, é possível perceber que esta ainda é descrita de forma muito romaneada. Ser mãe é associado a aspectos idealizados, tais como: sacrifício, amor incondicional e disponibilidade completa. Entretanto, essas concepções contrapõem-se à experiência real do papel materno (TRAVASSOS-RODRIGUEZ; FÉRES-CARNEIRO, 2013).

A maternidade traz consigo certa ambivalência (AZEVEDO, 2017), englobando o ideal e o real de ser mãe. É preciso romper com o modelo materno ideal imposto pela cultura vigente, que exclui a possibilidade da coexistência de sentimentos ambivalentes na relação da mãe com o bebê. Ser mãe implica em momentos de alegria, mas igualmente em momentos de dor, tristeza e muitas vezes arrependimento. Desde a revolução feminista e a inserção da mulher no mercado de trabalho, a mesma vem, gradativamente, aprendendo a conviver com a maternidade associada à culpa. O estereótipo de mãe perfeita e profissional bem-sucedida se traduz em sobrecarga emocional e adoecimento mental (TRAVASSOS-RODRIGUEZ; FÉRES-CARNEIRO, 2013).

Nesse sentido, é importante reconhecer as possíveis dificuldades e o sofrimento que a maternidade pode trazer para algumas mulheres, embora também seja uma fonte de gratificações para outras (SCHULTE, 2016).

Buscamos relatar neste artigo a condução dos grupos de gestantes e puérperas no hospital, cujo objetivo era o de refletir acerca das representações sociais do papel de mãe, englobando as expectativas e frustrações existentes dentro deste papel, e de que forma buscamos fazer uso da Psicologia em intervenções que contribuíssem para a ampliação das concepções acerca do papel de mãe.

2 | METODOLOGIA

Consistiu-se numa intervenção psicossocial que aconteceu no contexto de 15 encontros semanais com duração de aproximadamente 20 minutos, vivenciados pelas

acadêmicas do curso de Psicologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).

Sobre esse método de intervenção, Lopes e Nascimento (2015, p. 3) afirmam que “a intervenção psicossocial se configuraria em um processo de interação do sujeito com o meio ambiente com vistas à mudança no sentido de desenvolvimento de uma dada realidade”.

As participantes foram gestantes e puérperas em internação, além de acompanhantes e familiares, no setor da maternidade de um hospital de ensino do extremo sul catarinense que se voluntariaram para as intervenções.

Inicialmente foi averiguada a rede de apoio das pacientes, como pais, cônjuges e amigos. Após esse período inicial, realizaram-se intervenções nos quartos com as mães e acompanhantes, em que foram abordadas as representações sociais do papel de mãe. Ao decorrer destas intervenções, as facilitadoras fizeram perguntas norteadoras como: “o que é uma boa mãe para você?”; “o que é uma mãe ruim?”; “o que é uma mãe mais ou menos?” enaltecendo uma reflexão acerca do tipo de mãe que esta se considerava, bem como os estereótipos associados ao assunto. As intervenções ocorreram semanalmente nos quartos coletivos das internas, localizados na ala da maternidade do hospital de ensino.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período de observação foi verificada a rede de apoio das gestantes e puérperas da unidade da maternidade do hospital com o intuito de compreender a participação familiar e não familiar que elas recebiam durante a gravidez e pós-parto. É relevante ressaltar que muitas das participantes eram mães de primeira viagem e se apoiavam no que as outras relataram, pois julgavam não ter experiência necessária para opinar sobre o assunto.

Constatou-se necessária intervenção individual e formação de grupo para refletir acerca da representação social do papel de mãe e para verificar a expectativa da mãe em relação ao futuro do bebê. Em vista destes pontos elencados iniciaram-se as intervenções nos quartos a respeito da representação do papel de mãe, buscando identificar quais estereótipos surgiam sobre os tipos de papéis de mãe, sendo eles, o da boa mãe, da mãe ruim e da mãe mais ou menos. Todos os acompanhantes presentes no momento poderiam participar.

Buscou-se investigar se os achados em literatura relacionados à visão das mulheres acerca do papel de mãe eram verdadeiros, principalmente em relação ao que Azevedo (2017, p. 7) afirma no sentido de que “o ‘ser mulher’ está intrinsecamente relacionado ao ‘ser mãe’ e aos papéis que a sociedade exige serem cumpridos na maternidade”, bem como se os “sentimentos” advindos da maternidade eram de fato vivenciados pelas gestantes.

Logo no início das intervenções, perceberam-se algumas falas prevalentes a respeito do que é considerado uma boa mãe. Nesse contexto, alguns tópicos como “dar educação”, “fazer tudo pelo filho”, “dar amor e carinho”, “não deixar a criança ‘largada’” e “amor incondicional” apareceram frequentemente, reafirmando o que é dito sobre a “dedicação e abnegação incondicional” (SILVA, 2013, p. 4), presumindo então que as mulheres devem ser mães perfeitas, descartando as ambivalências que podem surgir com a maternidade e que podem causar às mães muita angústia (AZEVEDO, 2017). Entende-se então, a partir disso, que nessas representações todas as mães são exemplares, que ser boa mãe surge como algo intrínseco às mulheres, algo inato.

Estes relatos sobre idealização excessivamente positiva do papel de boa mãe surgiram principalmente na fala de mulheres que não ingressaram ou mostraram interesse em cursar o ensino superior, sendo que as mulheres que frequentaram demonstram pensamento condizente com a realidade. O mesmo foi evidenciado em pesquisa de Ciscon-Evangelista et al. (2012). Conforme os autores as representações sociais a este respeito vão se modificando concomitantemente às transformações das práticas sociais e das informações que circulam nos ambientes sociais. Os dados de Ciscon-Evangelista et al. (2012) sugerem que o avanço feminino em termos de possibilidades de construção de uma carreira, não está relacionado apenas à complementação do sustento familiar, mas constitui importante elemento da realização pessoal e familiar, flexibilizando o papel de boa mãe, já que este deve coexistir com o papel profissional.

Em contrapartida, as falas que prevaleceram a respeito do que é considerado uma mãe ruim, foram “dar para adoção”, “fazer aborto”, “não dar educação”, “deixar a criança de lado”, enquanto algumas participantes revelaram que não tinham como opinar por não ter nenhum exemplo na família ou simplesmente argumentaram que é “deixar de fazer o que a boa mãe faz”. Tais dados foram igualmente encontrados por meio de entrevista com crianças realizada por Sampaio, Santos e Silva (2008). Em seus relatos, as crianças se apoiam na ideia de que as “mães boas” amam os seus filhos. O amor materno foi caracterizado através do carinho, da compreensão e da dedicação integral. Para as crianças, a mulher que se afasta desse modelo ideal de mãe é considerada uma mãe ruim, e não uma “não mãe”. Portanto, nessa perspectiva não querer ser mãe já pode ser considerado como ser uma mãe ruim.

Não polarizando o papel de mãe, questionou-se também as perspectivas a respeito do papel de mãe “mais ou menos”, ou seja, aquelas que não são totalmente “ruins” e não alcançam a idealização necessária para serem “boas”. Percebeu-se uma dificuldade de definição do que seria uma mãe “mais ou menos” estando sempre propensas ao lado negativo, pois as ações que não poderiam ser consideradas boas por elas – bater, dar limites, ir para o trabalho quando o filho está doente em casa – também não poderiam ser consideradas como “ruins” e sim necessárias.

Neste sentido, destacou-se a fala de uma mãe que se considerava uma mãe ruim no passado por ter atitudes negativas em relação à filha mais velha. Relatou

que pela falta de paciência batia com frequência na criança por qualquer motivo, chegando a abandoná-la com a avó. Disse também perceber que a filha demonstra medo excessivo quando a mãe a chama. Demonstra culpa e arrependimento pelos comportamentos e vê no filho mais novo a oportunidade de fazer diferente. Apesar disso, ela é incentivada pelo marido e acha necessário recorrer à violência física como meio de punição e educação.

Diante deste relato, a segunda mãe presente no quarto contribuiu dando exemplo de como ela repreende a filha, salientando que conversar com a criança explicando o que ela fez de errado pode ser efetivo e como penalidade deixa a criança no “cantinho do pensamento” com tempo equivalente à idade da filha. Percebeu-se de acordo com esse posicionamento que a mesma não buscava julgar e sim dar uma sugestão, a partir de suas práticas sociais, para ampliar a perspectiva da mãe enquanto modelo parental em posição de respeito. Tal intervenção, não programada, nos fez perceber a importância dos grupos psicossociais de apoio. Conforme Ribeiro, Yamada e Silva (2005), o objetivo dos grupos psicossociais de apoio é oferecer uma escuta qualificada, favorecer a troca de experiências, intervir pontualmente em questões reflexivas, orientar e fornecer informações.

Na tentativa de fazê-las refletir utilizou-se exemplos de situações hipotéticas relatando a história de uma mãe que trabalhou o dia inteiro, chegou em casa cansada e não tem o suporte do marido na hora que a criança precisa de atenção. Nesse contexto, foi solicitado que avaliassem o tipo de mãe que esta seria se não conseguisse acordar no meio da noite se a criança chorasse. Novamente apareceu a divergência nas respostas. Ou a mãe foi considerada boa por estar dando sustento para a família e cuidando sem o auxílio do marido, ou ruim pois ao escolher ser mãe deve, obrigatoriamente, arcar com as responsabilidades da função.

Destacou-se a fala de uma participante cujo pensamento é de que “uma mãe mais ou menos, é mais ou menos em tudo e que, portanto, nunca conseguiria dar 100% de si em nada”. Diante disso, foram levantados questionamentos acerca do peso de ser mãe e alcançar este árduo ideal visto que “a maternidade não é algo ensinado ou discutido até a situação de gravidez e a mulher acaba por descobrir esta idealização e a impossibilidade de dar conta deste mito em sua vivência” (AZEVEDO, 2017, p. 10), o que pode gerar possíveis frustrações durante o desenvolvimento da criança e seu processo de criação.

Percebeu-se também que a respeito do papel de pai, ao questioná-las, revelou-se secundário ao da mãe, ou seja, o pai só daria suporte à criança quando a mãe não se encontrava. Durante os relatos, houve um número significativo de mães cujos filhos eram de pais diferentes. Nesses casos, constatou-se que poucos pais participavam financeiramente e/ou afetivamente da vida da criança e que as mães não buscavam os direitos desses filhos. O ofício de cuidadora ainda é considerado quase que exclusivo das mães, sendo que os pais assumem papéis de cuidadores secundários, que entram em cena apenas quando a mulher está indisponível, o que fortalece a percepção de

que cuidar é função feminina (MARTINS; ABREU; FIGUEIREDO, 2014).

Por fim, a partir da intervenção psicossocial de representação social do papel de mãe assinala-se que apesar das mudanças ocorridas em prol das mulheres e de sua liberdade de escolha, o papel materno permaneceu almejado, porém imposto culturalmente pela sociedade. Buscou-se então a tentativa de desconstrução da idealização de polarização do papel de mãe, como boa ou ruim, destacando que é possível ser uma mãe “mais ou menos”. No entanto, ficou evidente a dificuldade de combater séculos da popularização de um pensamento já enraizado no cerne coletivo. Com base nisso, levantamos alguns questionamentos para futuras pesquisas, no sentido de identidade social, papéis primários ou secundários no cuidado aos filhos, perspectivas futuras tanto da mãe quanto da criança pela visão da mulher e a influência da escolaridade na visão sobre maternidade.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As vivências proporcionadas pelo estágio possibilitaram uma melhor compreensão de como funciona a maternidade e também dos indivíduos que passam por ela.

Percebemos a relevância das intervenções psicológicas tendo em vista que este é um momento delicado na vida da mulher e que muitas vezes elas não possuem o auxílio necessário durante e após o nascimento de seu esperado filho.

Pelo contato estabelecido com muitas mães, constatamos falas significativas sobre as representações sociais do papel de mãe e suas implicações futuras. Foi evidente que o ser mãe está intrinsecamente associado ao papel social da mulher sendo a ela considerado inato o amor incondicional. Para muitas mulheres ser mãe é uma profissão, geralmente não demonstrando interesse por uma carreira profissional. O homem, por sua vez, tem pouca atuação na criação do filho o que é reflexo da sociedade em que vivemos, devido ao fato de ser culturalmente ensinado o dever de provedor de sua família, enquanto a mulher atua como cuidadora.

Percebemos também que as falas que surgiram provinham de crenças profundamente consolidadas em nossa sociedade, e, portanto difíceis de serem alteradas. Como exemplo disso, quando as puérperas eram questionadas a respeito do seu papel, em diversas ocasiões suas acompanhantes, em sua maioria mulheres, ofereceram opiniões acerca do assunto, ditando a maneira como acreditavam que uma mãe deveria ser e isso acabou influenciando as puérperas a responderem de acordo com a opinião das mesmas. Curiosamente, notamos que as opiniões se repetiam frequentemente. Compreendemos então que não há “inovação” quanto ao papel materno, e que ele é regido por normas culturais que toda mãe “tem que” se adequar para ser considerada uma boa mãe.

Outro fator importante seria a falta de aceitação por parte tanto das mulheres quanto das pessoas que fazem parte do convívio das mesmas a respeito do cansaço

que as mães sentem no dia-a-dia, de modo a desconsiderar seus limites físicos e emocionais.

Por fim, acreditamos que o estereótipo de mãe perfeita ainda seja o mais almejado pela grande maioria das mulheres que participaram, o que por sua vez pode desencadear processos ansiosos, já que conseguir alcançar esse ideal ancorado na nossa sociedade é, muitas vezes, inviável. Assim, é evidente a necessidade de futuras intervenções para que haja um maior entendimento a respeito deste tema que ainda é considerado periférico e um tabu na sociedade contemporânea.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Kátia Rosa; ARRAIS, Alessandra da Rocha. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 19, n. 2, p. 269-276, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v19n2/a13v19n2>>. Acesso em: 08 set. 2017.

AZEVEDO, Rhuama Ayube de. “**Amo meu filho, mas odeio ser mãe**”: Reflexões sobre a ambivalência na maternidade contemporânea. 2017. 33 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Psicologia, ênfase em Infância e Família: avaliação, prevenção e intervenção, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/163940/001025591.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 07 set. 2017.

CISCON-EVANGELISTA, Mariane Ranzani et al. Pós-Graduação, formação profissional e postergação da constituição de família própria: um estudo com estudantes de mestrado e doutorado. **Psicologia e Saber Social**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 265-277, jul. 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi-sabersocial/article/view/4908/3631>>. Acesso em: 03 out. 2017.

COZER, Patrícia Martins. **Maria Monforte**: perspectivas feministas e estereotipia. 2013. 70 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Estudos Feministas, Faculdade de Letras, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2013. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/35841/1/Maria_Monforte_perspectivas_feministas.pdf>. Acesso em: 01 set. 2017.

FOLINO, Cristiane da Silva Geraldo. **Sobre dores e amores**: caminhos da tristeza materna na elaboração psíquica da parentalidade. 2014. 212 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-02102014-161452/publico/folino_corrigeida.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2017.

KOELZER, Larissa Papaleo et al. O “olhar preconceituoso”: Representações sociais sobre fotografias nas redes sociais. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 431-449, maio. 2016. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/29169/20611>>. Acesso em: 08 set. 2017.

LEAL, Cláudia Luiz. **Maternidade distanciada**: vivências de mães sobre o ajuste entre maternidade e profissão, da gestação ao retorno ao trabalho. 2013. 51 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Psicologia - Ênfase em Infância e Família, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/70909/000877983.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 07 set. 2017.

LOPES, Leidiane Pereira; NASCIMENTO, Adriano Roberto Afonso do. O que faz uma psicologia social? Intervenção na psicologia social brasileira. **Psicologia & Sociedade**, [s.l.], v. 28, n. 1, p. 14-25, abr. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/2015nahead/1807-0310-psoc-2015aop002.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2017.

MARTINS, Cristina Araújo; ABREU, Wilson Jorge Correia Pinto de; FIGUEIREDO, Maria do Céu Aguiar Barbieri de. Tornar-se pai e mãe: um papel socialmente construído. **Revista de Enfermagem Referência**, [s.l.], v. 4, n. 2, p. 121-131, jun. 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3882/388239972016/>>. Acesso em: 07 set. 2017.

RIBEIRO, Sandra Fogaça Rosa; YAMADA, Midori Otake; SILVA, Cleonice da. Grupo de acompanhantes de pacientes com implante coclear: uma ação interdisciplinar da psicologia e do serviço social. **Revista da Spagesp**: Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p.48-56, jan. 2005. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v6n1/v6n1a07.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2017.

SAMPAIO, Juliana; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; SILVA, Maria Rejane Ferreira da. A representação social da maternidade de crianças em idade escolar. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 28, n. 1, p. 174-185, 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v28n1/v28n1a13.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2018.

SCHULTE, Andreia de Almeida. **Maternidade contemporânea como sofrimento social em blogs brasileiros**. 2016. 122 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2016. Disponível em: <<http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/handle/tede/892>>. Acesso em: 07 set. 2017.

SILVA, Tânia Maria Gomes da. Representações e vivências da maternidade nas camadas populares. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 27., 2013, Natal. **Anais...**. Natal: Anpuh, 2013. p. 1-13. Disponível em: <http://snh2013.anpuh.org/resources/anais/27/1364813290_ARQUIVO_maternidade,generoefeminismo.pdf>. Acesso em: 05 set. 2017.

TOURINHO, Julia. A mãe perfeita: idealização e realidade. **IGT na Rede**, Brasília, v. 3, n. 5, p.1-33, ago. 2006. Disponível em: <<http://www.igt.psc.br/revistas/seer/ojs/viewarticle.php?id=24>>. Acesso em: 17 set. 2017.

TRAVASSOS-RODRIGUEZ, Fernanda; FERES-CARNEIRO, Terezinha. Maternidade tardia e ambivalência: algumas reflexões. **Tempo psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 1, p. 111-121, jun. 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v45n1/v45n1a08.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2017.

ESCOLA ESPECIAL E INCLUSÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE EM PSICOLOGIA

Jaciara Fabich Righi

Universidade Franciscana, Curso de Psicologia,
Santa Maria – Rio Grande do Sul

Natália Michelena da Silva

Universidade Franciscana, Curso de Psicologia,
Santa Maria – Rio Grande do Sul

Pâmela Staggemeier Rossato

Universidade Franciscana, Curso de Psicologia,
Santa Maria – Rio Grande do Sul

Marcele Pereira da Rosa Zucolotto

Universidade Franciscana, Curso de Psicologia
e Mestrado em Ensino de Humanidades e
Linguagens, Santa Maria – Rio Grande do Sul

RESUMO: Este estudo refere-se a um relato de experiência da atuação no Estágio Básico I, estágio curricular supervisionado obrigatório ofertado pelo Curso de Psicologia da Universidade Franciscana (UFN), realizado em uma escola especial de uma cidade do interior do estado do Rio Grande do Sul. A experiência relatada embasou-se na prática da observação participante realizada semanalmente e apoiou-se em estudos teóricos de conceitos sócio-culturais-históricos. O estudo traz reflexões acerca das relações das pessoas com deficiência que frequentavam a escola especial em questão, enfatizando discussões sobre a importância dos vínculos e das relações inclusivas. Concluiu-se que é

indispensável investir em serviços e propostas educativas abertas e flexíveis que atendam às necessidades da pessoa com deficiência, por meio da inclusão, convivência, integração social e de práticas que desenvolvem e promovem o potencial das mesmas.

PALAVRAS-CHAVE: Deficiência; escola especial; inclusão, exclusão.

SPECIAL SCHOOL AND INCLUSION: REPORT OF PARTICIPATING OBSERVATION EXPERIENCE IN PSYCHOLOGY

ABSTRACT: This study refers to an experience report of the performance in the Basic Stage I, a compulsory supervised curricular course offered by the Psychology Course of the Franciscan University (UFN), held at a special school in a city in the interior of the state of Rio Grande do Sul. The reported experience was based on the practice of weekly participant observation and was supported by theoretical studies of socio-cultural-historical concepts. The study reflects on the relationships of people with disabilities who attended the special school in question, emphasizing discussions about the importance of links and inclusive relationships. It was concluded that it is indispensable to invest in services and educational proposals open and flexible that meet the needs of people with

disabilities, through inclusion, coexistence, social integration and practices that develop and promote their potential.

KEYWORDS: Disability; special school; inclusion, exclusion.

1 | INTRODUÇÃO

Este estudo refere-se a um relato de experiência da atuação no Estágio Básico I, estágio curricular supervisionado obrigatório ofertado pelo Curso de Psicologia da Universidade Franciscana (UFN), realizado em uma escola especial de uma cidade do interior do estado do Rio Grande do Sul, durante o primeiro semestre de 2017. A experiência relatada embasou-se na prática da observação participante realizada semanalmente no referido estágio e apoiou-se em estudos teóricos de conceitos sócio-culturais-históricos.

O estudo traz reflexões acerca das relações das pessoas com deficiência que frequentam a escola especial em questão, enfatizando discussões sobre educação inclusiva e a importância dos vínculos e de relações inclusivas. Para contribuir com essa discussão, foi realizado um estudo teórico sobre a visão sócio histórica do lugar das pessoas com deficiência na sociedade, aspectos sobre a escola especial e sobre a educação inclusiva. A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência que visa a inclusão social e a cidadania refere-se a pessoa com deficiência como:

Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015).

A instituição onde foi realizada a prática de observação participante foi criada pela iniciativa de pais que buscavam prestar um atendimento especializado a seus filhos com deficiência. Nesta direção, este estudo busca contribuir para a discussão sobre a integração social de pessoas com deficiência e minimizar os efeitos de estigmatização e exclusão sociais.

2 | REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Um olhar sócio histórico para a questão da deficiência

As pessoas com deficiências, ao longo da história, receberam os mais diversos tratamentos. Na Antiguidade, o fato de as pessoas nascerem ou se tornarem deficientes implicava, na maioria das vezes, que fossem tratadas como empecilho, serem abandonadas pelo grupo ou até mesmo serem condenadas à morte (ALVES, 1992).

Segundo Murillio (2010), são poucos os relatos de conceituação sobre pessoas com deficiência, mas a compreensão do deficiente físico era misturada ao

do deficiente mental. A autora acrescenta que, anterior à Idade Média, em algumas cidades, as pessoas que nasciam com deficiência eram consideradas sub-humanas e conseqüentemente eram abandonadas ou eliminadas. Durante a Idade Média, estes indivíduos, ainda crianças, eram vistos como sem alma, não humanos ou figuras demoníacas, porém, com o cristianismo medieval, pela noção de resgate divino, permaneceram assim entre a condição da caridade e do castigo.

Em contrapartida às épocas passadas, no século XX, as pessoas com deficiências começaram a serem consideradas cidadãs, com seus direitos de participação na sociedade. Atualmente, todas as pessoas têm seus direitos garantidos através da Declaração Universal dos Direitos Humanos:

Todo ser humano tem o direito de ser, em todos os lugares, reconhecido como pessoa perante a lei. [...] Todos são iguais perante a lei e têm direito, sem qualquer distinção, a igual proteção da lei. Todos têm direito a igual proteção contra qualquer discriminação que viole a presente Declaração e contra qualquer incitamento a tal discriminação (ONU, 1948, s/p).

Dentre eles o direito à vida, à saúde, à educação, à moradia, ao trabalho, à assistência social, à previdência social, à cultura, ao esporte, ao turismo, ao lazer, ao transporte e à mobilidade (BRASIL, 2015). Nesta direção, cidadania é a condição do cidadão de exercer todos os direitos a ele garantidos: direitos civis, políticos e sociais, bem como ter sua dignidade preservada, a autoestima desenvolvida e o acolhimento social. A ONU (1948, s/p) assegura a cidadania quando se refere:

Todo ser humano tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição.

Outro marco importante para as pessoas com deficiências foi a Convenção da Guatemala, em 1999, que acarretou no decreto 3956/2001. Este decreto determina que as pessoas com deficiência possuem direitos humanos e liberdades fundamentais iguais às outras pessoas e “inclusive o direito de não ser submetidas à discriminação com base na deficiência, emanam da dignidade e da igualdade que são inerentes a todo ser humano” (BRASIL, 2001).

2.2 A escola especial

“A ideia de uma sociedade inclusiva nasceu da união de forças de pessoas, no mundo todo” (PAULA, 2007, p. 6). As próprias pessoas com deficiências, seus familiares e amigos tiveram papel fundamental na organização de grupos que cobrassem da sociedade a garantia de seus direitos referentes à educação, ao trabalho, à saúde, ao lazer e ao esporte.

Paula (2007) também afirma que representantes desses grupos tiveram importante atuação na construção da Constituição de 1988 acarretando que o Brasil se tornasse um dos países com uma legislação reconhecida como uma das mais avançadas na área de assistência às pessoas com deficiência. A Constituição de 1988

traz em seu Artigo 5º o princípio de igualdade: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza [...]”. E em seu Artigo 205 trata a educação como um direito de todos e também como dever do estado e da família garantir que isso ocorra, visando o desenvolvimento do indivíduo. E reafirma em seu Artigo 206, que deve haver “igualdade de condições para o acesso e permanência na escola” (BRASIL, 1988). Portanto,

a Constituição garante a todos o direito à educação e o acesso à escola. Toda escola, assim reconhecida pelos órgãos oficiais como tal, deve atender os princípios constitucionais, não podendo excluir nenhuma pessoa em razão de sua origem, raça, sexo, cor, idade, deficiência ou ausência dela (atendimento educacional especializado) (FÁVERO; PANTOJA; MANTOAN, 2007, p. 25).

Dessa forma, o ensino especial como substitutivo dos níveis de escolarização é incompatível com o princípio de igualdade promulgado pela constituição. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional especifica a educação especial como: “a modalidade de educação escolar, oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para educandos portadores de necessidades especiais” (BRASIL, 1996).

Fávero, Pantoja e Mantoan (2007) afirmam que não deve ser aceito em qualquer idade a substituição da escola regular pela especial. Deste modo, a escola especial é vista como um complemento ao ensino regular para os alunos com deficiência que necessitarem. Não deve constituir um sistema semelhante de ensino em que há divisão em níveis e etapas. As instituições especializadas ou escolas especiais são identificadas pelo atendimento oferecido, um atendimento educacional especializado que deve ter, portanto, o caráter de complementaridade com relação ao ensino regular.

Esses autores ainda citam que não há nada que impeça que, em outro período, os alunos frequentem instituições que ofereçam atendimento especializado, mas que também não podem deixar de estar matriculados na escola regular:

A instituição filantrópica que mantém uma escola especial, ainda que ofereça Atendimento Educacional Especializado, deve providenciar imediatamente a matrícula das pessoas que atende, pelo menos daquelas em idade de 7 a 14 anos, no Ensino Fundamental, em escolas comuns da rede regular. Para os jovens que ultrapassarem essa idade limite é importante que lhes seja garantida matrícula em escolas comuns, na modalidade de educação de jovens e adultos – EJA, se não lhes for possível frequentar o ensino médio (FÁVERO; PANTOJA; MANTOAN, 2007, p. 32).

2.3 Educação inclusiva, estigma e exclusão

Referente à educação inclusiva, assim se posiciona o portal do Ministério da Educação (BRASIL, 2008, s/p):

[...] é uma ação política, cultural, social e pedagógica, desencadeada em defesa do direito de todos os estudantes de estarem juntos, aprendendo e participando, sem nenhum tipo de discriminação. A educação inclusiva constitui um paradigma educacional fundamentado na concepção de direitos humanos, que conjuga igualdade e diferença como valores indissociáveis, e que avança em relação à ideia de equidade formal ao contextualizar as circunstâncias históricas da produção da

exclusão dentro e fora da escola.

A educação inclusiva tem a contribuição dos direitos humanos que buscam garantir os direitos em escolas de educação regular as pessoas com deficiência. Nesse sentido, ao propiciar uma reflexão sobre os direitos aos alunos, a escola possibilita cada vez mais a inclusão e respeito das pessoas com deficiência, além da socialização dos mesmos através das diferentes experiências propiciadas a todos no âmbito escolar, pois é somente através do envolvimento de todos e da participação ativa das pessoas com deficiência que se pode falar em inclusão. A escola é, segundo Mariussi, Gisi e Eyng (2016, p. 1): “espaço privilegiado para a convivência, para compreender e vivenciar a diversidade”, sendo que a diversidade é

[...] entendida como a construção histórica, cultural e social das diferenças. A construção das diferenças ultrapassa as características biológicas, observáveis a olho nu. Nessa perspectiva, no caso das pessoas com deficiência, interessa reconhecê-las como sujeitos de direitos e compreender como se construiu e se constrói historicamente o olhar social e pedagógico sobre a sua diferença (GOMES, 2008, p. 34).

Em contraposição à educação inclusiva, têm-se a exclusão, conceito fundamental para se refletir sobre os próprios processos de inclusão. Ressalva-se, no entanto, que a expressão “exclusão” deve ser usada com cautela, pois pode gerar certos efeitos de generalização, devido à amplitude deste conceito. Conforme Veras (2014, p. 29), a exclusão é um conceito “que abriga vários significados para reunir pessoas e grupos que são abandonados, desafiados [...], deixados de lado, desqualificados [...] quer no mercado de trabalho, quer das políticas sociais, etc”.

Deste modo, pode-se afirmar que:

O conceito de exclusão social é dinâmico, referindo-se tanto a processos quanto a situações conseqüentes [...]. Mais claramente que o conceito de pobreza, compreendido muito frequentemente como referindo-se exclusivamente à renda, ele também estabelece a natureza multidimensional dos mecanismos através dos quais os indivíduos e grupos são excluídos das trocas sociais, das práticas componentes e dos direitos de integração social e de identidade [...] ele vai mesmo além da participação na vida do trabalho, englobando os campos da educação, saúde e acesso a serviços (ATKINSON, 1998, p. 109).

Tendo isso em vista, considera-se que a exclusão de pessoas com deficiência na educação vem em grande parte da estigmatização e do preconceito. Em consequência disso, há um impedimento de identificação com o outro e uma tendência à repetição (MAGALHÃES; RUIZ, 2011) desse comportamento para com o diferente, há uma caracterização do ruim como sendo o outro e do eu como sendo o bom.

Goffman (1988) diz que o estigma ocorre sempre quando um indivíduo, que poderia ter sido recebido na relação social, possui algum traço que chama a atenção dos demais e, por isso, é afastado e, além disso, o enfoque para este traço impossibilita a atenção para seus outros atributos. É nesse sentido que ocorre a exclusão, dando enfoque para algo que se considera imperfeito e não dando oportunidade para que a pessoa apresente seus outros potenciais. Por exemplo, alguém que possua deficiência

intelectual e não consegue aprender os conteúdos de uma escola regular pode ter enorme potencial para atividades artísticas, por exemplo, mas por não ser algo exigido dentro da escola regular, isso pode não ser visto como potencial, mas como distração.

Magalhães e Ruiz (2011) referem que:

O estigma diz respeito, ainda, ao modo depreciativo de avaliar as diferenças ou características da pessoa. Muitas vezes, as avaliações depreciativas são mais difíceis para a pessoa com deficiência do que as possíveis dificuldades provenientes de seu estado, porque influenciam sobremaneira as atitudes e ações direcionadas a esta pessoa (MAGALHÃES; RUIZ, 2011, p. 7).

Ou seja, o estigma tem grande influência em como a pessoa vai se apresentar em suas relações sociais. O estigma e os processos de exclusão interferem diretamente na construção subjetiva do próprio estigmatizado, por isso tão prejudicial. Assim, Oliveira (1997) acredita que o sentido mais profundo da exclusão esteja relacionado ao ímpeto de uma sociedade de tentar mostrar que os dominados sejam diferentes, segregando-os. Afinal, pode-se considerar, concordando com Veras (2014), que a exclusão esteja diretamente relacionada a esta estigmatização que leva ao não reconhecimento da própria condição de sujeito daqueles que foram excluídos. E por este motivo, ao refletir sobre processos inclusivos de pessoas com deficiência, faz-se fundamental considerar em que medida estes promovem ou não a condição de sujeito destas pessoas.

3 | METODOLOGIA

Este estudo refere-se a um relato de experiência da atuação no Estágio Básico I, estágio curricular supervisionado obrigatório ofertado pelo Curso de Psicologia da Universidade Franciscana (UFN), realizado em uma escola especial de uma cidade do interior do estado do Rio Grande do Sul, durante o primeiro semestre de 2017. A experiência relatada embasou-se na prática da observação participante realizada semanalmente no referido estágio e apoiou-se em estudos teóricos de conceitos sócio-culturais-históricos.

Esta escola possuía, no momento de realização do estágio, em torno de 60 alunos com deficiência (física ou intelectual), entre eles adolescentes e adultos, de ambos os sexos e em variadas idades. Esta instituição é filantrópica, conta com uma sala de aula, sala de informática, de artes, refeitório, pátio amplo, salão para eventos, uma pequena horta desenvolvida pelos alunos e um brechó organizado pelas mães. Havia no momento três professoras, sendo uma graduada em Educação Especial, além de uma psicóloga, uma secretária e a presidente da escola.

Segundo Gil (2006), utilizar a observação como um método para reunir dados traz como vantagem uma direta percepção dos fatos, não havendo assim alguma intermediação. Refere ainda que a observação é um procedimento científico desde que tenha um objetivo formulado para a pesquisa, que seja sistematicamente planejada e por fim submetida à verificação.

Salienta-se que foram seguidas as normas éticas estabelecidas pelo Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005), não sendo divulgadas informações que pudessem identificar os participantes do estudo.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir da experiência e do referencial teórico, aponta-se para algumas considerações. Inicialmente, cabe destacar que a instituição, sendo filantrópica, possuía muitas dificuldades para se manter e isso podia-se perceber através de situações que foram vivenciadas durante o tempo de duração do estágio, como a falta de materiais em sala de aula (lápiz, canetas...), realização de rifas para arrecadar dinheiro para pagar professores e pedidos de ajuda com materiais de limpeza e comida através de uma nota divulgada no jornal da cidade.

Em função de ser vista apenas como um complemento ao ensino regular, a escola especial não recebia nenhuma ajuda governamental, pois este tem interesse em “incluir” e “integrar”, porém, considerando que o ser humano segrega por diferenças, esse ideal torna-se utópico. Segundo Read (1986, p. 42):

As escolas deveriam ser de muitas espécies, seguindo diferentes métodos e servindo de instrumento a temperamentos diferentes. Pode-se argumentar que mesmo um estado totalitário deveria reconhecer esse princípio, mas a verdade é que a diferenciação é um processo orgânico, a associação espontânea e ao acaso de indivíduos para propósitos particulares.

Em certo dia, observou-se a aula de dança oferecida pela instituição e, nesta turma, havia alunos com deficiências que variavam no grau de comprometimento intelectual e uma minoria no grau de comprometimento motor. Por isso a professora organizou a aula de maneira que todos pudessem participar, seja um aluno que usava cadeira de rodas ou outro que precisou de auxílio da professora e dos colegas, por causa de suas limitações motoras. Considerou-se que, dessa forma, a educação inclusiva acontecia em alguma medida, pois aparentemente, os alunos participavam das atividades sem nenhum tipo de discriminação (MEC/SECADI 2008) ou segregação de turmas, conteúdos ou tempos diferentes. É somente através do envolvimento de todos e da participação ativa das pessoas com deficiência que se pode estar incluído, é através dessas experiências que se dá a socialização, considerando a escola especial como um espaço privilegiado para a convivência e para vivenciar a diversidade.

Deste modo, esta instituição se mostrou como importante meio de convívio social e desenvolvimento de potencialidades para uma vida independente e de auto-realização, para as pessoas com deficiências que a frequentam, além de proporcionar acesso a experiências de lazer e cultura (PAULA, 2007). Essas experiências do convívio social “aprofundam e ampliam as amizades, o sentimento de pertencer a um grupo, garantindo o seu direito de viver plenamente, utilizando os recursos da sua comunidade” (PAULA, 2007, p. 27).

O convívio social, dentro da instituição, buscava sempre desenvolver o vínculo entre eles, e isso foi percebido durante as observações participantes, por exemplo, no dia em que um dos colegas dava comida na boca de uma menina, pois a mesma não estava conseguindo; e utilizava palavras de incentivo como “isso mesmo”, “assim está bonito”, quando ela conseguia comer e evitava que a comida caísse da boca dela. A convivência entre eles mostrou-se sem discriminações aparentes e isso fora considerado de extrema importância pois, segundo Magalhaes e Ruiz (2011), as avaliações depreciativas são mais difíceis para a pessoa com deficiência do que as possíveis dificuldades provenientes de sua condição.

Outro ponto observado é a proximidade/vínculo, não só entre eles, mas também entre a professora e seus alunos. Eles compartilhavam informações sobre suas vidas pessoais, um colega perguntava ao outro como estavam os familiares, e eles gostavam de compartilhar o que acontecia em suas vidas cotidianas particulares. E, do ponto de vista das observações e estudos realizados, isso parecia ocorrer porque eles reconheciam que pertenciam àquele espaço, sentiam-se seguros ali, afinal, a relação que possibilita a formação de vínculos se dá porque dentro de um grupo cada participante compreende um pouco de cada um e de suas maneiras de se relacionar. Observou-se, assim, um grupo coeso, bastante vinculado e próximo, que parecia aceitar as diferenças e dificuldades entre si.

Percebeu-se também o quanto os alunos gostavam de estar ali e de participar das atividades propostas. Certo dia realizaram uma atividade de desenhar o símbolo da instituição e foi algo muito interessante, pois a maioria se envolveu muito com a atividade, se divertiram desenhando o símbolo. Seja em atividades simples como esta ou no momento de ajudar algum colega, eles sempre se mostraram felizes em estar dentro da instituição e sempre prestativos diante do que era proposto ou necessário ser feito.

Com pequenas ações, eles mostravam os vínculos existentes no grupo, deixando claro que ali na escola eles sentiam-se felizes e se sentiam parte dela, e que todos, de alguma maneira, são essenciais para aquele espaço. Por fim, considerou-se que dentro da instituição os alunos, professores e voluntários pareciam dar especial atenção às relações de amizade, ao invés de focar nas deficiências ou naquilo que a sociedade considera ‘imperfeito’, e isto é muito importante para a socialização das pessoas com deficiências. A instituição não possuía divisão de níveis e etapas, pois a prioridade era que seus alunos tivessem consciência de seu potencial, buscando dar oportunidades para que os alunos pudessem sempre apresentar e desenvolver suas potencialidades.

Mesmo entre as diferenças que se apresentavam, eles não se excluíam mutuamente, pelo contrário, estavam sempre se aceitando e se ajudando, chamando o colega para dançar ou ajudando em alguma tarefa que o outro não conseguia realizar sozinho, desenvolvendo assim o companheirismo com o próximo (READ, 1986). E isso é algo que na escola regular, mesmo com a proposta de educação inclusiva, raramente vemos acontecer com as pessoas com deficiência, pois o que é diferente,

normalmente e infelizmente, é deixado de lado.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência se mostrou muito positiva, sendo que o Estágio Básico I em Psicologia conseguiu realizar a prática de observação participante e destacar questões importantes da vivência de pessoas com deficiências na escola especial. Destacaram-se a integração e os vínculos de amizade que percorriam a instituição. A expressão de alegria dos alunos em estar na escola, em fazer parte da escola, e o fato de a grande maioria usar a camiseta da escola e falar com gosto da mesma mostra a importância do papel que a instituição possuía para cada um deles, como um espaço de lazer, cultura, esporte e convívio social; fatores essenciais a todo ser humano e que muitas vezes são questões limitadas às pessoas com deficiência. Aponta-se, a partir das observações e estudos realizados, que, se a escola recebesse ajuda governamental, poderia tornar o espaço um lugar com maiores condições de oferecer essas oportunidades e benefícios às pessoas com deficiência que frequentavam o local.

A inclusão de pessoas com deficiência em diversos espaços da sociedade ainda é muito incipiente no Brasil. A sociedade sempre inabilitou as pessoas com deficiência, privando-as no meio social. Essas pessoas, com atendimentos e direitos reduzidos, sempre foram alvo de atitudes preconceituosas e mesmo de ações impiedosas. Assim, no decorrer dos últimos anos, educadores e pais tem contribuído para implementar a inclusão destas pessoas com deficiências ou necessidades especiais, nas escolas e na sociedade como um todo, para ampliar o respeito humano e possibilitar o desenvolvimento deste indivíduo.

Conclui-se que foi extremamente importante realizar a prática de estágio de observação nesta escola especial, para que a equipe do estágio conhecesse a realidade vivenciada e também para que o estudo desta realidade pudesse contribuir para as reflexões sobre os processos de inclusão e exclusão. Aponta-se, assim, para a importância de que outros e novos estudos possam ser realizados no âmbito das escolas especiais, no intuito de contribuir para que seja resgatado e fortalecido, cada vez mais, o reconhecimento dos sujeitos com necessidades especiais. Enfatiza-se que ainda há um longo caminho a ser percorrido em nosso país em busca de relações potencialmente mais inclusivas.

Assim, este estudo se encerra assinalando ainda que é indispensável investir em serviços e propostas educativas abertas e flexíveis que atendam às necessidades de mudanças e de promoção da saúde da pessoa com deficiência, por meio da inclusão, convivência, integração social e de práticas que desenvolvem e promovem o potencial dos alunos.

REFERÊNCIAS

- ALVES, R. V. **Deficiente físico: novas dimensões da proteção ao trabalhador**. São Paulo: Parma, 1992.
- ATKINSON, R. Combatendo a exclusão social urbana: o papel da participação comunitária na regeneração das cidades europeias. **Cadernos IPPUR**, v. 12, n. 1, 1998.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.Htm >. Acesso em 13/03/2019.
- BRASIL. **Lei 9.394**. 1996. Disponível:< <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70320/65.pdf>>Acesso:1/11/2018.
- BRASIL. **Decreto Nº 3.956**. 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/decreto3956.pdf> . Acesso em: 16/09/2017.
- BRASIL. **Política nacional de educação especial na perspectiva da educação inclusiva**. 2008. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/politica.pdf>>. Acesso em: 18/09/2018.
- BRASIL. **Lei 13.146**. 2015. Disponível : http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm . Acesso em: 26/10/2018.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. 2005. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>>. Acesso em: 26/04/2018.
- FÁVERO, E. A. G; PANTOJA, L. M. P.; MANTOAN, M. T. E. **Atendimento educacional especializado: Aspectos legais e orientações pedagógicas**. São Paulo: MEC/SEESP, 2007.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Editora A S.A. 2002.
- GOFFMAN, E. **Estigma**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.
- GOMES, N. L. Diversidade e currículo. In: JANETE, B; SANDRA, D. P; ARICÉLIA R. N. (Org.). **Indagações sobre currículo: diversidade e currículo**. Brasília, DF: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica, 2008. p. 17-47.
- MAGALHÃES, R. C. B. P.; RUIZ, E. M. **Estigma e currículo oculto**. **Rev. bras. educ. espec.**, v. 17, n. especial, p. 125-142, 2011.
- MARIUSSI, M. I; GISI, M. L; EYNG, A. M. **A Escola como Espaço para Efetivação dos Direitos Humanos das Pessoas com Deficiência**. **Rev. bras. educ. espec.**, v. 22, n. 3, p. 443-454, 2016.
- MURILLIO, P. C. O patológico e o anormal no olhar de Michel Foucault: um estudo sobre a construção da identidade da criança com paralisia cerebral. **Kínesis**, v. 2, n. 4, p. 159-174, 2010.
- OLIVEIRA, L. Os excluídos existem? Notas sobre a elaboração de um novo conceito. **Revista brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo: Anpocs. v. 12, n. 33, p. 49-60, 1997.
- ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf> . Acesso em: 26 out. 2018.
- PAULA, A. R. **A hora e a vez da família em uma sociedade inclusiva**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial, 2007.

READ, H. **A redenção do Robô**: meu encontro com a educação através da arte. 3. ed. São Paulo: Summus Editorial, 1986.

VERAS, M. P. B. Exclusão social: um problema brasileiro de 500 anos. Notas preliminares. Em: SAWAIA, B. (org.). **As artimanhas da exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade. 14 ed. Petrópolis: Vozes, 2014. pp. 29-51.

ATUAÇÃO DOS PSICÓLOGOS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Fabiana Regina da Silva Grossi

Faculdade São Francisco de Barreiras
Barreiras – BA

Maria Paula Miranda Chaim

Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Goiânia, GO

Olívia Rodrigues da Cunha

Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Goiânia, GO

RESUMO: A atuação do psicólogo está além dos modelos clínicos. No Brasil, o psicólogo está inserido nas políticas públicas de saúde e assim como outros profissionais tem o compromisso de prevenção e cuidado com a saúde dos indivíduos. Mediante esta realidade, o presente artigo trata-se de uma revisão sistemática, cujo objetivo foi analisar os estudos no campo das políticas públicas de saúde na área da psicologia no Brasil, nos últimos 10 anos (05/2006 a 05/2016). A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados: Lilacs, Medline e Scielo, incluindo os seguintes descritores “políticas públicas saúde” combinada com “psicologia”. Foram identificados 69 artigos, destes 26 se enquadraram nos critérios pré-estabelecidos. Comprovou-se que em um período maior 2009 até 2012 apresentou um número mais expressivo de publicações, totalizando 61% da

amostra. Em contrapartida de 2013 até 2016 a proporção foi de 15% representando uma desaceleração na produção de conhecimento pelos psicólogos envolvendo as políticas públicas de saúde. Quanto as regiões, o Sudeste foi a que mais produziu conhecimento na temática supracitada (46%), seguido pela região Sul do país (30%) e Centro Oeste (15%). Os principais temas de pesquisa abordados neste artigo foram selecionados por categorias e os de maior representatividade foram: políticas públicas de saúde com crianças e adolescentes (35%) e saúde mental (23%). Em síntese, este artigo demonstra a importância de repensar a atuação do psicólogo nas políticas públicas de saúde tornando o psicólogo mais próximo da realidade social da população brasileira.

PALAVRAS-CHAVE: Atuação do psicólogo; Políticas públicas de saúde; Saúde mental; Revisão sistemática

PERFORMANCE OF PSYCHOLOGISTS IN POLICIES ON HEALTH IN BRAZIL: A SYSTEMATIC REVIEW

ABSTRACT: Performance of Psychologists is beyond clinical models. In Brazil, the psychologist is inserted in public health policies and as well as other professionals is committed to prevention and care for the health of individuals. In this

reality, the present article is a systematic review, with the objective of analyzing studies in the field of public health policies in the area of psychology in Brazil in the last 10 years (05/2006 to 05/2016). The search bibliographical been made in data bases: Lilacs, Medline and Scielo using the word "Public Policy Health" combined with "psychology." Of the 69 articles found, 26 were selected by criteria. It was shown that the period between 2009 until 2012 had a greater expressiveness of publications, totaling 61% of the sample. In contrast, in 2013 to 2016 the percentage was 15%, representing a slowdown in the production of studies by psychologists involving public health policies. The regions, the Southeast has produced more knowledge on the subject (46%), South region (30%) and Midwest (15%). Public policies found most representative were: public health policies for children and adolescents (35%) and mental health (23%). In summary, this article demonstrates the importance of rethinking the role of the psychologist in public health policy making as close psychologist social reality of the population.

KEYWORDS: Performance of psychologists; Policies on health; Mental health, Systematic review

INTRODUÇÃO

A história da saúde pública brasileira está vinculada à incipiente medicina social do início do século passado e, também à política pública de saúde. Na década de 70, a realidade da saúde pública no Brasil se modificou a partir da Reforma Sanitária que buscava reverter a lógica da assistência à saúde do país. Os recursos aplicados para assistência de saúde predominavam nos hospitais privados, privilegiando algumas pessoas e gerando desigualdade social e condições de vida insalubres (CUNHA; CUNHA, 2001; ROSEN, 1994).

Em parceria com este movimento de Reforma Sanitária, surgiu a Constituição Federal de 1988, ambos responsáveis pela implantação do Sistema Único de Saúde – SUS (ALMEIDA, 1995). Este surgiu a partir da conquista da sociedade brasileira, para promover justiça social e superar desigualdades na assistência à saúde (MENICUCCI, 2009). Baseado nesta Constituição, o Estado assumiu a responsabilidade de reduzir o risco de doenças e garantir acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

A função do psicólogo no SUS vem desde atenção básica até o nível terciário de atenção, passando pelo projeto e gestão dos serviços. Em cada nível o psicólogo atua como aprendiz, edificando redes com outros saberes, produzindo escutas e intervenções que abrangem sentidos e probabilidades de criação e mudança do cotidiano (DIMENSTEIN, 2001). A limitação das práticas em saúde é preocupação para Seidl e Costa Júnior (1999); eles apontam que a Psicologia da Saúde, no contexto nacional, acompanhou a expansão e evolução da Psicologia Clínica, porém, atuando em diferentes áreas, que exigem compromisso social do profissional, além do

modelo clínico. O Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas – CREPOP (2007) também vem demonstrando a importância dos profissionais dessa área, promover emancipação social e fortalecer cidadania junto aos seus membros, considerar atuar sobre dimensão subjetiva dos sujeitos, beneficiando crescimento da autonomia e cidadania.

A partir dessa nova realidade, verifica-se a necessidade de inserção do psicólogo em novas áreas relacionadas às políticas públicas de saúde, pois houve alteração na forma de atuação, na qual o sujeito deve receber atenção integral.

Os principais objetivos do presente artigo foi analisar os estudos no campo das políticas públicas de saúde na área da psicologia no Brasil; analisar os tipos de políticas públicas de saúde incluídas nos estudos empíricos da psicologia e averiguar qual região do país há mais psicólogos produzindo sobre políticas públicas.

PERCURSO METODOLÓGICO

Delineamento do Estudo

Revisão sistemática, com utilização de métodos explícitos e sistematizados para busca na bibliografia científica.

Materiais

A revisão sistemática foi mediante busca eletrônica de artigos indexados em três bases de dados: Lilacs, Medline e Scielo, nas versões ampliadas. Estas foram selecionadas devido às validações e relevâncias no âmbito das políticas públicas de saúde e da psicologia.

Procedimentos

Para a busca eletrônica nas bases de dados selecionadas, em versões ampliadas, foram utilizadas as seguintes palavras-chaves: “políticas públicas saúde” combinada com “psicologia”. A seleção dos termos supracitados foi decorrente às reincidências na literatura científica ao abordar a temática políticas públicas da saúde em relação à psicologia.

As consultas às bases de dados foram efetuadas no período de abril a maio de 2016 e se limitou a amostra publicada em formato de artigo. Inicialmente foi realizado um levantamento dos artigos por meio da leitura dos resumos. Posteriormente, delimitou-se os critérios de inclusão e de exclusão do estudo.

Os critérios de inclusão foram: a) estar publicado nas bases de dados selecionadas em formato de artigos; b) conter algum membro psicólogo; c) ser investigação da área da psicologia; d) ser de caráter empírico (descritivo, experimental ou correlacional); e) ter relação com políticas públicas de saúde; f) ter sido realizado

no Brasil; e g) ter sido publicado nos últimos (maio-2006 / maio-2016).

Os critérios de exclusão foram: a) estudos não disponíveis na íntegra; b) artigos repetidos nas bases de dados selecionadas.

Após a especificação dos critérios, os artigos selecionados foram recuperados na íntegra e classificados nas seguintes dimensões de análise: a) base de dados; b) título do artigo; c) autores; d) ano de publicação; e) objetivos do estudo; f) tipo de estudo; g) local/região de realização do estudo; h) participante (s); i) tipo de políticas públicas; j) resultados e considerações finais.

RESULTADOS

A Tabela 1, mostra a quantidade de artigos encontrados em cada banco de dados utilizando as palavras-chaves, os artigos descartados por não se enquadrarem em todos os critérios de inclusão ou por possuírem de exclusão e, ainda, artigos selecionados para a revisão.

Período	Base de Dados	Palavras- Chave	Publicações Encontradas	Publicações Descartadas	Publicações Selecionadas
2006 – 2016	LILACS	políticas públicas saúde; psicologia	39	22 (n=13 não ter membro psicólogo, n=9 estudo reflexivo ou teórico)	17
	MEDLINE	políticas públicas saúde; psicologia	-	-	-
	SCIELO	políticas públicas saúde; psicologia	30	21 (n=8 não ter membro psicólogo, n=3 repetido, n=10 estudo teórico ou reflexivo)	9
					26 selecionados

Tabela 1. Publicações encontradas, descartadas e selecionadas.

Totalizaram 26 artigos selecionados, considerando as produções dos últimos 10 anos. Em um intervalo maior, 2009 até 2012, houve uma quantidade expressiva de publicações 16 artigos, 61% da produção. Os últimos anos foram responsáveis por 15% das publicações, o que suscita uma desaceleração na produção de conhecimento pelos psicólogos envolvendo as políticas públicas de saúde.

As Tabelas 2 e 3 apontam as bases de dados, os anos das publicações selecionadas, a qual região do Brasil pertence o estudo e a qual política pública de saúde está inserida. A Tabela 2 apresenta os artigos envolvendo políticas públicas da criança e do adolescente e saúde mental. A Tabela 3 abarca as outras políticas públicas encontradas nos artigos selecionados.

Base de dados	Artigo	Ano de publicação	Região	Políticas públicas
Lilacs	RUSSO, Kalline; ARREGUY, Marília Etienne. Projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas”: percepções de professores e alunos sobre a distribuição de preservativos masculinos no ambiente escolar. <i>Physis</i> , Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 501-523, June 2015 .	2015	Sudeste	Adolescente
Lilacs	MOURA, Yone Gonçalves de et al .Drug use among street children and adolescents: what helps?. <i>Cad. Saúde Pública</i> , Rio de Janeiro , v. 28, n. 7, p. 1371-1380, July 2012 .	2012	Sudeste	Adolescente
Lilacs	SOUZA, Elza Maria; PIRES DA SILVA ABRÃO, Fernanda; OLIVEIRA ALMEIDA, Janayana. Desigualdade Social, Delinquência e Depressão: Um Estudo com Adolescentes em Conflito com a Lei. <i>Rev. salud pública</i> , Bogotá, v. 13, n. 1, p. 13-26, Feb. 2011 .	2011	Centro-Oeste	Adolescente
Lilacs	BRAGA, Liliane Pereira et al .Riscos psicossociais e repetição de gravidez na adolescência. <i>Bol. psicol</i> , São Paulo, v. 60, n. 133, p. 205-215, dez. 2010 .	2009	Nordeste	Adolescente
Scielo	RAUPP, Luciane Marques; MILNITISKY-SAPIRO, Clary. A “reeducação” de adolescentes em uma comunidade terapêutica: o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. <i>Psic.: Teor. e Pesq.</i> , Brasília , v. 24, n. 3, p. 361-368, Sept. 2008.	2008	Sul	Crianças e Adolescentes
Lilacs	VIEIRA, Denise Leite; RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. Evidence of association between early alcohol use and risk of later problems. <i>Rev. Bras. Psiquiatr.</i> , São Paulo, v. 29, n. 3, p. 222-227, Sept. 2007 .	2007	Sudeste	Crianças e Adolescentes
Scielo	AVANCI, Joviana Q. et al . Fatores associados aos problemas de saúde mental em adolescentes. <i>Psic.: Teor. e Pesq.</i> , Brasília , v. 23, n. 3, p. 287-294, Sept. 2007	2007	Sudeste	Adolescente
Lilacs	BRASIL, Kátia Tarouquella et al . Fatores de risco na adolescência: discutindo dados do DF. <i>Paidéia</i> (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto , v. 16, n. 35, p. 377-384, Dec. 2006.	2006	Centro-Oeste	Adolescente
Lilacs	BLEICHER, Taís; FREIRE, José Célio; SAMPAIO, José Jackson Coelho. Avaliação de política em saúde mental sob o viés da alteridade radical. <i>Physis</i> , Rio de Janeiro , v. 24, n. 2, p. 527-543, 2014 .	2014	Nordeste	Saúde mental
Lilacs	ARCHANJO, Auryana Maria; SCHRAIBER, Lília Blima. A atuação dos psicólogos em unidades básicas de saúde na cidade de São Paulo. <i>Saude soc.</i> , São Paulo , v. 21, n. 2, p. 351-363, June 2012 .	2012	Sudeste	Saúde mental
Lilacs	SCARPARO, Helena Beatriz, Pizinato, Adolfo et al . Contextos, processos e memórias: narrativas sobre saúde mental nas décadas de sessenta e oitenta no Brasil. <i>Estud. pesqui. psicol. (impr.)</i> 11(1): 333-352, abr.2011	2011	Sul	Saúde mental
Scielo	PAULON, Simone Mainieri et al . Práticas clínicas dos profissionais ‘PSI’ dos Centros de Atenção Psicossocial do Vale do Rio dos Sinos. <i>Psicol. Soc.</i> , Florianópolis , v. 23, n. spe, p. 109-119, 2011 .	2011	Sul	Saúde mental

Scielo	MONDONI, Daniel; ROSA, Abílio da Costa. Reforma psiquiátrica e transição paradigmática no interior do estado de São Paulo. <i>Psic.: Teor. e Pesq.</i> , Brasília, v. 26, n. 1, p. 39-47, Mar. 2010 ..	2010	Sudeste	Saúde mental
Scielo	FERREIRA NETO, João Leite. Práticas transversalizadas da clínica em saúde mental. <i>Psicol. Reflex. Crit</i> , Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 110-118, 2008 .	2008	Sudeste	Saúde mental

Tabela 2. Resumo das Informações de Políticas Públicas da Criança e Adolescente e Saúde Mental

Base de dados, artigo, ano, região e políticas públicas

Base de dados	Artigo	Ano de publicação	Região	Políticas públicas
Lilacs	PADILHA, Cristina dos Santos; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Terapia comunitária: prática relatada pelos profissionais da rede SUS de Santa Catarina, Brasil. <i>Interface (Botucatu)</i> , Botucatu, v. 16, n. 43, p. 1069-1086, Dec. 2012	2012	Sul	Recursos Humanos
Lilacs	SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval; NEVES, Tatiana Freitas Stockler das. O trabalho do agente comunitário de saúde e a política de atenção básica em São Paulo, Brasil. <i>Cadernos de Psicologia Social do Trabalho</i> , Brasil, v. 13, n. 2, p. 225-240, sep. 2010. ISSN 1981-0490.	2010	Sudeste	Recursos Humanos
Lilacs	MIRANDA, D. B. D., Guimarães, I. G., & Alves, E. D. Representações Sociais da descentralização do SUS: Perspectivas dos gestores municipais de saúde de Goiânia, Brasil. <i>Revista Baiana de Saúde Pública</i> , 33(3), 349. 2012	2009	Centro-Oeste	Recursos Humanos
Lilacs	LIMA, Daniel Costa; BUCHELE, Fátima. Revisão crítica sobre o atendimento a homens autores de violência doméstica e familiar contra as mulheres. <i>Physis</i> , Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 721-743, 2011 .	2011	Sul	Gênero
Scielo	COSTA-JUNIOR, Florêncio Mariano da; MAIA, Ana Cláudia Bortolozzi. Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. <i>Psic.: Teor. e Pesq.</i> , Brasília, v. 25, n. 1, p. 55-63, Mar. 2009 .	2009	Sudeste	Gênero
Lilacs	MORI, Maria Elizabeth; COELHO, Vera Lúcia Decnop; ESTRELLA, Renata da Costa Netto. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. <i>Cad. Saúde Pública</i> . Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1825-1833, Sept. 2006.	2006	Centro-Oeste	Gênero
Scielo	Barbosa, N. H. Proposta metodológica na atenção psicossocial: análise dimensional de caso. <i>Revista Psicologia & Sociedade</i> , 25(2). 2013	2013	Sul	Álcool e Drogas
Scielo	TEIXEIRA, Andréia Fernandes et al. Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de Goianá, MG. <i>Estud. psicol.</i> (Natal), Natal, v. 14, n. 1, p. 51-57, Apr. 2009.	2009	Sudeste	Álcool e Drogas
Lilacs	OLIVEIRA, Sérgio Eduardo Silva de et al. Associations between self-perceived quality of life and socio-demographic, psychosocial, and health variables in a group of elderly. <i>Cad. Saúde Pública</i> , Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1437-1448, July 2013 .	2013	Sul	Idoso

Lilacs	NOBREGA, Juliana Donato et al . Identidade surda e intervenções em saúde na perspectiva de uma comunidade usuária de língua de sinais. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 17, n. 3, p. 671-679, Mar. 2012.	2012	Nordeste	Surdos
Lilacs	CAVALIERE, Ivonete Alves de Lima; COSTA, Suely Gomes. Isolamento social, sociabilidades e redes sociais de cuidados. Physis, Rio de Janeiro , v. 21, n. 2, p. 491-516, 2011 .	2011	Sudeste	Hanseníase
SciELO	ALVAREZ, Aparecida Magali de Souza; ALVARENGA, Augusta Thereza de; DELLA RINA, Silvia Cristiane de S. A.. Histórias de vida de moradores de rua, situações de exclusão social e encontros transformadores. Saude soc., São Paulo , v. 18, n. 2, p. 259-272, June 2009 .	2009	Sudeste	Moradores de rua

Tabela 3. Resumo das Informações de Políticas Públicas de Gênero, Recursos Humanos em Saúde e de mais políticas públicas

Base de dados, artigo, ano, região e políticas públicas

A região do país de maior produção científica sobre o psicólogo em políticas públicas de saúde, foi a Sudeste, responsável por 12 dos 26 artigos encontrados, seguido pelo Sul com 7, e Centro-Oeste com 4, somando juntas 88% das produções selecionadas. A região Norte não foi campo de estudo de nenhuma das pesquisas selecionadas.

Foram selecionados, oito artigos envolvendo políticas públicas de saúde com crianças e adolescentes, seis sobre saúde mental, três sobre recursos humanos em saúde, três sobre políticas de saúde e gênero, dois de álcool e drogas e um envolvendo: saúde do idoso, surdos, hanseníase e moradores de rua.

Os 26 artigos foram classificados em quatro categorias: A) Políticas Públicas de Saúde com Crianças e Adolescentes, com oito artigos, trazendo as principais investigações abordaram: prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST's) e gravidez, utilização de drogas e álcool e transtornos psiquiátricos e tentativas de suicídio. B) Saúde Mental: os seis artigos trazem mudanças nas práticas em psicologia clínica no Brasil, a travessia de uma "clínica clássica" para as atuais "práticas emergentes". C) Recursos Humanos em Saúde: os três artigos voltam-se para saída do modelo biomédico e entrada de modelo que considere a transdisciplinaridade, o coletivo, o vínculo e a humanização. Significa uma preocupação com os envolvidos na construção de uma atuação melhor para o SUS, abrangendo desde aqueles que possuem contato direto com os usuários até aqueles que participam da gestão. Verifica-se dificuldade em sair do modelo médico-assistencial e voltar-se para ações em consonância com o SUS, que diz respeito a atenção primária em saúde, a prevenção de doenças e a promoção de saúde. D) Gênero: dos três artigos selecionados, dois estão voltados a homens e um a mulher, trabalham sob a perspectiva dos gêneros sobre temática específica, desde uma reflexão crítica sobre as intervenções com autores de violência doméstica e familiar contra mulheres, a atendimento psicológico na menopausa até as concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde.

Quanto as políticas públicas de saúde que possuíram dois ou um artigo selecionado, apesar de não serem enquadradas em categorias, foram aproveitados na discussão.

DISCUSSÃO

Quanto ao que foi possível ser discutido em cada uma das categorias que emergiram em:

Políticas Públicas de Saúde com Crianças e Adolescentes: quanto à prevenção de DSTs e de gravidez na adolescência, os estudos apontaram para três dados distintos. Russo e Arreguy (2015) verificaram que no contexto da escola investigada, tanto professores como alunos, estavam abertos à implantação da orientação sexual. Já Braga et. al. (2009) descreveram o perfil biopsicossocial de adolescentes com repetição de gravidez e as formas de prevenção no âmbito das políticas públicas.

Estes estudos demonstram que a implantação de políticas públicas de saúde relacionadas aos fatores da sexualidade na adolescência, podem apresentar resultados significativos se executados de forma acessível à população jovem brasileira. Uma estratégia dos estudos foram a distribuição dos preservativos para jovens, que também foi confirmado por Brasil (2006).

Os dados demonstram a importância de intervenções que capacitem profissionais para acolhimento e atendimento dos jovens que se encontram em condições de DSTs ou gestações. Segundo Motta et. al. (2004) é imprescindível estabelecer novos valores aos jovens e ampliar a autonomia dos multiprofissionais.

Na temática da utilização de drogas e álcool foram realizados estudos com realidades de jovens diferentes: os que residiam nas ruas, os que tinham lares e no contexto escolar. Fatores inversamente associados ao uso frequente de drogas ilícitas foram: frequência escolar, tempo de permanência na rua, vínculos afetivos com membros familiares, permanência na rua com algum membro da família e ausência de violência doméstica.

Dados confirmam as teorias de Martijn e Sharpe (2006) que defendem que a utilização das drogas está correlacionada com falta de integração nas atividades escolares, dificuldades na associação dos conteúdos, relacionamentos familiares conturbados e violência doméstica.

Em concordância, Raupp e Milnitsky-Sapiro (2008) aponta-se a importância de alterar a realidade brasileira dos jovens usuários de drogas e álcool, concluindo que é necessário proporcionar acolhimento aos adolescentes, potencializar e valorizar singularidades e habilidades do jovem e acentuar os tratamentos. Um artigo tratou-se de um estudo de caso com um usuário de drogas adulto no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (BARBOSA, 2013), mostrando que estudos estão voltados, em sua maioria, para crianças e adolescentes.

Quanto aos transtornos psiquiátricos e tentativas de suicídio, ainda nas políticas

públicas de saúde com crianças a adolescentes, Souza et. al. (2011) comprovaram que o estado que mais agrava a saúde de um jovem é a irritabilidade fácil, seguido por problemas para dormir, dificuldade de concentração e alergia. Brasil et. al. (2006) comprovam que as tentativas de suicídio estão relacionadas aos fatores de riscos que os jovens são expostos. Os principais deles: drogas, violência e sexualidade. No estudo os adolescentes demonstraram capacidade de desenvolver estratégias para promoção de saúde, como o uso de preservativos nas relações sexuais e a convivência familiar cotidiana.

Avanci et. al. (2007) investigaram problemas de saúde mental de adolescentes escolares e constataram que a violência psicológica, eventos difíceis do relacionamento familiar, autoestima, satisfação com a vida, sexo e competência estão relacionados com a possibilidade do jovem apresentar comprometimento da saúde mental. As teorias apresentadas por Assis, Pesce e Avanci (2006) complementam que o desafio do ser humano é entender como estes fatores articulam-se entre si e afetam o comportamento e a saúde.

Desta forma, Martins e Szymanski (2004) afirmam que o que é considerado ameaça ao desenvolvimento saudável do adolescente pode ser superado nas interações estabelecidas com pessoas, objetos e símbolos através de atividades cotidianas, de desempenho de papéis e da internalização de significados.

Saúde Mental: Encontramos tanto a simples adaptação flexível para alcance da classe popular, quanto o desenvolvimento de atuações inovadoras visando a produção da autonomia dos sujeitos e coletividades (FERREIRA NETO, 2004).

Notória a desarticulação entre a política de saúde mental com outras políticas públicas, além do sofrimento gerado na equipe por falta de articulação, pressupondo que há necessidade de suporte das demais políticas públicas (educação, habitação, assistência). Seidl e Costa Júnior (1999), afirmam que existe necessidade de preocupar com demandas e contextos sociais específicos de trabalho, que exigem outras práticas do psicólogo e ampliação dos referenciais teóricos adotados, assumindo novos desafios, como a inserção na saúde pública.

Recursos Humanos: Nota-se necessária clareza do conceito de saúde relacionada a determinantes sociais, como trabalho, educação, moradia, alimentação, lazer, entre outros (PADILHA; OLIVEIRA, 2012; SCHIMIDT; NEVES, 2010; MIRANDA; GUIMARÃES; ALVES, 2012). Os artigos tratam do compromisso de profissionais (agentes comunitários de saúde, gestores e profissionais de saúde em geral) com as políticas públicas de saúde existentes no Brasil. Porém, não há análise única sobre o papel do psicólogo. Deve-se enfatizar que o psicólogo deve reorientar práticas pautadas pelo modelo clínico-tradicional, para prática mais comprometida com a realidade social e com sujeitos capazes de mudança (DIMENSTEIN, 2001). Nota-se, poucos trabalhos que tratam do psicólogo como parte do processo de construção de políticas públicas de saúde e como profissional central para o avanço do SUS, levando-nos a pensar no psicólogo voltado predominantemente para as questões de

saúde mental, confirmando a existência de dicotomia físico/mental, conforme aponta Segre e Ferraz (1997), aludindo uma visão cartesiana de mente/corpo.

Gênero: Embora sejam poucos os trabalhos nessa vertente, e ainda que as mudanças de comportamento ou perspectiva nem sempre possuam grande expressividade, há necessidade de explorar as pessoas em suas dimensões biopsicossociais, promover reflexões e mudanças de perspectivas, para alcançar o bem-estar. Segundo Galvão (1999), um modo de bem-estar total, não é determinado somente por fatores fisiológicos, mas também por efeitos do trabalho, nutrição, estresse, entre outros. Daí a importância do planejamento e disseminação de políticas públicas no Brasil, pois ainda persiste um modelo cruel de desigualdades históricas internas que apontam para diferentes oportunidades e restrições da população, segundo diferentes grupos sociais, gênero, cor e regiões de residência.

Quanto aos estudos que abarcam outras Políticas Públicas de Saúde, que não foram categorizados. A política pública de saúde voltada aos idosos, apenas um estudo se voltou para esse público (OLIVEIRA et. al., 2013). Dado interessante, já que, sabe-se que a expectativa de vida está cada vez maior, o que acarreta um envelhecimento progressivo da população mundial.

Um artigo somente tratou de entrevistar internados de uma ex colônia, indivíduos portadores de hanseníase e outro das representações da surdez entre os surdos, abordando aspectos que vão além do biomédico e que dizem respeito aos aspectos biopsicossociais (CAVALIERE; COSTA, 2011; NÓBREGA et. al., 2012). Os dois artigos citados tratam de uma população que necessita de um olhar diferenciado para a vida em sociedade. Dessa forma, o Crepop (2007) vem reconhecer a necessidade de comprometimento da psicologia com a mudança social. Portanto, deve ser preocupação dos profissionais dessa área, promover a emancipação social e fortalecer a cidadania junto a cada um de seus membros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existe uma incipiente inserção do psicólogo nas políticas públicas de saúde. Isso pode ser entendido como um não emprego do conceito de saúde, conforme é apontado na constituição, em que a mesma depende de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, renda, etc. (BRASIL, 1988). Por isso, se envolver nas políticas públicas de saúde exige que o psicólogo pense sobre saúde com todos os determinantes sociais que possam influenciá-la. Abordar saúde apenas sob a ótica da saúde mental ou do modelo biomédico, trata-se de uma forma reducionista de enxergar o ser humano.

Verifica-se necessidade de mudança na atuação do psicólogo nas políticas públicas de saúde. A realidade se transforma e junto dela, novas maneiras de abordar a sociedade e o indivíduo devem surgir dos profissionais. Fica clara a não superação

do modelo biomédico, dominante durante tanto tempo em saúde e a dificuldade em enxergar o ser humano a partir de um olhar biopsicossocial. A clínica ampliada pode ser um importante meio de atuação em saúde, na qual aproxima o profissional da realidade social dos sujeitos, levando em consideração os aspectos mais amplos que a abrangem.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. Federalismo e políticas sociais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 28, n. 10, p. 88-108, 1995.

ALVARENGA, Líria Núbia et al. Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 4, p. 796-802, 2009.

ASSIS, Simone Gonçalves de; PESCE, Renata Pires; AVANCI, Joviana Quintes. Resiliência. Enfatizando a proteção dos adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2006.

AVANCI, Joviana Q. et al . Fatores associados aos problemas de saúde mental em adolescentes. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília , v. 23, n. 3, p. 287-294, Sept. 2007 .

BARBOSA, Nasser Haidar. Proposta metodológica na atenção psicossocial: análise dimensional de caso. **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 25, n. 2, 2013.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. 16 ed. Organização de Alexandre de Moraes. São Paulo: Atlas, 2000.

CAVALIERE, Ivonete Alves de Lima; COSTA, Suely Gomes. Isolamento social, sociabilidades e redes sociais de cuidados. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 2, p. 491-516, 2011 .

CREPOP - CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS. **Referências Técnicas para atuação do (a) psicólogo (a) no CRAS/SUAS**. Brasília, agosto de 2007.

CUNHA J.P.P; CUNHA, R. E.(2001). Sistema Único de Saúde: princípios. Brasil, MS. Gestão Municipal de Saúde. Textos básicos. Rio de Janeiro, Brasil, Ministério da Saúde.

SOUZA, Elza Maria; PIRES DA SILVA ABRÃO, Fernanda; OLIVEIRA ALMEIDA, Janayana. Desigualdade Social, Delinquência e Depressão: Um Estudo com Adolescentes em Conflito com a Lei. **Rev. salud pública**, Bogotá, v. 13, n. 1, p. 13-26, Feb. 2011 .

DIMENSTEIN, Magda. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicol. estud**, v. 6, n. 2, p. 57-63, 2001.

FERREIRA NETO, João Leite. **A formação do psicólogo: Clínica, social e mercado**. São Paulo, SP: Escuta, 2004.

GALVÃO, Loren. **Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil**. In: GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios. Editora Hucitec, 1999. p. 165-79

MARTINS, Edna; SZYMANSKI, Heloisa. A abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias. **Estudos e pesquisas em Psicologia**, v. 4, n. 1, p. 0-0, 2004.

MARTIJN, Claudine; SHARPE, Louise. Pathways to youth homelessness. **Social science & medicine**, v. 62, n. 1, p. 1-12, 2006.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas
The Unified National Health System, 20 years: assessment and perspectives. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1620-1625, 2009.

MIRANDA, Denismar Borges de; GUIMARÃES, Iraci Gonçalves; ALVES, Elioenai Dorneles.
Representações Sociais da descentralização do SUS: Perspectivas dos gestores municipais de saúde de Goiânia, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. 349, 2012.

MOTTA, Maria da Graça Corso da et al. Vivências da mãe adolescente e sua família. **Acta scientiarum: health science**. Vol. 26, n. 1, p. 249-256., 2004.

OLIVEIRA, Sérgio Eduardo Silva de et al . Associations between self-perceived quality of life and socio-demographic, psychosocial, and health variables in a group of elderly. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 7, p. 1437-1448, July 2013 .

PADILHA, Cristina dos Santos; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Terapia comunitária: prática relatada pelos profissionais da rede SUS de Santa Catarina, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 43, p. 1069-1086, 2012.

RAUPP, Luciane Marques; MILNITSKY-SAPIRO, Clary. A "reeducação" de adolescentes em uma comunidade terapêutica: o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. **Psicologia: teoria e pesquisa**. Brasília. Vol. 24, n. 3 (jul./set. 2008), p. 361-368., 2008.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec/Unesp/Abrasco, 1994.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Revista de saúde pública**, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; COSTA JÚNIOR, Áderson L. O psicólogo na rede pública de saúde do Distrito Federal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 15, n. 1, p. 027-035, 2012.

AS REDES SOCIAIS E OS ADOLESCENTES: UM ESTUDO A PARTIR DOS PRESSUPOSTOS DA PSICOLOGIA SOCIAL

Gilberto Gregório Santos Almeida

Centro Universitário de Várzea Grande – Curso de Psicologia, Várzea Grande/MT

Renata Piovan Cardozo Dias

Centro Universitário de Várzea Grande – Curso de Psicologia, Várzea Grande/MT

Rafaela Jacobowsky

Centro Universitário de Várzea Grande – Curso de Psicologia, Várzea Grande/MT

Gabriela Vieira Nascimento

Centro Universitário de Várzea Grande – Curso de Psicologia, Várzea Grande/MT

Edinayra Araujo Santos

Centro Universitário de Várzea Grande – Curso de Psicologia, Várzea Grande/MT

George Moraes De Luiz

Centro Universitário de Várzea Grande – Curso de Psicologia, Várzea Grande/MT

RESUMO: Este trabalho discute a construção da identidade do adolescente no contexto das redes sociais. Propõe reflexão sobre o processo de autoexposição do adolescente frente às redes sociais e salienta a necessidade da criação de políticas públicas voltadas à prevenção dos riscos pelo mau uso do ambiente virtual. O referencial teórico-metodológico ancora-se nos pressupostos da Psicologia Social Crítica. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de revisão de literatura, que compreende os

anos de 2017 e 2018, nas seguintes bases de dados: google acadêmico e scielo. Para a discussão, utilizou-se de 21 artigos. O processo de sistematização dos dados ocorreu por meio da categorização temática, sendo os mais recorrentes: o cyberbullying, o consumo, o relacionamento interpessoal, o suicídio e a vulnerabilidade digital. Os resultados permitem compreender que o processo de construção da identidade do adolescente ocorre nas relações entre sujeitos e o mundo digital. Nesse sentido, as redes sociais afetam a relação do ser humano, principalmente adolescentes que estão em processo de formação da identidade. Frisa-se também que a maioria dos estudos tratam da violência registrada no meio digital, denominada de cyberbullying. A partir deste trabalho foi possível identificar a necessidade de novos estudos que abordem a temática em um enfoque crítico-social, contrapondo as bases científicas reducionistas baseadas somente em diagnóstico psicológico.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia Social. Identidade. Adolescentes. Redes Sociais.

SOCIAL NETWORKS AND ADOLESCENTS: A STUDY FROM THE ASSUMPTIONS OF SOCIAL PSYCHOLOGY

ABSTRACT: This paper debates the identity

construction of teenagers and social networks. The relevance of this theme is to generate a reflexion about the self-exposing process of teenagers when it comes to social networks and highlight the necessity of creating public politics in order to avoid risks caused by the bad usage of social network. The theoretic perspective of this paper is based on Social Psychology and the Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Its about a literature revision of qualitative researches made in 2017 through the following sources: google academic and Scielo. Twenty one articles were used to create this discussion. The scanning process of the subjects occurred through different subjects, the most relevant are: cyberbullying, purchasing, interpersonal relationship, suicide and digital vulnerability. The results allow us to comprehend the socializing process as well as the identity construction of teenagers in the digital world. On this context, social networks affect human relations, mainly teenagers who are still building their personalities. Most of the studies are about the violence registered on digital platform, so called “cyberbullying”. This scenario needs to be, somehow, controlled by ECA. In order to protect teenagers against the excessive exposure to violent and sexual contents. To sum up, through this paper it was possible to identify the need of new studies that are able to approach this theme focusing on social debates that goes against the scientific based merely on the psychological diagnosis.

KEYWORDS: Psychology. Social Psychology. Identity. Teenagers. Social Networks

1 | INTRODUÇÃO

Este trabalho discute a construção da identidade do adolescente em face das redes sociais. Para isso, são apresentados os principais conceitos que norteiam esta discussão, sendo eles: a construção da identidade dos adolescentes, as redes sociais e o papel do psicólogo neste contexto. Sobre a temática identidade, Ciampa (2005) ressalta que ela se constitui por meio da história e do contato entre os sujeitos, cabendo à sociedade estabelecer os padrões e papéis sociais, sendo que os sujeitos assimilam esses papéis por meio da identificação, ocupando uma posição de agentes no mundo.

Nesse sentido, as representações que fazemos de nós mesmos se diferenciam das que os outros fazem e algumas delas podem transformar as identidades de acordo com interesses políticos e econômicos. Ciampa (2005) acrescenta que a consciência, assim como a identidade, se transforma mediante as atividades dos indivíduos, que é moldada pelas experiências a partir dos processos de identificação e diferenciação.

Este estudo possui pertinência ao contribuir para o campo de estudo da identidade e do uso das redes sociais, e sua relevância social se pauta no entendimento do psicólogo sobre a construção da identidade do adolescente, especificamente frente ao fenômeno das redes sociais.

2 | PRESSUPOSTOS DA PSICOLOGIA SOCIAL

Quando um adolescente usa as redes sociais, é preciso buscar a importância individual e a relevância social para a vida desse sujeito, assim como sua identificação com o meio social. Farias e Crestani (2017) explicam que durante a adolescência acontece a inserção cultural e social, sendo a internet um dos meios pelos quais essa inserção dos adolescentes ocorre.

Levando em consideração as redes sociais e a influência destas, Guareschi (2008) explica que o discurso produzido no meio social causa impacto na convivência dos sujeitos, que, por sua vez, determina certos padrões de comportamentos, levando os mesmos a serem considerados apenas um mero reflexo de pensamentos alheios e não protagonistas de sua realidade como forma natural, construída através de discurso. Assim, o sujeito não faz um descarte da existência de um fenômeno anterior, mas constrói uma verdade, maneira pela qual se constitui as relações sociais.

Ainda segundo Guareschi (2008), com o aumento e o desenvolvimento das tecnologias, alguns desafios são trazidos para a compreensão do ser humano e para atuação dos profissionais da área de psicologia. Desse modo, torna-se importante compreender que com o passar do tempo são criados outros códigos de comunicação, podendo influenciar e alterar as relações sociais entre os adolescentes e, outrossim, para com o mundo. Portanto, é possível entender que as tecnologias estabelecem a identidade do sujeito determinando a colocação deste na sociedade, promovendo um discurso sobre como atuar e viver.

Com o desenvolvimento tecnológico, as redes sociais ampliaram seu leque, estabelecendo oportunidade de relação e conhecimento cada vez maior entre os participantes. Uma das características que se destaca na rede social é a facilidade de interação entre as pessoas, que acontece em qualquer lugar, hora, tempo e localização, ou seja, entre pessoas em qualquer parte do mundo.

Segundo Silva (2010), as redes sociais tiveram seu apogeu por volta do ano 1997, com o surgimento do *Sixdegrees*, este site foi o primeiro a permitir com que os participantes lançassem na rede social seu perfil e registro, por meio dele se permitia a viabilização do perfil, o que possibilitou o surgimento de novas redes. Entre o ano de 2000 e 2006 foram lançadas outras redes como *Friendster*, *Myspace*, *Orkut*, *Yahoo* e *Facebook*, que também permitiram o surgimento novas redes que foram relacionadas à internet. Com o avanço das informações e o crescimento das redes sociais o serviço realizado pelas pessoas passou a girar em torno dessas redes, seja no aspecto de diversão ou em busca de informações que pudessem agregar conhecimento intelectual ou técnico, voltado ao Trabalho.

Segundo Silva (2010), as pessoas precisam comunicar-se umas com as outras para aumentar o seu leque de relacionamentos, frente aos muros econômicos, políticos e geográficos, as redes permitem aos usuários ter o seu próprio espaço e expressar sua opinião e reflexão. Considerando o ser humano como um agente que modifica o

meio no qual está inserido, as redes sociais agem também como um instrumento de ensino, que permite o contato de forma diversificada entre as pessoas, para isso se utiliza atualmente de vários meios como as redes sociais que possibilitam este contato. Ao utilizar essas redes como meio de comunicação, as pessoas podem criar formas diversificadas de se relacionar, aprender, interagir e participar nos eventos cotidianos.

Com a compreensão da construção da identidade do adolescente e o uso das redes sociais pode-se perceber que esta construção se faz por meio da interação do indivíduo com o outro e o uso da rede social é um dos meios para isso, contudo existem tanto os efeitos positivos quanto negativos. Em relação aos resultados positivos, Amante e Mendes (2014), Gonçalves e Nuernberg (2012) e Nejm e Miranda (2012), afirmam que o uso das redes sociais ajuda na interação com as pessoas, melhorando o relacionamento interpessoal, além de ajudar em pesquisas e na construção de si.

No que se referem aos resultados negativos, Pereira e Botti (2017), Mello e Santos (2005), citados por Kuczynski (2014) e Tognetta e Bozza (2012), afirmam que o uso exacerbado das redes pode ser prejudicial, pois os jovens se colocam vulneráveis de certa forma a algum tipo de violência digital, produzindo alterações psicológicas tais como a depressão e o suicídio, por exemplo.

De acordo com Aberastury (1981), a saída do mundo infantil é um momento de grande importância para o adolescente, pois o correm mudanças no corpo e nas funções psicológicas. Esse momento é marcado por contradição e confusão para o adolescente. Cabe ressaltar que a adolescência é um momento que todo ser humano vivência em um período da vida, o qual passa por mudanças históricas, físicas, cognitivas. Segundo Mazzaron (2011), a adolescência está amparada por direitos constitucionais como visa o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), com saúde, educação, alimentação. Isso se faz necessário devido às atitudes ou omissão do governo, além de maus tratos dos próprios pais ou responsáveis.

Segundo Barbosa, Medeiros, et.al (2009), a adolescência é marcada pela vulnerabilidade que envolve os aspectos físico, psicológico e social, acarretando dificuldades no processo de desenvolvimento do ser humano. É possível entender que a dificuldade do adolescente na relação com o meio em que está inserido causa uma cadeia de consequências de problemas sociais, que precisam receber a atenção necessária, visto que pode funcionar como causa atualmente, e como consequência de problemas futuros para os adolescentes.

Segundo Mazzaron (2011), o atendimento institucional é fundamental por fornecer conforme o estatuto de proteção, programas, abrigos, quando os direitos adquiridos por meio da lei pelo adolescente, está em situação de abandono e correndo risco de vida. A comunidade pode contribuir no processo psicossocial do adolescente proporcionando um ambiente de equilíbrio, fazendo com que o próprio adolescente seja protagonista do seu desenvolvimento, isso se mostra possível quando estão implícitos em sua formação a conscientização da realidade.

De acordo com Calligaris (2000), em uma cultura que idealiza a autonomia, o

adolescente geralmente carrega os desejos dos adultos, ou seja, um ideal cultural de sonhar com a liberdade, participar de grupos com sua própria identidade, maneiras de se vestir e por apresentar rebeldia, atitudes estas praticadas pelos adolescentes e desejadas pelos adultos.

Em resumo, a fase da adolescência é caracterizada pela construção da identidade, uma vez que se busca ser aceito pelo o que o social exige, desta forma é necessário que aconteça a construção individual da identidade. Ciampa (1984), ao falar de identidade, discorre que ela permeia as relações no cotidiano, e que esta identidade reflete no outro e vice-versa.

Ainda segundo Ciampa (1984), as pessoas não nascem “prontas”, elas se constroem e se modificam. Quando se busca saber a respeito da identidade de alguém, é preciso obter as informações necessárias por meio dos mais variados modos, tais informações permitem um conhecimento da identidade da pessoa. Para se dar início às informações é preciso o fornecimento do nome, como nomeia o ser, o que designa o ser, ou seja, as pessoas são identificadas pelo nome que é dado pelo primeiro grupo social do qual se faz parte, chamado de família.

Ciampa (1984) explica que a individualidade decorre de um processo de representação que faz parte da constituição deste indivíduo representado. O caráter temporal da identidade é uma posição do sujeito que o identifica, sendo discriminado por aquilo que se torna, cada posição determina o indivíduo e estas determinações fazem com o que a sua existência concreta seja uma unidade em um contexto de multiplicidade, visto que com todas as suas determinações é que se forma um indivíduo concreto. Nesse sentido, as identidades refletem na estrutura social, assim como também reagem sobre ela conservando-a e transformando-a.

Ciampa (2005) traz alguns significados sobre o que é identidade, que está em constante transformação e se produz através das relações sociais, sendo por imagens que classificam os sujeitos. Assim, a identidade é sinônimo de mudanças porque é a partir das práticas dos sujeitos que ela é implicada. O autor argumenta que o sujeito e representação não devem ser vistas separadamente, pois antes do indivíduo nascer já existe a representação deste, mas é durante sua existência que ele constituirá sua representação através das relações em que está inserido, e assim os comportamentos deste indivíduo que irá manter ou mudar sua identidade. E através das igualdades e diferenças cada posição que o indivíduo toma é o que o determina, fazendo com que a existência concreta seja a unidade da multiplicidade, desenvolvidas mediante essas determinações.

Diante disso, o processo de identificação também se dá pela identificação interior, em que o grupo no qual se está inserido ajuda nesta identificação de si como ser humano, que não tem como se construir de forma isolada, sendo preciso a ajuda de outros para isso, mas que este processo começa a partir de si mesmo.

Segundo o autor, o sujeito vive em uma sociedade e com essa aprende a se desenvolver e se identificar, e é preciso levar em consideração a política dessa

sociedade, o desenvolvimento ontogenético e filogenético e a construção dessa cultura social, pois isso possui grande influência no modo de relacionamento dos sujeitos. É preciso levar em consideração as normas e valores impostos na aprendizagem da sociedade, uma vez que é preciso que esse sujeito consiga interpretar seus próprios valores e entenda que vive em uma sociedade capitalista. Assim, para saber quem alguém é, precisa-se perguntar a história de vida, as influências, como se deu a construção desse sujeito e entender que tudo que vive morre e todos são seres que irão vir a falecer.

Podemos salientar que os adolescentes, ao usarem as redes sociais, mostram que estão em busca de algo, seja para dar sentido a fase em que vivem, ou procurar ajuda para se encontrar. Assim, vale ressaltar que as pessoas buscam dar sentido ao mundo. Spink (1994) afirma que a produção de sentido no cotidiano é um processo de negociação continuada de identidades sociais, portanto, está articulado em três aspectos distintos, o primeiro diz respeito à atividade cognitiva, em que é preciso o uso das conexões neurais para dar sentido, considera-se então a experiência que o sujeito possui e a organização disso com seu contexto cultural e social atual.

O segundo representa o posicionamento do sujeito com a rede de relações que pertence, portanto, traz para o cenário o tempo presente de interações sociais que ajuda na criação de novos sentidos. Já o terceiro significa posicionar-se no caminho dos acontecimentos, por conseguinte, a atividade de dar sentido leva em consideração a ressignificação de eventos vividos e sentidos, entre o passado e o futuro (SPINK, 1984).

3 | METODOLOGIA

Esta pesquisa se perfila às investigações qualitativas, buscando interpretar como se dá a construção da identidade do adolescente no processo de interação das redes sociais. Para tal foi realizado levantamento bibliográfico a partir das palavras chaves: identidade, adolescência, redes sociais.

A perspectiva do estudo ora apresentado foi o materialismo histórico dialético, segundo Pires (1997),

[...] o método materialista histórico dialético, é método de interpretação da realidade, visão de mundo e práxis. A reinterpretção da dialética de Hegel (colocada por Marx de cabeça para baixo), diz respeito, principalmente, à materialidade e à concreticidade. Para Marx, Hegel trata a dialética idealmente, no plano do espírito, das idéias, enquanto o mundo dos homens exige sua materialização (PIRES, 1997, p.86).

Desta forma Pires (1997), afirma que é a partir do materialismo histórico dialético que se compreende a história, como algo transitório, passível de transformação pelos seres humanos. É a interpretação dos fenômenos sociais pela dialética, isto é, uma conversa entre a subjetividade e a construção social.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a concretização desta pesquisa, foi realizado um levantamento bibliográfico pela internet, no google acadêmico e no scielo, a partir das palavras chave: identidade, adolescência, redes sociais. Foram encontrados 61 artigos, contudo, somente 18 foram diziam respeito à temática pesquisada, por atender aos objetivos da investigação. Para a sistematização da discussão ora apresentada, optou-se pela categorização temática, dos assuntos: **cyberbullying**, **consumo**, **relacionamento**, **suicídio** e **vulnerabilidade**, temas mais recorrentes encontrados.

Os resultados encontrados sobre cyberbullying, dizem respeito ao tipo de violência que acontece nas redes virtuais, com isso, Tognetta e Bozza (2012) realizaram uma pesquisa com objetivo de investigar as características de ações violentas e os sentimentos que envolvem aqueles que usam a rede social e ficam em situações difíceis diante do cyberbullying. Os estudos assinalam que esse tipo de violência virtual é mais prática do devido a menor exposição de quem pratica o ato, por não ter a identidade revelada.

Nesse tocante, Tavares (2012) afirma que para o combate do cyberbullying deve-se ter um maior monitoramento dos pais e professores no uso ativo dessas redes. Com esse mesmo pensamento, Neves, Fosse, et.al (2015) enfatizam a importância da família e da escola na proteção e prevenção dos conteúdos inadequados e impróprios. Os autores fazem uma reflexão sobre a importância da Tecnologia de comunicação e informação (TICs) e das mídias na atualidade, destacando o paradoxo entre pontos positivos e negativos quanto a sua utilização, assim como, Farias e Crestani (2017), enfatizam que o uso das redes sociais tem influenciado as relações dos adolescentes tanto positivas como negativas e é preciso maior atenção na maneira de orientar estes adolescentes e pais com relação ao que os filhos fazem na internet.

Costa e Gonçalves (2017), realizaram o estudo a fim de compreender se o adolescente tem clareza dos limites e cuidados com a auto exposição no Facebook, o qual tem se tornado uma grande vitrine virtual em que se expõe fotos e vídeos particulares para muitas pessoas. Nesse sentido, as novas tecnologias podem trazer riscos e consequências para os adolescentes, como bullying e cyberbullying, entre outros.

Mata (2012) descreve sobre o consumo dos jovens nas redes sociais, e salienta que ele vai mais além do ato de comprar um simples produto, ressaltando a utilização de um código que traduz a relação dos jovens, por meio de informação, tecnologia e capitais simbólicos. Pinto, Oliveira, et.al (2012), em sua pesquisa sobre o consumo do uso das redes, entenderam que os adolescentes sentem receio de ficar longe do celular por este ser um meio de comunicação, assim sentem dificuldade de lidar com o limite do uso.

Segundo Vasconcelos e Brandão (2013), a sociedade moderna está cada vez mais informada e interativa e as compras coletivas e as redes sociais mudaram a forma

como as pessoas se relacionam na internet. Os autores procuraram avaliar o impacto dessa nova forma de comunicação entre os usuários das redes sociais avaliando as implicações e os desafios dessas novas ferramentas tecnológicas, e concluem que é preciso leis que assegurem os usuários e os protejam de algum tipo de dano, como por exemplo, os transtornos.

Para o tema de relacionamento, Estrella (2016) afirma que as pessoas estão sendo cada vez mais influenciadas pela internet e as redes sociais, por isso a autora afirma que esse lugar, deve ser utilizado democraticamente pelas religiões para criar um ambiente de paz e união. Assunção e Matos (2014) sugerem que os jovens conseguem distinguir entre a dimensão privada e a dimensão pública da utilização da rede social e utilizam principalmente o *facebook* para reconhecer o que acontece na vida dos outros jovens e se comunicar com amigos e familiares. A pesquisa também ressaltou que os jovens consideram mais fácil partilhar algumas questões *online* do que em contato físico, e que, a realidade virtual funciona como uma extensão das relações da vida real.

Rosado, Jaeger e Dias (2014) abordam a diferença sobre o acesso à internet, o uso das redes sociais e os motivos que levam os alunos de escola pública e privada a se conectarem, e os resultados apontaram que as redes sociais são mais utilizadas para a comunicação com familiares e amigos já conhecidos. Além disso, os adolescentes consideram as redes sociais como forma de circulação de informações sendo preciso cautela para estas navegações. Os resultados indicam que o nível socioeconômico influencia na frequência do acesso as redes sociais, uma vez que, as famílias com maiores condições financeiras têm mais oportunidades de comprarem computadores e celulares ao contrário das famílias menos favorecidas, que buscam utilizar computadores públicos ou com custos mínimos, não deixando de utilizar estas redes.

Outro efeito do relacionamento é a construção da identidade, que segundo Gonçalves e Nuernberg (2012), ao realizarem um estudo para verificar a dicção dos adolescentes na rede virtual, discutem como este pode influenciar na vida social destes adolescentes. Durante este período da adolescência que desenvolve a identidade e também a autonomia, em que ocorrem mudanças no aspecto físico e emocional, devido uso frequente da internet, pode ocorrer um comprometimento da interação social.

Os autores Ribeiro, Nejme Miranda (2012) propõem uma reflexão sobre o processo de auto revelação na adolescência, visando mostrar sua inter-relação com os novos contornos da privacidade em ambientes digitais, além de buscar programas e políticas aplicadas para evitar riscos e perigos com o uso da internet. Para Amante e Mendes (2014), os jovens usam desta rede social para partilhar seus afetos, sentimentos, experiências, utilizando disso como um meio de se socializarem.

Pinto (2017), apresenta, com os resultados obtidos que os jovens migrantes portugueses se encontram afundados num estilo de vida digital, que as tecnologias

assumem um papel central em suas vidas enquanto meio de comunicação, contato e socialização, servindo de uma ferramenta indispensável em situação de emigração.

Já no que diz respeito ao tema suicídio, de acordo com Pereira e Botti (2017), há uma facilidade muito grande ao acesso as informações da internet, inclusive sobre o suicídio que é uma questão de saúde pública. Ainda de acordo com os autores, os adolescentes denotam mais vulnerabilidade por essa facilidade de acesso e características inerentes da idade. Mello e Santos (2005), citados por Kuczynski (2014) vêm para fortalecer essa ideia quando nos trazem dados epidemiológicos relevantes sobre o assunto, pois segundo ele o suicídio entre jovens de 15 a 24 anos ocupa o sexto lugar entre mortes por causas externas em nove capitais brasileiras.

Nesse sentido, autores afirmam que o modelo de imitação replica boa parte dos casos de suicídio e tentativa de suicídio, o que se dá a partir da influência midiática, sendo a mídia o terceiro maior incentivador de suicídios.

Conforme Feuser, Pavei, et.al (2017), os adolescentes estão em situação de total vulnerabilidade, no que diz respeito às redes sociais, por estarem expostos em uma rede que envolve uma gama de informações e pessoas com todo tipo de intenção. Diante desta exposição ao risco, torna-se necessário o uso de ferramentas como o ECA, para garantir a segurança da criança e adolescentes. Assim, de acordo com este estatuto, a criança e adolescente estão amparados e protegidos conforme a norma do país, sendo a prevenção a melhor maneira de combater as agressões verbais cometidas através da era digital.

É possível perceber a importância da fase da adolescência para a construção da identidade dos sujeitos, uma vez que os autores como, Aberastury (1981) e Calligaris (2000), ajudam a pensar sobre essa fase. Isso pois, dela decorrem grandes mudanças físicas e psicológicas, a partir das quais o sujeito passará a recorrer a diferentes estratégias para se inserir na sociedade, buscando algum espaço, deixando de ser criança para se tornar adulto, e com isso se molda a fim de ser aceito e conhecido nesse meio, o marketing influência nesse processo.

No contexto das redes sociais, as pessoas são personagens de uma história podendo escolher sua vivência e, muitas vezes, se escondendo por trás do que se mostra e se revela onde se ocultam. Assim, é possível afirmar que as pessoas não nascem de certa forma, elas se modificam ao longo da vida. O foco deste trabalho foi a adolescência devido ao fato de ser nessa fase que essa construção fica mais forte e é mais influenciada, desta forma, Silva e Ribeiro (2017) e Tavernari e Murakami (2012) mostram como a mídia faz esse papel de influenciador do que é certo e errado, e isso faz toda a diferença entre os jovens.

Entre muitos adolescentes, o padrão imposto é o certo, aceito e quem foge disso é errado e acaba sendo deixado de lado, podendo surgir a partir disso, conforme afirmam Tognetta e Bozza (2012) e Tavares (2012), o cyberbullying, que é um movimento de violência virtual que demonstra esse “ser aceito e não ser aceito”.

Ao pensar sobre esta relação de aceitação entre os sujeitos, Ciampa (2005),

ressalta sobre a metamorfose, movimento de tomada de consciência sobre questões alienadas, ou seja, neste contexto, ser alguém para que o outro aceite, assim, percebe como são os atos e começa a agir como um ser-para-si, buscando objetivos específicos e definidos por si mesmo.

Esta metamorfose seria a concretização da identidade, mas enquanto isso não acontece, cabe analisar conforme a fala de Spink (1994) que ao usar essas redes os adolescentes buscam dar um sentido para sua vida, e podem se perder nesse consumo, Pinto, Oliveira, et.al (2012) explicam que o consumo pode virar um vício. É nessa busca de ser aceito e de se construir enquanto sujeito que os jovens se veem afundados em um mundo de ilusões onde se busca uma metamorfose.

O limite do uso dessas redes é o que determina o benefício ou malefício para o sujeito, que conforme Barbosa, Medeiros, et.al (2009), a fase da adolescência é uma fase de vulnerabilidade, pelo sujeito estar criando experiências como aspectos físicos, psicológicos e social. O autor ainda ressalta sobre a dificuldade do adolescente com o meio em que está inserido, no qual sofre grandes influências podendo se colocar em risco. Assim, Mazzaron (2011), ressalta que esses adolescentes precisam ser assegurados de certa forma, o ECA assim como Feuser, Pavei, et.al (2017) afirmam que existe para dar essa proteção, os dois autores acreditam que a prevenção é o melhor caminho para proteger os jovens.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme discutido, as redes sociais têm um papel importante para a comunicação e interação entre as pessoas, sendo assim, podemos compreender que o processo de socialização acontece por meio desta relação, e ao mesmo tempo coloca as redes sociais como um viés que pode afetar a relação do ser humano, principalmente aos adolescentes por estarem em processo de formação e de vulnerabilidade, além disso, recebe influências que podem trazer prejuízo no aspecto individual e social.

Aviôlência também pode ocorrer por meio dessas redes sociais como cyberbullying, que não deixa ser uma forma de violência que acontece no campo virtual, permitindo que o adolescente esteja em conexão a todo o momento. Diante dessa situação de risco, torna-se necessária a aplicação de leis que amparem o adolescente diante da exposição que ocorre nas redes sociais. Em face do exposto, torna-se necessário oferecer conhecimento e reflexão sobre a atenção do psicólogo, pais e educadores diante desta problemática que tem causado situação de angústia e sofrimento.

A partir deste estudo foi possível compreender que a construção da identidade do adolescente, embora tenha sido abordada em alguns estudos, ainda necessita de ser mais discutida, especialmente mediante um enfoque social, que considere o papel do grupo social e da atuação do psicólogo nesse contexto. Nesse sentido, a psicologia social pode contribuir para problematizar aspectos paradoxais presentes nos trabalhos que tanto enfatizam os malefícios das redes sociais, como também destacam que a

vulnerabilidade do adolescente não pode ser associada ao uso da internet.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, Arminda; KNOBEL, Mauricio. **Adolescência normal**. Porto alegre, Artes Médicas, 1981.
- AMANTE, Lúcia. MARQUES, Helena. CRISTOVÃO, Maria do Rosário. OLIVEIRA, Paula. MENDES, Sandra. **Jovens e processos de construção de identidade na rede: O caso do Facebook**. 2014.
- ASSUNÇÃO, Raquel Sofia. MATOS, Mena Paula. **Perspectivas de los adolescentes sobre el uso do facebook: um Estudiocualitativo**. Espanha, 2014.
- BARBOSA, Davim Rejane Marie. MEDEIROS, Raimunda Germano. VIANA, Rejane Millions Menezes. DELGADO, Djailson José Carlos. **Adolescentes/adolescência: Revisão teórica sobre uma fase crítica da vida**. Fortaleza, 2009
- CALLIGARIS, Contardo. **A adolescência**. São Paulo: Publifolha, 2000.
- CIAMPA, Antônio da Costa Identidade. (1984). In: Lane, S. T. M. & Codo, W. (Orgs.) **Psicologia Social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense.
- CIAMPA, Antônio da Costa. **A estória do Severino e a história da Severina: um ensaio de psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 2005.
- COSTA PINTO, T. Danillo Roberto. OLIVEIRA, S. Adélia Augusta. TRANCOSO, R. Alcimar Enéas. LIMA, T. Camila. CANUTO, T. Lívia. DUARTE, S. Niédja. GONÇALVES, V. Alisson Tiago. **Juventude, redes sociais e tecnologia: uma experiência de extensão universitária**. Universidade Federal de Alagoas, 2012.
- COSTA, Diane de Almeida. GONÇALVES, Betânia Diniz. **As faces do “face”: autoexposição adolescente**. v. 2, n. 3, 2017.
- ECA, **Estatuto da Criança e do Adolescente**, p.19-20, Rio de Janeiro, 2017.
- ESTRELLA, Fernanda. Do nascimento da rede até a ciberteologia. **Anais do congresso internacional da faculdade EST**, São Leopoldo: EST, v. 3, 2016.
- FARIAS, Cassia de Araujo. CRESTANI, Patrícia. A influência das redes sociais no comportamento social dos adolescentes. **Revista Ciência e sociedade**, v. 1, n. 2, 2017.
- FEUSER, Bruna Ceccone; PAVEI, Fernando; NETO, Pedro Zilli; ZOMER, Ramirez; PAVEI, Rodrigo. A vulnerabilidade da criança e do adolescente nas redes sociais: Necessária cautela para a segurança do público infanto-juvenil. Constituição e justiça: estudos e reflexões. **Unibave**. Disponível em: <<http://periodicos.univabe.net/index.php/constituicaojustica/article/view/115>> Acesso em outubro de 2017. Retirado em: 10. Out. 2018.
- GONÇALVES, Bruna Goudinho; NUERNBERG, Denise. A dependência dos adolescentes ao mundo virtual. **Revista de ciências humanas**, Florianópolis, vol.46, n.1, p.165-182, abril, 2012.
- GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. **Cultura, Identidade e Diferenças**. São Paulo, 2008
- GUNTHER, Hartmut. **Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: Esta é a questão**. Brasília: 2006.

KUCZYNSKI, Evelyn. **Suicídio na infância e adolescência**. Hospital das clínicas da faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, vol.25, n.3, p.246-252, 2014.

MATA, João Osvaldo Schiavon. **Mal-estar na adolescência: Jovens de agenda lotadas nas redes sociais**. São Paulo, 2012.

MAZZARON, Fabricio Orestes. **Processos classificatórios na recepção, triagem e encaminhamento de crianças e adolescentes aos abrigos: Permanências e mudanças após ação civil pública**. Pontifícia universidade de São Paulo. 2011.

NEVES, Kennya Suelen Silva Maia; FOSSE, Luciana de Oliveira Silva; TORRES, Tatiana Regino; NAPOLITANO, Maria Angelica. Da infância à adolescência: o uso indiscriminado das redes sociais. **Rev. Ambiente acadêmico**, vol.1, nº 2, ano 2015.

PEREIRA, Camila Corrêa Matias. BOTTI, NadjaCristianneLappann. O suicídio na comunicação das redes sociais virtuais: revisão integrativa da literatura. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental** (17), 17-24. 2017.

PINTO, Maria Carolina da Cunha. **Identidade cultural na (e em) rede: as redes sociais digitais (Facebook) como espaço de revivificação e afirmação da identidade cultural dos jovens migrantes portugueses, na Suíça**. Universidade aberta www.uab.pt. Lisboa, 2017.

PIRES, M.F.C. Educationandthehistoricalanddialecticalmaterialism. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, vol.1, n.1, 1997.

RIBEIRO, José Carlos. NEJM, Rodrigo. MIRANDA, Thais. **Auto-revelação em ambientes digitais: Reflexões sobre a privacidade de adolescentes**. Salvador, 2012.

ROSADO, Juliana Szpoganicz. JAGER, Márcia Elisa. DIAS, Ana Cristina Garcia. Padrõesde uso e motivos para envolvimento em redes sociais virtuais na adolescência.**Interação Psicol**, Curitiba, v. 18, n. 1, p. 13-23, jan/abr. 2014.

SILVA, da Siony. Rede Sociais Digitais e Educação. IFSP Campus Sertãozinho, 2010.

SPINK, Mary Jane Paris; GIMENES, Maria da Glória G. (Orgs.).Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença. **Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 2, p. 149-171, 1994.

TAVARES. Hugo. **Cyberbullying na adolescência**.Portugal, 2012.

TOGNETTA. Luciene Regina Paulino; BOZZA, Thais Cristina Leite. **Cyberbullying: um estudo sobre a incidência do desrespeito no ciberespaço e suas relações com as representações que adolescentes tem de si**.Unesp, 2012.

VASCONCELOS, Fernando Antônio de. BRANDÃO, Fernanda Holanda Vasconcelos. As redes sociais e a evolução da informação no século XXI. **Direito e desenvolvimento**. João Pessoa, v. 4, n. 1, 2013.

NEUROCIÊNCIA EM AÇÃO: DA UNIVERSIDADE AO ENSINO FUNDAMENTAL

Luiz Fabrizio Stoppiglia

Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT),
Departamento de Psicologia
Cuiabá – Mato Grosso

Ana Julia Candida Ferreira

Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT),
Departamento de Psicologia
Cuiabá – Mato Grosso

Izadora Mendonça de Melo

Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT),
Departamento de Psicologia
Cuiabá – Mato Grosso

Rafael Bená de Araújo

Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT),
Departamento de Psicologia
Cuiabá – Mato Grosso

Raphael Christhian Brandão de Souza

Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT),
Departamento de Psicologia
Cuiabá – Mato Grosso

RESUMO: Esse trabalho apresenta alguns frutos do projeto de extensão *Neurociência em Ação: Da Universidade Ao Ensino Fundamental*, executado na Universidade Federal de Mato Grosso Campus Cuiabá ao longo do ano de 2018, que buscou formar alunos do curso de Psicologia com capacidade para debater e ensinar temas relativos às Neurociências, produzir materiais de ensino, combinar os

conteúdos de diversas disciplinas da graduação e difundir estes conhecimentos, de forma a despertar em outros estudantes a afeição por esta área em franca expansão desde os anos 1990.

PALAVRAS-CHAVE: neurociências, aprendizado, didática, ensino, integração, escolas

NEUROSCIENCE IN ACTION: FROM COLLEGE TO ELEMENTARY SCHOOL

ABSTRACT: This work has some fruits of the Neuroscience in Action project: From the University To Elementary School, to perform at the Federal University of Mato Grosso on the campus of the year 2018, which seek to train students of the Psychology course with capacity to debate and teach the subjects neighborhood of the neighborhood, the materials of students, in the context of the neighborhood of these areas in franca expansion from the years. nineteen ninety.

KEYWORDS: neurosciences, learning, didactics, teaching, integration, schools

1 | INTRODUÇÃO

Educar é proporcionar oportunidades e orientar no processo de aprendizagem,

envolvendo a obtenção de comportamentos, que só são aprendidos por meio da ação conjunta de fatores como memória, percepção, atenção, emoção. Ao saber-se que todos esses processos compartilham de um fator em comum, isto é, somente são viabilizados por meio do funcionamento do cérebro (órgão da aprendizagem), faz-se necessário entender as ciências que norteiam o estudo deste órgão substancial para a vida humana. As neurociências constituem-se nessa área do conhecimento que intenta explicar os mecanismos cerebrais responsáveis por funções mentais cruciais no processo de aprendizagem. Destarte, faz-se sabido que a compreensão norteadora deste curso é o cérebro, pois, atualmente, ele é o órgão sobre o qual o saber se mantém aquém de outros órgãos humanos, mesmo sabendo da vitalidade do entendimento do funcionamento cerebral para compreender o ser humano. Neste projeto, planejamos tratar, em profundidade, as metodologias de pesquisa sobre o funcionamento do cérebro e suas interseções com as profusas áreas do conhecimento, sobretudo a Psicologia e a Pedagogia. Serão abordadas as fundamentações e metodologias experimentais, teorias e modelos usados em Neurociências e Educação, assim como os êxitos científicos mais atuais nessa área.

A 1ª parte do projeto objetiva promover discussões de artigos científicos e material acadêmico entre os alunos de graduação, agregando conhecimentos de diferentes disciplinas como Psicofarmacologia, Bases Biológicas do Comportamento, Neurociência do Comportamento e Psicopatologia Nosográfica. A partir desse material, os alunos são levados a produzir textos científicos para publicação em blogs, páginas de internet e que servirão como guias em aulas preparadas por eles mesmos.

Mesmo com a popularidade do tema 'Neurociências', dificilmente ele é tratado na grade curricular dos cursos de graduação, assim como nos cursos básicos e médios (Ensino Básico - Fundamental I e II, e Ensino Médio). Objetivando transformar esse fato, a 2ª parte desse projeto objetiva promover discussões de artigos produzidos pelos alunos de graduação (visando o ensino, aprendizagem e explanação adequada ao público-alvo) junto da comunidade externa (jovens, crianças, adultos). Este curso terá como ponto crucial a interdisciplinaridade, sendo projetado no sentido de não só de preparar academicamente, mas viabilizar a aplicação do conteúdo ministrado, no cotidiano da comunidade. Os objetivos gerais dessa etapa envolve trabalhar os conhecimentos sobre o cérebro de um modo diferente (ministrar aulas expositivas com atividades integrativas; utilização de jogos, quando oportuno; organização dos procedimentos teóricos; seleção do material mais didático e completo; preparação de atividades individuais e coletivas), formando um curso ministrado diretamente nas instalações da Universidade para alunos de escolas públicas carentes da cidade de Cuiabá e do Município de Várzea Grande.

2 | DESENVOLVIMENTO

Um fator inesperado que produziu grande impacto sobre o projeto foi a Greve Estudantil na UFMT, iniciada em abril/2018. Isso porque um objetivo inicial, da 1ª parte do projeto, era a produção e veiculação de material entre os alunos de graduação, que foram convidados a participar das reuniões do grupo. Em especial, uma proposição do projeto era integrar os conteúdos de diversas disciplinas da graduação, que tiveram suas aulas interrompidas por 4 meses. Com o afastamento dos alunos, fomos obrigados a translocar todo o calendário previsto para o reinício das aulas (20/ago/2018).

Os conteúdos escolhidos para integrar as disciplinas foram:

Atenção: A atenção pode ser definida como um processo cognitivo que direciona recursos psíquicos para determinados objetos no ambiente (estímulos ambientais) em detrimento de outros, o qual envolve níveis no processamento da informação, assim como um filtro que define o que será levado em consideração ou não, como guia ao comportamento. Dessa maneira, prestar atenção está diretamente ligado ao processamento de estímulos ambientais e sensoriais. O sistema nervoso tem um papel extremamente importante neste mecanismo, pois garante a seleção destes estímulos sensoriais que se encontra em contato no meio, através dos órgãos sensoriais. Portanto, o comportamento de prestar atenção inclui atividade consciente, por isso, o nosso córtex deve estar em estado de vigília, (LIMA,2005).

A manutenção dessa atividade deve-se em grande parte a formação reticular, uma rede de fibras e corpos de neurônios, que parte do tronco encefálico e regula funções vitais, tais como a intensidade de consciência. As informações providas dos receptores sensoriais passam pela formação reticular de onde ascendem fibras para estruturas corticais. Trata-se de uma estrutura mediadora entre os estímulos externos e o mundo interno, que seleciona os estímulos e permite uma interação com o ambiente. As projeções do chamado sistema ativador reticular ascendente (SARA) do tronco cerebral, parte da formação reticular e possibilita a ativação cortical, a manutenção da alerta e a escolha das respostas, através da transmissão do impulso nervoso na secreção de neurotransmissores estimulatórios como a noradrenalina, dopamina, serotonina, acetilcolina e histamina, (LENT, 2010).

Além disso, o funcionamento o córtex pré-frontal é essencial na manutenção de processos atencionais, sua associação está envolvida no planejamento e execução de movimentos, formulação de planos, estratégias e tomadas de decisões. Os receptores metabotrópicos de noradrenalina e dopamina são responsáveis por grande parte da atividade. Por meio dos córtices cerebrais orbitofrontal, responsável pela valorização de estímulos, dorsolateral, na eliminação de estímulos e precuneus, na criatividade, é possível selecionar e inibir estímulos, tornando-os relevantes ou insignificantes. Estas, também, são áreas mal-funcionantes no TDAH, onde se observa uma atividade e secreção de neurotransmissores estimulatórios reduzida assim como na depressão, (LENT, 2008)

Os medicamentos destinados a tratar alterações de atenção geralmente são substâncias que estimulam o córtex cerebral (em especial o córtex pré-frontal). Para facilitar a valorização de alguma informação do ambiente, tornando alguns neurotransmissores acessíveis por mais tempo na fenda sináptica. A escolha desse foco de atenção, contudo, ainda é uma questão de aprendizado. Entre os mais vendidos estão psicoestimulantes como o metilfenidato (de efeito rápido, mais conhecido como Ritalina) e o metilfenidato de longa ação e mistura dextroanfetamina + levoanfetamina (Concerta, Aderall). Assim, sendo um fármaco psicoestimulante, o metilfenidato inibe a recaptação da dopamina e da noradrenalina, (LENT,2008)

Na ansiedade, ocorre o oposto, há uma taxa elevada de secreção destes neurotransmissores e uma atividade aumentada, devido à valorização intensa de estímulos ambientais. Ademais, na esquizofrenia, também se nota muita secreção de dopamina, em processos imaginativos que se misturam à realidade. Isto é, a pessoa pode acreditar que está voando ou sendo perseguida por monstros, sem que o córtex dorsolateral seja capaz de bloquear e inibir esses processos. Portanto, os medicamentos agem em mecanismos de desacelerar estas vias, tais como os ansiolíticos cloridrato de propranolol e diazepam, os antipsicóticos haloperidol e a risperidona, (LENT, 2008)

Percepção: ao que se sabe, a percepção é entendida como um conjunto de processos com funções de reconhecer, organizar e realizar a compreensão das informações sensoriais provenientes do ambiente. Quando se fala em percepção em neurociências, há a necessidade de expor sua natureza, bem como seu específico modo de operar sob a realidade. Esse conjunto de processos atua na formação representacional dos objetos captados pelos sentidos, assim como no reconhecimento de visuo-espacial, sonoro, químico, entre outras propriedades (LENT, 2010; STERNBERG, 2010; KANDEL, 2014; EYSENCK, 2017).

A percepção, em termos neurofisiológicos, possui determinadas vias de processamento neural. Cada modalidade dos sentidos, com suas respectivas áreas projetivas e associativas, processam, de maneira cooperativa e paralela, os conteúdos recebidos pelo *Sistema Sensorial* do organismo. Cada via perceptiva se integra com as outras, a fim de possibilitar, durante do processamento da informação, a integração fiel dos conteúdos (STERNBERG, 2010; LENT, 2010; EYSENCK, 2017).

As vias do processamento perceptual estão sincronizadas para realizar o reconhecimento das estimulações ambientais. Como exemplo, as áreas primárias visual do córtex, que realiza uma espécie de *desmembramento* da composição das imagens (dos ângulos, do movimento, da intensidade e da cor). De modo similar, a área primária auditiva têm o mesmo tipo de funcionamento, que analisa as características dos sons, identificando os timbres e tons presentes em cada palavra ou frase (LENT, 2010).

Uma discussão que envolve o modo de entender como a percepção funciona, é a partir das concepções que classificam as vias de processamento, a partir de um referencial que pode ser as características mais elementares dos objetos, e também

as próprias cognições complexas e as experiências antecedentes do indivíduo. Esses concepções são ordenadas como processos *bottom-up* e processos *top-down*, que aliás são compostos de teorias que descrevem os processos perceptuais com base em seus padrões, características, elementos basilares tridimensionais e a própria *perspectiva construcionista* da percepção (STERNBERG, 2010).

Psicopatologia: classificação dos transtornos mentais (DSM, CID), drogas e doenças mentais, epidemiologia das doenças mentais, genética das doenças mentais. As Psicopatologias são distúrbios do funcionamento mental suficientemente severos para produzir prejuízo ou sofrimento ao indivíduo. Ademais, é conceitualmente definida como o estudo das anormalidades da consciência. Karl Jaspers foi o autor responsável pela emancipação da ciência psicopatológica da psiquiatria (STÖRRING, 2016). Essa área do conhecimento tem por intuito estudar a fenomenologia do psiquismo em casos de processos anômalos, buscando observar e estruturar os fenômenos que ocorrem na psiquê, sendo de grande valia para todas as disciplinas da área da saúde.

Esse conteúdo se encaixa na disciplina de Psicopatologia Nosográfica, Psicofarmacologia (tratamento das doenças mentais) e Neurofisiologia (sistema límbico).

Demências: demência em adultos e crianças, autismo, áreas do córtex envolvidas, doenças autoimunes (anti-receptor NMDA, esclerose múltipla, ELA). As Demências são desorganizações cognitivas severas que comprometem a seqüência linear de raciocínio. Esse conteúdo se encaixa na disciplina de Psicopatologia Nosográfica e Psicofarmacologia (esquizofrenia).

História da psicologia e neurociências: experimentos famosos da neurociência, experimentos fundadores das teorias. As Neurociências adquiriram seu status experimental no final do séc. 19, mas só a partir da década de 1990 foi possível trabalhar com indivíduos vivos e saudáveis. Esse conteúdo se encaixa nas disciplinas de Neurofisiologia (métodos de imagem), Bases Biológicas do Conhecimento ciência atual) e Psicofarmacologia (depressão)

Educação: Neurociências e educação, Neurociências para o ensino médio, Neurociências e música. Esse conteúdo se encaixa na disciplina de Neurofisiologia (aprendizado) e Análise do Comportamento (reforço/punição).

A partir do tempo de execução permitido, alguns materiais já foram produzidos pelo grupo:



Figura 01 - Aula sobre atenção

Fonte: <https://genufmt.wordpress.com/2018/06/01/a-atencao/>

Esse foi o primeiro texto produzido junto com os alunos, em jun/2018, e apresentado como aula pública em ago/2018.



Figura 02 - Aula sobre percepção

Fonte: <https://genufmt.wordpress.com/2018/08/02/percepcao/>

Esse foi o segundo texto produzido com os alunos, finalizado em ago/2018 e com apresentação prevista para set/2018.

3 | ANÁLISE E DISCUSSÃO

Todo o processo foi e tem sido um desafio. A etapa mais significativa, a vinda dos alunos das escolas de Ensino Fundamental e Médio para a Universidade, é de grande valia e aprendizado recíproco. Além de propiciar um contato mais aprofundado com as neurociências, viabiliza que a população tenha um acesso mais alargado

aos processos educativos que constituem a prova do ENEM, exame ao qual muitos dos estudantes que participam e participaram do projeto precisam se submeter para ingressar em um curso nas Universidades Federais. O processo de construção do material e a primeira apresentação do grupo deixou claro que, talvez pela primeira vez, exista um grupo de alunos de graduação capazes de discutir em profundidade os temas sobre sistema nervoso. Como dito, o processo de aprendizagem foi recíproco, tanto da parte dos estudantes que participaram das aulas do projeto, quanto dos próprios discentes universitários que, ao ministrarem as aulas, puderam ter maior contato com a prática da docência, com a escuta sensível que busca ouvir e atender às demandas dos estudantes, ao buscar adaptar à aula tendo em vista a realidade de cada sujeito ali presente, o que permitiu que os discentes participantes do projeto desenvolvessem enquanto futuros psicólogos.

A primeira apresentação contou com 4 alunos discursando sobre perturbações da atenção, mostrando mídias e livros sobre o assunto, debatendo simultaneamente conteúdos de várias disciplinas do curso e várias abordagens da Psicologia. O referenciamento dos trabalhos também é exemplar, podendo servir de base para diversas aulas da graduação.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fazendo uma projeção pouco otimista, em pouco tempo o projeto estará formando um grupo de alunos capazes de ensinar Neurociências em nível de graduação e com habilidades didáticas para disseminar esse conhecimento entre os alunos de nível médio e fundamental. Quanto à formação dos discentes de graduação ministrantes das aulas, o projeto teve crucial importância na formação pessoal e profissional destes, agregando profusos conhecimentos sobre ensino, pesquisa e extensão, saberes agregados e expandidos quando estes estudantes precisavam escrever e preparar o conteúdo das aulas e se adaptar aos anseios dos estudantes, que são circundados por uma realidade social e por potenciais e dificuldades distintos.

Ademais, este projeto sublinhou a Universidade enquanto responsável socialmente enquanto aparelho central no alargamento do acesso ao Ensino Superior, possibilitando que os jovens e adolescentes das escolas públicas tenham um contato verdadeiramente empírico com a Universidade Federal, se reconhecendo enquanto capazes e detentores do direito de ocupar os espaços, que já são deles, nas Universidades. Logo, com a divulgação científica e formação dos alunos de séries mais baixas, acreditamos que tal contato com a universidade possa, em pouco tempo, servir para atrair mais essas pessoas à formação acadêmica e de pesquisa, despertar nelas a necessidade de se amparar em fontes mais poderosas de informação.

REFERÊNCIAS

KANDEL, Eric et al. **Princípios de Neurociências-5**. AMGH Editora, 2014.

LENT, Roberto. **Cem Bilhões de Neurônios?** Conceitos Fundamentais de Neurociência - 2ª edição. Atheneu, 2010

LENT, Roberto. **Neurociência da Mente e Comportamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008

LIMA, Ricardo Franco. **Compreendendo os mecanismos atencionais**. Ciências & cognição 6 (2005).

STÖRRING, Gustav. Palestras sobre a psicopatologia e a sua importância para a psicologia normal. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, 2016, vol. 19, no 2, p. 311-321.

DO DESEJO AO SABER: ELEMENTOS PARA TRANSPOR O CONCEITO DE TRANSFERÊNCIA EM PSICANÁLISE PARA A PRÁTICA DO ENSINO, TOMANDO-SE POR BASE O PAR SÓCRATES-ALCIBÍADES

Débora dos Santos Silva

Psicóloga Formada pelo Centro Universitário Dr.
Leão Sampaio
Juazeiro do Norte – Ceará

Erica Lourenço dos Santos Gonçalves

Psicóloga Formada pelo Centro Universitário Dr.
Leão Sampaio
Juazeiro do Norte – Ceará

Ernania Maria Oliveira

Psicóloga Formada pelo Centro Universitário Dr.
Leão Sampaio
Juazeiro do Norte – Ceará

RESUMO: O conceito de transferência mantém relação de interdependência com a clínica psicanalítica. É um dos pilares da teoria e método de investigação do inconsciente, sendo bastante debatido por Freud em seus artigos sobre técnica. Porém, não foi algo criado pela psicanálise e possui existência em outros campos da vida. A educação é um deles. Assim, a ideia foi pensar e transpor este conceito, tão associado à clínica psicanalítica, no intuito de investigar o manejo da transferência que pode ser feito pelo professor na sala de aula ante as investidas de afeição ou ódio que os alunos por ventura venham a lhe endereçar, a partir da associação com o amor socrático, entendido enquanto desejo de saber, que nada mais é do que um desejo pela falta, falta esta

de algo (agalma?) que se atribui existir no outro (o professor). Neste sentido, partiremos do discurso estabelecido, no *Banquete*, entre Alcibíades e Sócrates, o par amante-amado, que poderia ser chamado também de par discípulo-mestre, para num segundo momento trazer ao debate a ideia de discurso, principalmente o discurso do analista, no sentido de traçar caminhos possíveis para a transferência no que tange a dimensão do ensino-aprendizagem, pautada numa suposição de saber do aluno para com o professor e numa aposta educativa do professor para com o aluno.

PALAVRAS-CHAVE: Transferência, Saber, Educação, Sócrates, Alcibíades.

ABSTRACT: The concept of transference establishes a relationship of interdependence with psychoanalytic clinic.. It is one of the pillars of the theory and unconscious investigation method, very debated by Freud in his articles on technics. However, it was not created by psychoanalysis and it has your existence in other fields of life. Education is one of them. Thus, the idea was to think and overpass this concept, so associated with the psychoanalytic clinic, in order to investigate the handling of the transference that can be done by the teacher in the classroom before the demonstrations of hatred and affection which the students address to him, from the association with Socratic love,

this understood as desire to know, which is nothing more than a desire for lack, lack of something (agalma?) which is something that is supposed to exist in the other (the teacher). In this sense, we will start with the discourse established, in the Symposium, between Alcibiades and Socrates, the pair lover-beloved, which it could be called also the pair disciple-master, in a second moment, bringing to the debate an idea of discourse, chiefly the discourse of the analyst, in the sense to draw possible paths to the transference in reference of teaching-learning dimension, based in a knowledge assumption of the student relates to the teacher and in an educational bet from the teacher to the student.

KEYWORDS: Transference, Knowledge, Education, Socrates, Alcibiades.

1 | INTRODUÇÃO

O conceito de transferência mantém com a clínica psicanalítica relação de interdependência. É um dos pilares da teoria e método de investigação do inconsciente e foi descrita por Freud ([1912]1996) como sendo a principal arma da resistência ao mesmo tempo em que permite tornar manifesto e atual as moções positivas (a nível consciente: admiração e ternura; e, a nível inconsciente: impulsos eróticos recalçados) e negativas (como agressividade ou ambivalência afetiva) para a pessoa do terapeuta e que podem possibilitar, se bem manejada, a melhoria dos sintomas do paciente.

Lacan ([1958-59]1998), por sua vez, durante seu ensino, especificamente no seminário XI, os quatro conceitos fundamentais da psicanálise, cita a transferência (ao lado da pulsão) também como modo de manifestação do inconsciente e experimentando a mesma importância dada por Freud no início de suas averiguações sobre o aparato mental e as condições necessárias para a cura ou tratamento das neuroses.

Neste sentido, intenta-se trilhar os caminhos conduzidos por Freud e Lacan em direção ao manejo da transferência no tratamento psicanalítico, e extrapolar a ideia das quatro paredes do consultório à maneira de Lacan ([1960-61] 2010) que dedicou um ano inteiro de estudo (seminário VIII) para falar sobre tal assunto aproximando-o do conceito de amor grego, presente no texto do Banquete, de Platão. Embora Lacan tenha feito isso para poder falar sobre a transferência enquanto amor ao saber associado às questões sobre o desejo do analista na clínica.

Dessa forma, sabe-se que a transferência não foi algo criado pela psicanálise e possui existência em outros campos da vida. A educação é um deles. Nesse sentido, a arte, mais uma vez, parece estar à frente das construções científicas, especialmente a sétima arte: o cinema, que conta com diversos filmes sobre o tema. Alguns exemplos são: Ao mestre com carinho (1967); Sociedade dos poetas mortos (1989); Meu mestre, minha vida (1989); Mentis perigosas (1995); Nenhum a menos (2000); Encontrando Forrester (2001); O clube do Imperador (2002); Escola de rock (2004); e, Escritores da liberdade (2007).

Com efeito, a ideia é investigar o manejo da transferência que pode ser feito

pelo professor na sala de aula ante as investidas de afeição ou ódio que os alunos por ventura venham lhe endereçar, a partir da associação com o amor socrático, entendido enquanto desejo pela falta, falta esta de algo (agalma?) que se atribui existir no outro (o professor), articulando-o com o conceito de saber em Lacan, conceito este que difere da verdade da ciência porque circunscreve a ideia de que entre o saber e a verdade existe um sujeito que é marcado por uma falta estrutural que o provoca a desejar, a buscar a sensação de completude ou uma ideia ou alguém que estabilize a sensação de vazio que venha a sentir.

Para alcançarmos tal objetivo, partiremos do discurso estabelecido no Banquete entre Alcibíades e Sócrates, o par amante-amado, que poderia ser chamado também de par discípulo-mestre, para num segundo momento trazer ao debate o conceito de discurso, principalmente o discurso do analista, no sentido de traçar caminhos possíveis para a transferência na prática educativa, pautada num saber constituído como relativo e sempre deslizante na cadeia significante.

2 | PROBLEMA DE PESQUISA E MARCO TEÓRICO

Segundo o Dicionário de Psicanálise, transferência demarca o processo inerente ao tratamento psicanalítico, onde os desejos inconscientes do sujeito relativos aos objetos externos: do passado ou do presente, começam a direcionar-se e repetir-se na relação psicanalítica com a figura do analista (ROUDINESCO; PLON, 1998). No entanto, a transferência não se manifesta apenas no setting terapêutico, Freud ([1912]1996) nos alerta isso ao mencionar que em instituições para tratamento psíquico de modo não analítico pode-se perceber claramente e de maneira nem sempre correta os componentes eróticos ou agressivos da transferência. Sendo que estas características não possuem, muitas vezes, relação com a situação em si, mas com a patologia propriamente dita.

Se pensarmos na ideia de que a transferência é uma reatualização de moções pulsionais originalmente dirigidas às figuras parentais e que a escola é o segundo lugar onde a criança se socializa, sendo o primeiro a família; então, não é tão difícil perceber que a figura do professor cai como uma luva no que se refere à transferência de amor e de saber. Tanto que, não raro, aquilo que o professor explica e diz é tomado como verdade pela criança ou jovem que, por sua vez, passa até a contestar o saber dos pais quando entra em choque com aquilo que seu mestre ensina.

Em contrapartida, pode ser estabelecida, com a figura do docente na sala de aula, uma relação de intolerância e antipatia abertas que, geralmente, tende a bloquear o processo de ensino-aprendizagem e gerar mal-estar no ambiente educacional. Diversas vezes estas questões que surgem na escola podem estar associadas à falta de manejo do professor para lidar com as diversas singularidades em sala.

Nesta perspectiva é que Freud ([1933]1996), em Explicações, aplicações e

orientações expõe quatro características importantes do professor na educação escolar das crianças: 1) precisa reconhecer a individualidade do objeto de sua influência educativa; 2) deve compreender o que está ocorrendo na mente do estudante; 3) ofertar a quantidade adequada de afeto; 4) Sustentar um nível eficaz de autoridade.

Além disso, deve incentivar a pulsão epistemológica do aluno, traduzida pelo desejo de saber que, por conseguinte, pode ser uma imago da curiosidade infantil frente ao enigma da sexualidade. Assim, segundo Mannoni (1993), tal pulsão pode levar a três destinos. Primeiro: permanece inibida fazendo com que a inteligência não se desenvolva. Segundo: caminha ativamente, porém continua sexualizada e a intelectualidade segue os prazeres, ansiedades, culpa e mesmo as perversões da esfera sexual polimorfa infantil. O produto disso não possui o valor que deveria alcançar para o indivíduo inserido na sociedade. Terceiro: A pulsão se destaca da sexualidade propriamente dita e passa a ser sublimada. O resultado é que a curiosidade atua livremente aparelhada a legítimos interesses intelectuais.

Assim, entre professor e aluno e na prática de ensinar e no ato de aprender, Almeida (1993) menciona que a afetividade é componente indissociável das estruturas cognitivas na medida em que durante a transmissão e assimilação de conceitos existe, antes de tudo, uma interação entre sujeitos. Interação esta que acaba por manifestar conteúdos tanto conscientes quanto inconscientes. Além disso, segundo a autora, é importante que o professor esteja ciente de como afeta e como é afetado pelas demandas do aluno. Sendo necessário avaliar as respostas que dá e o discurso que sustenta no intuito de “[...] conhecer as fantasias com as quais [...] se veste e é vestido” (BACHA, 2006, p. 65) pelo aluno.

Com efeito, o professor, pela posição de mestria ou perícia que ocupa no contexto educacional precisa despertar para a extensão de sua voz, para o estilo de sedução, encanto ou desprezo que seus ditos possam soar em sala de aula. Lembrando que, segundo Forbes (S/d), a posição de onde se fala é mais relevante (no sentido de reverberar) se comparado ao que se fala.

Daí a necessidade de ampliar os debates em torno da transferência (contratransferência) e da prática educativa no contexto escolar, visto que estas querelas podem e muitas vezes obstaculizam o processo de ensino-aprendizagem ou podem favorecer a passagem ao ato, tanto por parte do professor quanto do aluno, vindo a tomar direções insustentáveis quando o mestre não consegue administrar uma ligação de amor sublimado com seus discípulos e/ou manter controladas as aversões e ressentimentos que os alunos possam lhe dirigir. Portanto,

[...] No lugar da hipervalorização dos métodos de ensino e de aprendizagem, das técnicas para motivar os alunos e do arsenal tecnológico usado para diminuí-lo [...] o professor [continua sendo] [...] a figura fundamental da educação e [...] sua formação deveria merecer uma atenção especial. Incluindo a [...] formação psicológica, que [...] vem deixando a desejar e para a qual a psicanálise tem uma enorme e subutilizada contribuição. (BACHA, 2006, p 64).

A transferência (e a contratransferência ou desejo do analista, e no caso em

pauta, desejo do professor) deve ser identificada e, com o devido manejo, deve ser mantida em abstinência. Neste sentido, Almeida (1993), menciona que a transferência que ocorre entre professor e aluno geralmente se manifesta da seguinte forma: do lado do professor em *desejo de poder* e do lado do aluno em *desejo de saber*. Porém, a autora argumenta que o docente precisa abdicar do desejo de poder (ou de manifestar toda a sua perícia) para que o discente venha a manifestar o desejo de saber.

Isso pode ser realizado na medida em que o professor vai se utilizando menos dos métodos pedagógicos e valorizando mais os métodos andragógicos. Ou seja, vai buscando trabalhar em sala com questões problema, na aposta que o aluno poderá lidar e resolver tais questões. E assim o professor tenderia a perceber que o aluno não é um recipiente que precisa ser preenchido de conteúdos. Conteúdos estes, não raro, completamente esvaziados de sentido, de afeto e de associação com a realidade, como já denunciava Paulo Freire (1987).

Portanto, o ato de ofertar ao aluno a reflexão sobre aquilo que conhece e estuda favorece nele o desejo de saber, incentivando a pulsão epistemológica e podendo vir a culminar em um saber desejar sem necessariamente gerar dependência daquilo que o mestre ensina. À maneira do *discurso analítico* que tem como agente o objeto *a* (lugar de semblante) endereçado ao sujeito dividido. Objeto que parece causar desejo, mas que também causa um furo (de simbólico e de imaginário) no real e promove a interrupção do automatismo inconsciente da transferência vinculada à repetição da pulsão. E assim, “[...] o discurso do analista, antes que oferecer um saber positivo e objetivável sobre o inconsciente, encerra, como verdade, a inconsistência simbólica da bateria significativa [...]” (MELLO, 2010, p. 173).

A partir daí percebe-se a posição do agente para com o outro não de certeza, verdade ou mestria, mas, isto sim, de aposta em torno do surgimento de um sujeito (o aluno) em busca de saber sobre si e sobre o mundo. Um saber que nunca pode ser atingido completamente em virtude de estar vinculado à falta estrutural do *ser (parlêtre)*, sempre defrontado com o tema da doença, da velhice e da morte.

Nesta direção, é que se propõe, no intuito de dar conta e melhor vislumbrar os conceitos trabalhados sobre a transferência, trazer à baila o texto platônico, *O Banquete*, com ênfase no discurso estabelecido por Alcibíades e Sócrates, assim como fez Lacan no seminário VIII. Seminário que foi destinado ao estudo da *transferência*. Onde Lacan se apropria da obra citada, a fim de estabelecer comparações e distinções, explanando que a transferência e o desejo do analista, na clínica psicanalítica, são similares ao conceito de amor (dos *e*) aos jovens que anseiam afastar-se da ignorância através da busca de um saber: desde o início inalcançável.

Portanto, o banquete é uma obra que trata do amor. E cada personagem deveria fazer um elogio ao amor. Fedro, Pausânias, Erixímaco, Aristófanes, Agatão e Sócrates, eram os que iriam dissertar sobre o tema. Porém, Alcibíades chega no fim dos louvores. Aparece sem ser convidado e totalmente embriagado, e resolve, ao ver Sócrates no recinto, fazer um elogio a ele. Elogio que pode ser considerado tanto

como uma afronta ressentida quanto como um amor destemperado.

Sócrates foi mestre de Alcibíades, assim como de muitos outros, e com seu método de inquirição da verdade (método maiêutico) e ao mesmo tempo sua posição de distanciamento, de indiferença, de *agalma*, terminou por despertar nos discípulos, a exemplo de Alcibíades, uma transferência positiva com conteúdo erótico que depois se transformou em transferência negativa. Sócrates, inclusive, foi condenado à morte, em Atenas, por supostamente desviar os jovens do bom caminho. Sendo que, o escrito do Banquete foi realizado por Platão (que também foi seu discípulo) na tentativa de purificar a honra socrática (muito depois da morte de Sócrates).

Nesta perspectiva, percebe-se que a transferência pode ser um importante instrumento do professor na sala de aula para despertar nos alunos o desejo de saber que deve fazê-los atravessar a fantasia de que somente o mestre sabe sobre a verdade da ciência e permitir que os mesmos se apropriem da própria verdade (sempre relativa) e, assim, possam fazer algo daquilo que foram convidados a realizar pelo simples e paradoxal fato de estarem vivos.

Reiterando, o diálogo de Platão, O Banquete, diz respeito a uma inquirição sobre o Amor, não se faz apenas alusão ou elogio, procura-se entender a sua natureza. E assim expõem suas ideias: Fedro (numa perspectiva religiosa), Pausania (sociológica), Eriximaco (médica), Aristofanes (mítica), Agatão (estética) e Sócrates (filosófica). Porém, o Amor não sobrevive, não (r)existe a teorias, e eis que surge Alcibíades bagunçando o Simpósio, totalmente embriagado, entorpecido, como, de fato é a manifestação de Eros.

O Banquete acontecia em comemoração a Agatão que havia recebido um prêmio num concurso de tragédia. Os participantes combinaram de não beber muito e fariam discursos sobre o Amor. Alcibíades apareceu no fim das honrarias e já estava bêbado. Quando avistou Sócrates, se sentiu enciumado, pois ele possuía algo de precioso que a todos encantava, apesar da sua fealdade física. Alcibíades sabia que Agatão era agora o erómenos de Sócrates e quis deixá-lo de sobreaviso sobre a natureza distinta daquele Agalma (que era Sócrates).

Ora, quando se ama deseja-se possuir o objeto amado, introjetá-lo, fazê-lo parte de si, na tentativa de apaziguar o vazio, de tamponá-lo, de, até mesmo, deixar de desejá-lo, pois só se deseja aquilo que não se possui. Depois de possuído, o objeto parece perder o valor original.

Tal era a desvantagem de amar a Sócrates. A perda de seu valor original nunca acabava. Não havia possibilidade de destituição do lugar em que ele ocupava na cabeça dos discípulos. Pois, ele se colocava como aquele que amava, mas possuía uma atitude de não consumação da virtude da pederastia grega, o que levava os *amados* a desejarem, a passarem da passividade de serem apreciados para a atividade de amarem aquele a quem parecia nada temer, nada sentir, nada desejar e nada querer.

Nota-se que Sócrates, assim como Freud, se colocou a serviço de Eros. Sócrates, entretanto, parece não ter feito um manejo adequado da transferência que despertou

em Alcibíades, tal qual Breuer com sua paciente Anna O. Razão pela qual, em ambos os casos, os efeitos indesejáveis da transferência erótica terminaram por vir a lume em *praça pública*.

Já Freud, que possuía dons de leitura e observação das relações humanas despidas de uma visão de mundo religiosa ou moralizante, conseguiu servir-se de Eros em prol não do bem dos ditames sociais, mas para bem-dizer os sintomas na sua condição de retorno do recalcado e de manifestação de uma realidade psíquica que pedia para ser escutada e elaborada. Desta forma, é preciso que se entenda que só existe transferência em análise porque existe um analista para permitir que ela aconteça. E, nesses termos, Freud faz a seguinte consideração:

Instigar a paciente a suprimir, renunciar ou sublimar seus instintos, no momento em que ela admitiu sua transferência erótica, seria, não uma maneira analítica de lidar com eles, mas uma maneira insensata. Seria exatamente como se, após invocar um espírito dos infernos, mediante astutos encantamentos, devêssemos mandá-lo de volta para baixo, sem lhe haver feito uma única pergunta [...]. (FREUD, [1911-1913]1996, p. 213).

Para Freud, assim, não era interessante nem suprimir, nem servir-se da transferência erótica. Mas fazer dela um manejo apropriado. Em suma, utilizar-se de uma atitude de não resposta à demanda de amor que, geralmente, caracteriza a transferência no *setting* analítico.

Assim, o analista deve desejar, mas seu desejo não pode se achar na figura do analisante. Seu agalma precisa estar noutra lugar. Eis, o *a-tópico* da ação analítica. A necessidade da abstinência se encontra aí: no manejo da transferência a indicar para o analisante, durante o curso do tratamento, a não possibilidade da completude e a melhor maneira de lidar com o vazio estrutural a qual estamos todos, por conseguinte, condenados a sentir. Este vazio, habitualmente, nos faz buscar respostas às nossas perguntas mais fundamentais. E temos a tendência de colocar nas mãos dos outros o poder de dizer o que fazer ou não fazer de nós mesmos.

No que se refere ao processo de ensino-aprendizagem nos muros da Escola Regular, não raro, acontece de os objetivos de todos os profissionais do ensino, e, especificamente, do professor, ser focar nos aspectos cognitivos e na intelectualidade propriamente dita esquecendo-se de atinar para o fato de que a dimensão afetiva é intrínseca a todo o processo educativo e, por isso mesmo, precisa ser levada em consideração se se tem a responsabilidade e o compromisso de desenvolver seres humanos éticos e não somente com amplo cabedal teórico e técnico.

3 | METODOLOGIA

Para descrever o que é a Psicanálise, Freud ([1923/1922]1996, p. 253), menciona que ela

[...] é o nome de (1) um procedimento para a investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro modo, (2) um método (baseado

nessa investigação) para o tratamento de distúrbios neuróticos e (3) uma coleção de informações psicológicas obtidas ao longo dessas linhas, e que gradualmente se acumula numa nova disciplina científica.

Neste sentido, propomos estudar o conceito de transferência em psicanálise, através da consulta à bibliografia disponível sobre os escritos de Freud e o ensino de Lacan, entendendo-se que a psicanálise é uma disciplina científica que permite estabelecer teias de associação com outras disciplinas por estar habilitada a lançar luz sobre questões de cunho não só individual, mas também social. Ou seja, “[...] A psicanálise tomou como tema a mente individual, mas, ao fazer investigações sobre o indivíduo, não podia deixar de tratar da base emocional da relação dele com a sociedade [...]” (FREUD, [1913/G] 1996). E, conseqüentemente, estende seu interesse para áreas como a educação, no intuito de demonstrar que um ensino psicanaliticamente embasado pode salvar ou evitar que o sujeito venha a cair vítima de uma neurose (FREUD, [1913/H] 1996).

Portanto, tomando-se por base o referencial psicanalítico e alguns teóricos da educação, tentou-se manipular o conceito de transferência, transpondo-o para a realidade da prática educativa, especificamente no que diz respeito à relação professor-aluno. E, assim pretendeu-se tomar por comparativo o texto *O banquete*, com ênfase na situação, descrita no escrito, de Alcibíades, que foi discípulo de Sócrates e põe-se a fazer o elogio do mesmo diante de todos aqueles que estão no recinto fazendo um elogio ao amor.

Pretende-se, desse modo, refletir sobre os manejos possíveis para a transferência no ambiente educacional de maneira a permitir que o aluno possa trilhar o percurso da alienação frente ao desejo do Outro (no caso aqui tratado: o professor) até a separação necessária entre aquilo que o Outro quer e aquilo que se deseja no que tange aos caminhos da aquisição de conhecimentos e da pesquisa científica.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O professor (como o mais importante operador da educação das crianças e dos jovens) deve estar cômico de que sua visão de mundo, seu posicionamento político, seu comportamento social entra em jogo no ato de ensinar.

O próprio Freud, certa feita, manifestou a grande importância que seus mestres tiveram para que ele gostasse ou não de determinada matéria, conseguisse ou não compreender um conteúdo estudado.

(...) é difícil dizer se o que exerceu mais influência sobre nós e teve importância maior foi a nossa preocupação pelas ciências que nos eram ensinadas, ou pela personalidade de nossos mestres. É verdade, no mínimo, que esta segunda preocupação constituía uma corrente oculta e constante em todos nós e, para muitos, os caminhos das ciências passavam apenas através de nossos professores (...).

(...) Nós os cortejavamos ou lhes virávamos as costas; imaginávamos neles simpatias

e antipatias que provavelmente não existiam; estudávamos seus caracteres e sobre estes formávamos ou deformávamos os nossos. Eles provocavam nossa mais enérgica oposição e forçavam-nos a uma submissão completa; bisbilhotávamos suas pequenas fraquezas e orgulhávamo-nos de sua excelência, seu conhecimento e sua justiça. No fundo, sentíamos grande afeição por eles, se nos davam algum fundamento para ela, embora não possa dizer quantos se davam conta disso. Mas não se pode negar que nossa posição em relação a eles era notável, uma posição que bem pode ter tido suas inconveniências para os interessados. Estávamos, desde o princípio, igualmente inclinados a amá-los e a odiá-los, a criticá-los e a respeitá-los. (FREUD, [1914] 1996, p.248).

Portanto, indica-se nestas linhas a necessidade de maiores pesquisas sobre a importância do professor enquanto o maior e mais poderoso instrumento de aprendizagem na medida em que pode despertar o desejo de saber nos educandos ao diminuir seu desejo de poder e fomentar nos alunos a condição de serem ativos na escolha e responsabilidade pelos temas debatidos e estudados na sala de aula.

Lembrando que os métodos pedagógicos não devem ser prescindidos, porém também precisam ser adicionados métodos andragógicos na medida em que o aluno vai ganhando experiência no processo de conhecimento científico e tecnológico. Ou seja, inicialmente existe a dependência daquilo que o professor ensina ou indica para ser estudado, mas, com o tempo o aluno fica em condições de fazer suas pesquisas e de perceber o que é importante em seu percurso educativo. No entanto, para isso acontecer, deve-se estar em evidência não apenas a inteligência do aluno, mas sua afetividade, sua emotividade, capacidade social, cultural e artística.

Em outras palavras, os conteúdos devem fazer sentido e o professor não pode achar que detém o poder sobre os conhecimentos acumulados pela civilização, visto que a ciência e a tecnologia é um contínuo de verdades relativas que vão sendo confirmadas ou refutadas ao longo do tempo.

Enfim, fizemos um comparativo com o par Sócrates-Alcibíades apenas para estimular o leitor a conhecer (caso não conheça) a obra *O Banquete*, e para demonstrar que, mesmo quando o mestre é competente no conhecimento que ensina, ainda assim, deve atentar como afeta e é afetado pelos alunos em sala de aula; visto que, uma transferência e contratransferência mal compreendidas podem levar a resultados desastrosos tanto do lado do professor quando do lado dos alunos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. F. C. **O lugar da afetividade e do desejo na relação ensinar-aprender.** In. *Temas em Psicologia*. N.1, 1993. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v1n1/v1n1a06.pdf>>. Acesso em: 10 dez 14.

BACHA, M. S. C. N. **O mestre e seus Feitiços.** In. *Freud pensa a educação*. Revista Educação Especial: biblioteca do professor, n.1. São Paulo: Editora Segmento, 2006.

FORBES, J. **Os eixos da subversão analítica:** os quatro discursos(S/d). Disponível em: <<http://www.psicanaliselacianiana.com/estudos/documents/Oseixosdasubversaoanalitica-osquatrodiscursos.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2015.

FREUD, S. **A dinâmica da transferência (1912)**. In. *O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911-1913)*. Edição standard. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. **Observações sobre o amor transferencial (1911-1913)**. In. *O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos*. Edição standard. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. **O interesse sociológico da psicanálise (1913/G)**. In. *Totem e tabu e outros trabalhos (1913-1914)*. Edição standard. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. **O interesse educacional da psicanálise (1913/H)**. In. *Totem e tabu e outros trabalhos (1913-1914)*. Edição standard. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. **Algumas reflexões sobre a psicologia do escolar (1914)**. In. *Totem e tabu e outros trabalhos (1913-1914)*. Edição standard. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. **Dois verbetes de enciclopédia (1923[1922])**. In. *Além do princípio de prazer, Psicologia de grupo e outros trabalhos (1920/1922)*. Edição standard. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. **Explicações, aplicações e orientações (1933)**. In. *Novas Conferências introdutórias sobre psicanálise e outros trabalhos (1932-1936)*. Edição standard. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREIRE, P. **A concepção bancária da educação como instrumento da opressão**. Seus pressupostos, sua crítica. In. *Pedagogia do Oprimido*. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

LACAN, J. (1960-61). **O seminário, Livro 8: A transferência**. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

_____. (1958-59). **O seminário, Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

MANNONI, O. **Freud, uma biografia ilustrada**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994.

MELLO, B. N. **As teorias da linguagem em Lacan**. Pontifícia Universidade católica do Rio de Janeiro, 2010 (Tese de doutorado).

PLATÃO. **O banquete**. (Sem data). Virtualbooks. Virtual Books Online M&M Editores Ltda. Copyright© 2000/2003. Versão eletrônica do livro.

ROUDINESCO, E. PLON, M. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

O ENDOMARKETING E A PSICOLOGIA COMO INSTRUMENTOS DE MOTIVAÇÃO DO PÚBLICO INTERNO: UMA INOVAÇÃO NECESSÁRIA

Leonardo Batista Glória

Faculdade ITOP

Palmas - Tocantins

RESUMO: Evidenciou-se através deste estudo os desafios da nova realidade organizacional e um longo caminho a ser percorrido na construção histórica do perfil do psicólogo no contexto organizacional para que ele possa desenvolver atividades que auxiliem as empresas a se tornarem competitivas e sobreviverem nesse mercado globalizado. O presente estudo ainda desvenda as mudanças ocorridas na relação do homem com a sua atividade laboral, que agora requer novas competências e habilidades, e revela técnicas que possibilitam às organizações se ajustarem às novas tendências do mercado através de uma nova perspectiva trazida pelo Endomarketing. O processo de pesquisa empregou uma metodologia de pesquisa bibliográfica, numa abordagem qualitativa, isto é, que não se baseia no critério numérico. Mas visa compreender a relação entre os indivíduos e o problema a ser investigado. A literatura analisada mostra que os fatores que outrora foram sinônimos de sucesso para as organizações, atualmente podem sequer mantê-las operantes. A organização moderna precisa, portanto, estar sempre atenta às necessidades e expectativas

dos clientes internos num processo constante de informação e comunicação.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia Organizacional. Motivação. Liderança. Endomarketing

ENDOMARKETING AND PSYCHOLOGY AS INSTRUMENTS OF INTERNAL PUBLIC MOTIVATION: A NECESSARY INNOVATION

ABSTRACT: Through this study, the challenges of the new organizational reality and a long way to be covered in the historical construction of the profile of the psychologist in the organizational context were demonstrated so that he can develop activities that help companies to become competitive and survive in this globalized market. The present study also reveals the changes that have occurred in the relationship between man and his work activity, which now requires new skills and abilities, and reveals techniques that allow organizations to adjust to new market trends through a new perspective brought by Endomarketing. The research process used a methodology of bibliographical research, in a qualitative approach, that is, that is not based on the numerical criterion. But it aims to understand the relationship between individuals and the problem to be investigated. The literature analyzed shows that the factors

that once were synonymous with success for organizations can currently not even keep them operative. The modern organization must therefore always be attentive to the needs and expectations of internal customers in a constant process of information and communication.

KEYWORDS: Organizational Psychology. Motivation. Leadership. Endomarketing

1 | INTRODUÇÃO

A globalização traz consigo novas tecnologias e mudanças em um ritmo acelerado, desencadeando novas situações no mundo do trabalho. As mudanças ocorridas na relação do homem com a sua atividade laboral, agora requerem novas competências e habilidades, para que as organizações possam se ajustar às novas tendências do mercado através de uma nova perspectiva, a de que o grande diferencial competitivo está nas pessoas que formam a empresa.

Toda e qualquer profissão, exige do profissional: ética, visão de mundo, pesquisa, competência e flexibilidade. O Endomarketing se apresenta como uma ferramenta estratégica de fundamental importância na busca por vantagens competitivas. Quanto mais importante você fizer alguém se sentir, mais positiva será a atitude da pessoa em relação a você. Essa ferramenta permite, então, uma visão mais abrangente, ética e criteriosa da empresa, priorizando a comunicação, o reconhecimento e a valorização do colaborador interno, seu primeiro cliente. “A qualidade de produtos e serviços depende da qualidade de vida de quem o produz” (BEKIN 2004, p. 160).

2 | PSICOLOGIA ORGANIZACIONAL E DO TRABALHO

A Psicologia Organizacional é definida como uma área científica e profissional com a finalidade de investigar os fenômenos relativos ao fator humano nos processos organizacionais. Ela estuda diferentes abordagens teórico-metodológicas, dialogando com diversos campos do conhecimento como sociologia, antropologia, psicanálise, administração, dentre outros.

Trata-se de um conjunto de conceitos e práticas caracterizadas pela complexidade, no sentido de Edgar Morin, como tecido composto por diferentes fios, um conjunto de noções, técnicas, práticas e rede de saberes. Uma rede de pluralidades formada por interconexões sendo o trabalho/organizações os nós articuladores da rede. Essa complexidade se revela diante dos aspectos conceituais desse campo, que emergem a luz da história social e dos contextos políticos e econômicos resultando distintas abordagens sobre trabalho (LEÃO 2012, p. 3).

Diante dos grandes avanços tecnológicos, sociais e econômicos decorridos da revolução industrial, a Psicologia Organizacional surge como uma importante ferramenta na busca por respostas aos novos desafios no mundo do trabalho e das relações de produção. Havia grande preocupação com a seleção de candidatos qualificados para os cargos oferecidos, e com o aumento da produtividade, desempenho e eficiência

organizacional. Dessa forma foi o Taylorismo uma das teorias que mais contribuiu para a origem da Psicologia Organizacional.

Após esse período de preocupação com a produtividade, se deu o aparecimento de uma nova visão, focada nas situações de trabalho, isto é, uma preocupação com os fatores sociais e as relações humanas dentro das organizações. A partir daí surgiram diversos estudos sobre incentivos não-financeiros como liderança, motivação, relações interpessoais, etc.

Percebeu-se, então, que o homem não se motiva apenas com a satisfação de suas necessidades básicas como segurança, saúde e moradia, e assim as organizações passaram a entender que existem outras necessidades intrínsecas ao ser humano, como autoestima, reconhecimento e autorrealização.

Necessidades fisiológicas	Intervalos de descanso; conforto físico; horário de trabalho razoável; alimentação; sono; desejo sexual etc.
Necessidades de segurança	Condições seguras de trabalho; remuneração e benefícios; estabilidade no emprego; proteção contra doenças e perigos etc.
Necessidades sociais	Amizade e colegas; interação com clientes; gerente amigável; aceitação pelo grupo.
Necessidades de estima	Responsabilidade por resultados; orgulho e reconhecimento; promoções.
Necessidades de auto realização	Trabalho criativo e desafiante; diversidade e autonomia; participação nas decisões.

Fonte: Adaptação de CHIAVENATO 2014, p. 323

O advento da globalização e das novas tecnologias somado às grandes mudanças sociais tem desencadeado novas situações no mundo do trabalho. A relação do homem com a sua atividade laboral exige agora novas competências e habilidades, e as organizações, por sua vez, passam a fazer novos arranjos, mais flexíveis com a nova realidade.

Esse novo cenário trouxe algumas mudanças em relação às práticas tradicionais no ambiente organizacional. Conforme Kanaane (1999), as empresas têm buscado cada vez mais promover o desenvolvimento de seu pessoal adotando a cultura da educação continuada com o propósito de um aperfeiçoamento profissional constante.

A Psicologia Organizacional colabora com a análise de situações relacionadas ao ambiente externo das empresas, avaliando a escolha da profissão e das carreiras, também das consequências do trabalho informal, da relação do sujeito com seu trabalho fora da organização, e até mesmo do desemprego, e dessa forma, auxilia a população de desempregados na sua reinserção no mercado de trabalho.

2.1 Comportamento Organizacional

O estudo do Comportamento Organizacional busca entender como o indivíduo se comporta dentro do ambiente físico da organização, as relações interpessoais, as

organizações informais, isto é, os grupos que se formam dentro da empresa e o modo como cada indivíduo influencia no clima organizacional.

Na concepção de Maximiano (2005), as principais contribuições para o estudo do comportamento organizacional derivam da psicologia, no que diz respeito ao indivíduo como parte de um grupo e a sua interação com ele, (considerando aprendizagem, desenvolvimento, inteligência, motivação e personalidade), mas aceita também contribuições de áreas como: medicina, sociologia, antropologia, economia, etc.

O comportamento organizacional se divide em aspectos visíveis e invisíveis. Os aspectos visíveis se referem à composição da estrutura física da organização, os objetivos a serem alcançados e as políticas adotadas, bem como as tecnologias utilizadas. Os fatores invisíveis se referem ao comportamento das pessoas que formam a empresa, suas atitudes e escolhas dentro de um grupo, além das relações interpessoais e intergrupais.

Comportamento Organizacional é, por tanto, o campo de estudo das relações humanas dentro das organizações. Busca compreender as variáveis que compõem a estrutura organizacional, bem como o comportamento dos indivíduos e sua interação dentro dos grupos sociais aos quais pertence.

2.2 Motivação

Numa era marcada pela globalização e por grandes avanços tecnológicos, as empresas têm cada vez mais tomado consciência de que o fator humano é um elemento fundamental na busca por vantagens competitivas. As pessoas passam agora a ser consideradas o capital intelectual da organização.

O ser humano baseia sua conduta em estímulos, que podem ou não o levar a realizar determinadas atividades com prazer. Logo, seu comportamento advém da sua motivação. Quando se fala em motivação dos colaboradores, muitas empresas entendem como aumentos salariais ou bonificações. Porém, esse conceito de *homo economicus* é considerado ultrapassado, visto que a valorização e o reconhecimento do trabalho bem desenvolvido também podem satisfazer o funcionário e deixá-lo motivado.

Bezerra (2014) salienta que um colaborador, para ser motivado, não necessita apenas de recompensas financeiras. Há recompensas intrínsecas ao ser humano que proporcionarão prazer e realização pessoal ao colaborador favorecendo o crescimento e o trabalho em equipe, e tornando-o satisfeito com suas conquistas.

2.3 Liderança

Na Administração moderna o elemento “Direção” também é denominado como “Liderança”. No contexto atual, marcado por grandes avanços sociais e tecnológicos, uma das principais habilidades do administrador, é a habilidade de liderar pessoas. Liderança é “A habilidade de influenciar pessoas para trabalharem entusiasticamente

visando atingir objetivos comuns, inspirando confiança por meio da força do caráter.” (HUNTER 2006, p. 11).

Ainda conforme o autor, liderar é servir, é conquistar as pessoas de modo a convencê-las a se doarem por inteiro, colocando seu coração, mente, espírito, criatividade e excelência a serviço de um objetivo comum.

Entender a motivação das pessoas significa a compreensão de suas necessidades. Todo comportamento humano é motivado por uma necessidade. De acordo com Kurt Lewin *apud* Chiavenato (2014), toda necessidade cria um estado de tensão no indivíduo, uma predisposição à ação. Satisfeita essa necessidade cria-se outra e assim por diante. Caso esta necessidade não seja satisfeita, cria-se um conflito ou uma frustração.

Segundo Chiavenato (2014 p. 23) “O administrador deixa marcas profundas na vida das pessoas quando lida com elas e com seus destinos dentro das empresas, e sua atuação influencia também no comportamento de consumidores, fornecedores, concorrentes e demais organizações. Sua influência é interna e externa. “O administrador, dever ser, portanto, um agente educador e orientador, capaz de modificar comportamentos e atitudes.

Segundo Thomas Dewey *apud* por Allan e Bárbara Pease (2006, p. 11), “As maiores necessidades da natureza humana são: sentir-se importante ser reconhecido e ser valorizado”. Um bom líder deve saber elogiar comportamentos, fazê-los em público, ouvir as pessoas com atenção e retribuir gentilezas, fazendo com que seus liderados sintam-se importantes como pessoa e profissionalmente.

Assim sendo, o líder deve buscar a sua própria identidade, privilegiando sempre a comunicação, a assertividade e o feedback, e estar, sobretudo, sempre preparado para um eventual processo de mudança, pois a realidade muda constantemente.

2.4 Marketing

Na visão de Bekin (2004, p. 24), “Marketing é o processo que envolve concepção, produção, fixação de preço, promoção e distribuição de produtos ou serviços com a finalidade de satisfazer as necessidades e expectativas dos clientes”. O marketing envolve todas as atividades da empresa, ou seja, além de satisfazer as necessidades dos clientes também promove a interação e integração entre todos os setores.

[...] marketing é ao mesmo tempo uma filosofia, uma forma de organização empresarial e, de maneira específica, um conjunto de atividades e instrumentos que ligam a empresa ao cliente. Essa ligação cliente-empresa se desenvolve em termos de uma troca mútua. A empresa satisfaz com seu produto a expectativa do cliente e o cliente dá lucro à empresa, mantendo-a viva e operante [...] (BEKIN 2004, p. 27).

Até bem pouco tempo atrás, o foco das empresas estava na produção, na colocação do produto no mercado e nas formas de atrair clientes. Num comparativo entre marketing e cliente, o cliente é soberano, ele é o propósito das empresas. De acordo com Kotler (2006, p. 14) *apud* (Dória, Pereira e Papandréa 2013, p. 6), “a

orientação do marketing prevê uma filosofia concentrada no cliente, cujo foco muda do cliente certo para o produto, para, o produto certo para o cliente”.

2.5 Endomarketing: evolução histórica

Conforme Grönroos (1995), os colaboradores antes considerados substituíveis, hoje são a chave para o sucesso das empresas. Clientes internos satisfeitos criam vínculos afetivos com a organização. Para isso, o Endomarketing traz um conjunto de técnicas que visa desenvolver o potencial de cada pessoa. São ações de marketing direcionadas ao público interno das organizações.

Endomarketing consiste em ações de marketing dirigidas para o público interno da empresa ou organização. Sua finalidade é promover entre os funcionários e departamentos os valores destinados a servir o cliente ou, dependendo do caso, o consumidor. Essa noção de cliente, por sua vez, transfere-se para o tratamento dado aos funcionários comprometidos de modo geral com os objetivos da empresa (BEKIN 2004, p. 3).

Nessa nova estrutura organizacional a ordem é atrair e reter clientes, tendo como prioridade atender as suas necessidades. No entanto, não se trata apenas de entregar o produto ou serviço no tempo e dentro das conformidades, mas satisfazer ou até mesmo ultrapassar as expectativas de qualidade. Esse novo comportamento que vem tomando conta das organizações, estimulado pelo Endomarketing traz um pensamento focado cada vez mais na qualidade dos serviços prestados com consciência e sustentabilidade social, ambiental e cultural.

Ainda, segundo Bekin (2004, p 4), “mais do que um nome ou uma marca, Endomarketing é um conceito, uma postura, uma atitude e um comportamento, um instrumental que corresponde a uma nova abordagem para o mercado”. O grande diferencial agora está nas pessoas, e as empresas procuram cada vez mais promover melhorias que reflitam na satisfação do cliente interno, fazendo-o se sentir valorizado, prestigiado e alinhado à organização.

A todo momento surgem novas tecnologias, novas técnicas e novos conceitos. O mundo está em constante mudança, e o mercado está cada vez mais competitivo, necessitando de novas respostas adequadas às situações. A razão de ser de toda empresa é vender, e para isso exige-se um relacionamento interno harmônico, com envolvimento total dos colaboradores e comprometimento com os objetivos da empresa.

O Endomarketing surgiu, então, da necessidade de resolver entraves como falta de integração entre departamentos e equívocos relacionados às responsabilidades dos mesmos, tanto individualmente quanto ao todo da empresa.

Quando Bekin utilizou pela primeira vez o termo Endomarketing ele queria demonstrar que o Marketing deve se preocupar consigo mesmo, ou seja, é um conceito que esclarece sobre a postura, as atitudes, e os costumes voltados para o público interno das organizações, tornando-se um diferencial na busca por caminhos

que proporcionem vantagens competitivas em um mercado cada vez mais exigente.

A competitividade é o que rege o mundo globalizado e as empresas devem estar preparadas estrategicamente para eventuais mudanças de cenários, e assim se adaptarem o mais rápido possível às novas tendências.

Na atual conjuntura as empresas não podem julgar que sua função seja apenas produzir e colocar no mercado, mas alcançar a plena satisfação de seus clientes e conquistá-los. Esse pensamento deve ser expandido para todos os departamentos, motivando as pessoas a aderir à ideia. O objetivo de qualquer empresa é atrair e reter clientes e fazer com que eles sintam prazer em permanecer com ela.

2.6 Endomarketing: uma inovação necessária

Até algum tempo, para se obter excelência no ramo empresarial pensava-se exclusivamente em aumentar o volume de vendas e alcançar maior participação no mercado. O foco sempre foi vender o produto, sem se perguntar se o cliente estava realmente satisfeito, tampouco se pensava nos colaboradores da empresa.

O Marketing de volume na atual conjuntura representa perda de lucro. A nova realidade trazida pela globalização indica que agregar valor ao produto ou serviço e torná-lo mais necessário para o consumidor é a resposta mais adequada, e o colaborador é peça-chave para que isso aconteça.

Quanto mais importante você fizer alguém se sentir, mais positiva será a atitude da pessoa em relação a você. Assim, quando funcionários e clientes são tratados de modo satisfatório, percebe-se ali uma ação intuitiva de Endomarketing

Endomarketing é um esforço planejado usando uma abordagem mercadológica para superar a resistência organizacional às mudanças e obter alinhamentos, motivar interfuncionalidades integrando funcionários para uma implantação eficaz de estratégias corporativas e funcionais a fim de atingir a satisfação do cliente por meio de um processo de criação de funcionários motivados e orientados para o cliente (BEKIN 2004, p. 51).

O Endomarketing deve preceder o Marketing e não o contrário. Dessa forma, as mudanças de atitude são de fundamental importância para a promoção da cooperação e integração nos diferentes níveis da organização. O Endomarketing permite então uma abordagem mais abrangente, ética e criteriosa da empresa, privilegiando a comunicação não apenas no sentido hierárquico verticalizado, mas também no âmbito da estrutura organizacional, no sentido horizontal, valorizando assim o colaborador, primeiro cliente da empresa.

O administrador moderno precisa então, desenvolver um trabalho direcionado e orientado não apenas para o cliente, mas também para a valorização do funcionário, empoderando-o, transmitindo-lhe responsabilidade, vontade e iniciativa.

[...] o que deve prevalecer é a noção de harmonia entre a empresa e seus inúmeros ambientes-satélites: funcionários, fornecedores, intermediários, companhias de transporte, revendedores, distribuidores, agentes e muitos outros (BEKIN 2004, p. 141).

O papel do Endomarketing é integrar e alinhar departamentos para garantir o sincronismo de atividades, através da motivação e envolvimento dos funcionários, lembrando sempre que a teoria nem sempre é uma verdade pronta, acabada e definitiva. Ela é construída a partir da prática e está sujeita a constantes reelaborações com base na crítica e na experiência.

E a teoria somente é adequada quando exprime a realidade e favorece a prática. Por isso, ela se reforma continuamente, construindo novas ideias e definições. Toda teoria é válida somente quando se utiliza dela para ultrapassá-la e chegar a um patamar mais elevado, isso se chama inovação.

Gerar lucros pelo processo de atender a anseios é a função primordial da empresa. Para isso ela precisa manter-se bem sucedida no mercado, isto é, com vantagem competitiva. E isso só será possível, segundo a literatura especializada, se a organização lembrar sempre de que os colaboradores são os primeiros clientes e promover o conhecimento integrado da empresa.

Tudo isso será mais facilmente alcançado através do Endomarketing como ferramenta de motivação do público interno, uma inovação necessária. Afinal, são as práticas individuais que desencadeiam as ações coletivas que vão produzindo exemplos, uma poderosa forma de se alcançar resultados. E como o próprio Bekin (2004, p. 167) acredita: “O tempo vai mostrar aos céticos que investir na qualidade das pessoas que formam a empresa é fundamental.”

3 | PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Na tentativa de conhecer bem o objeto de estudo, o processo de pesquisa empregou uma metodologia de pesquisa bibliográfica, com a certeza de que essa opção é suficiente para abranger o objeto de estudo em sua totalidade.

Sem dúvida, de acordo Minayo (1994), citada por Glória (2007, p. 38), “é importante organizar, sistematizar, propor um roteiro, um método que seja suporte e orientação no processo de elaboração do conhecimento do objeto de estudo, para que se consiga vencer cada etapa “lendo” e “escrevendo” a realidade”.

Para Mazzott e Gewandsznajder (2002, p. 03), *apud* Silva (2015, p. 29), uma metodologia pode ser definida como “um conjunto de regras para se tentar solucionar um problema, e que no método científico as regras são gerais, passíveis de erros e necessitam da imaginação e intuição do pesquisado”.

Dessa forma, foi aplicada no decorrer da investigação a pesquisa de natureza qualitativa que como afirma Malhotra e Oliveira (2004) *apud* Bezerra (2014, p. 50), “é preciso efetuar pesquisa qualitativa para que se possa compreender o problema, pois este instrumento apresenta uma forma não-estruturada, que permite interpretar a subjetividade do sujeito, que tem uma relação com a realidade”.

E ainda, sobre esse tipo de amostragem, a pesquisa qualitativa, Minayo (1994),

citada por Glória (2007), esclarece que ela não se baseia no critério numérico. “Seu interesse é descobrir quais indivíduos sociais têm uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado”. E “amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões” (p. 39).

4 | RESULTADOS

Na busca por vantagens competitivas o Endomarketing deve preceder o Marketing, promovendo melhorias na comunicação interna e na qualidade de vida no trabalho. Carvalho (2014) explica que para isso, a empresa precisa desenvolver ações e programas que visem satisfazer as reais necessidades dos trabalhadores facilitando assim o desempenho de suas atividades.

Ainda de acordo com a autora, as pessoas produzem mais quando se sentem satisfeitas e envolvidas com seu ambiente organizacional. Dessa forma, a integração entre os departamentos é de fundamental importância, pois inspira confiança e aumenta a satisfação, a produtividade e a qualidade de vida no trabalho.

Bekin (2004), por sua vez, pondera que a delegação de poder pode fortalecer a autoconfiança dos colaboradores e os encorajar na tomada de decisões, permitindo assim que eles assumam responsabilidades. Segundo ele, as pessoas sentem necessidade de contribuir ativamente dentro dos grupos sociais aos quais pertencem, necessitam de valorização e reconhecimento.

O cenário atual caracteriza-se por grandes mudanças, tendo como principal recurso a tecnologia, e assim, dobram-se a informação e o conhecimento em um ritmo muito acelerado. Por isso, na busca por vantagens competitivas, a chave para a eficiência está na valorização do capital humano da empresa. As organizações são constituídas de pessoas e dependem delas para atingir seus objetivos e cumprir suas missões. Afinal, são essas pessoas que detêm o conhecimento e os transformam em informação.

Para ser bem sucedida no mercado e continuar com vantagem competitiva, a empresa, segundo a literatura especializada precisa lembrar sempre de que os colaboradores são os primeiros clientes. Com isso, ela precisa cuidar do treinamento de seus colaboradores numa visão ampliada pelo Endomarketing, precisa capacitá-los em relação ao aprendizado de técnicas, conceitos e atitudes, isto é, ao envolvimento, à motivação, e ao comprometimento com as metas e objetivos.

Um dos principais desafios do administrador no atual contexto é transformar grupos de pessoas em equipes eficazes capazes de crescer e se auto-gerenciar. Para isso, Chiavenato (2014) explica que os colaboradores precisam da formação necessária que lhes dê a consciência da importância da valorização do convívio social de maneira saudável e também da necessidade de alcançar objetivos coletivamente.

Cada realidade empresarial requer decisões específicas e são as pessoas que executam, organizam, assessoram e pesquisam as atividades. Infere-se disso que as organizações precisam buscar cada vez mais, colaboradores que agreguem valor

a sua marca, que transformem seu conhecimento em ação. O capital intelectual é, afinal, o maior patrimônio pessoal do administrador.

A organização moderna, portanto, precisa estar sempre atenta às necessidades e expectativas dos clientes internos e externos num processo constante de informação e comunicação. E ainda promover mais interação entre as pessoas e a dinamização da organização. Afinal, a principal vantagem competitiva de uma organização decorre das pessoas que há compõem.

Se a empresa estiver sempre atenta às necessidades dos clientes internos e externos sua velocidade de reação será mais rápida, completa, e poderá, assim, sincronizar as ações entre os colaboradores e gestores, inspirando confiança e respeito em um ambiente agradável e aberto a mudanças. Pois quanto mais for dado ao colaborador o feedback que ele deseja, mais positiva será a sua atitude em relação a empresa.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo se mostrou ao longo de sua construção, de fundamental importância, ao evidenciar as aceleradas mudanças pelas quais vem passando o mercado atual. E mostrar como Endomarketing traz uma nova mentalidade, a de que o grande diferencial competitivo das organizações está nas pessoas que as compõem. E que as empresas devem, portanto, agregar valor ao produto ou serviço, torná-lo mais necessário para o consumidor e o colaborador é peça-chave para que isso aconteça.

O Endomarketing consiste numa ferramenta essencial na administração moderna, com a finalidade de promover práticas e desenvolver valores que visam o crescimento e o amadurecimento dos colaboradores. E de priorizar as necessidades de reconhecimento e valorização no ambiente de trabalho e a relação desses fatores com a produtividade e a qualidade dos produtos/serviços.

A psicologia, ao longo da história tem dado uma importante contribuição no campo da administração, além da sua importância para a compreensão dos fatores que influenciam no modo como as pessoas se comportam dentro das empresas e na sua interação com os diversos grupos aos quais estão inseridas.

Os clientes, mais atentos e exigentes esperam agora por criatividade e inovação, mais que isso, espera-se que os produtos/serviços excedam as expectativas. Os fatores que outrora eram sinônimos de sucesso nas organizações, atualmente podem sequer mantê-las ativas no mercado. O foco sempre foi vender sem se preocupar com as reais necessidades dos clientes, tampouco se pensava nos colaboradores.

O grande diferencial agora está nas pessoas, e as empresas procuram cada vez mais promover melhorias que reflitam na satisfação do cliente interno, fazendo-o se sentir valorizado, prestigiado e alinhado à organização.

Dessa forma, o Endomarketing se apresenta como um novo conceito, uma nova

postura, uma nova atitude e um novo comportamento, um instrumental que corresponde a uma nova abordagem para o mercado.

REFERÊNCIAS

PEASE, Allan; PEASE, Barbara. **Como Conquistar as Pessoas**. Rio de Janeiro. Sextante, 2006.

BEKIN, Saul Faingaus. **Endomarketing: como praticá-lo com sucesso**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

BEZERRA, Hádylly da Costa. **ANÁLISE DO ÍNDICE DE ROTATIVIDADE**. Caso: Supermercado Super Big (Mello e Silva Ltda.). 98 f. Monografia (Administração) – Faculdade ITOP, Palmas, 2014.

CARVALHO, Maria de Fátima de Sousa. **Introdução à teoria geral da administração**. Editora Manole Ltda. 9ª ed. São Paulo, 2014.

DÓRIA, Felipe Alessandro; PEREIRA, Everson Danilo; PAPANDRÉA, Pedro José. **Marketing. Caminho para a Satisfação e Fidelização do Cliente**. Educação em foco, Edição n° 07, Mês/Ano: 09/2013, páginas: 31 – 38. Disponível em: <http://www.unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/gestao_foco/artigos/ano2013/setembro/marketing.pdf>. Acesso em: 09 set. 2017.

GLÓRIA, Ana Rosa Batista. **Alfabetização e letramento: pensando a prática pedagógica**. Monografia (graduação em Pedagogia) – Universidade Federal do Tocantins, Campus Universitário de Miracema, Miracema do Tocantins – TO, 2007.

GRÖNROOS, Christian. **Marketing: Gerenciamento e Serviços – a competição por serviços na hora da verdade**. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

HUNTER, James C. **Como se tornar um líder servidor**. Rio de Janeiro: Sextante, 2006

KANAANE, Roberto. **Comportamento humano nas organizações: homem rumo ao século XXI**. São Paulo: Atlas, 1999.

LEÃO, Luís Henrique da Costa. **Psicologia do Trabalho: aspectos históricos, abordagens e desafios atuais**. Rio de Janeiro: ECOS, 2012. Disponível em: <<http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/viewFile/1008/722>>. Acesso em: 13/jul. 2018.

MAXIMIANO, Antônio César Amaru. **Teoria geral da administração: da revolução urbana à revolução industrial**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2005.

SILVA, Leandro Mendes Martins da. **Qualidade na prestação de serviços do seguro automóvel dos clientes da empresa real soberana corretora e administradora de seguros**. Trabalho de Graduação (Graduação em Administração) – Faculdade ITOP, Palmas-TO, 2015.

SOBRE A ORGANIZADORA

ROSANE CASTILHO Graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (1989), Doutorado em Educação pela Universidade Católica Argentina - Santa Fe (2010). Pós-Doutorado pelo Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. Docente Titular de Psicologia da Universidade Estadual de Goiás. Membro associado da Sociedade Brasileira de Psicologia. Pesquisadora nas áreas de Psicologia e Educação, na temática: juventudes: educação e cultura. Membro-fundador do Observatório Juventudes na contemporaneidade em parceria com pesquisadores da UFG, IFG, PUC Goiás e Cajueiro. Contato: rosanecastilho.ueg@hotmail.com

ÍNDICE REMISSIVO

A

Adolescentes 118, 120, 121, 124, 126, 136

D

Depressão 83, 84, 87, 88, 118, 124

E

Educação 15, 17, 34, 92, 106, 108, 112, 125, 137, 139, 142, 146, 154, 166, 167

Endomarketing 156, 157, 161, 162, 163, 164, 165, 166

Estigma 26, 33, 34, 112

G

Gênero 44, 49, 53, 119, 120, 123

H

Hanseníase 26, 33, 34, 120

HIV/AIDS 6, 52, 53, 62

I

Inclusão 104

M

Maternidade 94, 101, 102

Motivação 156, 159

N

Neurociência 5, 138, 139, 145

P

Políticas públicas 5, 25, 114, 119

Preconceito 26

Psicanálise 5, 17, 148, 152, 155

Psicologia 2, 5, 1, 12, 13, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 34, 35, 36, 37, 41, 42, 50, 52, 63, 94, 95, 96, 97, 101, 102, 103, 104, 108, 111, 115, 116, 119, 124, 125, 126, 136, 138, 139, 144, 154, 155, 156, 157, 158, 166, 167

R

Religião 92, 93

S

Saúde mental 114, 118, 119

Sexualidade 53

Sociopsicodrama 1, 3

T

Tabagismo 6, 64, 81, 82

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-7247-495-5



9 788572 474955