

A PSICOLOGIA COM FOCO NAS MÚLTIPLAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL

**RUI MAIA DIAMANTINO
(ORGANIZADOR)**



A PSICOLOGIA COM FOCO NAS MÚLTIPLAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL

**RUI MAIA DIAMANTINO
(ORGANIZADOR)**



2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação: Natália Sandrini

Edição de Arte: Lorena Prestes

Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

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

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa

Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima

Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie di Maria Ausiliatrice

Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão

Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará

Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste

Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador

Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano

Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná

Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
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. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
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. Msc. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adailson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Msc. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Msc. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
 Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
 Prof. Msc. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
 Prof. Msc. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
 Prof^a Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
 Prof. Msc. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
 Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Prof^a Msc. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
 Prof^a Msc. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
 Prof^a Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Prof. Msc. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof. Msc. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual de Maringá
 Prof. Msc. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof^a Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
 Prof^a Msc. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
 Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
 (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

P974 A psicologia com foco nas múltiplas práticas em saúde mental
 [recurso eletrônico] / Organizador Rui Maia Diamantino. – Ponta
 Grossa, PR: Atena, 2020.

Formato: PDF.

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader.

Modo de acesso: World Wide Web.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-7247-984-4

DOI 10.22533/at.ed.844201902

1. Psicologia – Pesquisa – Brasil. 2. Saúde mental. I. Diamantino,
 Rui Maia.

CDD 150

Elaborado por Maurício Amormino Júnior | CRB6/2422

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

APRESENTAÇÃO

Este volume tem em seu bojo as múltiplas faces da atuação da Psicologia e suas contribuições para as práticas de saúde mental.

Na contemporaneidade, os transtornos alimentares e dismórficos andam *paripassu* com os comportamentos em torno do culto ao corpo em dimensões que podem ser consideradas epidêmicas. Independente de gênero e faixa etária, tais transtornos requerem a devida atenção para uma significativa parte da população que está envolvida com processos de sofrimento mental relacionados aos citados transtornos.

O envelhecimento populacional também não pode ser descartado das cogitações em saúde mental devido a esse conhecido processo que tem dimensões mundiais. Estabelecer discussões sobre métodos e recursos para promover a qualidade de vida da faixa etária da terceira idade é uma proposta sempre positiva em uma publicação de temas psicológicos.

Em se considerando a questão da medicalização e seus efeitos (des) subjetivantes, permanecem indagações sobre as quais a Psicologia e a Medicina precisam ampliar o diálogo para que não se perca a dimensão da tradição humanística da primeira na compreensão do que se constitui o “ser” humano. Nesse sentido, a Fenomenologia, aqui, comparece para mostrar que o tratamento dos distúrbios mentais não pode relegar a segundo plano uma interpretação mais substantiva desse “ser”.

Em conjunto com a reflexão fenomenológica, no que tange ao contexto da Reforma Psiquiátrica, a discussão sobre a condição do louco custodiado na instituição psiquiátrica permanece atual. Sabe-se que essa reforma ainda está sob um pêndulo de indecisões nas políticas públicas de saúde no Brasil que não podem ser escamoteadas.

A contribuição da pesquisa quantitativa em torno da epilepsia em dois trabalhos aqui publicados aponta para a pesquisa neuropsicológica, a qual vem enriquecendo o conhecimento do funcionamento humano e seus distúrbios. Os métodos estatísticos presentes neste volume, afirmam a perspectiva objetiva que a Psicologia propõe no avanço dos estudos em saúde mental.

Finalmente, observe-se que a saúde mental das gestantes também é contemplada ao se discutir a importância do Pré-Natal Psicológico como forma de evitar problemas no puerpério e no pós-parto. Sabe-se que distúrbios importantes impactam durante a gestação e logo ao nascimento da criança por se tratar de um momento por demais significativo para a mulher. Prover uma discussão sobre os resultados de ações e programas de assistência à gestante é relevante para a Psicologia.

Com esse quadro amplo de contribuições da Psicologia sobre os diversos ângulos da saúde mental, desejamos ao leitor o máximo de aproveitamento dos textos aqui disponibilizados.

Rui Maia Diamantino

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A ESCUTA DO PSICÓTIPO HOMICIDA NUMA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA: O SUJEITO DO ATO PREVALECE SOBRE O ATO DO SUJEITO	
Mariana Lisbôa Almeida Rui Maia Diamantino Cláudia Regina de Oliveira Vaz Torres	
DOI 10.22533/at.ed.8442019021	
CAPÍTULO 2	15
A SUBJETIVAÇÃO E A MEDICALIZAÇÃO NO ACOMPANHAMENTO SOCIOEDUCATIVO	
Daniela Aparecida Araujo Fernandes Roberta Carvalho Romagnoli	
DOI 10.22533/at.ed.8442019022	
CAPÍTULO 3	25
ATIVAMENTE - PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA NO TRABALHO COM IDOSOS EM SAÚDE MENTAL	
Michelle dos Santos Campos Raissa Bonfim Silveira André Gordilho Joaquim de Carvalho Nadja Pinho dos Santos	
DOI 10.22533/at.ed.8442019023	
CAPÍTULO 4	34
CARACTERIZAÇÃO DE AMOSTRA E PERFIL NEUROPSICOLÓGICO DE PACIENTES COM EPILEPSIA FÁRMACO-RESISTENTE	
Larissa dos Santos Aleixo Samira Maria Fiorotto Karina Kelly Borges	
DOI 10.22533/at.ed.8442019024	
CAPÍTULO 5	45
<i>ESPELHO, ESPELHO MEU...</i> A INFLUÊNCIA DAS MÍDIAS SOCIAIS NO DESENCADEAMENTO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES E DISMÓRFICOS	
Dalvina Siqueira Costa Raissa Rabelo Marques Rebouças	
DOI 10.22533/at.ed.8442019025	
CAPÍTULO 6	54
FENOMENOLOGIA E SAÚDE MENTAL: UM APELO AO RESGATE DA EXPERIÊNCIA DO SUJEITO EM SOFRIMENTO PSÍQUICO	
André Pimenta de Melo Bruno Bauer Saracino Bruno Ferrari Emerich Ellen Cristina Ricci Rosana Onocko-Campos	
DOI 10.22533/at.ed.8442019026	

CAPÍTULO 7	71
RELATO DE EXPERIÊNCIA EM ESTÁGIO OBRIGATÓRIO NO CURSO DE PSICOLOGIA EM UM PROJETO INSTITUCIONAL DE INCLUSÃO DA PESSOA IDOSA	
Denise Soares Melo	
Juliana Maria Santos Parente Almeida de Carvalho	
Kalina Galvão Cavalcante de Araújo	
Raffaella Mercedes da Silva Sousa	
Úrsula Emanuela Araújo Barbosa	
DOI 10.22533/at.ed.8442019027	
CAPÍTULO 8	78
SAÚDE MENTAL DA GESTANTE: PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO E SUAS FUNCIONALIDADES	
Perolaine Paz Tenório Cavalcanti	
Rayanne Gabriela Alves Rosa Silva de Arruda	
Kelvyn José Gomes Paulino	
DOI 10.22533/at.ed.8442019028	
CAPÍTULO 9	83
TESTE DOS CINCO DÍGITOS E TESTE DE TRILHAS NA AVALIAÇÃO DAS FUNÇÕES EXECUTIVAS DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA	
Larissa dos Santos Aleixo	
Samira Maria Fiorotto	
Karoline Pereira dos Reis	
Marina Cury Tonoli	
Andressa Aparecida Garces Gamarra Salem	
Karina Kelly Borges	
DOI 10.22533/at.ed.8442019029	
SOBRE O ORGANIZADOR	92
ÍNDICE REMISSIVO	93

A ESCUTA DO PSICÓTICO HOMICIDA NUMA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA: O SUJEITO DO ATO PREVALECE SOBRE O ATO DO SUJEITO

Data de aceite: 14/02/2020

Mariana Lisboa Almeida

Graduada em Psicologia pela Unifacs
marianalisboa.psi@gmail.com

Rui Maia Diamantino

Psicólogo, doutor/UFBA.
rui.diamantino@gmail.com

Cláudia Regina de Oliveira Vaz Torres

Psicóloga, doutora/UFBA.
claudiavaz@unifacs.br

RESUMO: O presente artigo tem por objetivo analisar o discurso do louco que cometeu homicídio, por meio de uma escuta ativa no Hospital de Custódia e Tratamento de Salvador (HCT) – Ba. Foi realizada pesquisa de cunho qualitativo por meio de observação participante na qual foi aplicada a escuta psicanalítica combinada com entrevistas semiestruturadas com cinco pacientes. Através na construção narrativa dos custodiados, dois temas emergiram dos discursos: o sistema familiar e o arrependimento sobre o delito cometido. Do ponto de vista da interrelação entre os resultados da pesquisa e a perspectiva psicanalítica, as conclusões apontam para uma percepção dos atendimentos que os pacientes

tiveram pais ausentes, agressivos, falecidos e/ou usuários de substâncias psicoativas, ou seja, não apresentavam uma postura do cuidado, pois estavam impossibilitados de reconhecer aquelas crianças como sujeitos singulares, únicos. A escuta psicanalítica ressaltou a importância da singularidade da pessoa custodiada como forma de evitar que o preconceito social a segregue de forma permanente entre os muros da prisão.

PALAVRAS-CHAVE: Psicanálise; Loucura; Hospital de Custódia e Tratamento; Psicologia.

ABSTRACT: This article aims to analyze the speech of the madman who committed murder, through active listening at the Hospital of Custody and Treatment of Salvador (HCT) - Ba. Qualitative research was carried out through participant observation in which psychoanalytical listening was combined with semi-structured interviews with five patients. Through the narrative construction of the custodians, two themes emerged from the speeches: the family system and regret about the crime committed. From the point of view of the interrelation between the results of the research and the psychoanalytic perspective, the conclusions point to a perception of the care that the patients had absent, aggressive,

deceased and / or users of psychoactive substances, that is, they did not have a posture of the be careful, as they were unable to recognize those children as singular, unique subjects. Psychoanalytic listening highlighted the importance of the person in custody as a way of preventing social prejudice from segregating him permanently between the prison walls.

KEYWORDS: Psychoanalysis; Mental illness; Hospital Custody and treatment; Psychology.

1 | INTRODUÇÃO

O termo psicose é um tema bastante presente tanto no imaginário social, quanto na Medicina e do campo científico de maneira geral. No primeiro aspecto, o termo é amplamente utilizado no meio social e, inclusive, serviu de título para um dos *thrillers* mais consagrados do cinema: Psicose (Psycho, no original), de Alfred Hitchcock (1960).

Carvalho, Costa e Bucher-Maluschke (2007) afirmam que, embora a causa ontológica da psicose seja indeterminada, ela é considerada como um transtorno que tem interconexão de fatores biológicos, culturais, psicológicos e sociais, onde tipicamente, o desenvolvimento dos episódios psicóticos são divididos em três fases: prodrômica (período anterior ao desenvolvimento dos sintomas, passível de ser identificada de maneira retrospectiva), aguda (fase que apresenta alucinações, delírios e discurso desorganizado) e de recuperação (estágio após seis meses de tratamento).

Meyer (2004) pensa a psicose enquanto um estado fora do laço social. Retomando as proposições lacanianas de que todo discurso está relacionado ao gozo e da noção freudiana de *verwerfung* (rejeição), ou seja, do processo de forclusão do Nome-do-Pai, ela afirma que o psicótico possui uma relação particular com o simbólico, particularidade que, nas palavras de Lacan – comparando ao neurótico enquanto testemunho velado do inconsciente –, torna o psicótico uma testemunha fixada, imobilizada (MEYER, 2004). Em termos práticos, Meyer pontua que o psicótico é aquele que se organiza com sua própria lógica, fora do ambiente social.

Aguiar (2011) define a psicose sob a abordagem da medicina e da psiquiatria de maneira específica. Para a primeira, a definição reside em uma síndrome que abrange a: esquizofrenia, transtorno esquizotípico; delirante persistente; o psicótico agudo e transitório; o transtorno delirante induzido; o transtorno esquizoafetivo; além dos transtornos psicóticos sem procedência orgânica, isso na perspectiva do CID-10 (2011). Para o DSM-IV-TR, a psicose abrange a esquizofrenia e outros tipos de transtornos específicos.

Na visão psiquiátrica, a psicose é definida como um conjunto de transtornos que comprometem o sistema cognitivo, alterando o comportamento do indivíduo podendo levar a uma falsa noção da realidade, excesso de subjetivismo e impossibilidade de alteração das noções a partir de evidências. Nesse sentido, Aguiar aponta para o fato de que em decorrência da psicose, o indivíduo esquizofrênico – principal forma de psicose – pode apresentar uma profunda mudança na relação entre o sujeito e o mundo, acarretando em perda de controle e sensação de invasão do mundo exterior sobre o mundo interno (AGUIAR, 2011).

Mas como as psicoses podem ser implicadas no ato homicida?

Em sua obra intitulada *Totem e tabu*, escrito em 1913, Freud (1987) chama a atenção para o fato de que o crime se constitui como algo que os homens têm inclinação natural para fazer, mas que as leis proíbem. Ao se referir ao desejo inconsciente pela retaliação de um crime cometido, Freud afirma ser esse uma expressão do desejo suprimido na infância. Anos mais tarde, ele chega à conclusão de que a culpa é, antes de ser consequência de um crime, a sua motivação.

Gomes (2001) afirma que o ato criminoso pode ser um desenlace de tensão em decorrência de um superego exigente; reação a um sentimento de passividade ou associado um mecanismo de defesa contra sentimentos depressivos desencadeados pela perda de algo ou alguém. Em outro ponto importante, Gomes afirma que em alguns estudos, percebe-se que a vítima representa para o assassino um objeto de seu inconsciente, como projeção de medos e culpa. Salum (2009) chama a atenção para dois aspectos importantes: a violência enquanto “excedente pulsional, ação que ultrapassa a regulação em termos de normais sociais, além de assinalar a equivalência entre violência e crime, dentro da psicanálise freudiana.

Ao retomar uma reflexão freudiana sobre o crime, Gomes (2001) aponta para o fato de que a Psicanálise tem como objeto privilegiado as questões ligadas ao que jaz de mais profundo na mente do analisado, sejam essas questões reprimidas ou latentes no discurso do sujeito. Nesse sentido, embora os fatores ligados à natureza externa como condições sociais, ambientais e até mesmo conjunturais sejam extremamente relevantes para as demais áreas para compreender o crime e suas tipificações (homicídio), a Psicanálise mobiliza as suas chaves explicativas para a compreensão do fato em si, algo que tem origem em uma parte da mente de difícil acesso e não dedutível de aspectos sociais ou mesmo conscientes.

Partindo dos aspectos discutidos acima, pode-se pensar no quanto a associação entre violência e loucura e, conseqüentemente, a sua condição de “infração social” estão presentes na história. Junto a tal representação advém a exclusão como forma de “sanear” a sociedade da “presença criminosa”.

Nessa perspectiva, as psicoses – ou loucuras - como fenômenos, são relatadas inicialmente na Antiguidade grega e romana, junto a outras tantas doenças

classificadas como condições mitológicas, por serem consideradas manifestações sobrenaturais motivadas por deuses e demônios (MILLANI; VALENTE, 2008). Assim, ao longo do tempo a loucura foi conceituada como algo negativo e obscuro. Por exemplo, no final do século XVIII, a loucura era vista como ausência de liberdade e trancafiava-se os loucos como ato de repressão. Somente em meados do século XX, principalmente após a segunda guerra mundial é que se intensificaram na Europa e Estados Unidos medidas humanitárias para benefícios dos loucos, como os cuidados ofertados e a liberdade, resultados de observações e estudos acerca de sofrimentos causados pela privação de liberdade de indivíduos loucos.

Michel Foucault (1978), através da *História da Loucura* identificou formas cada vez mais institucionalizadas de exclusão de sujeitos que estavam à margem da sociedade, como os doentes, loucos e pobres, sempre com implicações de infração, de condição a ser penalizada, mesmo não havendo crimes imputados. Ao descrever o controle social da loucura, ele identifica um modelo institucional de segregação que, embora tenha surgido no século XVII, ainda se verifica nos dias atuais. Em suma, desde o nascimento dos dispositivos psiquiátricos, a sua prática é notadamente repressiva, punitiva.

Amarante (1995a, 1995b), Desviat (1999) e Rotelli (1990), ao criticarem o modelo asilar de tratamento (internamento/isolamento) consideram a necessidade de novas práticas, propondo que ocorra a horizontalização dos sujeitos acometidos pela doença mental nas suas relações com as instituições de tratamento, com a família, com a equipe médica e com a sociedade em geral, sendo essa quádrupla construção algo essencial para o êxito do tratamento.

No entanto, uma condição emblemática aparece quando se trata de psicóticos, ou loucos que cometeram homicídios: como pensar a abordagem da horizontalização para indivíduos que estão comprometidos com o sistema penal?

O surgimento de manicômios judiciários é fruto de amplos embates entre os campos jurídico e penal, através de sujeitos insanos que cometeu algum delito – louco infrator – assim, como são conhecidos. Os manicômios judiciários são instituições complexas, que conseguem articular, de um lado, duas das realidades mais deprimentes das sociedades modernas - o asilo de alienados e a prisão - e, de outro, dois dos fantasmas mais trágicos que “perseguem” a todos: o criminoso e o louco (CARRARA, 2010).

No Brasil, por volta de 1890, os “criminosos loucos” que eram penalmente irresponsáveis, deviam ser entregues a suas famílias para acolhimento e cuidados dos mesmos. Após o Decreto 1132 de 22/12/1903 foi estabelecido que cada Estado deveria se organizar financeiramente para a construção de manicômios judiciários e que, enquanto tais estabelecimentos não existissem, deviam ser construídos anexos especiais aos asilos públicos para o seu recolhimento. Somente em 1920,

surgiu a primeira instituição no Rio de Janeiro o Manicômio Judiciário e tendo como diretor o médico psiquiatra Heitor Pereira Carrilho.

Assim, os loucos infratores são destinados aos Hospitais de Custódia e Tratamento para realizar o Exame de Sanidade Mental¹ ou para o cumprimento de medida de segurança decretada pelo juiz criminal. O sujeito em virtude do transtorno mental não tem a responsabilidade e consciência do caráter ilícito de sua conduta, no momento da prática, e assim é considerado inimputável. Esta condição, de inimputabilidade, é declarada mediante a realização de laudo pericial, definindo a patologia e o grau de periculosidade do sujeito. Para que o indivíduo seja considerado inimputável, este é submetido a exame de insanidade mental, realizado pela Junta Médica Oficial do Poder Judiciário (MATTOS, 2006 apud CETOLIN, 2011, p. 33).

Os sujeitos inimputáveis, de acordo com o artigo 26 do Código Penal Brasileiro (1940), não são submetidos a penas, mas a medidas de segurança. As coimas legais podem ser a internação do indivíduo infrator em instituições específicas para tratamento e acompanhamento especializado. Após o cumprimento da medida de segurança estabelecida pelo juiz, o paciente é reinserido em convívio social com alguns critérios como se há um suporte familiar e acompanhamento no serviço de saúde mental do seu município, assim com o advento da Lei 10.216 de 06 de abril de 2001 de Paulo Delgado que redireciona o tratamento do doente mental para os serviços comunitários em saúde, para os hospitais dia e os CAPS (Centros Atenção Psicossocial).

Para garantir a assistência aos pacientes egressos dos hospitais de custódia, surgiram propostas nos modelos antimanicomiais, como a estabelecida na Resolução nº 5 de 04/05/2004, do Conselho Nacional de Políticas Criminais e Penitenciárias, que tem como princípios norteadores o respeito aos direitos humanos e a superação do modelo tutelar, visando a reinserção social do paciente ao seu meio, através da adequação das medidas de segurança. Nessa mesma resolução, na diretriz de número 5, cita que:

A medida de segurança deverá ser cumprida em hospital estruturado de modo a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer etc.

Os Hospitais de Custódia visam hoje, conforme orientação atual do Ministério da Saúde, assistir aos doentes mentais através de equipes interdisciplinares, educação e formação profissional que garanta ao interno um futuro espaço no mercado de trabalho. E, também, conforme o Ministério da Saúde, é exigido que os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico se ajustem às diretrizes e aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (AFFONSECA, 2006).

1. Processo através do qual o profissional que trabalha com saúde mental, examina sistematicamente o estado mental de um paciente. O resultado do exame e da entrevista clínica são combinados para se formular o diagnóstico psiquiátrico.

2 | MÉTODO

Trata-se aqui de um estudo qualitativo e descritivo, baseado na análise do discurso de pacientes psicóticos do Hospital de Custódia e Tratamento de Salvador (HCT), Bahia, que se encontravam no aguardo para a realização do exame de sanidade mental e/ou sob medida de segurança por homicídio cometido. Como afirma Minayo e Sanches (1993, p.245) é exatamente no nível dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, expressados pela linguagem comum e na vida cotidiana que se encontra o objeto da abordagem qualitativa.

As falas foram obtidas pela primeira autora do estudo por meio de práticas de acolhimento realizadas no referido nosocômio (HCT), que é uma instituição penitenciária, vinculada à Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos do Estado da Bahia. Nessa instituição, tem indivíduos considerados judicialmente loucos e infratores, os quais estão submetidos ao regime de medida de segurança, aguardando o exame de sanidade mental e/ou tratamento. Os dois coautores foram orientadores acadêmicos e profissionais da prática.

Os atendimentos ocorreram no primeiro semestre de 2018 abrangendo cinco internos do HCT que têm diagnosticada a estrutura psicótica e estão custodiados por homicídio cometido, sendo três mulheres e dois homens, com tempo de internação variando entre seis meses a seis anos. Os registros das falas foram feitas em documento próprio do HCT.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas. A primeira contou com os atendimentos, na qual, por meio de uma entrevista livre e com a associação livre o/a entrevistado/a descreveu aspectos particulares, seguida de uma entrevista semiestruturada para obtenção de dados pessoais, familiares, sociais e pré/pós delito. Na segunda etapa, foi realizada uma coleta de dados nos prontuários psicossociais para obter informações como admissão, naturalidade, grau de instrução, rede de apoio e acompanhamento.

A primeira autora obteve permissão da instituição por meio da sua orientadora profissional (segunda coautora), que é psicóloga funcionária do HCT, para a utilização do material aqui coligido e utilizado para as análises na produção do estudo.

Nos acolhimentos foi utilizada a Psicanálise como referencial por esta permitir uma escuta com maior profundidade daquilo que o sujeito tem de mais particular, de mais singular, no seu relato e no seu sintoma. A associação livre contemplou as formações inconscientes e seu funcionamento, advindas dos discursos das pessoas que foram acompanhadas (FIGUEIRÊDO; MOURA, 2015). A aplicação sistemática dessa técnica fundamenta-se no convite ao paciente para expressar tudo aquilo

que passe pela sua mente.

Os nomes das pessoas entrevistadas e qualquer possibilidade de indentificação pessoal foram suprimidos para atender aos requisitos éticos da Resolução 466/2012 do CNS que orienta sobre a pesquisa envolvendo seres humanos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fizeram parte da amostra cinco participantes, de ambos os sexos. Os entrevistados possuem idade inferior ou igual a 53 anos, todos com diagnóstico ou hipótese diagnóstica de esquizofrenia. A Tabela 1 informa os dados das pessoas acompanhadas. Os nomes são inteiramente fictícios.

Participante (nomes fictícios)	Gênero	Idade	Instrução	Atividade	Admissão	Diagnóstico	Homicídio
Alex	M	53 anos	Analfabeto	Lavrador	18/09/2012 6 anos	Esquizofrenia paranoide	Irmã
Beto	M	37 anos	Alfabetizado	Carregador	20/01/2017 1 ano e 5 meses	Esquizofrenia paranoide	Irmão
Carla	F	25 anos	Analfabeta	Cabeleireira	19/12/2017 6 meses	No aguardo	Amiga
Diva	F	37 anos	Analfabeta	Dona de casa	05/09/2016 1 ano e 9 meses	Esquizofrenia paranoide	Esposo
Elza	F	31 anos	Alfabetizada	Escovista	09/05/2017 1 ano e 1 mês	No aguardo	Esposo

Tabela 1. Dados dos pacientes atendidos.

Como se situa a escuta no âmbito da psicose com gravames penais? Como a Psicanálise pode se instituir como ferramenta para o acompanhamento e a um só tempo, a diagnose no âmbito prisional?

Os fragmentos de falas que vem a seguir, são de pessoas psicóticas sob custódia. Visam a ilustrar os aspectos aventados pelas perguntas antecedentes.

Alex em determinado encontro afirma que a sua irmã fez mal para ele por meio de uma macumba, atribuindo a sua enfermidade a isso, vindo a cometer o assassinato. Observa-se uma fala que aponta para o delírio de influência, que não escapa à autopercepção de Alex. Este, ao ser indagado sobre a sua condição psiquiátrica, diz ter um “problema de nervos, que reflete a noção de que há algo de “errado” com ele e, por isso, se encontra internado.

Beto diz em certo momento ser conhecido como “um cara chorão” e, depois de

uma pausa, continua dizendo que “eu choro porque sinto saudade da família e de como será minha vida depois daqui”. Ao longo dos atendimentos Beto demonstrou desorganização do pensamento, fala desconexa e oscilação do humor, como se pode observar na seguinte afirmação: “Ele caiu por cima da faca... Saí correndo, correndo para não ouvir a voz da minha cabeça... Quando vi estava aqui no portão do HCT”.

Carla diz “tenho dois nomes ... e sou aquela que gosto de fazer trança”. Em certo momento afirma: “Não sei o que tenho, mas ouço vozes e vejo um homem a noite. Quer que eu desenhe ele?”. Um diagnóstico conclusivo sobre psicoses não pode ser estabelecido apenas por alucinações auditivas e visuais, salvo quando se pode verificar a sua persistência no tempo e o grau de sofrimento imposto à pessoa. No caso de Clara, a condição de sofrimento não é evidente.

Diva demonstrou pouco contato com a realidade e um vocabulário empobrecido. Em certo momento informa: “Tenho quatro filhos, gosto de namorar muito, fiquei dois anos no presídio ...”. O discurso de Diva é fragmentado, lacônico, algo como uma “colcha de retalhos”, com o pensamento interrompido, onde as sentenças não apresentam coerência. Ela também faz referência ao seu gosto por novelas, que começou a ser cultivado na estadia em um presídio anterior ao HCT.

Nas quatro situações acima, a psicose é o argumento mais consistente para sustentar a noção de que o ato de matar um objeto externo é o representativo de matar a angústia articulada ao delírio e à alucinação. Psicanaliticamente, o objeto da psicose é agregado o suficiente à significação imediata para não ser deslocado ou metaforizado (LACAN, 1985). Nesse caso, quando pessoas são identificadas pelo psicótico ao objeto do delírio, a realidade moral e a legal - em outras palavras, a Lei do Outro -, não mediam o seu ato, que é o que prevalece na chamada “normalidade”. Apoia esta perspectiva o “Caso Aimée”, relatado por Jacques Lacan sobre uma psicótica açodada pela culpa, que, movida por um delírio, comete um atentado contra uma atriz famosa (FERNANDES, 2001).

Já Elza não demonstrou nenhum transtorno psicótico nos encontros com a autora do relato. Em um deles diz que “Ele gostava de mim e queria ficar comigo. Aí ele se aproveitou de mim, porque estava fragilizada e embriagada. Fui induzida a matar, fico muito triste com isso [...]”. Entretanto, para estar interna no HCT, seria o seu ato motivado por uma formação delirante? Teria por base a realidade de tantas mulheres que se desiludem afetivamente e agem de forma desorientada? Ora, segundo a sua narrativa, o “seu amor” iria se casar com ela com todo o imaginário próprio ao casamento. Quanto a isso ela diz que “Meu sonho é casar com um vestido bem bonito e com flores... Agora ele está preso”. Será que no caso de Elza uma síndrome embasada em fatores culturais e psíquicos contribuiu para o ato criminoso? Nessa perspectiva, segundo Ávila (2010), o patriarcalismo,

o machismo, as noções de masculinidade e virilidade, a ideia de defesa da honra, o uso de substâncias psicoativas, os sentimentos de rivalidade, ciúme, amor, ódio e a intolerância à traição podem gerar comportamentos agressivos que desaguam no delito.

Para Lacan (2005), a passagem ao ato violento é consequência de um afeto intenso em confronto, que não encontrou uma saída para descarregar o seu excesso de energia psíquica. Tal estado gera uma tensão interna, um mal-estar intenso que impulsiona ao movimento. A passagem ao ato, então, se dá como uma tentativa de saída desse lugar. Pode-se entender, também, como uma forma de atenuar a angústia do indizível que se expressa nos delírios e alucinações.

Naturalmente que as considerações feitas se referem ao período em que houve o contato com os/as internas. Em condições mais extensas e repetidas de convivência com o paciente, certas características mentais poderiam se tornar mais claras visando a uma diagnose.

Para Figueiredo (2004) é importante articular uma referência diagnóstica com o que advém do sujeito do inconsciente. No viés da Psicanálise, o sintoma e o sujeito estão imbricados, ou seja, um se constitui no outro, o sujeito através do sintoma e vice-versa. Nesse sentido, diagnóstico e tratamento seriam indissociáveis e intercambiáveis: o tratamento também definiria o diagnóstico e não apenas o contrário. Aplicando este conceito à custódia, mais que visar situar o sujeito perante o aparato legal, a diagnose se voltaria para tratar o sujeito no seu sofrimento psíquico que origina o ato criminoso. Incorre-se, por esta via, em um olhar que não se centra no crime cometido, mas, para a dimensão do sintoma de quem o cometeu.

Isso representa uma diferença substancial da abordagem do infrator com transtornos graves: todo o esforço diagnóstico deve se deslocar da assepsia legal que gera a punição para trazer à cena o sujeito e seu sofrimento. E este só aparece pela via do discurso, no qual podemos delinear seu sintoma delirante.

Em alguns dos atendimentos os pacientes relataram delírios persecutórios como causa do delito: é o caso de Alex (“Matei ela porque fez macumba para mim, passei mal e fiquei nervoso”) e o de Beto (descreve o homicídio como uma “queda” do irmão em cima de uma faca). O delírio tem sido a via *princeps* do acesso da Psicanálise ao mundo das psicoses (LACAN, 1985). O delírio é um modo de expressão subjetiva, não devendo ser debelado, mas manejado na perspectiva da construção de uma metáfora delirante, através da qual significante e significado se estabilizam, possibilitando um efeito de significação (MONTEIRO; QUEIROZ, 2006), fazendo suplência ao psicótico para mantê-lo no laço social por meio do discurso que produz.

O enlaçamento referido pode se verificar por meio das falas dos pacientes sobre seus delitos: alguns deles demonstraram suas emoções relacionadas aos atos, ou

seja, creditaram ao Outro um lugar de interlocução para expressar o seu sofrimento, tal como o fazem as “pessoas normais” quando atuam de forma infratora e desejam aliviar os males de suas culpas sendo ouvidas por alguém próximo. Pode-se ainda pensar na similaridade do efeito “normalizador” da escuta do delírio em curso como apaziguador das psicoses (LACAN, 1985) com o fato de que, quando cessa o surto e ocorre uma reentrada na realidade, ao perceber a extensão dos seus atos em surto, a pessoa psicótica pode até mesmo tentar o suicídio pelo sentimento de culpa advindo. É o caso de Beto que, ao se ver responsável pela morte do irmão, passa um período com humor rebaixado, hipotímico. Em um dos atendimentos, cita a “Vontade de me matar, estava juntando os remédios. Quando chegasse em 100 comprimidos, eu tomava todos de vez”. Complementa: “Como será minha vida sem ele quando sair daqui? Muita saudade que sinto, fazíamos tudo junto”.

Outro ponto importante para a diagnose dos sofrimentos psíquicos é a dinâmica familiar, principalmente nas psicoses. Segundo Lacan (1991), a família é um mal necessário uma vez que a condição humana é prematura, desde que o homem nasce prematuro, incapaz de se desenvolver só, sem o outro. Portanto, ao mesmo tempo em que o sujeito surge de uma demanda da família, a família também existe enquanto demanda do sujeito, uma vez que é ele que a “alimenta” e a mantém viva.

Dentre os cinco pacientes aqui citados, somente um deles a família visita-o. Outros dois têm contato telefônico somente e um foi abandonado pela família que alegou não ter condições de recebê-lo, pois, seus genitores estavam com idades avançadas. O indicativo aqui é o de que, sem o discurso familiar que dê à pessoa psicótica um lugar de objeto que causa desejo, incorre-se no sujeito dejetado, não somente pela sua loucura, como o seu ato cometido por meio da loucura. O internado sob custódia fica em suspenso na sociedade, foracluído pelo discurso e pelo crime.

Surge a importância da escuta psicanalítica para atenuar a aludida foraclusão. Elza, por exemplo, ressalta ao final de um dos atendimentos: “Foi tão bom conversar com você, porque estava um vazio muito grande dentro de mim. Aqui pude expressar e distrair”. Promover um certo alívio do sofrimento e apaziguar a angústia, no caso, a angústia produzida pela foraclusão, é tarefa indispensável, mas como um meio de dar sustentação ao sujeito em sofrimento psíquico e não como uma finalidade de “cura” (FIGUEIREDO, 2004), o que não é possível nas psicoses. Nesse sentido, Macedo e Falcão (2005, p.65-66) afirmam que

Cabe ressaltar novas possibilidades de compreensão do sofrimento humano. Desta forma, dois trabalhos se impõem: o de escutar a palavra do outro e o de produzir palavras que viessem ao encontro dessa demanda de ajuda. Talvez se demarque, desde esses tempos iniciais, uma característica essencial da psicanálise como método e técnica: estar aberta à singularidade desse outro que fala, seja na dimensão referente a seu sofrimento e pedido de ajuda, seja no que diz respeito ao efeito de sua ação terapêutica sobre ele.

A palavra é fundamental, mas, em determinados casos, é preciso que se construam condições para que a palavra possa ter seu valor simbólico, possa ter seu valor de *holding* e não seja tomada como invasiva, como mais uma confusão de línguas (FUCHS, 2013). Esse processo vai depender de uma série de condições, como a flexibilização por parte de quem escuta, a importância da construção de espaço de confiança, o olhar, o tom de voz e toda a gama de impressões sensoriais que comunicam o inconsciente de quem fala.

É preciso ressaltar que a escuta permanece como o instrumento essencial do tratamento, na medida em que a psicose é concebida como implicando uma relação particular do sujeito com a linguagem. Assim, a fala, nesse sentido, tem um efeito libertador, porque permite articular ato e descarga de afetos (FUCHS, 2013), que se faz fundamental na escuta das psicoses.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse artigo buscou mostrar a importância da atuação da Psicologia Jurídica no contexto do hospital de custódia, considerando dois aspectos importantes da experiência: ampliar a visão para a atuação na área acima citada e os desafios nos manejos teórico e prático. É importante notar que, além dos aspectos legais e comportamentais, a atuação do psicólogo jurídico também é cercada por questões articuladas às conquistas no campo da Reforma Psiquiátrica, os quais implicam em novos modelos de cuidar do apenado.

Ainda se objetivou analisar a escuta ofertada ao louco em medida de segurança, conhecer melhor a prática que os psicólogos vivenciam nesse contexto e, conseqüentemente, os desafios que surgem desse trabalho. Foi observado que o trabalho do psicólogo é de suma relevância, já que acompanha o conjunto dos processos do indivíduo que se encontra no estado de sofrimento e angústia, como se pode perceber nos relatos.

Por decorrência da prática aqui descrita, pode-se dizer que ocorreu arqueologia dos sujeitos escutados: para a instituição – e não poderia deixar de ser – e para o senso comum, os indivíduos do HCT são tomados sob dois aspectos estruturantes da forma como as relações acontecem: por um lado, ele é entendido como um paciente pelo seu estado de loucura; por outro lado, o cometimento de um crime – geralmente homicídio – investe nos mesmos o estigma de criminoso. No entanto, a maioria das pessoas escutadas apresentaram baixo nível de escolaridade, eram solteiras, todas com atividade profissional antes da internação e apresentavam baixa renda familiar na época do delito. Todas essas pessoas possuem uma origem, são constituídas por diversas crenças, têm um sistema familiar, um histórico de vida e planos de futuro.

O abandono familiar surgiu como elemento afetivo importante e que pode estar vinculado ao processo de forclusão, que, na teoria lacaniana embasa a experiência da psicose. Porém, embora os relatos apontem na direção de questões relacionadas à família, este artigo não propões que tla aspecto seja considerado como uma causalidade, senão, como mais um elemento que pode ser considerado na história do sujeito custodiado, isso, em uma perspectiva psicanalítica.

A experiência prática por meio da escuta psicanalítica demonstrou que eles conservam dentro da coletividade prisional as suas particularidades, as suas singularidades, o que cada qual tem de único. Assim, a despeito dos constrangimentos que os transtornos de ordem mental possam causar na questão da formação subjetiva, foi possível perceber que há indivíduos “soterrados” por estigmas, que sentem, sofrem, demonstram todos os tipos de afetos e respostas psicossociais que os “normais” têm.

Através das escutas feitas, sem desconsiderar os tipos de questões envolvidas, foi percebido que os internos do HCT têm suas subjetividades obstadas pelos olhares preconceituosos “de fora” da internação. Logo, a perspectiva de tratamento, proposta inclusive pela instituição com vistas à reintrodução das pessoas custodiadas no convívio social, não pode desconsiderar tais subjetividades, sob pena de que o custodiamento seja reflexo da manutenção perene desses indivíduos nos muros prisionais.

REFERÊNCIAS

- AFFONSECA, M. C. O papel do psicólogo no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico. Monografia (monografia em psicologia) - Universidade Católica de Petrópolis. Petrópolis, p. 59. 2006.
- AGUIAR, M. C. M. D. Vivências da psicose, do crime e da internação no hospital de custódia e. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. 166f. Salvador. 2011.
- BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal, Rio de Janeiro, Dezembro 1940.
- BRASIL. Lei Nº 10.216, de 6 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental., Brasília, DF, Abril 2001.
- CARLONI, P. A história e a constituição da Psicanálise: introdução aos principais conceitos freudianos para entender a subjetividade humana. RENEFARA - Revista Eletrônica de Educação da Faculdade Araguaia, v. 1, n. 1, p. 1-12, agosto 2011. Disponível em: <http://www.fara.edu.br/sipe/index.php/renefara/article/view/27/pdf_121>. Acesso em: 01 junho 2018.
- CARRARA, S. L. A História Esquecida: os Manicômios Judiciários no Brasil. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. [online], São Paulo, v. 20, n. 1, p. 16-29, 2010. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/download/19939/22019>>. Acesso em: 25 Junho 2018.

CARROL, L. Alice no país das maravilhas. Bolso de Luxo. ed. São Paulo: Zahar, 2010.

CARVALHO, I. S.; COSTA, I. I.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Psicose e Sociedade: interseções necessárias para a compreensão da crise. Rev. Mal-Estar Subj., Fortaleza, v. 7, n. 1, p. 163-189, março 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482007000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 Junho 2018.

CETOLIN, S. K. Representações sociais da Loucura: um estudo com profissionais do Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia - HCT/BA. Dissertação (Dissertação em Psicologia)- UFBA. Salvador, p. 135. 2001.

CÓDIGO PENAL. Brasília: Senado Federal, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP N.º 013/2007. Institui a Consolidação das Resoluções relativas ao Título Profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro, Brasília, DF, Setembro 2007.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA. Resolução Nº 05, de 04 de maio de 2004. Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, Brasília, DF, Maio 2004.

DOR, J. O pai e sua função em Psicanálise. São Paulo: Jorge Zahar, 1991.

FERNANDES, Andréa Hortélio. O caso Aimée e a causalidade psíquica. *Ágora* (Rio J.), Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 73-87, Dec. 2001. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982001000200006&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982001000200006>.

FIGUEIREDO, A. C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. Rev. Latino-americana de Psicopatologia Fund., v. VII, n. 1, p. 75-86, março 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v7n1/1415-4714-rlpf-7-1-0075.pdf>>. Acesso em: 14 Junho 2018.

FOSTER, M. Associação livre de ideias: via régia para o inconsciente - a especificidade do método. J. psicanal., São Paulo, v. 43, n. 79, p. 201-216, dezembro 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/jp/v43n79/v43n79a15.pdf>>. Acesso em: 14 junho 2018.

FOUCAULT, M. História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FRANCA, F. Reflexões sobre psicologia jurídica e seu panorama no Brasi. *Psicol. teor. prat.*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 73-80, junho 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872004000100006&lng=pt>. Acesso em: 25 junho 2018.

FREUD, S. Totem e Tabu e Outros Trabalhos 1913-1914. São Paulo: Imago, v. XIII, 1987.

FREUD, S. Uma breve história da psicanálise. In: JOLIBERT, B. Sigmund Freud. Recife: Massangana, 2010. p. 33-54.

FUCHS, S. S.; ZORNIG, S. A escuta analítica: corpo, afeto e palavra. *Psicol. rev.* (Belo Horizonte), Belo Horizonte, v. 19, n. 3, p. 340-352, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682013000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 junho 2018.

GOMES, R. Violência e crime: o vértice da Psicanálise. *Civitas - Revista de Ciências Sociais*, Porto Alegre, v. 1, n. 2, p. 67-78, Dezembro 2001. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/76/75>>. Acesso em: 05 junho 2018.

LACAN, JACQUES. O seminário, livro 3: as psicoses. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

LARANJEIRA, C. A. A análise psicossocial do jovem delinqüente: uma revisão da literatura. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 12, n. 2, p. 221-227, Agosto 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2871/287122097002/>>. Acesso em: 06 Junho 2018.

MACEDO, M. M. K.; FALCÃO, C. N. D. B. A escuta na psicanálise e a psicanálise da escuta. *Psychê*, São Paulo, v. 9, n. 15, p. 65-76, Junho 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382005000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 Junho 2018.

MANZINI, E. J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: _____ SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE PESQUISA E ESTUDOS QUALITATIVOS. Bauru: [s.n.], 2004. p. 01-10.

MEYER, G. R. Sujeito e psicose. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 114-123, Junho 2004. Disponível em: <http://ws3.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20041213115156.pdf>. Acesso em: 18 Junho 2018.

MILLANI, H. D. F. B.; VALENTE, M. L. L. D. C. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, Agosto 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180669762008000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 Maio 2018.

MONTEIRO, C. P.; QUEIROZ, E. F. A clínica psicanalítica das psicoses em instituições de saúde mental. *PSIC. CLIN.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 109-121. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v18n1/v18n1a09>>. Acesso em: 14 Junho 2018.

MOURA, G. C.; FIGUEIREDO, M. L. D. R. Do conceito à prática: a associação livre como regra fundamental da clínica de referencial psicanalítico. *Caderno de graduação: ciências humanas e sociais*, Maceió, v. 3, n. 2, p. 157-172, Maio 2015. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/view/2036/1285>>. Acesso em: 2 Junho 2018.

PSYCHO. Direção: Alfred Hitchcock. Produção: Alfred Hitchcock. [S.l.]: Shamley Productions. 1960.

RINALDI, D. L. O acolhimento, a escuta e o cuidado: algumas notas sobre o tratamento da loucura. Em Pauta: *Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ*, Rio de Janeiro, n. 16, p. 7-18, 2000. Disponível em: <http://www.interseccaopsicanalitica.com.br/int-biblioteca/DRinaldi/Doris_Rinaldi_acolhimento_escuta_cuidado.pdf>. Acesso em: 25 Junho 2018.

SALUM, M. J. G. A psicanálise e o crime: causa e responsabilidade nos atos criminosos, agressões e violência na clínica psicanalítica contemporânea. Tese (Tese em teoria psicanalítica) – UFRJ. Rio de Janeiro, p. 174. 2009. [S.l.].

SANTIAGO, R. A.; COELHO, M. T. Á. D. A violência contra a mulher na perspectiva de homens presos que cometeram o crime passional. , agosto de 2010. *Fazendo Gênero 9 Diásporas, Diversidades, Deslocamentos*. Florianópolis: [s.n.]. 2010. p. 1-9.

TILIO, R. D. “A querela dos direitos”: loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. *Paidéia* (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v. 17, n. 37, p. 195-206, Agosto 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v17n37/a04v17n37.pdf>>. Acesso em: 10 junho 2018.

A SUBJETIVAÇÃO E A MEDICALIZAÇÃO NO ACOMPANHAMENTO SOCIOEDUCATIVO

Data de aceite: 14/02/2020

Data de submissão: 04/11/2019

Daniela Aparecida Araujo Fernandes

Mestre pela Pontifícia Universidade Católica de
Minas Gerais

Palmas-Tocantins

<http://lattes.cnpq.br/9401811826498289>

Roberta Carvalho Romagnoli

Professora Doutora da Pontifícia Universidade
Católica de Minas Gerais

Belo Horizonte- Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/0924610511932717>

RESUMO: Investigando os processos de subjetivação dos jovens que se encontram internados em um Centro de Atendimento Socioeducativo (CASE), identificamos a medicalização como forte tendência no cuidado. Para tal, utilizamos a Esquizoanálise de Deleuze e Guattari como marco teórico e a cartografia como metodologia de pesquisa. A prática da medicalização e da farmacologização vêm se expandindo no cenário social e nesse contexto observamos que os medicamentos não funcionam apenas como propriedades químicas, seu uso é também subjetivante, produzindo modos de subjetivação assujeitados e dóceis. Percebemos que o acompanhamento

socioeducativo pode ser também um modo de institucionalizar e controlar e não um intercessor para deslocamentos subjetivos, para novas construções existenciais.

PALAVRAS-CHAVE: Jovens. Medicalização. Processos de subjetivação. Medidas socioeducativas

SUBJECTIVATION AND MEDICATION IN SOCIOEDUCATIONAL MONITORING

ABSTRACT: Investigating the subjectivation processes of the youth interned in a Socioeducational Service Center (CASE), we have identified medication as a strong tendency in the treatment. For such, we have used Deleuze and Guattari's schizoanalysis as a theoretical framework and cartography as the research methodology. The medication and pharmacological practices has growth in the social scenario and in that sense we observe that medicine work not only as chemical properties, but also that its use is subjectivating, producing ways of submissive and docile subjectivation. We realize that the socioeducational monitoring can be also a way of institutionalizing and controlling and not an intercessor for subjective displacements, for new existential constructions.

KEYWORDS: Youth. Medication. Subjectivation

1 | INTRODUÇÃO

Para além de uma leitura reducionista, que insiste na interioridade do sujeito, a construção subjetiva pode ser abordada pela articulação singular de múltiplos elementos em um determinado contexto social e histórico. Dessa maneira, os processos de subjetivação são pensados como um sistema complexo, constituído tanto pelo sujeito, como pelas relações que ele estabelece.

Defendendo essa complexidade, Guattari (1990) afirma que somos todos atravessados por linhas as mais diversas - econômicas, políticas, ecológicas, tecnológicas, afetivas, artísticas, filosóficas, sociais, idiomáticas, culturais, entre outras - as quais nos constituem processualmente.

A noção de subjetividade de Gilles Deleuze e Félix Guattari se encontra para além dos dualismos e binarismos, como toda a proposta de pensamento dos autores, compreendendo o mundo e os humanos num movimento de coengendramento recíproco e constante. Nesse aporte teórico, os processos de subjetivação são marcados pela multiplicidade de desejos e afetos que atravessam os processos subjetivos, sempre perpassados por signos e símbolos, valores e normas de um determinado momento da sociedade, mas também por possibilidade de criação que se faz na conexão com a dimensão não humana do “entre”.

Nessa perspectiva, a subjetividade é um sistema aberto, constituído de múltiplas e diferentes forças. Essas forças são denominadas por Guattari (1993) como *equipamentos coletivos de subjetivação ou componentes de subjetivação*. Esses componentes referem-se aos diferentes fatores sociais, animais, históricos, psíquicos, tecnológicos, mnemônicos, entre outros que atuam no processo de subjetivação.

Nessa perspectiva, acreditamos que a instituição pesquisada interfere na produção da subjetividade envolvidas no acompanhamento socioeducativo. O CASE é mais um dos elementos que circula entre os adolescentes, a equipe técnica, os socioeducadores, servidores administrativos, guardas entre outros. A articulação entre os componentes de subjetivação e os aspectos psíquicos ocorre de modo rizomático. Os equipamentos de subjetivação são como elos entre a realidade e a vida psíquica, interfaces entre o “dentro” e o “fora”.

Estudar os processos de subjetivação presentes no CASE é também conhecer a produção histórica e social acerca dos adolescentes e dos atos infracionais. Articulando práticas e discursos instituintes, elucidando os processos complexos, com o intuito de potencializar a invenção.

Dessa forma, com o intuito de cartografar os processos de subjetivação

presentes no cotidiano desses adolescentes, mapeando o que têm de reprodutivo e o que há de inventivo em suas relações, sobretudo no contexto do acompanhamento socioeducativo realizado pelos técnicos, que surgiu o processo da medicalização.

Os aprisionamentos que empobrecem a vida os agarram a uma forma árdua de existir se desmancham no encontro com a equipe que trabalha no CASE? O novo aparece? Há alegria nesses agenciamentos que fazem valer o que um corpo tem de mais potente?

A medicalização “ (...) tende a ofuscar as experiências subjetivas do “ser medicalizado”, que podem adquirir diversos significados psicológicos, existenciais, morais, políticos e sociais” (GAUDENZI e ORTEGA, 2012, p.31). Nesse contexto, cabe a noção de biopoder, utilizado por Foucault como o poder que gerencia a vida desses jovens que cumprem a medida socioeducativa no CASE.

Tudo que é chamado de esquizoanálise, micropolítica, pragmática, diagramatismo, rizomática, cartografia, tem como objeto de estudo essas linhas e suas dinâmicas e composições como assinala Deleuze e Parnet (1998). Nessa perspectiva é essencial o funcionamento e a processualidade, sendo que os fluxos, que integram as linhas, se movem. Essas linhas possuem certas propriedades. Na linha de segmentaridade dura, os segmentos dependem de máquinas binárias de classes sociais, de sexos, gêneros, raças, setores, subjetivações, dentre outros. As máquinas binárias se afrontam, se chocam, cortam e recortam a nós mesmos em todos os sentidos, classificando e igualando a complexidade da subjetividade. São dicotômicas por escolhas sucessivas, mas sempre se encaixando em alguma coisa. As linhas duras compõem o plano de organização, que ordenam e uniformizam a realidade.

Para Cassiano e Furlan (2013) as linhas duras revelam a identidade. Contudo, nossas identidades variam segundo as posições que ocupamos nas relações sociais. Assim, podemos afirmar que não existe um sujeito único, mas vários sujeitos, traçados conforme as linhas duras que nos atravessam em diversos contextos da vida. Como sujeito-aluno, sujeito-psicólogo, sujeito-religioso, sujeito-filho, sujeito-adolescente e assim por diante. Nesse contexto, nenhuma linha é boa ou ruim, mas sim varia de acordo com as experiências que as linhas favorecem variando conforme nossas inserções sociais e institucionais. Desse modo, a segmentaridade constitui o sujeito e a sociedade, é essencial para a vida e seu contrário é o caos, composto pelas linhas de fuga que se fazem a partir das linhas flexíveis.

Nas linhas maleáveis procede-se por limiares, constituindo devires e bloco de devires, marcado por intensidades e fluxos. Essas linhas relacionam com a singularidade de cada formação social, de cada momento histórico e social, marcando suas mutações a cada limiar e cada conexão que fazem, ao abandonar um segmento. Aqui o plano é de imanência ou de consistência opera por variação

contínua, por relações de velocidade ou de lentidão presentes nas conexões que a subjetividade faz quando escapa dos seus segmentos.

As linhas flexíveis são linhas moleculares que fazem correr entre os segmentos, fluxos de desterritorialização, constituindo o devir. Trata-se de traçar outra linha no meio da linha segmentária conforme velocidades e lentidões em movimento de fuga ou de fluxo. Essas linhas sustentam movimentos nos quais os segmentos são abandonados para se conectarem com outros elementos. Nesse sentido, o que ocorre “entre” o segmento e o que vai ser estabelecido é essencial.

Na proposta esquizoanalítica, conforme Deleuze e Parnet (1998) somos feitos de linhas (indivíduos ou grupos). As primeiras são as linhas de segmentaridade dura que são bem determinadas, nos recortam como pacotes estratificados, com formas bem delineadas. Como exemplo, temos os papéis sociais, a profissão, o estado civil, dentre outros. Esses endurecimentos compõem a subjetividade, passando de um segmento a outro da vida como modelos fixos. As segundas são as linhas de segmentaridade mais flexíveis, diferente das primeiras, são invisíveis e moleculares. Traçam pequenas modificações, fazem desvios. Nestas linhas muitos movimentos se passam – devires, micro devires. Exatamente por serem flexíveis permitem conexões, atrações e repulsões que não coincidem com os segmentos duros. A partir dessas linhas podem ser traçadas o terceiro tipo de linhas, as linhas de fuga, que ocorrem com a desterritorialização, desorganizando os segmentos e as formas endurecidas. Ocorrem através de agenciamentos heterogêneos, sendo sempre uma expressão coletiva, e conduzem ao inédito. A linha de fuga pode ser uma linha de ruptura, a partir de um devir que se torna imperceptível, clandestino, pois ela traz o novo, a força da vida.

No contexto do acompanhamento socioeducativo, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), representa um grande avanço da legislação brasileira iniciado com a promulgação da Constituição de 1988. Fruto da luta da sociedade, o ECA veio garantir a todas as crianças e adolescentes o tratamento com atenção, proteção e cuidados especiais para se desenvolverem e se tornarem adultos conscientes e participativos do processo inclusivo (BRASIL, 2008).

O equipamento CASE é regulado pelo Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). Este último materializa a política pública que está inserida no Sistema de Garantia de Direitos, para inclusão do adolescente em conflito com a lei. Tem função de articular e atua juntamente com os diferentes sistemas estaduais, distritais e municipais e com os diferentes campos das políticas públicas e sociais voltadas a este público (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012).

As medidas socioeducativas são aplicadas pela autoridade competente a adolescentes entre 12 e 18 anos de idade incompletos e que tenham cometido alguma infração são previstas no Art.112 do ECA. São elas: a) Advertência, que é

uma admoestação verbal posta em um termo e assinada; b) Obrigação de reparar o dano, a qual consiste no ato do adolescente (se houver condições) de restituir o dano público ou compensar o prejuízo da vítima; c) Prestação de serviços à comunidade, cuja responsabilidade é realizar tarefas em programas comunitários ou governamentais. São atividades prestadas gratuitamente, de acordo com suas aptidões, no período de até seis meses e com jornada máxima de oito horas semanais condizente com sua rotina (escola e/ou trabalho); d) Liberdade assistida, com a finalidade de acompanhar, auxiliar e orientar o adolescente por uma pessoa capacitada (orientador) para acompanhar o caso. Essa medida possui prazo mínimo de seis meses podendo ser prorrogada, renovada ou substituída por outra. O orientador com apoio e supervisão da autoridade competente deverá acompanhar e promover as esferas sociais, familiares, escolar e profissional. E neste processo, apresentar relatório do caso; e) Semi-liberdade, pode ser aplicada como medida inicial ou transição para o meio aberto. O adolescente pode realizar atividades externas, mas é obrigatória a escolarização e a profissionalização. Não possui prazo determinado, aplicando-se no que couberem, as disposições relativas à internação; f) Internação que consiste em uma medida privativa de liberdade, regida por princípios: da brevidade, da excepcionalidade e respeito à condição do adolescente em desenvolvimento. Não possui prazo determinado, sua manutenção é constantemente avaliada, mas não pode ultrapassar o período de três anos. A semi-liberdade e a internação devem ser cumpridas em estabelecimento próprio para adolescentes, e deve oferecer escolarização, profissionalização e atividades pedagógicas (BRASIL, 2008).

As medidas socioeducativas descritas são em ordem crescente de severidade, sendo as duas últimas em regime fechado (abrigo). O ECA estabelece que os adolescentes não possam receber penas como os adultos por entender que os adolescentes são sujeitos em desenvolvimento. Assim o CASE, se localiza neste território, como um equipamento e instituição que se faz cumprir a medida de internação.

Em nosso estudo, privilegiamos a violação de direitos que ocorre em razão da própria conduta, ou seja, quando é verificada e comprovada a prática de um ato infracional (crime ou contravenção penal). Destacamos a “razão” da própria conduta, como uma força dinâmica. Sendo assim, não se trata de um comportamento individualizado, mas sim de fenômenos coletivos que são entendidos como eventos isolados e atribuídos a um indivíduo particular (o pobre, o negro, o “menor”... o “marginal”). Conforme Coimbra e Nascimento (2005) a partir desse mapeamento dos pobres, há uma maior preocupação das crianças e adolescente comporem as “classes perigosas” e paralelamente “em perigo” deverão ter suas virtualidades sob controle permanente.

2 | METODOLOGIA

Na tentativa de construir modos mais criativos em um fazer científico, partimos de um paradigma ético, estético e político da produção de conhecimento, que se produz na relação com o objeto a partir da implicação como pesquisador e, conseqüentemente, nos processos de subjetivação.

Paradigma que se refere ao exercício do pensamento que busca situações e acontecimentos como potencializadores ou não da vida, insistindo na processualidade da subjetividade e da realidade e mapeando os planos de forças presentes nas situações (Guattari, 1993).

Esse pensamento questiona o estatuto de cientificidade do paradigma moderno e sustenta certa crise da ciência em crise consistindo em um paradigma emergente, contexto em que a Cartografia emerge, ao deparar com a complexidade da realidade e da subjetividade. Segundo Romagnoli (2009) ao lidar com a complexidade, a cartografia embasada em uma leitura esquizoanalítica da realidade, se sustenta na invenção e na implicação do pesquisador, com a possibilidade de conectar a pesquisa com a vida. Dessa maneira,

(...) A cartografia se apresenta como valiosa ferramenta de investigação, exatamente para abarcar a complexidade, zona de indeterminação que acompanha, colocando problemas, investigando o coletivo de forças em cada situação, esforçando-se para não se curvar aos dogmas reducionistas. Contudo mais do que procedimentos metodológicos delimitados, a cartografia é um modo de conceber a pesquisa e o encontro do pesquisador com seu campo (ROMAGNOLI, 2009, p.169).

Na cartografia, a subjetividade do pesquisador é central e pressupõe no sujeito um estado de outramento. Ou seja, tornar-se estrangeiro de si mesmo o que possibilita experimentar novos modos de existência. “O ato de outrar-se, ou a disposição em fazê-lo, opera-se no movimento de se deixar levar por uma força a ponto de se tornar a força” (KIRST e outros, 2003, p.96). Assim, o cartógrafo afirma-se em cada encontro com o objeto e não no distanciamento dele, percorre a vida de modo inseparável na criação de problemas. O cartógrafo se lança para o novo, para a diferença e não para a reprodução. Intenta-se rastrear a implicação do cartógrafo com o objeto, pois somos percepções e sendo assim somos nosso objeto.

Kastrup (2008) revela como ponto principal o processo de produção de conhecimento como transformador do objeto investigado. Assim podemos entender a cartografia como uma forma de pesquisa-intervenção já que atua sobre o campo e como campo, produzindo um conhecimento na micropolítica do cotidiano, tendo o pesquisador como vetor dessa produção. A cartografia surge como método de pesquisa intervenção, proposto por Gilles Deleuze e Félix Guattari para o estudo da subjetividade e seu processo de produção. É um método que não corresponde a um conjunto de regras para serem seguidas, mas uma construção *ad hoc* que

exige a habitação do território investigado e implicação do pesquisador no trabalho de campo.

A partir desses princípios, podemos afirmar que na cartografia não há coleta de dados, mas uma produção dos dados da pesquisa. Kastrup (2007) aponta que a função da atenção não é simplesmente selecionar informações, mas se faz através da detecção de signos e forças circulantes. A atenção enquanto processo complexo pode assumir diversos funcionamentos.

No método cartográfico não há o melhor caminho, nem o que é verdadeiro ou falso, mas o que é mais intenso e belo, o que causa estranheza. São pelos desvios que as linhas traçadas do desejo realizam a cartografia, potencializando vidas em territórios complexos e heterogêneos.

Como ferramentas para explorar o campo, no CASE de Palmas- Tocantins, foi utilizado, além da nossa entrada e implicação, inserções que nos levaram a escrever um diário de bordo, entrevistas semiestruturadas com técnicos, mais especificamente com Psicólogas, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional e Enfermeira, assim como com os adolescentes selecionados ao longo da pesquisa. Ainda para coleta de dados, posteriormente foi realizado roda de conversa com os adolescentes.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Através da farmacologização, os medicamentos são dominantes nas opções terapêuticas, dos 40 jovens internos, 32 faziam o uso. Observamos no cotidiano do CASE, o grande uso de medicação pelos jovens, sendo a sua distribuição prescrita na escala de atividades diárias do serviço.

Para os profissionais, os jovens se apresentam com muita ansiedade, irritação, principalmente em véspera de saída do CASE, e, assim acreditam que não há possibilidade de realizar o acompanhamento socioeducativo sem administração de medicamentos, pautados na lógica da segurança e na escassez de funcionários para realizar uma contenção, caso necessário.

Fica claro essa linha dura que associa o cuidado à medicalização dos corpos, justificada por segurança para os profissionais. A lógica da medicalização do desviante, presente no cotidiano do serviço, muitas das vezes promovem meninos com subjetividades “domesticados”.

Os medicamentos não funcionam apenas como propriedades químicas, seu uso é também subjetivante, produzindo modos de subjetivação assujeitados e dóceis.

Os principais trabalhos sobre a medicalização demonstram como determinados comportamentos considerados imorais como a delinquência, dentre outros,

passaram a ser definidos como médicos. Tornando os indivíduos dependentes dos saberes dos profissionais especialistas que ditam as formas “corretas” de comer, amar, sentir... , ou seja, destacam a presença de regras criadas pelo higienismo, para lidar com a precariedade da vida.

Podemos perceber a adesão à medicalização na fala dos próprios jovens dessa instituição: “Internação não é boa, mas uma parte me ajudou porque lá fora estava difícil sair do tráfico sozinho, aqui não, teve os medicamentos!” Percebemos a importância que é dada aos medicamentos na vida dos “meninos”, pela equipe e por eles próprios.

Mas como não ser ansioso em condição de privação de liberdade? Como aponta Gaudenzi e Ortega (2012) não apenas os comportamentos desviantes, mas também os aspectos próprios da vida, como o envelhecimento, a morte e outros se transformam em patologias, tornando-se campo de saber e poder da medicina.

Percebemos que o acompanhamento socioeducativo pode ser também um modo de institucionalizar e controlar e não um intercessor para deslocamentos subjetivos, para novas construções existenciais. Essas linhas duras muitas das vezes mantem uma lógica segregativa e coercitiva se distanciando da proposta socioeducativa. Ressaltando que as medidas socioeducativas deveriam ser dispositivos para produzirem vida nos adolescentes.

Devemos ressoar práticas não medicalizantes em um campo de tensão de forças, através das práticas de liberdade, apesar de a farmacologização acoplar nos processos de subjetivação, buscar saídas para esse anestesiamto constante da subjetividade.

A partir dessa leitura podemos pensar os adolescentes estudados, endurecidos em sua construção subjetiva. Observamos que muitas das vezes esses segmentos se compõem por estratos endurecidos sustentados pela criminalização, pela exclusão social e institucional e pela pobreza. Por outro lado, imanente a todos esses modelos, existe um campo sensível, que pode ou não ser agenciado nas relações que esses adolescentes estabelecem que possam trazer outras formas de se colocar no mundo. Potências que podem ser ativadas seja no acompanhamento socioeducativo, seja nas outras conexões que eles fazem com a vida. “Assim a subjetividade se configura e reconfigura num processo inseparável do fora que nutre e sustenta a realidade” (PARPINELLI E SOUZA, 2005, p.484).

A partir do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), presenciamos a garantia dos direitos de crianças e adolescentes assegurando sua proteção. Vale lembrar que o ECA não diferencia classe socioeconômica, raça ou etnia, preocupando-se com aqueles cujos direitos estão ameaçados ou violados em situações de infração ou vulnerabilidade social, para os quais possui medidas especiais. Estas novas composições e arranjos nos colocam frente a um fenômeno social contemporâneo

do século XXI, produzindo efeitos sociais e subjetivos nos adolescentes que se encontram nessas relações de forças.

Com o ECA, orientado pela Doutrina de Proteção Integral, para os atos infracionais o Estado passa a ter ação de caráter educativo. Diante desse contexto, é necessário analisarmos os lugares que ocupamos como especialistas e detentores do saber nas medidas socioeducativas. Lazzarotto (2014) problematiza a noção de socioeducar, apontando que o processo ocorre no arranjo de saberes do direito, da psicologia, do serviço social, da terapia ocupacional, da pedagogia, dentre outros. Saberes que constituem um modo de medir e subjetivar a vida dos adolescentes e que pode ter como efeito a normatização. Ou seja, práticas socioeducativas que podem atuar como um modo de institucionalizar e controlar e não uma potencialidade para tornar-se outro, com novas inserções e deslocamentos subjetivos. Pode ser uma ferramenta adaptativa para quem não se adapta ao padronizado.

Com certeza, agir sobre esses adolescentes possui graves efeitos sociais e subjetivos. Percebemos que, muitas das vezes, não se trata de conter a infração em si, mas sim corrigir o comportamento e o possível perigo que elas representam para a ordem social, trata-se de atuar nas virtualidades de suas atitudes, nas quais a justiça adotando as penas, busca corrigi-las, aprisionando (LAZZAROTTO, 2014). Como afirma Foucault (2003), a infração não é um dano cometido por um contra o outro, é uma ofensa ou lesão à ordem, à lei, à sociedade, ao soberano, enfim ao Estado.

Assim, a aplicação das medidas pode sustentar formas de controle da vida, vigilantes de si e da sociedade. Nesse processo, percebe-se uma lógica de interação íntima entre a família e o adolescente, percebido pela sociedade em situação de “vulnerabilidade” e de risco social e pessoal com a delinquência, o que possibilita a justificativa de o Estado vir a entrar na intimidade da família com a finalidade de “proteger” e “tutelar”, e assim formar corpos dóceis e úteis. De fato, essa noção de vulnerabilidade pode sustentar uma relação com os adolescentes das medidas socioeducativas como incapazes, como impotentes para construir um novo posicionamento subjetivo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012.** Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional. **Diário Oficial da União.** Brasília, 18 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos

Direitos da Criança e do Adolescente. **Sistema Nacional De Atendimento Socioeducativo -SINASE/** Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Brasília: CONANDA, 2006.

CASSIANO, Marcella; FURLAN, Reinaldo. O processo de subjetivação segundo a esquizoanálise. **Psicologia e Sociedade**. Belo Horizonte, v. 25, n. 2, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822013000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 out. 2013.

COIMBRA, Maria Cecília Bouças; NASCIMENTO, Maria Livia do. Ser jovem, ser pobre é ser perigoso? **JOVENes, Revista de Estudos sobre Juventud**, ano 9, 22, jan/jun, 338-355. México, 2005.

DELEUZE, Gilles; PARNET, Claire. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998.

FOUCAULT, Michel. **A verdade e as formas jurídicas**. Trad. Roberto Machado e Eduardo Martins. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, mar., p.21-34, 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180122635024>.

GUATTARI, Félix. **Da Produção de Subjetividade**. Em A. Parente, Imagem Máquina. São Paulo: Editora 34, 1993.

GUATTARI, Félix. Linguagem, consciência e sociedade. **Revista Saúde e Loucura**, São Paulo: Hucitec, v. 2, n. spe, p. 3-17, 1990.

KASTRUP, Virgínia. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia e Sociedade**. Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 15-22, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.pbh?script=sci_arttext&pid=S010271822007000100003&lng=pt&nrm=iso.

KASTRUP, Virgínia. O método da cartografia e os quatro níveis da pesquisa-intervenção. In: CASTRO, Lucia Rabello de; BESSET, Vera Lopes (Org.). **Pesquisa-intervenção na infância e juventude**. Rio de Janeiro: Trarepa/FAPERJ, 2008, p. 465-489.

KIRST, Patrícia Gomes et al. Conhecimento e cartografia: tempestade de possíveis. In: FONSECA, Tania Mara Galli; KIRST, Patrícia Gomes (Org.). **Cartografias e devires: a construção do presente**. Porto Alegre: UFRGS, 2003, p. 91-101.

LAZZAROTTO, Gislei Domingas Romanzini. Medidas socioeducativas: cartas ao reinado do saber. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 3, set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000300015&lng=pt&nrm=iso>.

PARPINELLI, Roberta Stubs; SOUZA, Edmilson Wantuil Freitas de. Pensando os fenômenos psicológicos: um ensaio esquizoanalítico. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 479-487, set./dez. 2005.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. A cartografia e a relação pesquisa e vida. **Psicologia e Sociedade**. Florianópolis, v. 21, n. 2, ago.2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822009000200003&lng=pt&nrm=iso>.

ATIVAMENTE - PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA NO TRABALHO COM IDOSOS EM SAÚDE MENTAL

Data de aceite: 14/02/2020

Data de submissão: 03/01/2020

Michelle dos Santos Campos

Núcleo da Terceira Idade- Holiste Psiquiatria

Lattes Id: <http://lattes.cnpq.br/2089241578609177>

Raissa Bonfim Silveira

Núcleo da Terceira Idade- Holiste Psiquiatria

Lattes id <http://lattes.cnpq.br/9499011994626803>

André Gordilho Joaquim de Carvalho

Núcleo da Terceira Idade- Holiste Psiquiatria

Lattes id <http://lattes.cnpq.br/8148544126561786>

Nadja Pinho dos Santos

Núcleo da Terceira Idade- Holiste Psiquiatria

Lattes iD <http://lattes.cnpq.br/9010488584031892>

RESUMO: As funções cognitivas, atuando associadas, conferem ao indivíduo a capacidade de gerir sua própria vida. O envelhecimento ou presença de transtornos mentais podem contribuir para o declínio cognitivo caracterizado pela perda progressiva do desempenho de funções como atenção, memória, linguagem, resolutividade, entre outros. Dessa forma, tornou-se interessante construir e implantar um programa de estimulação e reabilitação cognitiva para sujeitos idosos, usuários do serviço de saúde mental, que apresentam

alterações no desempenho cognitivo, uma vez que tais alterações influenciam diretamente na qualidade de vida do sujeito.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento; Declínio Cognitivo; Funções Cognitiva e Estimulação cognitiva.

ACTIVELY - COGNITIVE STIMULATION PROGRAM IN WORKING WITH ELDERLY IN MENTAL HEALTH

ABSTRACT: Cognitive functions, acting together, give the individual the ability to manage his or her own life. Aging or the presence of mental disorders may contribute to the cognitive decline characterized by the progressive loss of performance of functions such as attention, memory, language, resoluteness, among others. Thus, it was interesting to build and implement a program of stimulation and cognitive rehabilitation for elderly subjects, users of mental health service, who present changes in cognitive performance, since such changes directly influence the quality of life of the subject.

KEYWORDS: Aging; Cognitive decline; Cognitive Functions and Cognitive Stimulation.

INTRODUÇÃO

Atualmente, chegar à velhice é uma realidade populacional. O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações na pirâmide etária tem ocorrido de forma acelerada. O Brasil hoje é um “jovem país de cabelos brancos”. De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde as projeções indicam que, em 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas.

O processo de envelhecimento é algo que acontece naturalmente, desde o nascimento até a morte trazendo consigo alterações nos âmbitos bio-psico-sociais. Assim o envelhecimento não se reduz aos fatores biológicos, é também resultado da forma como o sujeito se relaciona com o meio e com os outros, influenciando e sendo influenciado. Cada indivíduo vai vivenciar o processo de envelhecimento de forma muito singular, podendo ou não ter dificuldades para lidar com as transformações.

Como afirma Malloy-Diniz et al (2013, p.20),

A trajetória do envelhecimento humano comporta expressiva variabilidade, dependendo do nível de desenvolvimento biológico e psicológico atingido pelos indivíduos e pelas coortes em virtude da ação conjunta da genética, dos recursos sociais, econômicos, médicos, tecnológicos e psicológicos.

Assim com o aumento da expectativa de vida, doenças neurodegenerativas (principalmente as demências), transtornos psiquiátricos (leves, moderados e graves) e patologias clínicas são cada vez mais experienciados pelos idosos no seu processo de envelhecimento, tornando necessária a implementação de métodos de oferta de cuidado em saúde mental com estruturas criativas, inovadoras e propostas de ações diferenciadas que possam proporcionar ao idoso um envelhecimento saudável, uma vez que tais fatores influenciam diretamente na autonomia e na qualidade de vida do indivíduo.

O presente trabalho tem como objetivo descrever o programa de estimulação cognitiva como recurso terapêutico utilizado na prevenção do declínio cognitivo e estimulação das funções cognitivas em idosos com transtornos mentais.

ENVELHECIMENTO E DECLÍNIO COGNITIVO

O envelhecimento pode variar de indivíduo para indivíduo, sendo gradativo para uns e mais rápido para outros (CAETANO, 2006)

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), ocorrerá um aumento considerável da população com mais de 60 anos de idade nas próximas décadas. Segundo projeções da OMS (2002), esta é uma tendência que continuará durante os próximos anos, sendo que se estima que no ano de 2025 haja mais de 800

milhões de pessoas com idade superior a 65 anos em todo mundo. A Organização das Nações Unidas apresenta números ainda maiores, pois apontam uma projeção de aproximadamente 1 bilhão e 100 milhões idosos para o ano de 2025, sendo que no ano de 2050 em todo o mundo o número de idosos terá ultrapassado o número de jovens. (MARTIN E PRESTON, 1994).

O envelhecimento é um fenômeno que atinge todos os seres humanos, independentemente. Sendo caracterizado como um processo dinâmico, progressivo e irreversível, ligados intimamente a fatores biológicos, psíquicos e sociais (BRITO E LITVOC, 2004).

A definição de quais indivíduos são considerados idosos é arbitrária. De modo geral, convencionou-se chamar de idosos os indivíduos com idade acima de 65 anos, que podem se dividir em dois grupos: idoso jovem de 65 a 74 anos; e idoso velho (acima de 75 anos).

O envelhecimento implica algo que é associado à idade cronológica, mas não idêntico a ela.

Do ponto de vista biológico, o envelhecimento pode ser definido como uma expressão da decadência entrópica, se nos referirmos à segunda lei da termodinâmica: “Qualquer sistema isolado ao longo do tempo tenderá a evoluir para a desordem.” Em termos clínicos, o envelhecimento significaria a perda gradual da capacidade de controle de mecanismos de homeostase com menor capacidade adaptativa e menos resiliência, tendendo a essa fragilidade se exacerbar em condições de sobrecarga funcional. As limitações físicas, o acúmulo de doenças crônicas e a maior fragilidade são mais frequentes com o passar dos anos. (Stoppe, 2015)

BIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

O processo de envelhecimento ou senescência (do latim *senescere*, ou seja, ficar velho), caracteriza-se por um declínio gradual no funcionamento de todos os sistemas corporais: cardiovascular, respiratório, geniturinário, endócrino e imunológico, entre outros. Muitas pessoas idosas mantêm sua capacidade física e habilidade cognitiva em um grau elevado, algumas vezes superando alguns adultos jovens, sendo, portanto, um mito que o envelhecimento, obrigatoriamente, leve a um importante declínio físico e/ou cognitivo.

Diferente do processo natural de envelhecimento (senescência), o termo senilidade, também denominado envelhecimento patológico, é entendido como um processo no qual os danos a saúde que estão associados ao tempo são causados por doença ou maus hábitos de saúde.

Assim como o corpo, o cérebro também tem seu envelhecimento natural, sem necessariamente implicar patologia ou doença.

Com o envelhecimento, o sistema nervoso apresenta alterações com redução no número de neurônios, redução na velocidade de condução nervosa, redução da intensidade dos reflexos, restrição das respostas motoras, do poder de reações e da capacidade de coordenações (DE VITTA, 2000).

O envelhecimento normal leva a um declínio gradual nas funções cognitivas (CANINEU E BASTOS, 2002). A capacidade intelectual do indivíduo idoso pode ser mantida sem dano cerebral até idades mais avançadas. No entanto, dificuldades de aprendizagens e esquecimento sem importância podem ser incluídos, juntamente com algumas alterações sutis que normalmente ocorrem em idosos com idade até 70 anos (CANÇADO E HORTA, 2002).

O declínio cognitivo com o envelhecimento varia quanto ao início e progressão, pois depende de fatores como educação, saúde, personalidade, nível intelectual global, capacidade mental específica, entre outros.

No envelhecimento normal se percebem alterações nas habilidades cognitivas (Kaarin J Anstey; Lee-Fay Low, 2004).

As funções cognitivas são elementos que dão condições aos indivíduos de receber, armazenar e processar informações. Destaca-se a atenção, percepção, memória, funções executivas, orientação e juízo. As funções cognitivas, atuando associadas, conferem à pessoa a capacidade de gerir sua própria vida. São elas: memória (capacidade de reter e evocar informações); Linguagem (capacidade de manipular símbolos na produção e compreensão da comunicação); Atenção (capacidade de selecionar e priorizar informações); Praxias (capacidade de executar movimentos); Gnosias (capacidades perceptivas) e Funções executivas (capacidade de planejar, iniciar, controlar e desempenhar comportamentos dirigidos a um objetivo).

Com o envelhecimento a velocidade de processamento começa a apresentar declínio a partir da terceira década. Em relação a atenção percebe-se um declínio gradual da atenção dividida, da atenção seletiva e da memória de processamento. Quanto à memória, verifica-se o declínio da memória episódica, dificuldade de adquirir novas informações, declínio na velocidade de recuperação de novas informações, mas a capacidade de reter de novas informações, depois de adquiridas, é preservada. Nota-se, também, um declínio tardio da memória semântica e a estabilidade da memória implícita.

No envelhecimento normal a linguagem, em geral, se mantém estável. O vocabulário melhora com o passar dos anos, a capacidade de nomeação diminui tardiamente, assim como o declínio da fluência verbal. Em relação às habilidades visuo-espaciais, o envelhecimento leva a um declínio das habilidades de construção

visual (ex.: montar um objeto), porém observa-se a manutenção das habilidades visuo-espaciais quanto a percepção/reconhecimento de objetos e faces e a percepção espacial: localização física de objetos. Relativo à função executiva, na senescência a flexibilidade mental e abstração declinam, principalmente a partir dos 70 anos, nota-se uma diminuição do controle de respostas inibitórias, o declínio do raciocínio indutivo (verbal e matemático) a partir dos 45 anos, mas a descrição de similaridades, significado de provérbios e material familiar permanece estável.

Entretanto, como afirma Malloy-Diniz et al (2013, p. 341) já se produz evidências mostrando que

Pelo menos parte da perda de funções no envelhecimento pode ser reversível por meio de estratégias comportamentais que produzam estimulação sensorial, cognitiva ou motora capazes de induzir a plasticidade no sistema nervoso.

Este fato, portanto, embasa a justificativa de um programa de estimulação cognitiva para idosos.

Atualmente existem abordagens terapêuticas múltiplas com intervenções farmacológicas e não farmacológicas, que vem apresentando dados promissores na melhora do funcionamento cognitivo e global do idoso, sendo a estimulação cognitiva uma dessas alternativas.

A estimulação cognitiva divide-se em três subgrupos: a reabilitação, o treino e a estimulação. Segundo Malloy-Diniz et al (2013, p.341), “a reabilitação cognitiva envolve a prática orientada de determinadas atividades tendo como foco principal a melhoria da funcionalidade do indivíduo na realização das atividades do cotidiano”. A estimulação cognitiva tem como objetivo melhorar a cognição e a função social, através de treinos não específicos. Permite uma manutenção dessas funções, fortalecendo, preservando e recuperando suas habilidades.

Já o treino cognitivo, tem como objetivo, melhorar as funções cognitivas de modo específico, através de treinos com estratégias e uso de habilidades para trabalhar determinada função, tendo como base a Neuroplasticidade. Pode ser aplicada de forma individual ou em grupo. O treino é mais indicado para idosos com Comprometimento cognitivo leve ou demência de Alzheimer leve.

METODOLOGIA

O programa estrutura-se com a análise da demanda do paciente através de testes científicos validados que mensuram as capacidades cognitivas, e entrevistas com o paciente e a família. Dentre os testes cognitivos utilizados, estão o ADDEMBROOKE ; MEEM (O Mini-Exame do Estado Mental), MOCA (Montreal Cognitive Assessment), Escala Mattis – Dementia Rating Scale, entre outros. Os testes possibilitam o mapeamento e a quantificação do funcionamento de cada

domínio cognitivo separadamente. A partir disso, é construído o planejamento individual com estratégias orientadas por metas e objetivos a serem alcançados. Em seguida é realizada a seleção e aplicação dos exercícios, subdivididos de acordo com os domínios cognitivos e aplicados por profissionais especializados. O programa estrutura-se com frequência de duas a três vezes por semana em dias alternados, com duração média de uma hora a sessão. A cada dois meses efetua-se uma reavaliação para análise e comparação de resultados, obtendo-se um relatório e, caso necessário, o replanejamento e redirecionamento do paciente no programa. O programa é realizado em nível ambulatorial, domiciliar ou na internação psiquiátrica.

DISCUSSÃO

Além do envelhecimento, algumas doenças clínicas, transtornos mentais e outros eventos traumáticos podem provocar alterações consideráveis nas funções cerebrais, ocasionando o que chamamos declínio cognitivo. Sendo assim é essencial o controle de patologias como depressão, hipertensão arterial, arritmias cardíacas, dislipidemias, obesidade e diabetes mellitus, que por si, já são fatores de risco para a evolução de um quadro demencial.

Além de cuidados com a saúde física, os idosos devem ter uma atenção especial com a saúde mental uma vez que o envelhecimento pode está relacionado com o aparecimento de doenças neurodegenerativas, como Alzheimer e outras.

Dessa forma, torna-se interessante construir e implantar um programa de estimulação cognitiva para idosos em sofrimento mental, que apresentam alterações no desempenho cognitivo, uma vez que tais alterações influenciam diretamente no funcionamento e na qualidade de vida do sujeito.

A partir da prática clínica com idosos em sofrimento mental observa-se que o programa de estimulação cognitiva, atrelado ao tratamento medicamentoso e outras especialidades, vem apresentando resultados interessantes.

Constata-se o avanço em habilidades de leitura/escrita/raciocínio; evolução do desempenho, interesse e investimento na execução dos exercícios; aumento da capacidade de armazenamento das informações; progresso na resolução de problemas; melhor qualidade na comunicação e interação social, bem como maior disponibilidade nas relações afetivas; redução da ansiedade provocada por falhas cognitivas decorrentes do envelhecimento; melhora na autoestima; maior autonomia e independência na realização das atividades de vida diária; contribuição no entendimento e na adesão dos tratamentos de saúde.

Logo, para obtenção desses resultados alguns fatores tornam-se imprescindíveis no planejamento para execução do programa.

- O primeiro passo para o programa acontecer é a construção do vínculo paciente/profissional. A depender do perfil do paciente nas primeiras sessões as atividades podem não ser o principal recurso do atendimento.
- O programa precisa ser personalizado para cada paciente, levando em consideração o grau de escolaridade, a história, a cultura, o ambiente e suas preferências. A escolha dos testes de avaliação e rastreio cognitivo também devem seguir essa lógica. Atualmente existem instrumentos indicados para pacientes com baixo grau de escolaridade. Em se tratando das atividades com pacientes de baixa escolaridade é interessante utilizar exercícios com imagens e recursos auditivos. Outro ponto que merece ser citado é a relevância de contextualizar os exercícios de acordo com as vivências do paciente (por exemplo, se o paciente é conhecedor de vários lugares/países, realizar atividades que explorem esse conhecimento: “um jogo de memória com figuras dos países”).
- A escolha do modelo de tratamento (ambulatorial, domiciliar, internação, individual ou em grupo), assim como a definição de um ou mais profissionais envolvidos no acompanhamento, devem seguir critérios estabelecidos pela avaliação da equipe de acordo com a demanda do paciente. Em alguns casos o paciente pode se beneficiar de mais de um modelo de atendimento simultaneamente.
- Caso o paciente tenha alguma limitação auditiva, visual e/ou motora, isso deve ser levado em consideração na construção e no modo de aplicação das atividades.
- O tempo da sessão geralmente tem duração média de 1 hora, sendo que a tolerância de alguns pacientes é maior ou menor, tornando-se necessário reduzir ou estender o tempo da sessão.
- Utilizar estratégias de reforço positivo com o paciente na execução das atividades serve de incentivo e motivação, contribuindo para a adesão aos exercícios.
- Os domínios cognitivos menos prejudicados devem ser potencializados na tentativa de compensar os domínios mais prejudicados.
- O nível de complexidade das atividades deve ser proporcional a condição cognitiva do paciente para que se torne de fato um estímulo efetivo. No planejamento inicialmente utiliza-se atividades de menor complexidade, aumentando-se gradativamente.
- O ambiente interfere diretamente na qualidade da aplicação e execução das atividades. Deve ter o mínimo de estímulos distratores e estressores, mobiliários confortáveis e boa iluminação. Em caso de acompanhamento em domicílio, acordar com os familiares que seja garantido essa estrutura.
- Faz parte do plano terapêutico, o suporte e orientação aos familiares e cuidadores durante todo o tratamento.
- No decorrer do tratamento é necessário realizar reavaliações constantes com intuito de parametrizar a evolução e redirecionar as demandas. Em média essa reavaliação é realizada a cada dois meses podendo variar de acordo com o perfil do paciente. Vale ressaltar que as atividades aplicadas também são instrumentos de avaliação que indicam a evolução do trata-

mento.

- Torna-se importante indicar acompanhamento com equipe multidisciplinar quando o paciente apresenta outras demandas que vão além da competência do programa de estimulação cognitiva. São tratamentos complementares que agregam na evolução do paciente, como: fisioterapia, fonoaudiologia, atividade física, dentre outros.

CONCLUSÃO

A inclusão das intervenções cognitivas em programas de cuidados dialoga de forma positiva com a promoção da saúde do idoso. A literatura sugere que o estímulo cognitivo contribui para minimização do déficit cognitivo e consequentemente auxilia no envelhecimento saudável.

Segundo Zimerman (2000, p.14), o conceito “estimular” é “o ato de instigar, ativar, encorajar e animar os indivíduos” sendo a melhor maneira de contestar os efeitos do envelhecimento.

Observa-se que o programa de estimulação cognitiva ao estimular funções como memória, atenção, linguagem, raciocínio, funções executivas, orientação no tempo e espaço, vem apresentando resultados satisfatórios como a melhora na autoestima, maior autonomia e independência na realização das atividades de vida diária, melhor interação social, mais disponibilidade nas relações afetivas e interpessoais. Contribui, ainda, para a adesão ao tratamento psiquiátrico e possíveis evoluções de quadros demenciais.

Estudos realizados por Clemente (2008), e publicados na Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto da UERJ, tem revelado que um estilo de vida cognitivamente engajado parece ter um efeito protetor para demência. Embora ainda não devidamente valorizada, a intervenção cognitiva vem aparecendo em diversos estudos como uma das possibilidades promissoras para tal.

Os mesmos trabalhos revelam ainda que, com relação às medidas gerais recomenda-se a adoção de hábitos saudáveis, uma dieta adequada, atividade física regular e o não tabagismo. A intervenção envolvendo o suporte psicológico, planejamento dos compromissos financeiros, seguro de saúde e organização da rotina da vida cotidiana, pode proporcionar uma melhor qualidade de vida ao idoso e sua família.

Portanto as ações desenvolvidas são capazes de criar fatores e condições favoráveis que potencializam o envelhecimento saudável e ativo, além da contribuição expressiva na saúde mental do indivíduo.

REFERÊNCIAS

Brito, F.; Litvoc, C. (2004). Conceitos básicos. São Paulo: Atheneu.

Cançado, F.; Horta, M. (2002). Envelhecimento cerebral. In Freitas, E. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.112-127.

Clemente, R. (2008). Comprometimento cognitivo leve: aspectos conceituais, abordagem clínica e diagnóstica. Rio de Janeiro: Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ.

Fernandes, S. (2014). Estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. Bragança: Instituto Politécnico. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/11546/1/Sara%20Isabel%20Diegues%20Fernandes.pdf> Acesso em: Dezembro/ 2019.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2008). Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 1980-2050. Rio De Janeiro: IBGE.

Kaarin, J.; Lee-Fay, L. (2004). Australian Family Physician

Malloy- Diniz, L., et al. (2013). Neuropsicologia do Envelhecimento: Uma abordagem multidimensional. Porto Alegre: Artemed.

Martin, L.; Preston, S. (1994). Demography of aging. Washington, DC: National Academic Press.

Meleiro, Alexandrina Maria Augusto da Silva. Psiquiatria: estudos fundamentais/ Alexandrina Maria Augusto da Silva Meleiro. – 1. Ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

Organização Mundial de Saúde. (2018). Envelhecimento e Saúde. Brasília: OPAS BRASIL. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5661:folha-informativa-envelhecimento-e-saude&Itemid=820. Acesso em: Dezembro/2019.

Stoppe Jr, A. (2015). Transtornos depressivos em idosos. São Paulo: Leitura Médica.

Vaillant GE. Aging well. 2002. Disponível em: www.hup.harvard.edu/catalog.php?isbn=9780674004146. Acesso em: 26/11/17.

Zimerman, G. (2000). Velhice: aspetos biopsicossocias. Porto Alegre: Artmed.

CARACTERIZAÇÃO DE AMOSTRA E PERFIL NEUROPSICOLÓGICO DE PACIENTES COM EPILEPSIA FÁRMACO-RESISTENTE

Data de aceite: 14/02/2020

br/8104709171429351.

Data de submissão: 21/11/2019

Larissa dos Santos Aleixo

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP (HCFMRP).
Ribeirão Preto - SP.

Psicóloga com Residência Multiprofissional em Reabilitação Física pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, (FAMERP), SP.
Especialista em Neuropsicologia.

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2205416891653749>.

Samira Maria Fiorotto

Prefeitura Municipal de São José do Rio Preto.
São José do Rio Preto - SP.

Psicóloga com Residência Multiprofissional em Reabilitação Física pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, (FAMERP), SP.
Especialista em Neuropsicologia.

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1569937692123241>.

Karina Kelly Borges

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)
São José do Rio Preto - SP.
Especialista em Neuropsicologia.

Docente no Departamento de Psicologia (FAMERP). Tutora do programa de residência em Reabilitação Física.

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq>.

RESUMO: A Epilepsia é a doença neurológica crônica de maior incidência no mundo e 30% dos quadros são refratários ao tratamento medicamentoso. O objetivo deste trabalho foi realizar a caracterização da amostra e traçar o perfil neuropsicológico dos pacientes submetidos à avaliação neuropsicológica do centro de Cirurgia de Epilepsia de São José do Rio Preto (CECEP). Foram selecionados 55 pacientes avaliados no período de agosto de 2016 a agosto de 2017 pelo serviço de neuropsicologia em um Hospital Escola. Os instrumentos utilizados foram: Wechsler Memory Scale (WMS); Rey Auditory-Verbal Learning Test (RAVLT); Escala de Inteligência Wechsler Abreviada (WASI); Boston Naming Test (BNT); Trail Making Test; Five Digital Test (FDT); Provas de fluência verbal fonêmica e categoria semântica (FAS) e Mini International Neuropsychiatric Interview - entrevista diagnóstica padronizada para rastreio de Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV. A média de idade da amostra 32,90% anos, 60% do sexo masculino e 40% do sexo feminino. Em relação a escolaridade 3,63% eram analfabetos; 49,09% apresentaram

ensino fundamental incompleto; 5,45% ensino fundamental completo; 10,90% ensino médio incompleto; 20% ensino médio completo; 1,81% ensino superior incompleto; 9,09% ensino superior completo e 1,81% ensino técnico. Em relação à lateralidade da memória 12,72% não apresentou reserva de memória bilateral; 52,72% apresentou reserva bilateral; 30,90% reserva à direita e 3,63% reserva a esquerda. A amostra apresentou QI 38,18% extremamente baixo; 25,45% limítrofe; 25,45% médio inferior; 7,27% médio; 1,81% médio superior; 1,81% superior. Nota-se a variedade diante da caracterização o que aponta o fato da doença não apresentar um perfil de população atingida. Sendo assim o impacto da epilepsia não é determinado apenas pelos aspectos clínicos da doença como frequência e gravidade das crises, fatores psicológicos e sociais também acarretam grande prejuízo na vida do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: crise epiléptica, epilepsia refratária, cirurgia, avaliação neuropsicológica.

SAMPLE CHARACTERIZATION AND NEUROPSYCHOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WITH DRUG-RESISTANT EPILEPSY

ABSTRACT: Epilepsy is the most common chronic neurological disease in the world and 30% of the cases are refractory to drug treatment. The objective of this study was to characterize the sample and to draw the neuropsychological profile of patients undergoing neuropsychological evaluation at the São José do Rio Preto Epilepsy Surgery Center (CECEP). We selected 55 patients evaluated from August 2016 to August 2017 by the neuropsychology service in a teaching hospital. The instruments used were: Wechsler Memory Scale (WMS); Rey Auditory-Verbal Learning Test (RAVLT); Abbreviated Wechsler Intelligence Scale (WASI); Boston Naming Test (BNT); Trail Making Test; Five Digital Test (FDT); Phonemic verbal fluency and semantic category tests (FAS) and Mini International Neuropsychiatric Interview - standardized diagnostic interview for DSM IV Axis I Psychiatric Disorders screening. The average age of the sample was 32.90%, 60% male and 40% female. Regarding education 3.63% were illiterate; 49.09% had incomplete elementary school; 5.45% complete elementary school; 10.90% incomplete high school; 20% complete high school; 1.81% incomplete higher education; 9.09% complete higher education and 1.81% technical education. Regarding memory laterality, 12.72% had no bilateral memory reserve; 52.72% had bilateral reserve; 30.90% reserve on the right and 3.63% reserve on the left. The sample had an extremely low IQ 38.18%; Borderline 25.45%; 25.45% lower average; 7.27% average; 1.81% higher average; 1.81% higher. Note the variety in face of characterization which indicates the fact that the disease does not have a profile of affected population. Thus, the impact of epilepsy is not only determined by the clinical aspects of the disease such as frequency and severity of seizures, psychological and social factors also cause great damage to the patient's life.

KEYWORDS: epileptic seizure, refractory epilepsy, surgery, neuropsychological assessment.

1 | INTRODUÇÃO

Estima-se que existam 50 milhões de pessoas no mundo com epilepsia. Para mais de 30% desses pacientes, a condição é classificada como refratária, com convulsões não controladas, contínuas apesar da administração de drogas antiepilépticas (ELVERMAN et al., 2019).

A epilepsia é um dos distúrbios neurológicos crônicos mais comuns. De acordo com a definição da Liga Internacional Contra Epilepsia (ILAE), “epilepsia é um distúrbio do cérebro caracterizado por uma predisposição duradoura para gerar convulsões epiléticas e pelas consequências neurobiológicas, cognitivas, psicológicas e sociais dessa condição” (BRISSART et al., 2019).

Suas causas são multifatoriais e atualmente, considera-se como fatores de risco, prematuridade, complicações obstétricas, anormalidades pré ou perinatal, hipóxia, malformações do sistema nervoso central (SNC), doenças metabólicas, causas genéticas, infecções do SNC, trauma cranioencefálico, neoplasias do SNC, acidentes vasculares e doenças degenerativas (KESSELMAYER, et al., 2019).

O diagnóstico de epilepsia, na maioria das vezes é possível realizar clinicamente, através da obtenção da história detalhada do paciente e do exame físico, com forte ênfase nas áreas neurológicas e psiquiátricas. A idade de início, frequência, duração, bem como a existência de aura, sensação que precede a crise e dos possíveis desencadeantes são informações importantes.

O tratamento da epilepsia visa à promoção de maior qualidade de vida para o paciente, com o maior controle possível das crises. A cirurgia é um procedimento aprovado para o tratamento da epilepsia resistente a medicamentos ou epilepsia refratária (ER). A ER é considerada uma séria ameaça à saúde pública, com importantes consequências biopsicossociais, incluindo acidentes relacionados a crises, limitações profissionais e aumento do risco de morte súbita (RUIZ-GARCÍA et al., 2019).

Pacientes que devem ser submetidos à cirurgia de epilepsia são: (a) aqueles que apresentam epilepsia refratária; (b) pacientes com deficiências físicas devido a convulsões não controladas, e (c) pacientes com epilepsia refratária focal, baixo risco de morbidade e potencial de reabilitação e integração social (JAYAKAR et al., 2014) e a avaliação pré-operatória requer pelo menos uma análise clínica detalhada como: um eletroencefalograma e vídeo-EEG, uma ressonância magnética craniana, cintilografia de perfusão cerebral e avaliações neuropsicológica e psiquiátrica (BAXENDALE et al., 2019).

A cirurgia de epilepsia é um tratamento eletivo e o declínio cognitivo é a

morbidade mais comum associada ao procedimento. Os distúrbios cognitivos são frequentes no início da doença (até 70%) e é um importante fator suplementar na incapacidade ocupacional, social e familiar, além daqueles causados por convulsões (BAXENDALE et al., 2019; KALBHENN, ET AL., 2019). Para dar consentimento informado ao tratamento, todos os pacientes (ou seus cuidadores) devem receber as informações mais precisas possíveis sobre os riscos e benefícios da cirurgia proposta. Uma avaliação neuropsicológica é, portanto, obrigatória e deve constituir um componente integral da avaliação pré-cirúrgica e avaliação do resultado pós-operatório (RUIZ-GARCÍA et al., 2019).

O papel da avaliação neuropsicológica na avaliação pré-cirúrgica de candidatos à cirurgia de epilepsia evoluiu ao longo do tempo. O entendimento da etiologia multifatorial das dificuldades cognitivas conferidas por uma avaliação neuropsicológica especializada é agora usado para desempenhar quatro papéis principais antes da cirurgia de epilepsia. Estes são os seguintes:

- 1) fornecer uma avaliação de linha de base para comparação de resultados;
- 2) fornecer uma contribuição colaborativa para lateralização, localização e caracterização de crises;
- 3) fornecer previsões baseadas em evidências de risco cognitivo, incluindo, mas não limitado a risco amnésico e resultado psicossocial;
- 4) fornecer feedback e educação neuropsicológica ao paciente e à família.
- 5) estimar a necessidade de reabilitação neuropsicológica e / ou terapias psicossociais e / ou comportamentais no pré e pós-operatório;
- 6) avaliar o resultado cognitivo após a cirurgia. (JONES-GOTMAN et al., 2010).

Com consenso, um painel de especialistas recomendam uma exploração sistemática das seguintes dimensões, conforme relatado pelo ILAE: eficiência intelectual, memória de longo prazo, memória de curto prazo e de trabalho, atenção, funções executivas, velocidade de processamento e habilidades motoras, linguagem, processamento visual, práxis, comportamento psicológico e cognição social (BRISSART et al., 2019), além de indicadores e expectativas dentro da avaliação neuropsicológica (BAXENDALE et al., 2019)

Função	Considerações
Avaliação pré-cirúrgica	<p>Deve estar atualizado.</p> <p>A função em todos os domínios cognitivos deve ser avaliada.</p> <p>Deve incluir medidas objetivas e subjetivas da função cognitiva.</p> <p>Deve incluir medidas formais da função psicossocial e da qualidade de vida relacionada à saúde.</p> <p>Também deve incluir avaliações de comportamento e capacidade dos pais / cuidadores em populações pediátricas.</p> <p>A avaliação de professores / educadores também pode ser útil em alguns casos de populações pediátricas.</p>
Linha de base para comparação de resultados	<p>O momento da avaliação formal em relação à proximidade das últimas crises e aos efeitos da medicação terá impacto na estabilidade das medições da linha de base e deve ser considerado na interpretação dos resultados.</p>
Contribuição para caracterização, lateralização e localização das crises	<p>Os resultados devem ser interpretados em um contexto de desenvolvimento.</p> <p>As influências orgânicas e não orgânicas, estáticas e dinâmicas sobre a função devem ser examinadas na interpretação dos resultados da avaliação pré-operatória.</p>
Identificação de riscos cognitivos associados ao procedimento	<p>Os dados da linha de base pré-operatórios devem ser usados para prever os prováveis resultados cognitivos e identificar os principais riscos cognitivos associados ao procedimento.</p> <p>Modelos preditivos podem ajudar essas previsões em adultos submetidos a operações padronizadas.</p> <p>O risco amnésico deve ser identificado em candidatos à cirurgia do lobo temporal.</p>
Feedback e aconselhamento pré-operatório	<p>Deve incluir explicação dos resultados da avaliação pré-cirúrgica e educação sobre a etiologia dos déficits cognitivos e funcionais identificados.</p> <p>Deve incluir uma discussão detalhada de quaisquer alterações cognitivas previstas após a cirurgia.</p> <p>Deve incluir a discussão das expectativas dos pacientes (e de seus familiares) quanto à cirurgia.</p> <p>Pode incluir pré-reabilitação para perdas cognitivas previstas ou dificuldades psicossociais.</p>

Avaliação pós-cirúrgica	<p>Deve avaliar todos os aspectos da função cognitiva e comportamental avaliados antes da cirurgia.</p> <p>A mudança deve ser identificada usando métodos confiáveis.</p> <p>A natureza da cirurgia e o resultado das crises pós-operatórias devem ser considerados na interpretação dos resultados pós-operatórios.</p> <p>O momento da avaliação pós-operatória terá um impacto significativo nos resultados e deve ser considerado na interpretação dos resultados.</p> <p>Quanto maior o seguimento, mais preciso é o quadro do resultado pós-operatório.</p> <p>Pode levar pelo menos cinco anos após a cirurgia para que mudanças quantificáveis na QVRS se tornem evidentes em adultos e que mudanças cognitivas surjam em crianças.</p> <p>A contribuição psicoterapêutica pode ser necessária em alguns casos para ajudar os candidatos à cirurgia a maximizar seu potencial pós-operatório.</p>
-------------------------	---

Tabela 01. Lista de verificação das indicações e expectativas da avaliação neuropsicológica na cirurgia de epilepsia em crianças e adultos.

O objetivo do trabalho foi caracterizar o perfil neuropsicológico de candidatos adultos para cirurgia de epilepsia.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e retrospectivo. Foram analisados 55 pacientes avaliados no período de agosto de 2016 a agosto de 2017 pelo serviço de neuropsicologia e os dados foram obtidos pelo sistema de informações do prontuário de pacientes e registros da avaliação neuropsicológica do hospital Escola. Os pacientes foram selecionados através do critério de inclusão, como indicação cirúrgica. Os instrumentos utilizados foram: Wechsler Memory Scale – WMS (WECHSLER, D; 1987); Rey Auditory-Verbal Learning Test – RAVLT (MALLOY, L; DE PAULA, J. 2018); Escala de Inteligência Wechsler Abreviada – WASI (WECHSLER, D; 2014); Boston Naming Test – BNT (MANSUR, L; et al, 2006); Trail Making Test - TMT (SANTOS, 2011); Five Digital Test – FDT. (SEDÓ, de PAULA, MALLOY-DINIZ, 2015); Provas de fluência verbal fonêmica e categoria semântica (FAS) e Mini International Neuropsychiatric Interview - entrevista diagnóstica padronizada para rastreio de Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV. (AMORIM, P. 2000).

3 | RESULTADOS

A média de idade da amostra foi de 32,9 anos (55), sendo dos pacientes avaliados 60% (33) do sexo masculino e 40% (22) do sexo feminino. Em relação

à escolaridade 3,63% (2) eram analfabetos; 49,09% (27) apresentaram ensino fundamental incompleto; 5,45% (3) ensino fundamental completo; 10,90% (6) ensino médio incompleto; 20% (11) ensino médio completo; 1,81% (1) ensino superior incompleto; 9,09% (5) ensino superior completo e 1,81% (1) ensino técnico. A amostra apresentou QI em 38,18% (21) compatível com a faixa extremamente baixo; 25,45% (14) com a faixa limítrofe; 25,45% (14) com a faixa médio inferior; 7,27% (4) com a faixa médio; 1,81% (1) com a faixa médio superior e 1,81% (1) com a faixa superior. A amostra apresentou como maioria 38,18%, Q.I extremamente baixo (Gráfico 1). Em relação à lateralidade da memória, o predomínio foi de 52,72% (29) reserva bilateral, 12,72% (7) não apresentou reserva de memória em ambos hemisférios; 30,90% (17) reserva à direita e 3,63% (2) reserva a esquerda (Gráfico 2).

Com relação às funções executivas – quando avaliada flexibilidade cognitiva, pelo instrumento FDT, 60% (33) da amostra apresentou desempenho dentro da média e 27,2% (15) desempenho inferior, sendo que 12,72% (7) não concluiu a tarefa. Quando avaliado controle inibitório, 3,63% (2) demonstrou desempenho superior à média, 52,7% (29) na faixa média, 30,9% (17) inferior, sendo que 12,72% (7) não concluiu a tarefa. No instrumento TMT, parte A, que avalia atenção sustentada, 72,72% (40) da amostra apresentou desempenho na faixa média, 21,8% (12) inferior, sendo que 5,45% (3) não concluiu a tarefa. Na parte B, que avalia flexibilidade mental, 29,09% (16) apresentou desempenho na faixa média, 43,6% (24) inferior, sendo que 27,2% (15) não concluiu a tarefa. Em relação à linguagem, no instrumento que avalia fluência verbal, quando avaliada a fluência fonética, 40% (22) da amostra apresentou desempenho dentro da média, 54,54% (30) inferior, sendo que 5,45% (3) não concluiu a tarefa. Quando avaliada fluência semântica, 3,63% (2) apresentou desempenho superior, 69,09% (38) média, 23,63% inferior, sendo que 3,63% (2) não concluiu a tarefa. No instrumento que avalia nomeação por confronto visual, 81,8% (45) da amostra apresentou desempenho dentro da média, 14,5% (8) inferior, sendo que 3,63% (2) não concluiu a tarefa. Havia indícios de transtornos psiquiátricos em 13 pacientes (28,8%). Dentre os pacientes que apresentaram algum indício de transtornos psiquiátricos, 6 pacientes (46,15%) apresentaram critérios para episódio depressivo maior, 4 pacientes (30,7%) apresentaram critérios para transtorno de ansiedade generalizada, 4 pacientes (30,7%) apresentaram critérios para transtorno de pânico, 1 (7,69%) paciente apresentou critérios para transtorno obsessivo-compulsivo, 3 pacientes (23,07%) apresentaram alto risco de suicídio, 1 paciente (7,69%) apresentou moderado risco de suicídio e 1 (7,69%) apresentou baixo risco de suicídio, sendo que alguns destes pacientes apresentaram critérios para mais de um diagnóstico.

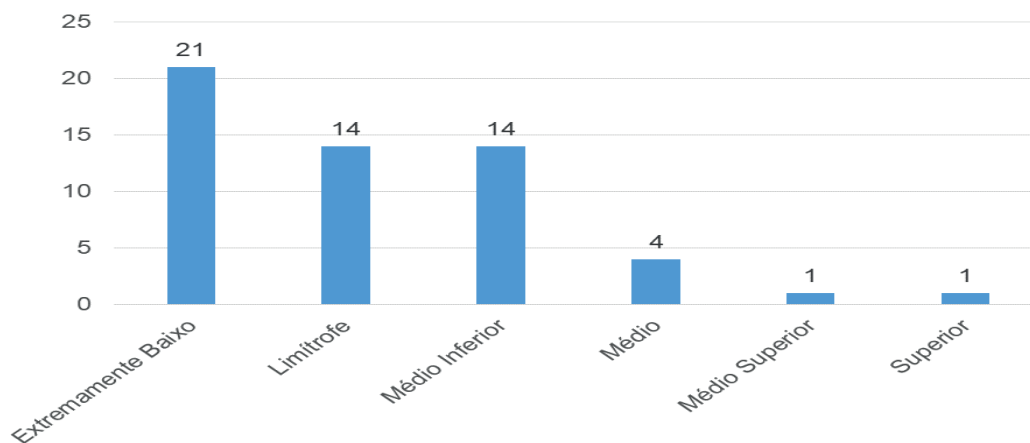


Gráfico 01. Resultado do WASI, teste de inteligência.

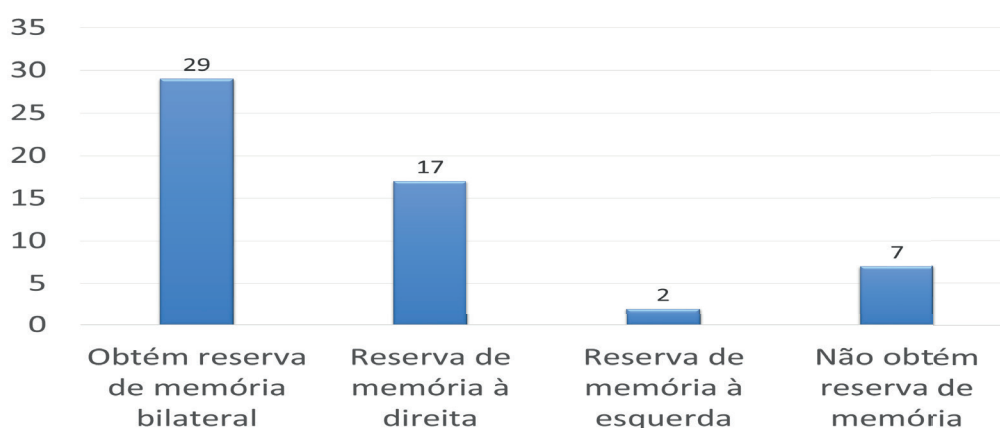


Gráfico 02. Reserva de memória a partir dados quantitativos do RAVLT e WMS.

4 | DISCUSSÃO

É sabido que a neuropsicologia e a avaliação neuropsicológica dentre os métodos de diagnósticos em epilepsia tem seu importante papel reconhecido, pois, de todas as técnicas, é a única que entende e descreve o impacto funcional da epilepsia na vida do paciente, bem como propõe um prognóstico no pós-operatório através do estudo da memória e sua reserva, potencialidades e dificuldades cognitivas e comportamentais, contribuindo para uma serie de decisões, como a identificação do candidato ao procedimento cirúrgico, risco potencial, benefícios, eficácia e programa de reabilitação (MORRISON; MACALLISTER; BARR, 2018).

Os dados obtidos neste estudo demonstram uma amostra composta em sua maioria por pacientes do sexo masculino e de baixa escolaridade, sendo, esta, o ensino fundamental. O perfil cognitivo encontrado identificou um padrão cognitivo abaixo da média esperada, com QI classificado como extremamente baixo. Pacientes com epilepsia estão em maior risco do que seus pares saudáveis, e mesmo pacientes com outras doenças crônicas, de terem problemas educacionais e vocacionais. As taxas relatadas variam, mas há evidências de que até 42% das crianças com epilepsia apresentam baixo desempenho acadêmico e uma

porcentagem maior tem baixo desempenho em pelo menos uma área acadêmica. Fatores relacionados à epilepsia, como uso de drogas antiepilépticas (DAE), tipo de convulsões, etiologia e maior frequência de crises parecem ter um efeito indireto no desempenho acadêmico, devido ao seu impacto negativo no funcionamento cognitivo global. Existe uma forte relação entre QI e exclusão dos principais sistemas escolares. Além disso, até 48% das crianças com epilepsia podem atender aos critérios psicométricos para dificuldades de aprendizagem (HWANG et al., 2019). Tais características vão de encontro ao proposto pela literatura, em que os distúrbios convulsivos estão associados a um risco cognitivo aumentado, onde a distribuição dos escores de QI em pacientes epiléticos tendem a seguir a direção de valores mais baixos (JONES-GOTMAN et al., 2010).

Quando analisada a reserva de memória, ponto de extrema importância, visto que o hipocampo é afetado em grande parte dos procedimentos cirúrgicos realizados, a maioria da amostra demonstrou reserva de memória bilateral, dado importante para o prognóstico funcional dos pacientes.

A reserva de memória relaciona para cada hemisfério tarefas adequadas ao esperado para dados normativos em relação à aprendizagem e consolidação de conteúdo verbal para hemisfério dominante, utilizando nomes, lista de palavras, histórias, sequências numéricas como estímulos e tarefas de aprendizagem e consolidação de conteúdos visuoespaciais, visuoperceptuais ou não verbais como rostos, lugares, música e desenhos abstratos como estímulos, para hemisfério não dominante. Assim, com tarefas o mais semelhante possível em estrutura e procedimento, sendo diferenciadas apenas por serem altamente verbais ou altamente não verbais, é possível desafiar principalmente um lobo temporal em cada momento, permitindo a comparação da eficácia de um lobo temporal com o outro e a probabilidade de reserva de memória seja evidenciada. A importância em identificar a reserva de memória se dá pelos estudos que relatam um prejuízo significativo nas medidas de memória verbal associadas à lobectomia temporal esquerda e da memória visual em casos de lobectomia temporal direita (JONES-GOTMAN et al., 2010; BRISSART, et al., 2019).

O comprometimento cognitivo envolvendo função executiva, linguagem e memória, é muito comum na epilepsia refratária, com disfunção executiva, sendo o comprometimento mais prevalente. (CHAKRAVARTY, K, et al. 2019). O estudo atual mostrou prejuízo em flexibilidade mental evidenciados pelo TMT e diminuição do controle inibitório pelo FDT.

Além das características cognitivas, pacientes com epilepsia têm uma prevalência significativamente maior de distúrbios comórbidos psiquiátricos que envolvem depressão, ansiedade, distúrbios psicóticos em comparação com a população em geral ou pacientes com outras condições médicas crônicas. (LOPEZ,

M.; SCHACHTER, S. C.; KANNER, A; 2019.).

5 | CONCLUSÃO

Os resultados alcançados pela avaliação neuropsicológica permitem conclusões objetivas acerca dos efeitos das crises epiléticas nas funções cognitivas, do efeito do fármaco proposto na cognição e verificação da eficácia da terapia proposta quando comparados em uma possível reavaliação.

Nota-se a variedade diante da caracterização da amostra, o que aponta o fato da doença não apresentar um perfil específico de população atingida. Sendo assim, o impacto da epilepsia não é determinado apenas pelos aspectos clínicos da doença como frequência e gravidade das crises, fatores psicológicos e sociais também acarretam grande prejuízo na vida do paciente.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, P. **Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais.** Rev. Bras. Psiquiatr. vol.22 n.3 São Paulo Sept. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-4446200000300003>. Acesso em: 11 de Novembro de 2019.
- BAXENDALE, S. et al. **Indications and expectations for neuropsychological assessment in epilepsy surgery in children and adults:** Executive summary of the report of the ILAE Neuropsychology Task Force Diagnostic Methods Commission: 2017–2021., 21.3: 221-234. *Epilepsia*, v. 60, n. 9, p. 1794-1796, 2019. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/epi.12962>>. Acesso em: 24 de Outubro de 2019.
- BRISSART, H. et al.. **French neuropsychological procedure consensus in epilepsy surgery.** *Epilepsy & Behavior*, v. 100, part A 106522, 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525505019303701>>. Acesso em: 31 de Outubro de 2019.
- BRUCKI, S. M. D., et al. **Dados normativos para teste de Fluência verbal categórica Animais em Nosso Meio.** *Arquivo de neuro-psiquiatria*. 55(1):56-61,1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1997000100009>. Acesso em: 25 de Outubro de 2019.
- CHAKRAVARTY, Kamalesh, et al. **Effect of sleep quality on memory, executive function, and language performance in patients with refractory focal epilepsy and controlled epilepsy versus healthy controls—A prospective study.** *Epilepsy & Behavior*, 2019, 92: 176-183. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30665125>>. Acesso em: 31 de Outubro de 2019.
- CAMPANHOLO, K. R., et al. **Trail-making and Stroop tests in a Brazilian sample.** *Dement Neuropsychol*: march, 8(1):26-3.2014.
- ELVERMAN, K. et al. **Temporal lobe epilepsy is associated with distinct cognitive phenotypes.** *Epilepsy & Behavior*, v. 96, p. 61-68, 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525505019302458>>. Acesso em: 25 de Outubro de 2019.
- EPILEPSIA. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas.** Portaria SAS/MS nº 1319, de 25 de novembro de 2013. Acesso em: 31 de Outubro de 2019.

HWANG, G. et al. **Cognitive slowing and its underlying neurobiology in temporal lobe epilepsy.** *Cortex*, v. 117, p. 41-52, 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010945219300905>>. Acesso em: 04 de Novembro de 2019.

JAYAKAR, P. et al. **Diagnostic test utilization in evaluation for resective epilepsy surgery in children.** *Epilepsia*. v. 55, n. 4, p. 507-18, 2014.. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/epi.12544>>. Acesso em: 11 de Novembro de 2019.

JONES-GOTMAN, M. et al. **The contribution of neuropsychology to diagnostic assessment in epilepsy.** *Epilepsy&Behavior*, v.18, n. 1-2, p. 3-12, 2010. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525505010002854>>. Acesso em: 11 de Novembro de 2019.

KESSELMAYER, R. et al. **Epilepsy and cognition.** In: *The Comorbidities of Epilepsy*. Academic Press, p. 245-272, 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128148778000131>>. Acesso em: 11 de Novembro de 2019.

LOPEZ, M.; SCHACHTER, S. C.; KANNER, A; **Psychiatric comorbidities go unrecognized in patients with epilepsy:“You see what you know”.** *Epilepsy & Behavior*, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31027939>. Acesso em: 04 de Novembro de 2019.

MALLOY, L; DE PAULA, J. **Teste de Aprendizagem auditivo-verbal de Rey (RAVLT).** 1ª. Edição – São Paulo: Vetor, 2018.

MANSUR, L. L.; RADANOVIC, M.; ARAÚJO, G. C.; TAQUEMORI, L. Y; GRECO, L. L. **Boston naming test: performance of Brazilian Population from São Paulo.** *Pró-Fono Revista de Atualização Científica, Barueri (SP)*, v.18, n1, p 13-20, jan-abr, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-56872006000100003&script=sci_arttext&lng=es. Acesso em: 04 de Novembro de 2019.

MORRISON, C.; MACALLISTER, W.; BARR, W. **Neuropsychology within a tertiary care epilepsy center.** *Archives of Clinical Neuropsychology*, v. 33, n. 3, p. 354-364, 2018. Disponível em: <https://academic.oup.com/acn/article/33/3/354/4987184>. Acesso em: 11 de Novembro de 2019.

RUIZ-GARCÍA, M. et al. **Clinical guideline: pre-operative evaluation of epilepsy surgery.** *Revista Mexicana de Neurociencia*, v. 20, n. 2, p. 116-122, 2019. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2019/rmn192j.pdf>. Acesso em: 11 de Novembro de 2019.

SEDÓ, Manuel; de PAULA, Jonas Jardim; MALLOY-DINIZ, Leandro Fernandes. **O Teste dos Cinco Dígitos.** São Paulo: Hogrefe, 2015.

TOMBAUGH, T.N; KOZAK, J; REES, L. **Normative Data Stratified by Age and Education for Two Measures of Verbal Fluency: FAS and Animal Naming.** *Archives of Clinical Neuropsychology*, vol 14, Issue 2, 1999, 167–177. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887617797000954>. Acesso em: 11 de Novembro de 2019.

WECHSLER, D. **Wechsler Memory Scale-Revised.** San Antonio: Psychological Corporation, 1987.

WECHSLER, D. **Escala Wechsler abreviada de inteligência – WASI;** adaptação e padronização brasileira de Clarissa Marcell Trentini, Denise Balem Yates, Vanessa Stumpf Heck; tradução Ana Lucia Leitão Carraro, Flavia Wagner. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014.

ESPELHO, ESPELHO MEU... A INFLUÊNCIA DAS MÍDIAS SOCIAIS NO DESENCADEAMENTO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES E DISMÓRFICOS

Data de aceite: 14/02/2020

Dalvina Siqueira Costa

Aluna do curso de Psicologia da Universidade
CEUMA, São Luís- MA

Raissa Rabelo Marques Rebouças

Psicóloga e Mestre em Psicologia pela
Universidade de Fortaleza UNIFOR
Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade
Federal do Maranhão UFMA, São Luís- MA

RESUMO: O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) em sua quinta edição aborda os comportamentos inadequados diante da alimentação, sejam eles evitativos, compulsórios e ou restritivos e também os comportamentos exagerados em relação a distorção da imagem corporal. Quando abusivos e nocivos à saúde, esses comportamentos podem se enquadrar nas classificações e tipologias do DSM, sendo considerados patologia. Nessa perspectiva, para além da sintomatologia orgânica, essas manifestações são diretamente influenciadas por fatores biopsicossociais. Assim, cabe contextualizar que desde os primórdios, o padrão estético corporal de beleza é normatizado e dessa forma todas as culturas se desenvolvem marcadas por modelos estéticos fortemente definidos,

vistos na literatura, na arte, pinturas, esculturas e hoje nas mídias sociais e tecnológicas. Diante disso, muitas pessoas estão em busca de um corpo perfeito, ressoando, por vezes, em comportamentos excessivos permeados de mal-estar e sofrimento psíquico. As mídias como cinema, televisão, marketing e revistas, internet têm contribuído para que os indivíduos, em sua maioria as mulheres, sobretudo, jovens, se dediquem em ter um corpo excessivamente magro, definido para se enquadrarem no padrão de beleza atual podendo levar assim ao desenvolvimento de transtornos alimentares e dismórficos. Considerando essa temática, o presente trabalho buscar analisar a influência dos padrões de beleza impostos nas mídias no desencadeamento de transtornos alimentares e dismórficos a partir de uma revisão bibliográfica, constituindo-se uma pesquisa qualitativa de delineamento descritivo.

PALAVRA-CHAVE: Mídias Sociais, Transtornos Alimentares, Transtornos Dismórficos, Psicologia

ABSTRACT: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), in its fifth edition, addresses inadequate eating behaviors, whether avoidant, compulsive or restrictive, and exaggerated behaviors in relation to distortion

of body image. When abusive and harmful to health, these behaviors can fit into the DSM classifications and typologies, being considered pathology. In this perspective, in addition to the organic symptomatology, these manifestations are directly influenced by biopsychosocial factors. Thus, it is important to contextualize that from the beginning, the aesthetic body pattern of beauty is normalized and in this way all cultures are marked by strongly defined aesthetic models, seen in literature, art, paintings, and sculptures today in social and technological media. Faced with this, thousands of people are in search of a perfect body, resounding at times in excessive behaviors permeated by malaise and psychic suffering. Media such as cinema, television, marketing and magazines, the internet have contributed to the fact that individuals, mostly women, especially young people, dedicate themselves to having an excessively thin body, defined to fit the current standard of beauty and can lead thus leading to the development of eating and dysmorphic disorders. Considering this theme, the present work seeks to analyze the influence of beauty standards imposed in the media in the triggering of eating and dysmorphic disorders from a bibliographical review, constituting a qualitative research of descriptive design.

KEYWORDS: Social Media, Eating Disorders, Dysmorphic Disorders, Psychology

1 | INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares são disfunções relacionadas ao comportamento de se alimentar. Segundo os autores Oliveira e Hutz (2010), estes, estão relacionados a quadros caracterizados por aspectos como medo mórbido de engordar, preocupação exagerada com o peso e a forma corporal, redução voluntária do consumo nutricional com progressiva perda de peso, ingestão maciça de alimentos seguida de vômitos e uso abusivo de laxantes e/ou diuréticos.

Quando nocivos à saúde, esses comportamentos podem se enquadrar nas classificações e tipologias do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, sendo considerados patologia. Assim, de acordo com o DSM-V:

Os transtornos alimentares são caracterizados por uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos e que compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial. São descritos critérios diagnósticos para pica, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar (DSM-V; 2014; p.369).

Nessa perspectiva, para além da sintomatologia orgânica, essas manifestações são diretamente influenciadas por fatores biopsicossociais. Assim, cabe contextualizar que desde os primórdios, o padrão estético corporal de beleza é normatizado e dessa forma todas as culturas se desenvolvem marcadas por modelos estéticos fortemente definidos, vistos na literatura, na arte, pinturas, esculturas e hoje nas

mídias sociais e tecnológicas (Oliveira & Hutz, 2010).

A estética corporal é mudada e aperfeiçoada seguindo os padrões estabelecidos por cada cultura, sendo que esse fato redimensiona e realiza o antigo esforço de conjugar a anatomia com as técnicas disponíveis em cada período histórico, capazes de proporcionar melhorias e correções nos detalhes da aparência e na postura dos indivíduos (COUTO, 2000 *apud* BARACAT; BARACAT 2005).

No que diz respeito aos Transtornos Dismórficos Corporal, caracterizados pelo DSM-V (2014) como preocupações excessivas com um defeito imaginado na aparência, é possível destacar de forma ainda mais acentuada, a busca de um corpo ideal imposto pela sociedade. Nesse sentido, muitas pessoas em busca de um corpo perfeito se submetem a alguns procedimentos que por vezes, colocam a saúde em risco.

Diante desse contexto, falar da influência da mídia no desencadeamento desses transtornos é falar dos valores sociais contemporâneos que estão além da busca de saúde, mas de um culto ao corpo e ao mercado por trás desses quadros, a indústria da beleza.

Dessa forma, “o culto ao corpo traz consigo uma ideologia da representação de poder associado à imagem, beleza, status, valorização social, sendo crescente a insatisfação das pessoas com a própria aparência” (BOSI *et al.* 2006, p.109).

Assim, as mídias como cinema, televisão, revistas, internet têm contribuído para que os indivíduos, em sua grande maioria as mulheres e jovens se dediquem em ter um corpo excessivamente magro, corpo definido para se enquadrarem no padrão de beleza atual. “Na contemporaneidade o corpo é cultuado como um objeto importantíssimo das relações sociais. A busca por um corpo perfeito, ideal, siliconado, malhado, não é se não uma forma de escapar do desamparo causado pelo mundo hoje” (SCHMITT, 2013, p. 03).

A questão primordial não é o cuidado com o corpo para otimizar a saúde, mas sim se para se enquadrar nos padrões estéticos que a mídia estampa, para se sentir aceito podendo levar ao desenvolvimento de quadros de transtornos alimentares e dismórficos gerando adoecimentos psicofísicos nos indivíduos.

Diante desse contexto, o presente trabalho se propõe a uma reflexão acerca dessa temática tendo em vista que é cada dia mais atual e crescente os índices de pessoas acometidas de algum distúrbio alimentar ou de imagem corporal.

2 | PADRÕES DE BELEZA: CULTURA CORPORAL DA COMTEPORANEIDADE

De acordo com Soares (2001) em *Corpo e História*, o estudo do corpo permeia por incontáveis caminhos e formas de abordagem deste como pela medicina, arte, antropologia, moda, havendo novas maneiras e possibilidades de conhecê-lo e

estranhá-lo. Ou seja, o corpo é “biocultural”, tanto em seu nível genético, quanto em sua expressão oral e gestual.

Historicamente, o discurso sobre o corpo passa do objeto sacralizado, ou seja do que é intocável, para objeto mutável e manipulável pela ação do desejo do próprio homem. Dessa forma o corpo passa de objeto de estudo da ciência para objeto de autoafirmação social. Nesse contexto, o culto ao corpo atravessa diversos setores sociais e faixas etárias e com os avanços tecnológicos as transformações desse corpo se tornam cada vez mais frequentes (SCHIMITT, 2013).

Os padrões sociais referentes a beleza acabam representando uma forma de controle, manipulação social e muitas vezes a exclusão de muitos indivíduos que não conseguem chegar ao ideal. Sobre o corpo e essa temática, Costa & Endo (2014) dizem que:

A inscrição do sujeito na cultura se faz através de uma operação sobre os corpos. A transmissão da cultural inscreve a perda de um objeto pulsional, comum a ambos os termos da relação. Os limites do corpo esvanecem as fronteiras entre o eu e o outro. Tanto o *pathos* individual como as estruturas sociais são efeitos dos mesmos processos civilizatórios. Para que o sujeito possa estabelecer laços com o outro, deve recalcar aquilo que não pode fazer parte da esfera coletiva (COSTA; ENDO, 2014 p.08).

Focault ressalta que “o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência, ou simplesmente pela ideologia, mas começa no corpo, com corpo” (FOCAULT, 1979, p.80).

Nesse contexto, o corpo atual surge na sociedade recoberto de elementos significativos, tornando-se linguagem e veículo de comunicação carregado de significações, reflexo das características sociais atuais: imagem, efemeridade, opulência; ou seja, é uma construção textual que pode manifestar os ideais, a cultura, e os valores que a sociedade tem prezado, de acordo com as diferentes épocas (ARAUJO *et al.*, 2007).

Sendo assim, compreende-se quando Freud afirma que:

É impossível fugir à impressão de que as pessoas comumente empregam falsos padrões de avaliação – isto é, de que buscam poder, sucesso e riqueza para elas mesmas e os admiram nos outros, subestimando tudo aquilo que verdadeiramente tem valor na vida. No entanto, ao formular qualquer juízo geral desse tipo, corremos o risco de esquecer quão variados são o mundo humano e sua vida mental (FREUD, 1930; p.01).

Diante disso, para a Psicanálise o corpo tem muitas referências além do simbólico. Como explica Costa (2005), o termo em Freud possui vários referentes: fonte de ações específicas; sede de pulsões de sexuais e de autoconservação; objeto de disputa entre pulsões de vida e de morte etc.

No discurso psicanalítico, pós-freudiano:

O corpo ficou reduzido aos registros psicossomáticos, anatômico e biológico, confundido com o organismo, e sendo colocado numa dicotomia em relação ao psiquismo, este último definido como lugar por excelência das representações (BIRMAN; FORTES; PERELSON, 2010 p.81).

Nesse contexto, Lacan (1949) ao falar da temática da constituição da imagem, traz o estágio do espelho como um campo de relações e experiência da criança que numa determinada fase percebe um outro através de sua imagem até reconhecer-se na imagem refletida no espelho. Para Lacan, o estágio do espelho é compreendido como uma identificação. A conquista da imagem do corpo próprio pela criança corresponde a uma imagem que “é dela”, mas que ao mesmo tempo “não é dela”, está alienada ao outro. Segundo ele o eu se estabelece como uma relação com o Outro.

Cabe aqui pontuar que na visão lacaniana, a imagem corporal é construída ao longo da relação do bebê com a mãe, pois a princípio, ele ainda não distingue suas sensações internas e externas, e se confunde com o outro (a mãe) que desvela o mundo para ele. E durante seu desenvolvimento vai definindo o seu corpo distinguindo do mundo e construindo assim seu esquema corporal. Nesse processo, o seu eu também é constituído entre uma representação do seu eu e do outro (LACAN, 1949).

Dessa forma, é possível analisar esse argumento psicanalítico da constituição do eu e da imagem desse eu na relação com o outro ao comparar, metaforicamente, o espelho como imposições midiáticas, onde sua imagem surge com os outros que refletem uma presença perfeita trazendo uma confusão constitutiva do seu próprio eu.

Segundo Vargas (2014), a percepção da imagem corporal pode ser considerada, muitas vezes, como resultado de distorções da própria imagem entendidas pelo indivíduo com um conflito entre o corpo real e o imposto pela sociedade. Assim, o que se percebe é que nos transtornos alimentares e principalmente nos dismórficos o registro dessa imagem do eu seria confundida com a imagem de um outro, que neste caso, é a imagem do outro perfeita, sem defeitos que é perpetuada pelas mídias.

Como aponta Jurandir Freire Costa (2005), quando faz uma observação a esse corpo-espetacular da cultura do corpo na moral do espetáculo pela imitação de estilos de vida de personagens que por vezes, pode acabar resultando em distúrbios de imagem corporal.

3 | A INFLUÊNCIA DAS REDES SOCIAIS NS DESENCADEAMENTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES E DISMÓRFICOS

Os transtornos alimentares possuem uma etiologia multifatorial, ou seja, são influenciados por uma série de fatores que juntos podem desencadear essas patologias: predisposições genéticas, socioculturais e vulnerabilidades biológicas e psicológicas (MORGAN, 2002). Portanto, não há somente um fator que influencie o aparecimento dos Transtornos Alimentares, porém neste estudo buscou-se discorrer sobre a da influência midiática desencadeamento dos transtornos alimentares e dismórficos.

É indispensável ressaltar o advento da internet, pois do surgimento até a atualidade, propagou-se uma grande produção teórica sobre o poder da mídia e sua capacidade de interferir e seduzir pessoas na construção e reformulação de ideias, valores, visão de mundo e padrões de comportamento (BARACT; BARACT, 2017).

Nesse contexto, as mídias podem reforçar os valores impostos pela sociedade e como visto, os padrões estéticos se sobrepõem aos valores éticos tomando-os, muitas vezes, por virtudes. De acordo com Vargas (2014), a valorização do “corpo perfeito” tornou-se uma obsessão diante dos padrões estéticos pré-estabelecidos pela sociedade e abordados nos meios de comunicação. E essa obsessão tem levado as pessoas a buscarem procedimentos estéticos, muitas vezes perigosos, como as cirurgias, ingestão de substâncias químicas proibidas e impróprias para usos humano, além das famosas dietas milagrosas.

Segundo Bernardes (2010), os indivíduos sentem-se pressionados em demasia pela mídia para serem magros e aprendem várias técnicas para o controle de peso através desse veículo. Uma vez que o ideal de magreza proposto é uma impossibilidade biológica para a maioria das mulheres, a insatisfação corporal tem se tornado cada vez mais comum. Os padrões de beleza constantemente veiculados pelos meios de comunicação e pelo convívio social parecem exercer um efeito marcante sobre as pessoas, principalmente em mulheres e jovens.

Como afirma Bosi *et al.* (2006), as mulheres jovens, por serem mais vulneráveis às pressões dos padrões socioculturais, econômicos e estéticos, constituem o grupo de maior risco para desenvolver distúrbios alimentares. No entanto, hoje, pelo crescimento do comércio nutricional esportivo, os homens também entram nessas categorias principalmente nos distúrbios da Vigorexia.

A vigorexia ainda não recebeu uma nomenclatura, no entanto, no DSM – V(2014), esse distúrbio entra na configuração de transtornos obsessivos compulsivos - Dismorfia muscular - por se caracterizar numa disfunção da imagem corporal, na qual o indivíduo se enxerga mais fraco e magro e assim desenvolve comportamentos repetitivos em relação a um cuidado excessivo de treino para aumentar, ou melhorar

esse corpo.

A idealização de beleza centralizada num corpo perfeito é parte integrante das psicopatologias dos transtornos alimentares e dismórficos. Culturalmente, ser magro é sinônimo de competência, sucesso, autocontrole e ser sexualmente atraente. No que diz respeito aos homens, a imagem masculina retoma o símbolo do homem primitivo, forte, saudável, fértil, esportivo.

Camargo *et al.* (2008), aponta para o grande interesse pela nutrição anabólica, infinitas dietas, e grandes avanços tecnológicos em cirurgias estéticas. Homens e mulheres experimentam diversos procedimentos estéticos na busca de um corpo ideal ressaltado nas mídias sociais (*instagram, youtube, twitter, facebook*, etc.) como modelo de vitalidade, juventude, força e sinônimo de bem-estar. No caso dos homens, a preocupação excessiva com o corpo se manifesta de maneira diferente em relação às mulheres. Apesar de indivíduos do sexo masculino também sofrerem de Transtornos Alimentares, chama atenção um novo quadro denominado Vigorexia ou Dismorfia Muscular (ASSUNÇÃO, 2002).

Uma série de fatores estão envolvidos nos modos de tentar controlar o peso e se manter esteticamente no padrão aceitável. Além do que é físico, os indivíduos nessas categorias costumam vivenciar sentimentos de baixa autoestima, ansiedade, e sensação de falta de controle sobre a própria vida. Tal cenário representa uma luta injusta, visto que há uma tentativa incessante de igualar-se a um biótipo único e idealizado.

O autor Musso Garcia Greco aponta um olhar a partir da teoria psicanalítica lacaniana, considerando que:

Nos quadros que se manifestam uma Dismorfofobia, precisamos articular os nós de amarração entre Real, Simbólico e Imaginário, observando as falhas e as relações que se estabelecem entre os três registros, de modo a compreendermos o excesso de angústia que se manifesta na imagem, ressaltando que apesar de intervenções estéticas que modifique o “defeito corporal”, algo perturbador permanece, irreduzível, como uma mancha no espelho (GRECO 2010, p.226).

Nessa perspectiva, compreende-se que há um corpo real, natural marcado pela falta, pela necessidade e que mesmo buscando supri-la ainda assim permanece o desejo incessante. Assim, “a busca por um corpo “sarado” funciona, para os adeptos do atual culto à beleza e à “boa forma”, como uma luta contra a morte simbólica imposta àqueles que não se disciplinam para enquadrar seus corpos aos padrões exigidos” (GOLDENBERG; RAMOS, 2002, p.31).

Nesse contexto, pode-se observar que os transtornos alimentares não surgem sem uma causa, porém, vão se manifestando ao longo de vários anos, a partir de fatores biopsicossociais, podendo estar presentes desde muito cedo na vida do indivíduo, de vulnerabilidades que surgiram nas primeiras etapas da vida e de circunstâncias mais tardias na sua história. No que diz respeito a mídia como

influenciadora no desencadeamento de algum distúrbio relacionado a imagem corporal parte-se da análise do que o social impõe em determinada época como padrão normativo. Assim, percebe-se a influência dos fatores socioculturais na etiologia dos transtornos alimentares fazendo com que, nossa sociedade cultive a magreza, pessoas musculosas, associando, a esse ideal estético, valores como felicidade e beleza, como resultado do consumo e de um seguimento padrão (BARACT; BARACT, 2005).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível perceber que a dinâmica da cultura e os padrões que a sociedade impõe sobre beleza influenciam significativamente no surgimento dos transtornos alimentares e dismórficos a pouco mencionados.

Comportamentos alimentares, práticas estéticas diversas, por vezes perigosas, são diariamente construídas e expostas nas mídias como verdades. Diante disso, no mundo contemporâneo, a mídia desempenha papel estruturador na construção e desconstrução de padrões estéticos facilitando assim um ambiente propício para o desencadeamento dessas patologias que podem ocasionar sofrimento maior para o indivíduo que mediante a imagem do Outro sente-se indiferente e busca igualar-se.

Portanto, pode-se então, considerar que este processo é decorrente de um de uma influência da cultura de consumo, no qual atribui-se valores morais a o estético. Neste processo, a mídia cria personagens de beleza e saúde, produz modelos a serem seguidos, que, muitas vezes, são tipos distorcidos de beleza e até de saúde.

Sendo assim, cabe-se ressaltar que quando se trata de questões sociais, ideologias sobre a época, é sempre importante buscar diálogos e reflexões sobre essas temáticas afim de desmistificar e até mesmo prevenir comportamentos que ponham a saúde em risco, bem propor acolhimento a quem enfrenta essas situações.

REFERENCIAS

ALVARENGA, Marle dos Santos *et al.* Insatisfação com a imagem corporal em universitárias brasileiras. **J Bras Psiquiatria**. 2010; 59(1):44-51.

ARAUJO, Denise Castilhos de; BALDISSERA, Rudimar; STOFFEL, Andressa. Modelos femininos comercializados por anúncios publicitários na mídia eletrônica. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação V Congresso Nacional de História da Mídia – São Paulo – 2007.

ASSUNÇÃO, Sheila Seleri Marques. Dismorfia muscular. **Rev. Bras. Psiquiatr.** vol.24 suppl.3 São Paulo Dec. 2002, suppl.3, pp.80-84. ISSN 1516-4446. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000700018>>.

BALDANZA, Renata Francisco; ABREU, Nelsio Rodrigues de. A Comunicação na Mídia e os Símbolos de Beleza: Reflexões Sobre Influência da Indústria Cultural da Difusão de Valores Estéticos.

INTERCOM SUDESTE 2006 – XI Simpósio de Ciências da Comunicação na Região Sudeste. Ribeirão Preto, SP - 22 a 24 de maio de 2006.

BARACT, Mariana; BARACAT, Juliana. A influência social e cultural da idealização do corpo perfeito através dos meios de comunicação e seu impacto na formação da imagem corporal. **Revista inf.br**, Rio Grande do Sul, 2005.

BERNARDES, Tassiana. **Adolescência, mídia e transtornos alimentares: uma revisão bibliográfica**. Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa. Uruguiana, 2010.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães *et al.* Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. **J. bras. psiquiatr.** vol.55 no.2 Rio de Janeiro, 2006, n.2, pp.108-113. ISSN 0047-2085. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852006000200003>>.

CAMARGO, Tatiana Pimentel Pires de *et al.* Vigorexia: revisão dos aspectos atuais deste distúrbio de imagem corporal. **Revista Brasileira de Psicologia do Esporte** v.2 n.1 São Paulo. 2008.

COSTA, André Oliveira; ENDO, Paulo César. Corpo, transmissão e processo civilizador: Sigmund Freud e Norbert Elias. **Trivium vol.6 no.2 Rio de Janeiro dez, 2014**.

COSTA, Jurandir Freire. **O VESTÍGIO E A AURA: corpo e consumismo na moral do espetáculo**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

FOCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado- Rio de Janeiro: Edição Graal, 1979.

FREUD, Sigmund (1930 [1929]). **O mal estar da civilização**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GAMA, Júlia de Fátima Ribeiro *et al.* A Ditadura da beleza: conceito estereotipado de estética e os níveis de satisfação com a imagem corporal em alunas do Instituto Federal Fluminense. **Revista Científica Indexada Linkania Master** – 2011, ISSN: 2236-6660;

GOLDENBERG, M.; RAMOS, M.S. A civilização das formas: o corpo como valor. In: GOLDENBERG, M. (Org.). **Nu & Vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca**. Rio de Janeiro. Record, 2002.

GRECO, Musso Garcia. **DECLINAÇÕES DA DISMORFOFOBIA: estudo psicanalítico da distorção da imagem corporal**. Tese de Doutorado da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, p.287, 2010.

LACAN, Jacques (1949). O estádio do espelho como formador da função do eu. In: **Escritos/ Jacques Lacan**; tradução: Vera Ribeiro –Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno - DSM-5. American Psychiatric Association, tradução. Maria Inês Correa Nascimento *et al.*, revisa técnica: Aristides Volpato Cordioli Porto Alegre, Artmed, 2014.

MORGAN *et al.* Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Rev. Bras. Psiquiatr** 2002; 24(supl III): 18-23.

SHMITT, Sabine. A mídia e a ilusão do tão desejado “CORPO PERFEITO”. 2013. ISSN 1646 6947. Disponível em:<www.psicologia.pt>.

VARGAS, Eliza Garonci Alves. A influência da mídia na construção da imagem corporal. **Rev Bras Nutr Clin** 2014; 29 (1): 73-5.

FENOMENOLOGIA E SAÚDE MENTAL: UM APELO AO RESGATE DA EXPERIÊNCIA DO SUJEITO EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

Data de aceite: 14/02/2020

André Pimenta de Melo

Graduação em Psicologia/PUC-SP. especialista em Saúde Mental e Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp. Mestrando pela Faculdade de Ciências Médicas/ Departamento de Saúde Coletiva - Área de concentração: Políticas, Planejamento e Gestão/ Unicamp.
pimentademelo@hotmail.com

Bruno Bauer Saracino

Graduação em Psicologia/PUC-SP. especialista em Saúde Mental e Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp.
bauerbbs@gmail.com

Bruno Ferrari Emerich

Graduação em Psicologia/UNESP-Assis. Mestre e Doutor pela Faculdade de Ciências Médicas/ Departamento de Saúde Coletiva - Área de concentração: Políticas, Planejamento e Gestão/ Unicamp. Supervisora do primeiro ano da Residência Multiprofissional em Saúde Mental/ UNICAMP. Profissional de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão - PAEP (UNICAMP).
brunofemerich@gmail.com

Ellen Cristina Ricci

Terapeuta Ocupacional/ USP. Mestra e Doutora pela Faculdade de Ciências Médicas/ Departamento de Saúde Coletiva - Área de concentração: Políticas, Planejamento e Gestão/ Unicamp. Supervisora do segundo ano da Residência Multiprofissional em Saúde Mental/ UNICAMP.
ellenricci@gmail.com

Rosana Onocko-Campos

Graduação em Psicologia/PUC-SP. especialista em Saúde Mental e Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp. Mestrando pela Faculdade de Ciências Médicas/ Departamento de Saúde Coletiva - Área de concentração: Políticas, Planejamento e Gestão/ Unicamp
Graduação em Ciências Médicas pela Universidade Nacional de Rosário. Mestra e Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas e livre-docência pela Universidade Estadual de Campinas.
rosanaoc@mpc.com.br

O presente trabalho busca realizar uma reflexão crítica construída a partir de relatos de experiências dos sujeitos em sofrimentos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Desta forma, busca-se a relação entre as práticas clínicas hegemônicas e as experiências relatadas dos sujeitos. O mote teórico que fundamenta este trabalho é a compreensão sobre o pensamento fenomenológico e seu grande potencial para a construção da atenção psicossocial. Tal compreensão não é desvinculada da história do campo, já que a fenomenologia exerceu um importante papel na construção da Saúde Mental, no que diz respeito a psicopatologia,

bem como dentro dos movimentos da Reforma Psiquiátrica (SCHNEIDER, 2009; PUCHIVAILO, et al., 2013). Ao reconhecer essa influência histórica, este estudo busca resgatar algumas reflexões, embasadas em pensadores desta tradição que se adentraram no campo da Saúde Mental.

A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Com o advento da psiquiatria moderna e o nascimento do Asylum, a experiência existencial da loucura deixou de ser vista a partir dos referenciais culturais e estéticos, ligados as dimensões trágicas e místicas da vida, e começou a ser analisada e observada por referenciais científicos, que a codificaram como Doença Mental. Nesse processo, a loucura se tornou um objeto de pensamento e intervenção científica trabalhada de maneira semelhante a outros adoecimentos (FOUCAULT, 1975). No fim do século XIX e começo do XX, com a hegemonia do positivismo, a doença mental passou a ser pensada como qualquer outra doença, com seus sinais e sintomas, caindo em categorias nosógrafas que comporiam quadros. Por meio dessa analogia, a loucura começou a ser pensada como qualquer outra doença física, determinada de modo organicista, com uma suposta base hereditária, compreendida de modo individual (SCHNEIDER, 2009).

A medicina, especialmente na psiquiatria, como em outros ramos do conhecimento, influenciados pelo pensamento científico positivista, compreendia que para melhor conhecer o seu objeto deveria controlar suas variáveis ambientais de forma que pudesse ter acesso imparcial e puro sobre o que se pretendia conhecer (AMARANTE, 2013). Nesse sentido, o objeto de estudo deveria ser retirado de seu ambiente natural para que fosse possível estudá-lo melhor em si mesmo. O conhecer, nessa tradição, significa retirar o objeto de seu campo de manifestação, decompô-lo as suas menores partículas e estudá-las a exaustão, a fim de extrair suas regras e leis gerais de comportamento que permitiriam a previsão e controle do fenômeno (DILTHEY, 2011). Neste caso específico, isso significaria retirar sujeito do seu meio social com o intuito de estudá-lo, e assim melhor e curá-lo. Tal recomendação, por exemplo, era feita por Philippe Pinel aos familiares de seus pacientes. Com isso o Manicômio se torna o local primordial, se não o único, de tratamento dos doentes mentais (AMARANTE, 2013).

Nesse paradigma, a doença mental seria eleita como objeto de estudo e intervenção compreendida como algo que acometia o sujeito, e não uma experiência ou modo de ser do mesmo. Ainda, nesse processo, não caberia um olhar para o sujeito como uma totalidade na qual o adoecimento seria uma parcela de seu existir; mas sim, essa parte, ao contrário, se tornava o todo, ocultando outros olhares e modos de ser. Silenciado e ignorado em sua experiência, o sujeito em sofrimento

psíquico era tomado como um objeto natural em um processo que desconsiderava sua singularidade (AMARANTE, 2013).

Ao longo da segunda metade do século XX surgiram, por toda a Europa e EUA, movimentos de contestação sobre o modelo vigente de assistência aos doentes mentais que orientava, com seus paradigmas, o trabalho nesses equipamentos, bem como os recursos jurídicos e legais, afinal, eles permeavam a questão e o lugar social da loucura.

Há, a partir desse movimento, uma transição do paradigma da doença mental para o paradigma da saúde mental. Isso não se deu de modo instantâneo e automático, mas sim foi fruto de processos de construções e de reflexões conjuntas. De modo simplificado, o objeto de trabalho deixa de ser a doença mental e passa a ser o sujeito em sofrimento psíquico. Desta forma, a assistência deixa de ser restrita aos Manicômios e passa a ser voltar a uma rede de serviços, de base comunitária, que na realidade brasileira se articulam a partir dos CAPS, constituindo, mais futuramente, a RAPS – Rede de Atenção Psicossocial (AMARANTE, 2013).

Nesse processo, de questionamentos e mudanças de paradigmas, o pensamento fenomenológico exerceu uma importante influência sobre os processos de reforma psiquiátrica inglesa e italiana. Tanto os ingleses David Cooper e Ronald Laing quanto os italianos Franco Basaglia e Franco Rotelli foram influenciados por noções da fenomenologia, seja de Husserl, Sartre ou Heidegger. Talvez, em nenhum outro conceito, isso fique tão evidente quanto na ideia de Basaglia ao colocar a doença entre parênteses, que faz um paralelo com a ideia husserliana sobre a suspensão fenomenológica da atitude natural (SCHNEIDER, 2009; PUCHIVAILO et al., 2013). Amarante (2013) refere que:

A ideia da doença entre parênteses pode ser entendida como uma atitude epistêmica, isto é, uma atitude de produção de conhecimento, que significa a suspensão de um determinado conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão, que no caso, é a experiência vivida pelos sujeitos. Desta forma, a doença entre parênteses não significa uma negação da existência da ‘doença’, entre outras palavras, não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar; não é a negação da experiência que a psiquiatria convencionou denominar doença mental. A estratégia de colocar a doença entre parênteses é, a um só tempo, uma ruptura com o modelo teórico-conceitual da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para conhecer a subjetividade e terminou por objetivar e reificar o sujeito e a experiência humana (pag. 67).

É por meio do paradigma da saúde mental que surge o modelo de atenção psicossocial. Se no modelo antigo, focado na doença, o trabalho visava fundamentalmente o combate sintomático, no modelo novo, o trabalho busca a construção de novos projetos de vida e de existência, do sujeito em sofrimento psíquico, por meio da transformação de suas relações sociais, comunitárias e familiares, frisando o seu protagonismo (CRP, 2013^a). Isso significa compreender

os sujeitos em seu mundo de relações sociais tornando-os o foco do trabalho. Este entendimento só é possível quando utilizamos de equipamentos com base territorial e comunitária, próximos aos locais de vida das populações, e assim, ampliando a clínica em sua compreensão dos fenômenos e em seu repertório de intervenções (CUNHA, CAMPOS, 2011).

Trabalhar adequadamente nessa perspectiva significa superar a concepção de ciência que embasava o modelo de doença mental, declaradamente adepto das ciências naturais (AMARANTE, 2013). Desde o final do século XIX, autores como Dilthey e Husserl apontaram para o erro e a limitação da mera transposição dessa metodologia para a análise dos fenômenos humanos (DASTUR; CABESTAN, 2015). Se, no primeiro, as ciências naturais rompiam com o nexos da vida que fundamentalmente caracterizava todo o fenômeno humano, no segundo, elas eram cegas a seus fundamentos e partiam de pressupostos não comprováveis. Indo além, ambos os autores criticam o entendimento vigente de sua época em relação à subjetividade humana, e coloca em questionamento a compreensão de homem hegemônica (BRAGA, 2014).

Essa compreensão de homem era calcada nas filosofias da subjetividade que, em diferentes graus e formas, entendiam “o psiquismo como sustância essencial, atemporal, dicotomizada do mundo, desenvolvendo de diferentes formas uma espécie de egologia” (FEIJOO, 2011, pag.19). Essa compreensão inevitavelmente produziria uma reificação e essencialização da consciência e da subjetividade que Husserl procurou romper. Para isso, ele propôs compreendermos a consciência enquanto consciência intencional, que seria caracterizada por um vazio e se constituiria sempre em movimento, sempre em direção a um objeto intencional. Nesse sentido, toda a consciência é consciência de algo, de um objeto correlato. Decorre disso a impossibilidade de se pensar a consciência, de maneira cartesiana, como fechada em si mesma, como algo dotado de uma essencial própria, descolada do mundo (FEIJOO, 2011).

O filósofo alemão Martin Heidegger leva esse raciocínio a diante e o radicaliza (CASANOVA, 2009). Dentro da totalidade de sua obra, se encontra o projeto da fenomenologia-hermenêutica que repensa os fundamentos do homem, cunhando o termo Dasein, ou “ser-o-ai”. Por Dasein se entende o ente que não possui nenhuma essência previamente estabelecida, radicalizando a concepção de intencionalidade, cujo ser se dá no ai, sempre numa abertura, sempre num poder-ser (HEIDEGGER, 1995). Dasein se caracteriza por essa abertura que é sempre em determinado mundo, sempre ser-no-mundo. Sem a menor pretensão de dar conta da complexidade e profundidade que esse conceito implica, é possível dizer, de maneira sintética, que o termo Dasein significa uma ruptura com toda e qualquer noção dualista de sujeito e objeto, indivíduo e sociedade, corpo e mente, razão e emoção (FEIJOO, 2011).

Não à toa, a obra de Heidegger e a ideia de Dasein influenciaram muitos teóricos da saúde mental e da psicopatologia, tais como Medard Boss, Arthur Tattossian (TATOSSIAN; MOREIRA, 2012) e o já citado, Franco Basaglia (MANGARO, 2006).

Durante nossa prática como psicólogos nos CAPS, nós percebemos carentes por outras abordagens e formas de pensar, diferentes daquelas comumente observadas em nosso cotidiano e exercidas, de maneira quase hegemônica, pelas equipes dos equipamentos de saúde. Caracterizamos as formas de pensar e abordagens hegemonicamente observadas como aquelas debitárias do pensar positivista e cartesiano, como os diagnósticos puramente criteriológicos, que relegam a experiência do vivido ao campo do “meramente subjetivo”, cindindo mente e corpo, pessoa e seu mundo e, frequentemente, afastando também a vida cotidiana do tratamento (BRAGA, 2014). Ou seja, uma forma de conhecimento que se submete à estrutura epistemológica das Ciências Naturais, tentando estender tal estrutura aos fenômenos humanos. Os desdobramentos de tal submissão não são sem consequência, como bem discute a tradição fenomenológica.

Citamos ainda as teorias psicológicas, especialmente a Psicanálise. Não fazemos aqui nenhuma objeção às inestimáveis contribuições da Psicanálise para a psicopatologia, psiquiatria, psicoterapia e ao campo da Saúde Mental como um todo. Contudo, algumas leituras de autores da tradição psicanalista encerram e aprisionam o sujeito e sua experiência em estruturas ou sistemas inertes, herméticas e estáticas. Leituras menos cuidadosas das obras de psicanálise não raramente resultam em “chavões” e clichês que poderíamos dispensar, sem maiores hesitações, caso estejamos comprometidos com uma compreensão clínica rigorosa e honesta com a experiência vivida.

Ávidos, portanto, de outras abordagens que não as hegemonicamente observadas em nossa experiência nos equipamentos de saúde, encontramos, mais uma vez, alento e refúgio na tradição fenomenológica.

Em oposição ao diagnóstico que exclui a existência - o diagnóstico meramente topográfico, semiológico e comportamental, supostamente “ateórico” - faz-se necessário, para que possamos construir o cuidado junto ao usuário/paciente, formas de pensar que nos aproximem de sua vivência e iluminem o mundo em que habitam (SCHNEIDER, 2009). Se nos pautamos, exclusivamente, pelos diagnósticos e formas de pensar da psiquiatria de tradição positiva e biomédica, os usuários dos equipamentos de Atenção Psicossocial pouco têm a ganhar. Fazemos a ressalva aqui da necessidade de um diagnóstico bem fundamentado, especialmente para o profissional que irá prescrever as medicações psicotrópicas. Para além desse fato, não nos é suficiente observar, descrever e catalogar a “fenomenologia” dos sintomas dos usuários/pacientes. Tal palavra, a ouvimos corriqueiramente em nossa experiência. A fenomenologia relegada àquilo que se pode observar, àquilo

que salta aos olhos. Um uso bastante restrito do termo que o reduz ao descritível, em um primeiro olhar.

Não é, contudo, o que compreendemos por “fenomenologia”. Em sua origem grega a palavra de fato pode, em uma leitura desatenta e pouco hermenêutica, nos remeter a tal definição. Mas àqueles mais familiarizados com o pensamento da tradição fenomenológica, em sua interface com a psiquiatria, psicopatologia e saúde mental, essa definição soa insuficiente e mesmo desonesta com a potencialidade do pensar fenomenológico nesses campos.

Orientados pela atitude fenomenológica propomo-nos a ver e ater-nos *àquilo que se mostra*, contudo, nosso esforço é que tal fenômeno se mostre e que o acessemos a partir daquele que o vivência. Especificamente, em nosso caso, buscamos acessar os fenômenos a partir da pessoa que os vivência, de maneira própria e singular (TATOSSIAN; MOREIRA, 2012).

CONTRIBUIÇÕES DA FENOMENOLOGIA PARA A PSICOPATOLOGIA

É Karl Jaspers (1883 – 1969) quem inaugura a empreitada de aproximação da fenomenologia do campo da psicopatologia. O psiquiatra se utiliza do método fenomenológico descritivo, entre outros, para se aproximar e descrever as vivências psíquicas dos pacientes psiquiátricos (DASTUR; CABESTAN, 2015). Nesse sentido, o autor aproxima-se da noção fenomenológica husserliana da “*volta às coisas mesmas*”, traduzido, na sua Psicopatologia Descritiva pela abordagem do fenômeno a partir da maneira pela qual ele se manifesta à consciência do paciente (FEIJOO, 2016).

A partir daí a atitude fenomenológica frente aos fenômenos ditos psicopatológicos iria desenvolver-se em uma sólida tradição que se desdobraria, felizmente, até os dias de hoje (FEIJOO, 2016).

Na obra de Eugène Minkowski (1885 – 1972), muitas vezes nomeado como o pai da psicopatologia fenomenológica francesa, encontramos uma atitude fenomenológica mais consistente, embora o autor trabalhe também com autores de outras tradições como Henri Bergson (DASTUR; CABESTAN, 2015). O autor, em seus estudos psicopatológicos, faz duras críticas à Psiquiatria por fazer uma mera transposição do método natural em sua investigação dos fenômenos psicopatológicos. Minkowski nega tal concepção, e mesmo as noções de síndromes, entendidas pelo autor como associação e justaposição de sintomas. Para o autor, sintomas entendidos como entidades nosológicas por si mesmas pouco tem a dizer sobre a pessoa que os vivência e a forma como essa pessoa relaciona-se com o mundo e com as dimensões existenciais fundamentais, como a temporalidade. Há de se buscar “um pano de fundo”, uma determinada afinação que se manifesta

nas mais humanas das características: temporalidade, espacialidade, afetividade (FEIJOO, 2016).

A atitude fenomenológica de Minkowski, sem preconceitos, teorias e conceitos prévios, favorece que a experiência do vivido pelo paciente possa despontar, a partir deste mesmo que a vivência. Dessa forma, embora os referenciais e reflexões do autor não fossem puramente fenomenológicos, sua atitude e recusa de sistemas abstratos os eram (DASTUR; CABESTAN, 2015). Seu exercício, portanto, era de iluminando, a partir dessa abertura descritiva, o mundo no qual o paciente habita, compreender sua relação com os outros e com o médico ou terapeuta (FEIJOO, 2016).

Jaspers e Minkowski tiveram o importante mérito de estabelecer um frutífero campo de diálogo e interlocução entre a filosofia e a psicopatologia. Contudo, Ludwig Binswanger (1881- 1966) foi quem pela primeira vez procurou construir uma psicopatologia de bases fenomenológicas de modo mais sólido, a partir de suas leituras de Husserl e Heidegger. Sua obra é ampla, envolvendo múltiplas fases na qual a influência das concepções de homem e de mundo de Husserl e Heidegger se intercala. É Binswanger, quem pela primeira vez, sugere o uso do termo Daseinsanalyse como uma disciplina voltada a compreensão do sofrimento psíquico, inaugurando-a como uma escola e vertente dentro do campo da psicopatologia (DASTUR; CABESTAN, 2015; FEIJOO, 2016).

Importante interlocutor de Freud, Binswanger elaborou sua Daseinsanalyse enquanto um método de pesquisa psicopatológico e não, necessariamente, como uma prática psicoterapêutica. O autor muda seu foco de uma compreensão das experiências ditas patológicas, indo em direção a uma análise dessas experiências enquanto projetos de mundo, compreendendo-as à luz de sua leitura da obra de Heidegger (CARDINALLI, 2012). Em outras palavras, sua daseinsanalyse se constitui enquanto uma investigação de projetos de mundo, considerando a existência em sua totalidade, isso é, a partir de suas condições fundamentais de mundo, temporalidade e espacialidade. Embora Heidegger (2009) tenha sido bastante crítico sobre as leituras que Binswanger realizou de sua obra, é inegável o valor que as reflexões do psiquiatra exerceram sobre o campo da psicopatologia (TATOSSIAN, MOREIRA, 2012; FEIJOO, 2016).

Em parceria com Heidegger, e dando de certo modo continuidade ou discutindo o trabalho de Binswanger, MerdardBoss (1903-1991) elabora a daseinsanalyse como prática clínica psicoterápica e como um exercício de compreensão sobre os diversos modos do adoecimento humano (DASTUR; CABESTAN, 2015). Boss ajudou a organizar os famosos Seminários de Zollikon, em que Heidegger realizava palestras e discussões para Boss, seus colegas e alunos de medicina abordando as temáticas ligadas ao existir humano e saúde mental, debatendo as modalidades

de existência sadias e patológicas (HEIDEGGER, 2009).

Diferentemente de outros psiquiatras da tradição fenomenológica, Boss não se preocupou tanto em estabelecer categorias diagnósticas e pensar uma psicopatologia em seu detalhamento. Seu pensamento se voltou mais para a prática da psicoterapia e nos modos de fundá-la a partir da compreensão da existência enquanto Dasein, ou seja, entendendo o existir humano como fundamentalmente marcado pelas dimensões de ser-no-mundo, ser-com-os-outros, ser-para-morte, corporeidade, temporalidade, compreensão e poder-ser, entre outras (CARDINALLI, 2012; DASTUR; CABESTAN, 2015). Dessa forma, a compreensão da existência humana enquanto Dasein deve reconhecer duas condições fundamentais: que Dasein é o único marcado pelo entendimento de sua própria finitude, e que dessa condição despontam dois sentimentos fundamentais (angústia e culpa); e que Dasein é livre na medida em que nada previamente o define, sendo seu ser, dessa forma, sempre em jogo e que sempre precisa ser cuidado (SODELLI; TEODORO-SODELLI, 2011).

A partir dessas compreensões, Boss entende a prática psicoterápica enquanto um exercício do desvelamento da experiência do usuário/paciente tal como vivida e compreendida por ele, buscando um entendimento de sua compreensão de mundo, dando um enfoque maior em como esse modo de ser se desenvolve ao invés de buscar uma causa ou um porquê (CARDINALLI, 2012). Dentro dessa perspectiva, o como o paciente se relaciona consigo mesmo, com os outros e com o mundo são as chaves para o desenvolvimento da prática clínica (POMPEIA; SAPEINZA, 2011). Na daseinsanálise de Boss as patologias existenciais são modos de ser restritos, que implicam numa privação da pessoa de se relacionar de maneira mais livre com seu existir (CARDINALLI, 2012). Feijoo (2011) refere que nessa perspectiva “os transtornos existenciais, na visão heideggeriana, são comportamentos que promovem um estreitamento do horizonte existencial de modo que acaba por enfraquecer e encurtar todas as possibilidades existências” (p.151).

Boss elabora, seguindo essa noção, que existiria uma gênese motivacional em todas as patologias. Cardinalli (2012) coloca que “ a daseinsanálise pode ser pensada como uma análise das restrições, cujo foco é o que continua a motivar a permanência dos modos restritos do se comportar e não o que determina as restrições” (p.74). Nesse sentido, se busca esclarecer e desocultar o que motiva esses comportamentos e o sentido que sustenta esse modo de ser restrito.

Junto à noção de gênese motivacional, Boss também elabora a ideia de incidentes biográficos patogênicos. Por meio dessa noção se busca apreender os acontecimentos na vida de uma pessoa que a motivaram a estabelecer determinados modos de ser restritivos e que os mantêm em sua situação atual. Isso não deve ser pensado de maneira causal, mas sim, por intermédio dos eventos,

que de um determinado modo, ainda se fazem presentes na atualidade do paciente motivando sua restrição (CARDINALLI, 2016). Nesse sentido, a prática terapêutica da daseinsanálise busca auxiliar o paciente a resgatar sua liberdade, inaugurando novos modos de viver e relacionar-se com os entes que se mostram em sua existência tal como coloca Evangelista (2016): “como é possível relacionar-me com este paciente a fim de que esta experiência inaugure novos modos de existir?” (p.68). Os terapeutas (POMPEIA; SAPEINZA, 2011) colocam que:

Enfim, junto ao paciente, é mais importante deter-se no “como” ele está sentido, no “como” está vivendo o que acontece com ele do que na preocupação em detectar o “que é” isso que acontece. É importante favorecer que ele possa se aproximar de seu modo de ser em sua vida cotidiana, dos sentimentos que aí estão presentes; possa ampliar sua compreensão de como tem sido seu modo de cuidar de sua existência, isto é, de seus projetos de vida, de suas relações com os outros e com as coisas em geral. Esse olhar de perto seu existir pode ser a oportunidade para que ele se dê conta de como seu jeito de ser, suas atitudes, o que ele faz e o que deixa de fazer repercutem no mundo; e também para que veja que nem tudo depende dele (p.136).

Trata-se, portanto, de tematizar a existência. De modo muito próximo dessas reflexões, o psiquiatra Arthur Tatossian (1929 – 1995) propõe com a clínica do *Lebenswelt*, a qual prioriza o significado da experiência do vivido. O *Lebenswelt* enquanto o mundo vivido, pré-reflexivo, intersubjetivo, de contornos mutantes e ambíguos é nossa experiência existencial mais imediata, em que o corpo e suas sensações têm um lugar de destaque. Esse elemento tardio da obra de Husserl, que tem um lugar importante na obra fenomenológica de Merleau Ponty, ocupa um lugar central na obra de Tatossian permitindo uma aproximação da dimensão sensível da existência, do que é percebível e do que não é, construindo uma psicopatologia interessada nos modos de viver e no fenômeno vivido, não nos e pelos sintomas. Em nossa experiência nos serviços de saúde sentimo-nos convocados a explorar e oferecer uma autêntica escuta ao paciente e de onde ele fala: seu mundo, em sua facticidade, cotidianidade e familiaridade singulares. Mundo este que, também, é o nosso, perpassado intersubjetivamente pela historicidade (TATOSSIAN; MOREIRA, 2012).

Uma clínica verdadeiramente ampliada, portanto, não se interessa unicamente pelo manejo de sintomas, pela gestão de “riscos”, pelas formas de funcionamento psíquico. Deveria interessar-se pelas maneiras de viver, pelos diferentes fluxos de existência, que são as mais diversas formas de existir dos pacientes que nos convocam a compartilhar suas experiências.

FRANCO BASAGLIA E A FENOMENOLOGIA

Dos autores citados até então, nenhum foi tão fundamental para a construção

da atenção psicossocial quanto Basaglia. O movimento italiano, do qual ele fez parte, foi um dos pilares para a construção da reforma psiquiátrica brasileira e o atual modelo de atenção. De maneira inovadora e criativa, Basaglia conseguiu transpor as ideias fenomenológicas para a ação social e transformação da sociedade. Embora não seja possível afirmar que essa tradição seja a única a compor seu trabalho, é inegável que a fenomenologia se faz presente em muitas de suas ideias e construções, sendo um dos alicerces de suas reflexões (AMARANTE, 2013; PUCHIVAILO et al., 2013).

A famosa ideia de Basaglia de colocar a doença entre parênteses talvez seja um dos exemplos práticos mais famosos para a aplicação da ideia husserliana de atitude antinatural. De modo resumido, Husserl defendia que para acessar os fenômenos de maneira adequada, para além de hipóteses não passíveis de comprovação, seria necessário deixar uma atitude natural de trato com os mesmos, a qual estamos cotidianamente imersos. Nesse sentido, é preciso acessar o campo de manifestação do fenômeno de maneira antinatural, suspendendo nossas concepções prévias, teorias e entendimentos sobre o fenômeno, percebendo o que se mostra, sem hipostasias (AMARANTE, 2013; PUCHIVAILO et al., 2013).

Basaglia percebeu que as teorias de seu tempo encobriam o sujeito, criando um duplo institucional, preenchido de concepções ideológicas e culturais. Esse fenômeno implicaria num acobertamento da singularidade do sujeito e de seu sofrimento, que cairiam em categorias gerais classificatórias ou preconceitos institucionais que moldariam seu percurso dentro da instituição e fora, lhe dando um lugar social determinado. Colocando a doença entre parênteses, Basaglia encontra um modo de superar os efeitos do duplo, produzido dentro das instituições. Desta forma, é possível perceber que a fenomenologia não se trata de uma mera teoria ou estilo de pensar, mas de um modo de se aproximar dos fenômenos, num gesto existencial (AMARANTE, 2013).

RELATOS DE CASOS E EXPERIÊNCIAS

Até o momento, em nossa discussão, buscamos elucidar as práticas que encontramos cotidianamente em nossa experiência nos Centros de Atenção Psicossocial, explicitando as bases epistemológicas que sustentam tais abordagens. Apresentamos também, brevemente, a tradição fenomenológica em suas bases filosóficas e sua interface com o campo da psiquiatria e da saúde mental. De acordo com a proposta dessa reflexão, nos cabe, agora, explicitar de que maneira uma ética e escuta clínica, imbuídas na tradição fenomenológica, pode desvelar outras formas de relação com os pacientes e pode propiciar, também, outras formas do

próprio paciente relacionar-se com os fenômenos que vivencia em sua experiência.

Para tal empreitada, escolhemos descrever algumas passagens ou “vinhetas” de casos clínicos que acompanhamos no decorrer de nossa formação como residentes de saúde mental. Os critérios para a escolha de tais descrições basearam-se nos seguintes aspectos: apropriação do caso em questão; longitudinalidade (ou continuidade) do cuidado, vínculo com usuário/paciente e, por fim, o despontar de elementos, a partir da escuta, que nos convocaram, sobremaneira, para um pensar fenomenológico.

AUGUSTO

Augusto frequentava um CAPS Ad há alguns meses, todavia ninguém da equipe sabia ao certo porque ele estava lá. Tinha importantes lesões pelo corpo e uma grave deficiência de origem desconhecida. Estava em situação de rua e sempre passava os dias nas proximidades do serviço, bebendo com seus companheiros, fazendo palavras cruzadas ou lendo livros. A equipe tinha dificuldade de lidar com o usuário, afirmando que buscava o serviço atrás de ganhos secundários: “está buscando um benefício financeiro” ou “vem aqui apenas para comer e tomar café”. Também, diziam que ele era insuportável, agressivo e muito arrogante, tinha um discurso pouco claro e estava constantemente intoxicado pelo uso de bebidas alcoólicas.

Na rua, ele e outros usuários organizavam-se para conseguir dinheiro, comida e bebidas, no que chamavam de “manguiar”. Por vezes, a negociação dessas transições resultava em conflitos e brigas, que não raras vezes, chegavam a vias de agressões físicas nas proximidades do serviço. Não demorou para que, em função disso, os olhares para Augusto mudassem e nossos adjetivos começassem a classificá-lo como delinquente, perverso e até mesmo de psicopata. Oscilando entre um trabalho investigativo policiaisco de saber quem possuía a verdade ou quem era o culpado, o equipamento de saúde se desvirtuava de sua função primordial de cuidado e de garantia do direito à saúde.

Em compreensões apressadas, as agressões eram retiradas de seu contexto de manifestação e entendida como algo inerente a essência de determinado usuário. Nesse processo, surgiam categorias diagnósticas de diversas ordens, algumas populares e outras flertando com as nomenclaturas oficiais. Isso constituiu a elaboração de duplo institucional (AMARANTE, 2013) que ocultava Augusto. Dessa forma, nas incontáveis reuniões de equipe em que se levantavam dúvidas sobre essas leituras, qualquer hipótese era silenciada com a resposta “ele é claramente um delinquente e possui uma estrutura perversa”. Tal atitude se ancorava em um

saber fechado que se distanciava do fenômeno e não permitia uma aproximação com Augusto.

Coletando alguns fragmentos de sua história, em encontros na ambiência do equipamento, foi possível aos poucos aproximar-se de Augusto e do que lhe acontecia. Isso não ocorreu de modo linear e demandou um trabalho paciente de espera. Em meio a essa aproximação, o usuário pôde trazer um pouco de sua história, de tentativas anteriores de suicídio, conflitos familiares e perdas significativas de sua vida. Ramificava muito entre os assuntos, em um discurso pouco próximo de si, contando de experiências afetivas muito ambíguas em relações aos outros, por vezes, indo de um extremo amor ao ódio. Buscando adotar uma atitude antinatural suspendi qualquer desejo de averiguar se seus relatos eram verdadeiros ou não, buscava ver o que se mostrava a partir do campo de manifestação do fenômeno. Isso significava aproximar-me de Augusto em seu modo de viver, sem que isso implicasse em enclausurar sua existência, compreendendo como ser-no-mundo, colocando, dessa forma, a doença entre parênteses. Mundo esse da rua, sem contornos claros, de uma temporalidade intempestiva e caótica, em que a fragilidade do existir estava sempre posta. Conjuntamente, também, apareciam modos autoritários e rígidos de lidar com os outros e consigo, no qual Augusto trazia uma dificuldade de se responsabilizar por sua existência. Tentar trazer essa compreensão do fenômeno para parte da instituição não era fácil. As respostas variavam entre “ele está te falando isso apenas para te seduzir”; “ele está te manipulando”; “não dá para acreditar em nada que ele fala”; “esse perfil de paciente sempre conta várias histórias para conseguir outras coisas”. Tal atitude, contudo, não era onipresente entre os profissionais da equipe e aos poucos outras perspectivas mais abertas foram ganhando espaço.

Em aproximação com esses profissionais foi possível elaborar uma outra entrada para Augusto no serviço. Adotando uma postura fenomenológica de paciência e espera, podendo acolher o que se mostra tal como se mostra, sem pretender cura ou remover sintomas, sem estabelecer diagnósticos ou buscá-los. Pude aos poucos estabelecer uma relação na qual Augusto pode se mostrar de outro modo. Nessa aproximação e construção de vínculo, aos poucos, os aspectos de sua existência como uma desesperança fatalista em relação ao futuro pode se mostrar, acompanhada de raiva e de um desejo de aliviar isso com o uso intenso de álcool.

Aos poucos um projeto terapêutico pode ser elaborado a partir dessa compreensão de sua existência e de seus dilemas, formalizando um espaço de psicoterapia, de atendimento médico psiquiátrico e de fortalecimento de outros vínculos, como com seus familiares. Isso não significou que os conflitos cessaram ou os desafios em relação ao acompanhamento desse caso desapareceram. Contudo,

via uma atitude fenomenológica, uma outra compreensão sobre Augusto pode ser, aos poucos, tecida.

JAIME

Jaime, trinta e sete anos, frequenta o CAPS III Adulto há aproximadamente quatro anos. Teve a primeira crise, bastante grave, há aproximadamente doze anos, quando sua mulher o deixou, levando seu filho. Jaime trabalhava, morava em uma boa casa com sua mãe e levava uma vida que ele mesmo julgava satisfatória e organizada. Após essa ruptura, passou a morar na rua, convivendo com alucinações visuais e auditivas que restringiam acentuadamente suas possibilidades e vida cotidiana. Durante esse período nas ruas quase não se alimentava, pois tinha medo da comida estar envenenada. Também não cortava os cabelos, barba ou unha, pois dizia sentir-se “muito vulnerável de costas com alguém com uma tesoura”.

No ano de 2012, Jaime foi submetido a uma internação compulsória devido a sua circulação de rua, somada a sua evidente vulnerabilidade psicossocial. Após a internação, Jaime foi inserido no CAPS III Adulto onde seguiu seu acompanhamento.

Passo a ser responsável pela estratégia de cuidado de Jaime a partir do mês de maio deste ano. Nos CAPS e nos serviços que operam sob o paradigma da Saúde Coletiva, chamamos de *profissional de referência* àquele que, junto ao usuário, deve formular e garantir um *Projeto Terapêutico Singular* (CRP, 2013^b).

Atualmente, Jaime apresenta-se muito mais livre em suas possibilidades, comparado-se com o período de acentuada restrição que vivenciou antes de sua inserção em um serviço de saúde mental. Tem uma casa, que divide com uma companheira, trabalha como coletor de materiais recicláveis, recebe um benefício (Benefício de Prestação Continuada, no valor de um salário mínimo) e encontra no CAPS, e na equipe do serviço, uma importante ancoragem para sua vida. Participa de forma voluntária e assídua do tratamento e dos combinados, comparecendo ao CAPS ao menos duas vezes por semana para atendimento, participar de atividades ofertadas e retirada de medicações. Apesar da medicação e da referida adesão à estratégia de cuidado, Jaime ainda convive, frequentemente, com alucinações visuais e auditivas. Tais fenômenos, quando ocorrem, o inviabilizam para qualquer outra atividade. Jaime, nesses momentos, mostra-se bastante atordoado e assustado, e sempre busca o CAPS ou algum profissional quando vivencia suas alucinações. O paciente também faz uso de Substâncias Psicoativas. O uso não é, geralmente, abusivo. Contudo, algumas vezes, faz uso de maneira mais compulsiva e invariavelmente vai ao CAPS no dia seguinte relatar tais acontecimentos, pedir atendimento ou permanência-dia no serviço.

O caso de Jaime era comentado na forma de “rótulos” e “advertências”, interpretações prévias e já bastante cristalizadas, que me impediam de sequer vislumbrar o sujeito e as vivências a partir das quais quaisquer dessas leituras fossem possíveis. Enunciados ociosos, como fórmulas que exilavam qualquer contato com a experiência vivida e com quem a vivenciava.

Esses excertos nada diziam sobre Jaime: seu mundo, por onde circulava, como era seu cotidiano, quais atividades fazia ou se interessava, com quem se relacionava, etc. Além disso, tais fragmentos evidenciam uma concepção do cuidado centrado na doença, da clínica da remissão e controle de sintomas, do gerenciamento de risco, em oposição à clínica centrada no sujeito, no vivido e na aposta de produção de vida e outras relações. Talvez, o mais importante, nada diziam acerca do que Jaime tinha a dizer sobre sua condição.

Antes do início dos atendimentos, portanto, optei por consultar seu prontuário apenas em busca das informações essenciais como idade, histórico, biografia e apostar nos encontros que viriam como forma de conhecer, de maneira mais espontânea e livre, este paciente.

No decorrer dos encontros, ao longo dos últimos meses, embasado por uma postura clínica fenomenológica, ou seja, permitindo uma abertura que propiciasse que Jaime falasse de suas experiências, a partir dele mesmo, um importante vínculo se estabeleceu. Jaime consegue descrever e falar de suas alucinações visuais, que nomeia como “água-viva”, como uma lente que distorce, literalmente, o mundo ao seu redor. Concomitante à alucinação visual, manifestam-se as vozes que o recriminam, dizendo frases como “você está perturbando todo mundo ao seu redor”.

A potencialidade da oferta de uma escuta autêntica, não diretiva, interessada nas vivências cotidianas, e acima de tudo, sem atravessamentos morais ou pré-concebidos foi reconhecida pelo usuário ao dizer que se sentia “à vontade para falar” de si mesmo e suas vivências. Em um dos atendimentos Jaime pede licença, relata estar ouvindo vozes e pergunta: “Eu estou te perturbando?”, esclareço que não, explicando que não ouço as vozes que ele escuta e reitero o fato de que ele, ao escutá-las, não me incomoda. O usuário diz, então, que tais vozes devem ser “da sua cabeça”, e que é o que dizem para ele “isso está só na sua cabeça, e já vai passar”.

Tal manejo criava em Jaime uma experiência de extrema solidão, como se a experiência de ouvir vozes fosse uma aberração que apenas ele com seu “cérebro disfuncional”, como ele costumava dizer, poderia vivenciar. Uma experiência, portanto, bastante negativa e perturbadora. Percebemos, na fala de Jaime, o poder de captura do discurso organicista. Não lhe foi oferecida outra oportunidade de inscrição de sua sofrida experiência, senão aquela imputada como “desviante”, “disfuncional”. A vivência de invasão e exterioridade das alucinações era, portanto,

amplificada na mesma medida em que o discurso daqueles que o cercavam confirmavam que aquilo lhe era imposto. Imposto por um “cérebro disfuncional” e, portanto, nada dizia sobre Jaime, sua história, seus afetos. É interessante notar que Jaime mantém crítica acerca de suas vivências alucinatórias, rapidamente identificando-as e buscando recursos para manejá-las.

Concluo descrevendo uma cena que vivenciei com o usuário. Em um passeio do CAPS ao circo. Durante a apresentação, Jaime me procura na plateia, e diz “estou tendo alucinações muito fortes”. Ofereço minha companhia para irmos até o lado de fora do circo, para acalmá-lo e mudarmos de ambiente. Jaime fala sobre suas alucinações e enfim me pergunta “só eu tenho isso? Outras pessoas no CAPS têm isso?”. Respondo que sim, outras pessoas também vivenciam a experiência de ouvir vozes ou alucinações visuais. A partir dessa pergunta, converso com outros usuários do serviço sobre a possibilidade, para aqueles que se interessarem, de uma roda de conversa sobre a experiência de ouvir vozes.

O compartilhar intersubjetivo de tais experiências vividas foi de grande valia para os usuários envolvidos. O mundo de cada um dos pacientes participantes encontrou intersecção em um mundo compartilhado, encontrou eco no mundo que é, também, o nosso. Tal ampliação compreensiva reverberou na forma mesma como Jaime passou a lidar com seus episódios alucinatórios, buscando desenvolver estratégias de manejo, experimentando as alternativas sugeridas por seus colegas, por exemplo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a discussão realizada neste trabalho buscamos apontar como as teorias hegemônicas no campo da saúde mental podem convocar os trabalhadores e a instituição a uma cristalização das formas de compreensão e exercício clínico. Como contraponto, oferecemos e apostamos na tradição fenomenológica como uma possibilidade compreensiva, que ao dar valor à experiência do sujeito, a partir daquele mesmo que a vivência marca um desvio e pode desdobrar-se em uma prática clínica mais fluida e conectada ao mundo cotidiano dos pacientes (TATTOSSIAN; MOREIRA, 2012).

Ainda, no início de nossas carreiras como psicólogos, nos deparamos com casos graves e de extrema dificuldade no manejo, em nossas experiências nos serviços de Atenção Psicossocial. O atravessamento da miséria financeira, afetiva, de circulação e acesso aos bens e ao patrimônio cultural humano, complexifica o trabalho e convoca os trabalhadores a lidar com aquilo que, cotidianamente, enquanto sociedade, buscamos afastar de nossas vistas.

Apostamos, continuamente, na interface entre a tradição fenomenológica e o campo da saúde mental na esperança de que ao propiciarmos o despontar autêntico das vivências e dos indivíduos que atendemos, resgatemos e legitimemos suas experiências. Com tal artifício, podemos exercitar uma clínica responsável e honesta com o vivido, com a cotidianidade do mundo e, acima de tudo, ética em sua lida com as vidas que se colocam diante de nós.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.

BRAGA, T. B. M. . **Atenção Psicológica e Cenários Sociais - Ação Clínica, Instituições e Políticas Públicas na Promoção da Cidadania**. 1. ed. Curitiba: Editora Juruá, 2014.

CARDINALLI, I. E. **Daseinsanalyse e esquizofrenia**. São Paulo: EDUC/FAPESP, 2012.

_____. **A historicidade do existir humano - A biografia e a história de vida**. In: Paulo Eduardo Rodrigues Alves Evangelista. (Org.). Fenomenologia existencial e prática em psicologia. 1ed. Rio de Janeiro: Via Verita, 2016.

CASANOVA, M. A. **Compreender Heidegger**. Rio de Janeiro: Vozes. 2009.

CUNHA GT, CAMPOS GWS. **Apoio matricial e atenção primária em saúde**. Saúde Soc. 2011 Out-Dez; 20(4):961-70.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogos/os em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas/** Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2013^a.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos/os no CAPS- Centro de Atenção Psicossocial/** Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2013^b.

DASTUR, F. e CABESTAN, P. **Daseinsanalyse: Fenomenologia e Psicanálise**. Rio de Janeiro. Via Veritas, 2015.

DILTHEY, W. **Ideias sobre uma psicologia descritiva e analítica**. Rio de Janeiro: Via Verita Editora 2011.

EVANGELISTA, P. **Algumas reflexões acerca da psicoterapia daseinsanalítica com pacientes psiquiátricos**. Psicologia Revista, v. 25, p. 59-75, 2016.

FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

FEIJOO, A. M. L. C. **A existência para além do sujeito**. 1. ed. Rio de Janeiro: Viaverita, 2011.

FEIJOO, A. M. L. C. **As diferentes etapas na psicopatologia fenomenológica**. In: Feijoo, A.M; Lessa, Maria bernadete. (Org.). Psicopatologia: fenomenologia, literatura e hermenêutica. 1ed. Rio de Janeiro: IFEN, 2016, v. 1, p. 19-60.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**, Petrópolis, Rio.de Janeiro: ed. vozes, 1995.

_____**Seminários de Zollikon**. 2 ed. rev. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2009.

MANGANARO, P. (2006). **A psiquiatria fenomenológico-existencial na Itália**. *Memorandum*, 10, p. 85-92.

POMPÉIA, J. A. e SAPIENZA, B. T. **Os dois nascimentos do homem: escritos sobre terapia e educação na era da técnica**. Rio de Janeiro: Editora Via Verita. 2011.

PUCHIVAILO, M. ; SILVA, G. B. ; HOLANDA, A. F. **A Reforma na Saúde Mental no Brasil e suas Vinculações com o Pensamento Fenomenológico**. *Revista da Abordagem Gestáltica (Online)*, v. 19, p. 230-242, 2013.

SCHNEIDER, D. R. **Caminhos epistemológicos na elucidação da loucura: contribuições da fenomenologia e existencialismo**. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental* , v. 1, p. 62-76, 2009.

SODELLI, M. ; TEODORO-SODELLI, A. **Visitando os Seminários de Zollikon: novos fundamentos para psicoterapia fenomenológica**. *PSICOLOGIA REVISTA* , v. 20, p. 245-272, 2011.

TATOSSIAN, A; MOREIRA, V. **Clínica do Lebenswelt: Psicopatologia e Psicoterapia Fenomenológica**. São Paulo: Editora Escuta. 2012.

RELATO DE EXPERIÊNCIA EM ESTÁGIO OBRIGATÓRIO NO CURSO DE PSICOLOGIA EM UM PROJETO INSTITUCIONAL DE INCLUSÃO DA PESSOA IDOSA

Data de aceite: 14/02/2020

Data de submissão: 11/11/2019

Denise Soares Melo

Faculdade Integral Diferencial Facid Wyden

Teresina – Piauí

<http://lattes.cnpq.br/0163568265052281>

Juliana Maria Santos Parente Almeida de Carvalho

Faculdade Integral Diferencial Facid Wyden

Teresina – Piauí

<http://lattes.cnpq.br/5136973235227193>

Kalina Galvão Cavalcante de Araújo

Faculdade Integral Diferencial Facid Wyden

Teresina – Piauí

<http://lattes.cnpq.br/7698793978418295>

Raffaella Mercedes da Silva Sousa

Faculdade Integral Diferencial Facid Wyden

Teresina – Piauí

<http://lattes.cnpq.br/5670168629358891>

Úrsula Emanuela Araújo Barbosa

Faculdade Integral Diferencial Facid Wyden

Teresina – Piauí

<http://lattes.cnpq.br/5484616502078329>

RESUMO: O presente trabalho tem o objetivo de relatar a experiências de acadêmicas, com idosos do projeto de extensão de inclusão da

pessoa idosa, que é ofertado pelo Centro de Aprendizagem e Serviços Integrados (CASI), e que ocorreu no período de agosto a novembro de 2018. Inicialmente, foram identificadas as principais demandas do grupo, através de um estudo prévio. A posteriori, elaborou-se um plano de ação e partir disso, foram realizadas atividades práticas e teóricas abrangendo temas como atenção, memória, depressão, estresse, autoimagem, saúde física, garantia dos direitos da pessoa idosa, luto e relações familiares. No decorrer das atividades, buscou-se trabalhar a percepção e sentimentos dos participantes acerca das temáticas. Observou-se a construção de vínculos afetivos, trocas de experiências e validação dos sentimentos imersos no processo de envelhecer. Percebe-se, a partir disso, a necessidade de discutir-se acerca da qualidade de vida da pessoa idosa e os fatores negativos e positivos que refletem em tal. O relato contribui de maneira interdisciplinar para expandir a apropriação de conhecimento acerca do tema, devido ao fato de se tratar de assunto de grande relevância científica e social ao discutir sobre o desenvolvimento humano na terceira idade e as vertentes envolvidas.

PALAVRAS-CHAVE: Inclusão social. Pessoa idosa. Qualidade de vida.

REPORT OF EXPERIENCE IN REQUIRED INTERNSHIP IN PSYCHOLOGY COURSE IN AN INSTITUTIONAL PROJECT FOR THE INCLUSION OF THE ELDERLY PERSON

ABSTRACT: The present work aims to report to the experiences of academics, with elderly people of the project of extension of inclusion of the elderly person, which is offered by the Center for Learning and Integrated Services (CASI), and which occurred from August to November 2018. Initially, the main demands of the group were identified through a previous study. After this, an action plan was elaborated and from this, practical and theoretical activities were carried out covering topics such as attention, memory, depression, stress, self-image, physical health, guarantee of the rights of the elderly, mourning and family relationships. During the activities, we sought to work on the perception and feelings of the participants about the themes. It was observed the construction of affective bonds, exchange of experiences and validation of feelings immersed in the process of aging. It is perceived, from it, the need to discuss the quality of life of the elderly and the negative and positive factors that reflect in this. The report contributes in an interdisciplinary way to expand the appropriation of knowledge on the subject, due to the fact that it is a subject of great scientific and social relevance when discussing human development in the elderly and the aspects involved.

KEYWORDS: Social inclusion. Elderly person. Quality of life.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento na terceira idade está aliado a diversos fatores que poderão contribuir para os pontos positivos e negativos do envelhecimento. Tem-se como conceito de envelhecimento ativo, definido pela OMS (2005), como sendo um processo que desenvolve e promove a manutenção da capacidade funcional, permitindo assim o bem-estar na idade avançada. Essa funcionalidade pode ser compreendida como a correlação de fatores ambientais, físicos e emocionais (psicossociais), estilo de vida e relações intra e interpessoais.

Um grande desafio encontrado diante da discussão acerca do envelhecimento populacional é devido às percepções provenientes do senso comum e que acabam por reforçar estereótipos ultrapassados, como por exemplo, que pessoas da terceira idade são um fardo e dependentes. É fato que ao envelhecer observa-se uma redução na autonomia e uma dependência maior com relação as tomadas de decisões, que caracteriza-se como um processo natural, mas suscetível a redução, caso haja acompanhamento nas referidas limitações.

A percepção dos idosos sobre o envelhecimento saudável como, por exemplo, a adoção de comportamentos inerentes ao estilo de vida mais promissor, tendo em

destaque hábitos positivos como a alimentação saudável, práticas de atividades físicas, práticas de atividades manuais e artesanais, ir ao médico regularmente; são fatores de proteção com a função de promover uma vida mais saudável e funcional (FRANÇA, 2014).

Percebe-se que tais fatores contribuem positivamente na prevenção de doenças mentais, como a depressão e ansiedade. Portanto, o termo envelhecer de forma saudável não se refere apenas a ausência de doenças, mas sim a uma melhor qualidade de vida sob as dimensões biológica, psicológica, espiritual e social (TAVARES, 2007). Para isso, as funções cognitivas devem estar sendo estimuladas, assim como o que se refere à autonomia e independência da pessoa idosa, desta forma o nível de bom desempenho nas atividades cotidianas e o bem-estar geral, serão elevados de forma positiva.

De acordo com Moraes (2008), a sensação de satisfação e a elevação do humor, estão diretamente interligados com a autonomia desenvolvida pelo indivíduo.

OBJETIVO GERAL

Esse relato de experiência objetiva promover a conscientização com relação à saúde mental e ao envelhecimento ativo na terceira idade. Prevê a aplicação de estratégias por meio de atividades práticas que tenham como foco as demandas identificadas. Além disso, está previsto o fortalecimento de uma rede de apoio e cuidado aos idosos estabelecida pela instituição, bem como o incentivo de produções científicas que sejam instrumentos úteis para formulações de políticas relativas ao envelhecimento.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência no Projeto de referente à disciplina de Estágio Supervisionado Básico I, do curso de Psicologia, o qual possibilita apreender problemas ou temáticas relevantes para o campo da saúde mental – especificamente voltado para a terceira idade, por meio do planejamento de intervenções práticas através de atividades e da síntese do conhecimento acerca do objeto investigado.

O presente trabalho contribui para a expansão do conhecimento acerca da temática de forma multidisciplinar, por se tratar de assunto de grande relevância social e científica ao discutir sobre o desenvolvimento humano na terceira idade e as vertentes envolvidas.

Tendo como objetivo o bem-estar subjetivo, o Projeto de Extensão é ofertado pelo Centro de Aprendizagem e Serviços Integrados (CASI), que funciona em

duas unidades denominadas CASI I e II, está diretamente vinculado a Associação Piauiense de Desenvolvimento Social (APDS) e constitui-se em ambiente de práticas de disciplinas e campo de estágios dos cursos da Faculdade Facid Wyden, através do termo de parceria entre esta faculdade e a referida associação.

O presente relato foi desenvolvido nas seguintes etapas: 1) encontros iniciais para identificação de demandas específicas; 2) estudo para fins referenciais; 3) pesquisa de materiais e dinâmicas passíveis de adaptações; 4) planejamento prévio de todos os encontros que ocorreriam dentro do período determinado; 5) elaboração de diário de campo para as observações. Totalizando 15 encontros, a realização de atividades aconteceu nas quartas-feiras, das 8:00 às 11:00, em um período de três meses.

Para compor a amostra, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: pessoas de ambos os sexos, com idade entre 50 a 75 anos e devidamente inscritos no Projeto de Extensão de Inclusão a Pessoa Idosa, promovido pela instituição de ensino superior Facid Wyden.

Foram excluídos os não inscritos e os inscritos ausentes das atividades do serviço de psicologia. No total com 80 pessoas idosas inscritas, sendo 65 participantes ativos, foram trabalhados os processos cognitivos e psicológicos básicos. O envolvimento do idoso na extensão ajuda no suporte social, dando a oportunidade de se tornarem ativos, produtivos e socialmente envolvidos.

RESULTADOS

Com base na experiência obtida através das atividades realizadas, pudemos observar as principais demandas emergentes no processo de envelhecimento, e a necessidade de discuti-las, objetivando provocar conscientização e desconstrução do pensamento estigmatizado acerca da pessoa idosa.

Percebeu-se a importância da atenção para saúde mental e física do idoso, e a validade de trabalhar ações que promovam o bem-estar individual e subjetivo do mesmo. Levando em conta o mencionado, traçou-se um plano de atividades voltados a temáticas relacionadas: memória, estresse, atenção, autoimagem, relações familiares e interpessoais, planejamento de futuro e direitos assegurados a pessoa idosa.

PERÍODO	ATIVIDADE	TEMA	OPERACIONALIZAÇÃO	OBJETIVOS
22/08/2018	Apresentação inicial	-	Apresentar as novas estagiárias e apurar as demandas envolvidas	Identificar as demandas envolvidas para o planejamento das atividades futuras
29/09/2018	Dinâmica da bola	Atenção e Memória	Efetuar a dinâmica com a bola, focando na atenção e memória. Concluir com técnica de relaxamento “sim, não e talvez”	Trabalhar a atenção e memória. Também estimular a reflexão sobre sonhos e metas na terceira idade
05/09/2018	Dinâmica das emoções	Depressão	Realizar dinâmica envolvendo as emoções, apresentar vídeo e músicas para reflexões	Identificar como lidam e expressam as emoções; analisar interpretação pessoal diante do curta sobre depressão e músicas sobre a vida
12/09/2018	Dinâmica com balão	Insônia e Estresse	Realizar dinâmica do balão, com o enfoque no estresse. Ao fim, discutir acerca da insônia e situações estressoras cotidianas	Observar como lidam com o estresse e a insônia por meio de perguntas mediadoras
19/09/2018	Caça-palavras	Mal de Alzheimer	Desenvolvimento de caça-palavras a partir de palavras-chave dentro da temática	Estimular a atenção e memória; perceber o significado das palavras-chave para cada um
26/09/2018	Dinâmica da caixa surpresa	Autoimagem	Efetuar dinâmica com a caixa, utilizando espelho. Discutir questões relacionadas a autoimagem e autoestima	Refletir, através de palavras-chave dita por eles, sobre a importância da auto percepção
03/10/2018	Dinâmica do microfone e Jogo do Acolhimento	Infância e Acolhimento	Dinâmica do microfone da infância e o Jogo de Acolhimento com técnica de relaxamento utilizando a voz para si e o abraço com outro	Proporcionar o resgate de memórias e momento de acolhimento
10/10/2018	Dinâmica da Empatia	Escutar o Outro	Dinâmica de contar a história de vida do outro	Troca de experiências e incentivo à empatia
17/10/2018	Ginástica Laboral	Saúde e bem-estar	Exercícios funcionais	Estimular os movimentos corporais para promover maior flexibilidade e mobilidade

24/10/2018	Planejamento de vida	Perspectiva de Futuro	Escrever planos da juventude e da maturidade ainda não concretizados para reflexão	Estimular a reflexão sobre as possibilidades do futuro
31/10/2018	Café-da-manhã e roda de conversa sobre alimentação saudável	Alimentação saudável	Realizar exposição de alimentos saudáveis, comendo-os depois e discutir sobre alimentação	Promover a interação do grupo
07/11/2018	Discussão sobre direito dos idosos	Direito da pessoa idosa	Discutir com o grupo sobre o que a constituição assegura e as consequências da violação dos seus direitos para aquele que à comete	Conscientização e informação
14/11/2018	Dinâmica da Venda	Luto	Dinâmica na qual eles vedam os olhos e deixam uma mensagem a um ente querido	Externalizar os sentimentos reprimidos em relação ao luto
21/11/2018	Dinâmica "Meu Papel na Família"	Relações familiares	Dinâmica no qual vão ser dividido em 3 grupos, cada grupo vai ficar com uma pergunta e cada idoso irá responder à pergunta de acordo com sua percepção	Gerar a reflexão do quanto são importantes para suas famílias e seu papel dentro da mesma
28/11/2018	Encerramento	-	-	-

Figura 1

Ao participarem das dinâmicas, foi observado que eles aprenderam a desenvolver novas estratégias e atitudes diante de novos papéis e funções, desenvolvendo assim novos conhecimentos acerca de si mesmo. Houve trocas de conhecimentos sobre diversas temáticas, dentre elas, os direitos dos idosos, no qual muitos se mostraram bastante familiarizados com o assunto e refletiram sobre as possibilidades envolvidas no exercício desses direitos. O Projeto também serviu para incentivar a interação com pessoas de outra e da mesma geração, substituindo períodos de solidão por construções de novos laços afetivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se a necessidade de reflexão acerca da representação social da pessoa idosa, visto que a imagem dessa ainda perpassa por diversos estigmas,

pondo o idoso em posição de incapacidade, vulnerabilidade e inutilidade. Além disso, é iminente o despreparo para lidar com situações que emergem junto ao envelhecimento populacional, quanto mais no que se refere a conscientização social sobre respeito e igualdade. A experiência ainda ressalta a importância de discutimos questões pertinentes à saúde mental e física da pessoa idosa com os próprios, buscando orientá-los na busca pelo bem-estar individual, subjetivo e pleno. Faz-se necessário, portanto, a visão de todas as partes interessadas – órgãos governamentais, sociedade civil, setor privado e familiares – para contribuir para a construção de base para um envelhecimento digno e pleno.

REFERÊNCIAS

FRANÇA, Cristineide Leandro; MURTA, Sheila Giardini. **Prevenção e promoção de saúde mental no envelhecimento: conceitos e intervenções**. Psicologia: Ciência e Profissional. Brasília, v. 34, n2, p. 318-329, 2014.

MORAES, Edgar Nunes de. **Processo de Envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso**. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Rio de Janeiro, v. 22, p. 151-175, 2008.

Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), 2005.

TAVARES, Renata Evangelista et. al. **Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, v. 20, n.6, p. 878-889, 2007.

SAÚDE MENTAL DA GESTANTE: PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO E SUAS FUNCIONALIDADES

Data de aceite: 14/02/2020

Data de submissão: 04/11/19

Perolaine Paz Tenório Cavalcanti

Unifavip-WYDEN

Caruaru-Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/3201045153870443>

Rayanne Gabriela Alves Rosa Silva de Arruda

Unifavip-WYDEN

Caruaru-Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/2429850390164876>

Kelvyn José Gomes Paulino

Unifavip-WYDEN

Caruaru-Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/2001096762558548>

RESUMO: O Pré-Natal Psicológico (PNP) diz respeito a um novo conceito em atendimento perinatal, voltado para maior humanização do processo gestacional, mapeando suas funções e impactos na saúde mental da gestante, com o intuito de prevenir transtornos psicopatológicos no puerpério. O presente trabalho tem como objetivo abordar a ferramenta do PNP e difundir suas práticas. Optou-se pela revisão sistemática de literatura, utilizando de buscas em banco de dados virtuais (SciELO) por artigos de língua

portuguesa, que atendessem aos critérios estabelecidos de língua, tema e descritores. De acordo com os aspectos biopsicossociais da gravidez, identificando fatores de risco e seus impactos na saúde, a partir do PNP e suas práticas educativas, interventivas e psicoprofilática é possível prevenir transtornos psicopatológicos na gestação. O PNP ainda não é tão difundido no meio acadêmico, porém, é de grande relevância aplicar suas práticas no contexto gestacional, tornando-se uma importante ferramenta de promoção a saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez. Puerpério. pré-natal psicológico. saúde mental.

PREGNANT WOMAN'S MENTAL HEALTH: PSYCHOLOGICAL PRENATAL AND ITS FUNCTIONALITIES

ABSTRACT: The Psychological Prenatal (PNP) refers to a new concept in perinatal care, aimed at greater humanization of the gestational process, mapping its functions and impacts on the pregnant woman's mental health, in order to prevent postpartum psychopathological disorders. This paper aims to approach the PNP tool and disseminate its practices. We chose to systematically review the literature, using searches in virtual database (SciELO) for articles

of Portuguese language, which met the established criteria of language, theme and descriptors. According to the biopsychosocial aspects of pregnancy, identifying risk factors and their impacts on health, from the PNP and its educational, interventional and psychoprophylactic practices, it is possible to prevent psychopathological disorders in pregnancy. PNP is not so widespread in the academic world, however, it is of great relevance to apply its practices in the gestational context, becoming an important health promotion tool.

KEYWORDS: Pregnancy. Puerperium. prenatal psychological. mental health.

INTRODUÇÃO

O Pré-Natal Psicológico (PNP) é utilizado como instrumento para trabalhar a saúde mental das gestantes, embasado na humanização desse processo e na facilitação de dúvidas e anseios que possam existir nesse contexto. Levando em consideração as constantes mudanças biopsicossociais que exigem adaptações durante a gravidez, como os aspectos cognitivos, comportamentais e sociais, é importante que haja um espaço de escuta e ressignificações dando prioridade a saúde mental da mulher, contemplando o contexto ao qual está inserida e a sua rede de apoio, desta forma, o pnp aparece como ferramenta agregadora de promoção a saúde. Com um caráter interventivo, o projeto busca utilizar do embasamento teórico e técnicas do Pré-natal psicológico para refletir temáticas que norteiam o processo de gestação, como a aquisição dos papéis sociais, o autoconhecimento e as expectativas das mulheres e seus familiares diante deste processo. Como destaca ARRAYS (2014):

O principal objetivo da intervenção psicológica neste aspecto é oferecer uma escuta qualificada e diferenciada sobre o processo da gravidez, fornecendo assim um espaço em que a mãe possa expressar seus medos e suas ansiedades, além de favorecer a troca de experiências, descobertas e informações, com extensão à família, em especial ao cônjuge e às avós, visando à participação na gestação/puerpério e compartilhamento da parentalidade.

Através da promoção de saúde mental das gestantes, busca-se a prevenção de psicopatologias durante o puerpério, visto que, pela complexidade do processo gestacional, há uma maior predominância de transtornos psicopatológicos nas grávidas, pois, como afirma COSTA (2018) A gestação e o puerpério são reconhecidos como fatores de risco para o desenvolvimento e exacerbação de problemas na saúde mental, com prevalências semelhantes de transtornos mentais tanto na gravidez quanto no pós-parto. Diante dessa realidade, busca-se com este projeto ressaltar o PNP como uma ferramenta de suporte, com caráter informativo e de prevenção de transtornos psicopatológicos no puerpério, utilizando de suas técnicas para realizar intervenções. Este trabalho teve como intuito abordar os temas referentes ao Pré-

natal psicológico, ainda pouco difundido no meio acadêmico e de grande relevância para a área da saúde.

MÉTODO

Refere-se à uma revisão sistemática de literatura, tendo como conteúdo norteador a prática do pré-natal psicológico. A revisão sistemática da literatura. Trata-se de um tipo de investigação focada em questão bem definida, que visa identificar, selecionar, avaliar e sintetizar as evidências relevantes disponíveis. (Galvão e Pereira, 2014). Foram utilizados como critérios para a seleção de referências bibliográficas artigos que estivessem na língua portuguesa, sendo as buscas realizadas na base de dados bibliográficos Scielo. Optou-se pelos descritores: Gravidez, puerpério, pré-natal psicológico e saúde mental, com isso houve a detecção da maioria dos trabalhos publicados dentro desses critérios. Os artigos selecionados foram publicados entre 2005 e 2014.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O período da gravidez compreende mudanças físicas, metabólicas, morfológicas e psicológicas durante o desenvolvimento do feto, alterando o cotidiano e os papéis sociais das famílias. Há uma representação social de que esse período é um dos mais felizes na vida da mulher e que demanda uma doação integral, física e emocional, onde o bebê passará a ser o mais importante, muitas vezes atribuindo sentido religioso de benção e cobrando da mulher uma aceitação incondicional. Entretanto, a prática contradiz as expectativas sociais, visto que desenvolve processos incômodos e invasivos, despertando insegurança, medo e angústia. Diante desta realidade, encontra-se fatores de risco como baixa renda, relacionamento insatisfatório e instável, ser mãe-solteira, idealização de uma maternidade, problemas nas redes de apoio, baixa autoestima, gravidez indesejada, partos traumáticos e prematuridade. Por conseguinte, os transtornos psicológicos tornam-se mais frequentes, como a melancolia puerperal (baby blues), depressão pós-parto (DPP) e a Psicose puerperal. Segundo (SCHWENGBER e PICCININI 2004 apud SILVA et, al., 2009, p. 6) definiram “o quadro conhecido como baby blues ou melancolia do pós-parto como uma espécie de depressão leve, de caráter transitório, que é experienciada por cerca de 80% das mães, logo após o nascimento do bebê.” A depressão pós-parto (DPP) de acordo com (FRIZZO e PICCININI 2005 apud ARRAIS et, al., 2014, p. 252) é definida como um episódio depressivo não psicótico que é classificado assim sempre que iniciado nos primeiros doze meses

após o parto. Esse tipo de depressão apresenta uma incidência no Brasil de até 20% dos casos após o parto (Santos, 2001; Rosenberg, 2007) e a Psicose Puerperal caracterizada por um distúrbio grave da personalidade, onde desenvolve-se delírios com a intenção de cometer danos a criança, colocando em risco a interação mãe-bebê e conjugal. A partir desse contexto, o Pré-Natal Psicológico aparece como uma forma de humanização da gestação e prevenção de adoecimentos no puerpério, com caráter informativo, oferecendo suporte emocional e trabalhando temáticas relacionadas ao período, abrindo espaço para a fala e compartilhamento de vivências, assim estabelecendo vínculos entre as gestantes, criando uma nova identificação diante do processo, trabalhando autoestima e fortalecendo as redes de apoio. (ARRAIS et. al., 2014 apud CABRAL et. al., 2012, p.254) denomina o PNP como:

Um novo conceito em atendimento perinatal, voltado para maior humanização do processo gestacional, e do parto, e de construção da parentalidade, tem caráter psicoterapêutico e oferece apoio emocional, discute soluções para demandas que podem surgir no período gravídico-puerperal, como aquelas relacionadas aos mitos da maternidade, à sua idealização, à possibilidade da perda do feto ou bebê, à gestação de risco, à malformação fetal, ao medo do parto e da dor, aos transtornos psicossomáticos, aos transtornos depressivos e de ansiedade, às mudanças de papéis familiares e sociais, às alterações na libido, ao conflito conjugal, ao ciúme dos outros filhos, ao planejamento familiar, além de sensibilizar a gestante quanto à importância do plano de parto e do acompanhante durante o trabalho de parto e parto. Desse modo, o PNP utiliza-se do método psicoprofilático, oferecendo orientação e informações com o intuito de preparar as futuras mães e seus familiares para possíveis crises, através de mecanismos de enfrentamento, assim, elaborando melhor a situação.

A atuação multiprofissional se faz necessária diante do processo, com um olhar humanizado, possibilitando acolhimento e sancionando dúvidas. Além de ser fundamental que o mesmo se faça de maneira igualitária, para que não haja relações de poder entre a equipe e as gestantes, deste modo proporcionando criação de vínculos e desenvolvimento emocional, fazendo com que o cuidado atenda as demandas biopsicossociais. Partindo desses pressupostos, o psicólogo atua como agente acolhedor das questões apresentadas pela gestante, proporcionando escuta, utilizando-se da psicoeducação como meio que integram instrumentos psicológicos e pedagógicos, ensinando a usuária cuidados preventivos de psicopatologia advindas da gravidez, estimulando a autonomia de agir e o enfrentamento do estresse. Por sua vez, o profissional de psicologia também atua com as redes de apoio da mulher grávida, desconstruindo temas relacionados aos papéis sociais e incluindo os familiares como pontos fundamentais no processo em que se encontram. Segundo SILVA (2009) “A literatura aponta, ainda, que os maridos de mulheres com depressão encontram-se em situação de risco para o desenvolvimento de psicopatologias, o que sugere que as intervenções clínicas neste contexto devem focalizar também as relações familiares.” Também é ressaltada a importância da interação mãe-bebê

desde a gestação, voltando-se para atividades que proporcionem autoconhecimento, afeto e contato com o bebê, pois como afirma Coutinho (1997) “um bebê não pode ser pensado sem a presença de alguém que lhe exerça a função de mãe e sem um ambiente, por esta última criado, que possa evoluir e desenvolver seu potencial de crescimento e amadurecimento”, contudo, isso pode ser pensado por meio do PNP, realizando transformações e promoção de saúde mental. O PNP ainda não é um tema muito difundido, apresentando algumas limitações na coleta de dados, devido a carência de publicações atualizadas, sendo necessário o incentivo a escrita desse tipo de trabalho.

CONCLUSÕES/ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, o tema estabelecido foi selecionado por interesse e curiosidade sobre a atuação do profissional de psicologia nesse processo gravidez/puerpério e as técnicas utilizadas para o alívio de tensão vivenciada pelas mulheres e familiares nesse contexto através do pré-natal psicológico e como esse conhecimento pode ser difundido tornando-se uma prática usual, aperfeiçoando técnicas já existentes e elaborando novos métodos para suprir a demanda. A ferramenta PNP tem como utilidade a facilitação dos processos vivenciados dentro do contexto gravídico dando suporte e abertura para a escuta das demandas presentes, trabalhando o pnp é possível através de políticas públicas diminuir os quadros de transtornos psicopatológicos puerperais, pondo em foco o olhar multiprofissional sobre a gestante e o incentivo a prevenção de possíveis acometimentos psicossomáticos.

REFERÊNCIAS

Arrais, A. R., Mourão, M. A., & Fragalle, B. (2014). O pré-natal psicológico como programa de prevenção a depressão pós-parto. *Saúde e Sociedade*, 23(1), 251-264. doi:10.1590/S0104-12902014000100020

COUTINHO, Karen Hanna Fagundes et al. O contexto da dinâmica grupal na psicologia e a importância de sua utilização. **Efdeportes.com, Revista Digital**, Buenos Aires, p.1-1, jun. 2013.

FRIZZO, G. B.; PICCININI, C. A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 1, p. 47-55, 2005.

Silva, M. R., & Piccinini, C. A. (2009). Paternidade no contexto da depressão pós-parto materna: revisando a literatura. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 14(1), 5-12. doi:10.1590/S1413-294X2009000100002

CABRAL, D. S. R.; MARTINS, M. H. F.; ARRAIS, A. R. Grupo de pré-natal psicológico: avaliação de programa de intervenção junto a gestantes. *Encontro: Revista de Psicologia*, Valinhos, v. 15, n. 22, p. 53-76, 2012.

TESTE DOS CINCO DÍGITOS E TESTE DE TRILHAS NA AVALIAÇÃO DAS FUNÇÕES EXECUTIVAS DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA

Data de aceite: 14/02/2020

Data de Submissão: 21/11/2019

Larissa dos Santos Aleixo

Psicóloga com Residência Multiprofissional em Reabilitação Física pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, (FAMERP), SP.

Especialista em Neuropsicologia.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (HCFMRP).

Ribeirão Preto – SP.

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2205416891653749>.

Samira Maria Fiorotto

Psicóloga com Residência Multiprofissional em Reabilitação Física pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, (FAMERP), SP.

Especialista em Neuropsicologia. Prefeitura Municipal de São José do Rio Preto.

São José do Rio Preto – SP.

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1569937692123241>.

Karoline Pereira dos Reis

Psicóloga com Residência Multiprofissional em Reabilitação Física pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, (FAMERP), SP.

HB Saúde.

Especialista em Psicologia da Saúde.

São José do Rio Preto – SP.

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1324958329669962>.

[br/1324958329669962](http://lattes.cnpq.br/1324958329669962).

Marina Cury Tonoli

Psicóloga com Residência Multiprofissional em Reabilitação Física pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, (FAMERP), SP.

Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância – CRAMI.

São José do Rio Preto – SP.

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8845676355264957>.

Andressa Aparecida Garces Gamarra Salem

Psicóloga com Residência Multiprofissional em Reabilitação Física pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, (FAMERP), SP.

Especialista em Neuropsicologia.

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

Porto Alegre – RS.

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2164050424674098>.

Karina Kelly Borges

Especialista em Neuropsicologia.

Docente no Departamento de Psicologia (FAMERP). Tutora do programa de residência em Reabilitação Física.

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP).

São José do Rio Preto – SP.

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8104709171429351>.

RESUMO: As funções executivas, conjunto de funções mentais complexas, responsáveis pela capacidade de autorregulação, concentram grande parte das queixas de pessoas com Epilepsia, distúrbio que acarreta alteração no funcionamento cerebral. O objetivo deste trabalho foi comparar o desempenho obtido pelos pacientes nos instrumentos que avaliam atenção, velocidade de processamento, capacidade de planejamento, controle inibitório e flexibilidade cognitiva e verificar a ocorrência de covalência entre eles. Foram selecionados 55 pacientes submetidos à avaliação neuropsicológica no período de agosto de 2016 a agosto de 2017 pelo serviço de neuropsicologia como parte do protocolo pré-cirúrgico do Centro de Cirurgia de Epilepsia de São José do Rio Preto (CECEP) em um Hospital Escola. Os instrumentos utilizados foram Trail Making Test (TRILHAS) e Five Digital Test (FDT). Os resultados mostraram forte correlação positiva entre o resultado obtido nos testes supra citados referente a bom desempenho e escolaridade da amostra ($r = 0,9453$ e $p = 0,0478$). Os testes apresentaram diferença na classificação do desempenho dos sujeitos, fato associado à seu desempenho afetado devido à escolaridade. Entretanto, quando a flexibilidade cognitiva foi considerada, houve alta concordância entre os resultados dos teste utilizados. Tais fatos demonstram a importância da realização da avaliação neuropsicológica individualizada e da escolha de instrumentos adequados que possibilitem o melhor desempenho do sujeito, visando o melhor diagnóstico, melhor auxílio no tratamento e melhora na qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: crise epiléptica; neuropsicologia; funções executivas

FIVE DIGIT TEST AND TRAIL MAKING TEST IN THE ASSESSMENT OF EXECUTIVE FUNCTIONS OF PATIENTS WITH EPILEPSY

ABSTRACT: Executive functions, a set of complex mental functions responsible for self-regulation, concentrate most of the complaints of people with epilepsy, a disorder that causes changes in brain functioning. The objective of this study was to compare the performance obtained by the patients in the instruments that evaluate attention, processing speed, planning ability, inhibitory control and cognitive flexibility and to verify the occurrence of covalence between them. We selected 55 patients who underwent neuropsychological evaluation from August 2016 to August 2017 by the neuropsychology service as part of the preoperative protocol of the São José do Rio Preto Epilepsy Surgery Center (CECEP) in a teaching hospital. The instruments used were Trail Making Test (TMT) and Five Digital Test (FDT). The results showed a strong positive correlation between the results obtained in the above tests regarding the good performance and educational level of the sample ($r = 0.9453$ and $p = 0.0478$). The tests showed differences in the performance classification of the subjects, a fact associated with their performance affected due to education. However, when cognitive flexibility was considered, there was high agreement between the test results used. These

facts demonstrate the importance of conducting individualized neuropsychological assessment and choosing appropriate instruments that enable the best performance of the subject, seeking the best diagnosis, better treatment aid and improvement in quality of life.

KEYWORDS: epileptic seizure, neuropsychology, executive Function

1 | INTRODUÇÃO

Evidências experimentais e clínicas apontam para a importância dos lobos frontais, principalmente nas áreas pré-frontais, na mediação de funções executivas. As funções executivas (FE) representam um construto cognitivo que se refere à capacidade de manter um conjunto adequado de solução de problemas para a consecução de objetivos futuros. Incluem planejamento, automonitoramento, organização, formação de conceitos, atenção, controle de impulsos e memória operacional (HERNANDEZ *et al.*, 2002).

As FE envolvem o controle simultâneo de um conjunto de funções cognitivas superiores necessárias para o indivíduo planejar e executar uma sequência de tarefas, inibir respostas inadequadas ou identificar contingências e desenvolver estratégias alternativas para alcançar objetivos. Assim, as FE exigem planejamento estratégico de sequências de comportamentos complexos e flexibilidade mental, para que se possa simultaneamente satisfazer várias fontes de informação, resistir a eventos perturbadores, inibir respostas inadequadas à solução de uma tarefa e manter o comportamento durante um determinado período de tempo (NERI *et al.*, 2012).

A epilepsia do lobo temporal mesial (ELTM) é possivelmente a forma mais frequente de epilepsia e está associada a anormalidades estruturais evidentes ou sutis no hipocampo, giro para-hipocampal e amígdala. Recentes investigações sugeriram anormalidades funcionais e estruturais no ELTM. A redução de volume foi observada em áreas extratemporais como tálamo, núcleos caudados, núcleos lenticulares, corpo caloso e lóbulos frontais. Os pacientes geralmente evidenciam memória episódica reduzida e dificuldades em aprender novas informações (KELLER, ROBERTS, 2008; ZAMARIAN *et al.*, 2011).

Estudos que examinaram déficits no controle inibitório (LABUDDA *et al.*, 2009), memória operacional, fluência verbal ou flexibilidade cognitiva obtiveram resultados heterogêneos, dificultando concluir em que medida os pacientes com ELTM apresentam déficits de funções executivas (TUDESCO *et al.*, 2010).

O objetivo deste estudo foi verificar o funcionamento executivo em pacientes com ELTM e comparar o desempenho obtido nos instrumentos que avaliaram atenção, velocidade de processamento, capacidade de planejamento, controle

inibitório e flexibilidade cognitiva e verificar a ocorrência de covalência entre eles.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e retrospectivo. Foram analisados os dados de 55 pacientes avaliados no período de agosto de 2016 a agosto de 2017 pelo serviço de neuropsicologia e estes foram obtidos pelo sistema de informações do prontuário de pacientes e registros da avaliação neuropsicológica do hospital Escola. Os instrumentos utilizados foram entrevista semi-estruturada e os testes cognitivos Trail Making Test (TMT) (SANTOS, 2011) e Five Digital Test (FDT) (SEDÓ, de PAULA, MALLOY-DINIZ, 2015).

2.1 Entrevista semi-estruturada

Questionário elaborado pelo setor de Neuropsicologia com o objetivo de coletar informações relevantes acerca do paciente, como dados sociodemográficos, estado civil, escolaridade, profissão, apoio social, história da doença, idade de início dos sintomas, evolução dos mesmos, tratamentos e procedimentos já realizados, comorbidades médicas e psiquiátricas, limitações apresentadas no dia-a-dia devido à epilepsia, assim como, aspectos positivos e reforçadores percebidos pelo paciente que o ajudam a enfrentar as dificuldades impostas pela doença.

2.2 Trail Making Test (TMT)

Validado para o contexto brasileiro por SANTOS (2011) este teste é composto por duas partes. Na primeira (Trilhas A), é necessário ligar as letras na ordem em que aparecem no alfabeto. Na segunda parte (Trilhas B), deve-se ligar letras a números, seguindo também a sequência em que aparecem no alfabeto, por exemplo, 1-A-2-B e assim por diante. O teste também apresenta duas folhas de treino para cada uma das partes, que devem ser aplicadas imediatamente antes da realização de cada tarefa. O tempo de execução para cada um dos testes é limitado há quatro minutos ou a três erros. O teste Trilha B exige maior capacidade de atenção e habilidade para fazer mudanças conceituais alternadas (NETO *et al.*, 2018).

2.3 Five Digital Test (FDT)

Tarefa de avaliação de capacidade executiva, particularmente Controle Inibitório (Inibição) e Flexibilidade Cognitiva. Contém quatro etapas de atividades realizadas consecutivamente, sempre precedidas por uma atividade de treino para familiarizar o participante. Na primeira etapa (*Leitura*), o examinando deve ler o algarismo contido dentro de cada um dos cinquenta quadrados estímulo em uma condição congruente (ex.: 3-3-3 lê-se três). Na segunda etapa (*Contagem*), é

necessária a contagem de asteriscos (ex.: “****” lê-se três). A terceira etapa (*Escolha*) requer a contagem da quantidade de números no quadrado alvo enquanto inibe a resposta de ler os mesmos (ex.: “5-5-5” responde-se três, ao invés de cinco). Na quarta etapa (*Alternância*) há a adição de que dentre os cinquenta quadrados estímulos, dez se diferenciam por apresentar uma borda escura e adicionar uma nova condição ao teste: nestes estímulos o indivíduo deverá reverter a regra, ao invés de contar a quantidade de número, deverá nomear o algarismo. Registra-se o tempo necessário à execução da tarefa e os erros cometidos pelo indivíduo. Calcula-se também escores de interferência ao subtrair o tempo de Leitura do tempo de Escolha e do tempo de Alternância, criando os escores de *Inibição* e *Flexibilidade* (SEDÓ, de PAULA, MALLOY-DINIZ, 2015; OLIVEIRA et al., 2014).

3 | RESULTADOS

Nesta sessão serão apresentados dados da amostra e posteriormente a descrição dos resultados encontrados. A Tabela 1 refere-se a caracterização da amostra.

Variável		N	%
Sexo	Feminino	22	40
	Masculino	33	60
Idade	Média: 32	-	-
	Min: 07/Max: 65	-	-
Escolaridade	Analfabeto	2	3,63
	Ensino Fundamental Completo	3	5,45
	Ensino Fundamental Incompleto	27	49,9
	Ensino Médio Completo	11	20
	Ensino Médio Incompleto	6	10,90
	Ensino Técnico Completo	1	1,81
	Ensino Superior Completo	4	9,09
	Ensino Superior Incompleto	1	1,81

Tabela 1: Caracterização da Amostra

Fonte: elaborado pelas autoras com base nos resultados de 2016.

Com relação as funções executivas – quando avaliada flexibilidade cognitiva, pelo instrumento FDT, 60% (33) da amostra apresentou desempenho dentro da média e 27,2% (15) desempenho inferior, sendo que 12,72% (7) não concluiu a tarefa. Quando avaliado o controle inibitório, 3,63% (2) da amostra demonstrou desempenho superior à média, 52,7% (29) na faixa média, 30,9% (17) inferior, sendo que 12,72% (7) não concluiu a tarefa. No instrumento TMT, parte A, que avalia atenção sustentada, 72,72% (40) da amostra apresentou desempenho na faixa média, 21,8% (12) inferior, sendo que 5,45% (3) não concluiu a tarefa. Na parte

B, que avalia flexibilidade mental, 29,09% (16) da amostra apresentou desempenho na faixa média, 43,6% (24) inferior, sendo que 27,2% (15) não concluiu a tarefa.

Os resultados mostraram forte correlação positiva entre o resultado obtido nos testes supracitados referente a bom desempenho e escolaridade da amostra ($r = 0,9453$ e $p = 0,0478$). Os testes apresentaram diferença na classificação do desempenho dos sujeitos, fato associado a seu desempenho afetado devido à escolaridade. Entretanto, quando a flexibilidade cognitiva foi considerada, houve alta concordância entre os resultados dos testes utilizados.

4 | DISCUSSÃO

O declínio cognitivo da epilepsia tem sido estudado extensivamente nas últimas décadas, mas muitas questões ainda precisam ser respondidas. O comprometimento cognitivo envolvendo função executiva, linguagem e memória é muito comum na epilepsia medicamente refratária, sendo a disfunção executiva o comprometimento mais prevalente.

De acordo com uma hipótese, os déficits da função executiva na ELTM estão relacionados à disfunção do hipocampo. Especificamente, como o hipocampo está envolvido na recuperação de informações da memória de curto prazo, a associações de memória e na aprendizagem de novas informações, estariam deficientes nos pacientes com ELTM bem como a memória operacional, que dependem de tais processos resultaria em de disfunção do hipocampo. Também apontam para a implicação de estruturas e funções deficitárias extratemporais, por exemplo, déficits em circuitos frontosubcorticais, perda de volume ou alterações metabólicas nas regiões extratemporais (ZAMARIAN *et al.*, 2011).

Em especial a ELTM tem sido cada vez mais relatada e pode fazer com que os pacientes percam a capacidade de gerenciar a vida cotidiana, exigindo dos familiares e sociedade grande auxílio durante seu dia a dia (LIN *et al.*, 2012). No entanto, os mecanismos subjacentes a ELTM com disfunção do controle executivo permanecem incertos (CHAKRAVARTY *et al.*, 2019). Outra razão pela qual os pacientes com ELTM desenvolvem comprometimento do controle executivo, seria a de que as descargas epileptiformes decorrentes do lobo temporal doente se propagariam para os lobos pré-frontais, perturbando ainda mais a função cognitiva servida por este (BLACK *et al.*, 2010; SPELLAN *et al.*, 2015).

Vários outros estudos demonstraram comprometimento dos parâmetros cognitivos e disfunção executiva em pacientes com epilepsia. CAMPIGLIA *et al.* (2014) relataram um comprometimento global da FE em um grupo de 56 pacientes pediátricos com epilepsia, independentemente do tipo de epilepsia.

Moschetta (2010) encontrou em seu estudo de pacientes com epilepsia mioclônica juvenil, que o grupo de pacientes com epilepsia refratária, apresentou maior prejuízo nas FE e processos atencionais. Ressaltando que a maior gravidade e refratariedade da epilepsia pode estar diretamente ligada a um pior funcionamento cognitivo.

Hermann e Seidenberg (2007) postularam que a remissão completa das crises após a ressecção do lobo temporal, quando foco epileptogênico neste lobo, levaria a melhora da função executiva nos pacientes que demonstraram comprometimento pré-cirúrgico nas FE através do desempenho no instrumento Wisconsin de Classificação de Cartas (WCST). No entanto, Martin *et al.* (2006) encontraram em seu estudo que a capacidade de triagem de cartas não se correlacionou significativamente com o status de crises pós-cirúrgicas em pacientes com ELT esquerdo e direito, e Seidenberg *et al.* (2007) que o número de erros perseverativos do WCST não dependia do resultado das crises pós-cirúrgicas em pacientes com ELT esquerdo sem esclerose hipocampal.

Dados do estudo de Keller (2009) são consistentes com os de Martin *et al.* e Seidenberg *et al.* (2007) de que as funções executivas não se normalizaram após a cirurgia bem-sucedida para controle de crises, pois, esta era decorrente da presença de uma patologia estrutural subjacente distal do córtex epileptogênico que continuaria prejudicando as funções executivas após lobectomia temporal.

5 | CONCLUSÃO

Em suma, esses achados fornecem evidências de um perfil de déficits nas FE em pacientes com epilepsia, caracterizado por déficits na flexibilidade cognitiva e controle inibitório. O autorrelato dos familiares fornecem informações complementares e devem ser usadas em conjunto na avaliação dos déficits de FE e no desenvolvimento de planos de manejo. Uma área importante de pesquisas futuras é o desenvolvimento e avaliação de intervenções específicas da FE para pacientes com epilepsia, especialmente aqueles com ELTM e com alto risco de déficit das FE.

REFERÊNCIAS

BLACK, Leah Chapman et al. **The effect of seizures on working memory and executive functioning performance.** *Epilepsy & Behavior*, [s.l.], v. 17, n. 3, p.412-419, mar. 2010. Elsevier BV. Disponível em: <<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1525505010000119?token=0E0999154FC20F07DAF5487EAD287875BC7DE63B6A3AF79A665DDCA6E78D52820E8BFAD11AFD7BDBA9AE35675FBBCBB8>>. Acesso em: 07 nov. 2019.

CHAKRAVARTY, Kamalesh et al. **Effect of sleep quality on memory, executive function,**

and language performance in patients with refractory focal epilepsy and controlled epilepsy versus healthy controls – A prospective study. *Epilepsy & Behavior*, [s.l.], v. 92, p.176-183, mar. 2019. Elsevier BV. Disponível em: <<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1525505018309892?token=22D5EC773916C5B9B0EE3EEE13466BF1B2A9D0C804F858B180AC477298FF766117410D1AEB391DB539E3D6D41824AFD7>>. Acesso em: 26 out. 2019.

CAMPANHOLO, K. R., et al. **Trail-making and Stroop tests in a Brazilian sample.** *Dement Neuropsychol*: march, 8(1):26-3.2014.

CAMPIGLIA, M, et al. **Avaliação do funcionamento executivo diário de crianças com epilepsia frontal ou temporal.** *Epilepsy and Behavior*. v. 39, p. 12-20. 2014. Disponível em: <[https://www.epilepsybehavior.com/article/S1525-5050\(14\)00276-5/abstract](https://www.epilepsybehavior.com/article/S1525-5050(14)00276-5/abstract)>. Acesso em 11 nov. 2019.

HERMANN, B; SEIDENBERG, M. **Epilepsy and cognition.** *Epilepsy Currents*. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/10.1111/j.1535-7511.2007.00151.x>>. Acesso em: 11 nov. 2019.

HERNANDEZ, Maria Teresa et al. **Deficits in executive functions and motor coordination in children with frontal lobe epilepsy.** *Neuropsychologia*, [s.l.], v. 40, n. 4, p.384-400, 2002. Elsevier BV. Disponível em: <<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0028393201001300?token=A24C2C6B445D8FDCC096685A4D743CECbfE0BAB4F8E19D730AA022B9CEB5FDBC973FBD5F45510575495A2CE9F768E508>>. Acesso em: 10 out. 2019.

KELLER, Simon Sean et al. **Quantitative MRI of the prefrontal cortex and executive function in patients with temporal lobe epilepsy.** *Epilepsy & Behavior*, [s.l.], v. 15, n. 2, p.186-195, jun. 2009. Elsevier BV. Disponível em: <<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1525505009001383?token=CEBD2BD6618A17F9F8B2D8F2CD4C0A313F8B4DC49409025429BBCB7AA63431C03DD12879CE2D19BF89EFE70B75B8C3C6>>. Acesso em: 07 out. 2019.

KELLER, Simon Sean; ROBERTS, Neil. **Voxel-based morphometry of temporal lobe epilepsy: An introduction and review of the literature.** *Epilepsia: Official Journal of the International League Against Epilepsy*, [s.l.], v. 49, n. 5, p.741-757, maio 2008. Wiley. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1528-1167.2007.01485.x>>. Acesso em: 01 nov. 2019.

LABUDDA, Kirsten et al. **Decision making in patients with temporal lobe epilepsy.** *Neuropsychologia* [s.l.], v. 47, n. 1, p.50-58, jan. 2009. Elsevier BV. Disponível em: <<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0028393208003564?token=8FA7DD054DE04E286CE2EF4F38403F7670A4B1D849A8E7740054F410107B240F75F9953A5EA39A8DB298ECED67668E58>>. Acesso em: 03 nov. 2019.

LIN, J; MULA, M; HERMANN, B. **Uncovering the neurobehavioural comorbidities of epilepsy over the lifespan.** National Library of Medicine National Institutes of Health. 2012. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067361261455X?via%3Dihub>>. Acesso em: 11 nov. 2019.

MARTIN, R.C et al. **Wisconsin Card Sorting performance in patients with temporal lobe epilepsy, clinical and neuroanatomical correlates**

Epilepsia, 41 (2000), pp. 1626-1632. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1499-1654.2000.001626.x>>. Acesso em: 11 nov. 2019.

MOSCHETTA, Sylvie Carolina Paes. **Epilepsia Mioclônica Juvenil: avaliação das funções atencionais e executivas, traços de personalidade e adequação social.** 2009 Dissertação (Mestrado em Psiquiatria). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

NERI, Marina L. et al. **Neuropsychological assessment of children with rolandic epilepsy: Executive functions.** *Epilepsy & Behavior*, Campinas, SP, v. 24, n. 4, p.403-407, ago. 2012. Elsevier BV. Disponível em: <<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1525505012003393?token=28DADC922D5FE27A554DB0B345415C190140306DE0FD283C4758B92B0F2CC11F69688E933636E095B20CCDE726E6043A>>. Acesso em: 15 out. 2019.

NETO, José de Caldas Simões et al. **Associação entre o nível de atividade física e o desempenho cognitivo em crianças.** *Id on Line Ver. Mult. Psic.*, v. 12, n. 39, p. 713-715, 2018.

OLIVEIRA, Thaís Dell'Oro Oliveira et al. **Propriedades psicométricas do Teste dos Cinco Dígitos para o contexto brasileiro: estudo preliminar com a população adulta.** I Congresso da Sociedade Brasileira de Neuropsicologia Jovem, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2014.

SANTOS, Juliano dos. **Validação do teste de trilhas-B (trail making test-B) para uso em pacientes brasileiros com câncer em cuidados paliativos.** 2011. Tese de Doutorado (Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

SEDÓ, Manuel; de PAULA, Jonas Jardim; MALLOY-DINIZ, Leandro Fernandes. **O Teste dos Cinco Dígitos.** São Paulo: Hogrefe, 2015.

SPELLMAN, T. **Hippocampal-prefrontal input supports spatial encoding in working memory.** National Library of Medicine National Institutes of Health. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26053122>>. Acesso em: 11 nov. 2019.

TUDESCO, Ivanda de Souza Silva et al. **Assessment of working memory in patients with mesial temporal lobe epilepsy associated with unilateral hippocampal sclerosis.** *Epilepsy & Behavior*, São Paulo, v. 18, n. 3, p.223-228, jul. 2010. Elsevier BV. Disponível em: <<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S152550501000315X?token=D30EFC534D082D370D53444554D69395E32C1C967583D64436C04817CBA64D219F9CE3E69F103DF3650619D5F7E58B92>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

ZAMARIAN, Laura et al. **Executive Functions in Chronic Mesial Temporal Lobe Epilepsy.** *Epilepsy Research And Treatment*, [s.l.], v. 2011, p.1-11, 2011. Hindawi Limited. Disponível em: <<http://downloads.hindawi.com/archive/2011/596174.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2019.

SOBRE O ORGANIZADOR

RUI MAIA DIAMANTINO - É graduado em Processamento de Dados pela Universidade Federal da Bahia (1979) e em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (2007). Tem experiência na área de Ciência da Computação, com ênfase em Arquitetura de Sistemas de Computação. Tem formação e experiência em teoria e clínica psicanalíticas. Exerce atividade clínica como psicólogo. É especialista em Teoria Psicanalítica, mestre em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (2010), área de concentração - Psicologia Social e do Trabalho, linha de pesquisa - Cognição e Representações Sociais orientado pelo Prof. Dr. Marcus Vinícius de Oliveira Silva, doutor em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (2014), área de concentração - Psicologia Social e do Trabalho, linha de pesquisa - Indivíduo e Trabalho: Processos micro organizacionais, sob a orientação da Profa. Dra. Sonia Maria Guedes Gondim. Foi Professor Assistente da Universidade Salvador - UNIFACS, onde lecionou disciplinas da graduação, desenvolveu atividades de pesquisa e extensão universitárias e participou do Colegiado de Curso do Curso de Psicologia. Ensinou a disciplina de Psicopatologia da Psicologia do Trânsito na pós-graduação *latu sensu* de Psicologia do Trânsito na FTC, Salvador, Bahia. Integra o núcleo docente estruturante (NDE) do curso de Psicologia da Faculdade Santa Casa, também em Salvador, Bahia. Tem artigos publicados em periódicos e capítulos de livros sobre clínica psicanalítica, psicologia organizacional, envelhecimento e psicossociologia. É revisor da Revista de Administração da Universidade Mackenzie (RAM) e integra o quadro de colaboradores da Editora Atena (Paraná).

ÍNDICE REMISSIVO

A

Avaliação neuropsicológica 34, 35, 37, 39, 41, 43, 84, 86

C

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) 69

Crise epiléptica 35, 84

D

Declínio Cognitivo 25, 26, 28, 30, 36, 88

E

Envelhecimento 22, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 72, 73, 74, 77, 92

Epilepsia refratária 35, 36, 42, 89

Estimulação cognitiva 25, 26, 29, 30, 32, 33

F

Fenomenologia 54, 56, 57, 58, 59, 62, 63, 69, 70

Funções cognitivas 25, 26, 28, 29, 43, 73, 85

Funções executivas 28, 32, 37, 40, 83, 84, 85, 87, 89

G

Gravidez 78, 79, 80, 81, 82

H

Hospital de Custódia e Tratamento 1, 6, 12, 13

I

Inclusão social 71

L

Loucura 1, 3, 4, 10, 11, 13, 14, 24, 55, 56, 70

M

Medicalização 15, 17, 21, 22, 24

Medidas socioeducativas 15, 18, 19, 22, 23, 24

Mídias Sociais 45, 47, 51

N

Neuropsicologia 33, 34, 39, 41, 83, 84, 86, 91

P

Pessoa idosa 71, 73, 74, 76, 77

Pré-natal psicológico (PNP) 78, 79, 80, 81, 82

Processos de subjetivação 15, 16, 20, 22

Psicanálise 1, 3, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 48, 58, 69

Psicologia 1, 11, 12, 13, 14, 23, 24, 34, 45, 53, 54, 69, 70, 71, 73, 74, 77, 81, 82, 83, 92

Puerpério 78, 79, 80, 81, 82

Q

Qualidade de vida 25, 26, 30, 32, 36, 38, 71, 73, 84

R

Reforma psiquiátrica 11, 55, 56, 63

S

Saúde mental 5, 12, 13, 14, 25, 26, 30, 32, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 63, 64, 66, 68, 69, 70, 73, 74, 77, 78, 79, 80, 82

T

Transtornos alimentares 45, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 53

Transtornos dismórficos 45, 47

 **Atena**
Editora

2 0 2 0