

A Psicologia em suas Diversas Áreas de Atuação 3

Tallys Newton Fernandes de Matos
(Organizador)



Atena
Editora
Ano 2020

A Psicologia em suas Diversas Áreas de Atuação 3

Tallys Newton Fernandes de Matos
(Organizador)



Atena
Editora
Ano 2020

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: Maria Alice Pinheiro

Edição de Arte: Luiza Batista

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

Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

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

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

Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros

Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de 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

Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros

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
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
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
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva Júnior – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
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
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
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 Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
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
Prof^a Dr^a 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^a Dr^a Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof^a Dr^a Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof^a Dr^a Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof^a Dr^a Andrezza Miguel da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof^a Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof^a Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof^a Dr^a Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof^a Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Prof^a Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof^a Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Dr. Fabiano Lemos Pereira – Prefeitura Municipal de Macaé
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof^a Dr^a Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Prof^a Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof^a Ma. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco

Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
 Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
 Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
 Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
 Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
 Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Prof. Me. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
 Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
 Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
 Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
 Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
 Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
 Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
 Prof. Me. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
 Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
 Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
 Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
 Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
P974	<p>A psicologia em suas diversas áreas de atuação 3 [recurso eletrônico] / Organizador Tallys Newton Fernandes de Matos. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-5706-118-3 DOI 10.22533/at.ed.183201706</p> <p>1. Psicologia. 2. Psicólogos. I. Matos, Tallys Newton Fernandes de.</p> <p style="text-align: right;">CDD 150</p>
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

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

APRESENTAÇÃO

Vivenciamos atualmente um período de fragilidade e deterioração biopsicossocial frente a um cenário de crise e pandemia, bem como o desgaste nos aspectos econômicos e políticos, que também alavancam outras características e segmentos da sociedade. As ciências, nesse aspecto, trabalham constantemente, através de suas diferentes áreas, para suprir demandas sociais em diferentes contextos, possibilitando, assim, intervenções adversas.

A busca incessante pela compreensão e identificação dos fenômenos que estão em processo de transformação e composição da realidade, coloca--nos em um paradigma filosófico e existencial sobre a verdade. Esta verdade, já questionada no passado pelos filósofos antigos, possibilita a construção do conhecimento e estrutura modelos de investigação posteriores, através de mecanismos de aprendizagem e ensino.

A psicologia, nesse contexto, ganha destaque por trabalhar uma diversidade de cenários em situações de fragilidade referentes ao desenvolvimento humano e a saúde mental, por intermédio de suas diferentes técnicas e instrumentos de atuação. Nessa perspectiva, a obra “A Psicologia em suas Diversas Áreas de Atuação 3” aborda questões inerentes a infância, escola, terceira idade, contexto social, avaliação, transtornos, diagnóstico, intervenção, questionamentos ideológicos, saúde, literatura, inovação tecnológica e novas técnicas psicoterápicas.

A infância, neste aspecto, ganhou destaque por ser um período que estrutura a personalidade do sujeito através do desenvolvimento psicogenético, que vai do nascimento até a adolescência, período no qual o indivíduo está submetido à inserção na sociedade. É na infância que ocorrem o incremento das experiências, transmissão social e equilibração através do uso de códigos no universo das imagens e palavras guiadas pelos caminhos que preexistem no universo parental.

Por conseguinte, a escola ganha destaque por promover a universalização e bens culturais, criando condições para a aprendizagem e para o desenvolvimento humano de todos na sociedade através da educação e conhecimento.

Em associação com os dados anteriores está o desenvolvimento da adolescência e vida adulta, e, posteriormente, a terceira idade, que é um dado apresentado nesta obra. A terceira idade é a própria idade adulta avançada, período marcado pelas transformações biopsicossociais, complicações e influências que se dão de modo complexo. Torna-se necessário, então, desenvolver recursos para o bem estar e qualidade de vida, a fim de reduzir receios e inquietações, na busca por uma vida saudável.

Neste cenário, é importante um trabalho conjunto na construção de políticas públicas direcionadas a pluralidade cultural envolvendo atores sociais e culturais

com identificação étnico-raciais, de gênero, de orientação sexual, de deficiências, dentre outros, para a centralidade de valores éticos na formação do sujeito.

Seguindo os eixos temáticos expostos na ordem cronológica da obra, temos os modelos de avaliação, diagnóstico e intervenção em psicopatologias e transtornos mentais. Destaca-se que, segundo a Organização Mundial de Saúde, há um aumento das doenças mentais no século XXI decorrente das novas demandas sociais e a realidade vivenciada hoje frente ao cenário atual, já mencionado anteriormente. A importância desse seguimento se dá pela saúde mental, pela qualidade de vida do sujeito em sua diversidade e ao seu contexto.

Destaca-se, também, a importância dos debates e dos questionamentos ideológicos como elemento fundamentador da democracia, como tratado nesta obra. Tais artefatos possibilitam a ressignificação de ideias na construção de um novo cenário de conhecimento e aprendizagem. Vale ressaltar que estes debates podem estar atrelados há um referencial teórico significativo, como, por exemplo, uma análise literária, também explorada no final da obra, esta que, além disso, propõe, ao seu final, novas técnicas e alternativas psicoterápicas, bem como inovação tecnológica em benefício da saúde e bem estar.

Vale ressaltar que, através do discurso anterior, a obra “A Psicologia em suas Diversas Áreas de Atuação 3”, aborda os seguintes seguimentos: desenvolvimento humano, psicologia escolar, psicologia da saúde, psicologia social, psicologia clínica, psicopatologias, literatura, tecnologia e inovação.

Os tipos de estudos explorados nesta obra foram: estudo transversal, pesquisa descritiva, revisão sistemática de literatura, revisão de pares, revisão literária, entrevista semiestruturada, pesquisa bibliográfica, pesquisa de campo, aplicação de questionários, reflexão histórico-cultural, análise documental, materialismo histórico-dialético, revisão integrativa da literatura, estudo de caso, diagnóstico institucional e dialético-simbólico.

Com isso, a obra “A Psicologia em suas Diversas Áreas de Atuação 3” explora a diversidade e construção teórica na psicologia, através de estudos realizados em diferentes instituições de ensino no contexto nacional e internacional. Nesse âmbito, é relevante a divulgação e construção do conhecimento através da produção científica. Para tanto, a Atena Editora possui uma plataforma consolidada e confiável, sendo referência nacional e internacional, para que estes pesquisadores explorem e divulguem suas pesquisas.

Tallys Newton Fernandes de Matos

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
APOIO SOCIAL EM GESTANTES DE ALTO RISCO	
Jamile Carneiro da Silva	
Fernanda Pasquoto de Souza	
Aline Groff Vivian	
DOI 10.22533/at.ed.1832017061	
CAPÍTULO 2	17
A DEVOLUÇÃO DE CRIANÇAS NO PROCESSO ADOTIVO: UMA REVISÃO DE LITERATURA	
Marjane Bernardy Souza	
Amanda Silveira Bach	
DOI 10.22533/at.ed.1832017062	
CAPÍTULO 3	32
THE ROLE OF FATHERS IN SUCCESSFUL CHILD DEVELOPMENT: A SUMMARY OF THE EMPIRICAL LITERATURE AND RESOURCES FOR MENTAL HEALTH AND SOCIAL PROFESSIONALS	
Cátia Magalhães	
Karol Kumpfer	
Margarida Gaspar de Matos	
Bruno Carraça	
DOI 10.22533/at.ed.1832017063	
CAPÍTULO 4	49
DOS PAPÉIS DO PSICÓLOGO JURÍDICO NOS CASOS DE ABUSO SEXUAL INTRAFAMILIAR INFANTOJUVENIL	
Macia Cristini de Almeida Bezerra	
Ivana Suely Paiva Bezerra de Mello	
DOI 10.22533/at.ed.1832017064	
CAPÍTULO 5	64
MARCOS DO DESENVOLVIMENTO MOTOR DE CRIANÇAS DE 0 A 3 ANOS NUMA VISÃO NEUROPSICOPEDAGÓGICA: CONHECENDO O TÍPICO PARA IDENTIFICAR O ATÍPICO	
Mariana Abreu da Silva Velho	
Fabrício Bruno Cardoso	
DOI 10.22533/at.ed.1832017065	
CAPÍTULO 6	75
O QUE AS CRIANÇAS PENSAM SOBRE AS REGRAS?	
Camila Lima Silva	
Priscila Bonato Galhardo	
Thais Sindice Fazenda Coelho	
Gabriel Rossi Calsoni	
Paulo Yoo Chul Choi	
Luciana Maria Caetano	
Betânia Alves Veiga Dell' Agli	
DOI 10.22533/at.ed.1832017066	
CAPÍTULO 7	86
TÉCNICAS DE AUTOMONITORAMENTO EMOCIONAL EM TERAPIA COGNITIVA COM CRIANÇAS	

CAPÍTULO 8	91
TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO: INTERVENÇÕES EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COM CRIANÇAS	
Antonia Kaliny Oliveira de Araújo Perpetua Thais de Lima Feitosa Quental Isabelle Cerqueira Sousa	
DOI 10.22533/at.ed.1832017068	
CAPÍTULO 9	104
ESTUDO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE O DESFRALDE E O USO DO <i>EU</i>	
Anna Victória Pandjarjian Mekhitarian Moraes Rogerio Lerner Lia Queiroz do Amaral	
DOI 10.22533/at.ed.1832017069	
CAPÍTULO 10	125
LUDICIDADE E ESCOLARIZAÇÃO: REFLEXÕES A PARTIR DA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL	
Vera Lucia Almeida Damiani Marcia Cristina Argenti Perez	
DOI 10.22533/at.ed.18320170610	
CAPÍTULO 11	132
ENVELHECIMENTO(S), QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR	
José Mendes	
DOI 10.22533/at.ed.18320170611	
CAPÍTULO 12	145
OS CUIDADOS COM O CUIDADOR DE IDOSOS	
Giselda Viera Eggres Juliana Marques Fagundes Tres Katia Simone da Silva Silveira	
DOI 10.22533/at.ed.18320170612	
CAPÍTULO 13	153
APONTAMENTOS SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UM COMPARATIVO ENTRE MULHERES NEGRAS, BRANCAS E PARDAS	
Bárbara Fernanda Marinho de Freitas Letícia Fiuza Canal Bruna Mendes Ballen Sandro Caramaschi	
DOI 10.22533/at.ed.18320170613	
CAPÍTULO 14	164
ANÁLISE DOS COMPORTAMENTOS DE SUZANE VON RICHTHOFEN CARACTERÍSTICOS DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISSOCIAL	
Marcio Jorge Manoel Pinto Rafael Alves Cioca Rafael João Valentim Batista dos Santos	

CAPÍTULO 15	170
VIOLÊNCIA DE ESTADO NO BRASIL: UMA ANÁLISE PSICOSSOCIAL DAS NARRATIVAS E MEMÓRIAS COLETIVAS DOS CRIMES DE MAIO DE 2006	
Ana Paula Stein de Oliveira Naiara Roberta Vicente de Matos	
DOI 10.22533/at.ed.18320170615	
CAPÍTULO 16	183
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E MANIFESTAÇÕES PSICOSSOMÁTICA DO <i>ESTRESSE</i> EM TRABALHADORES DA SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA	
Gabrielly Gomes dos Santos Karine Rebelatto Muniz Hygor Lobo Neto Camargo Lopes Iracema Gonzaga Moura de Carvalho	
DOI 10.22533/at.ed.18320170616	
CAPÍTULO 17	197
O PAPEL DO PSICOPEDAGOGO FRENTE AOS DISTÚRBIOS E TRANSTORNOS CAUSADOS PELA ANSIEDADE	
Vanieli Aparecida Ferreira dos Santos	
DOI 10.22533/at.ed.18320170617	
CAPÍTULO 18	209
DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL	
Tallys Newton Fernandes de Matos Ottorino Bonvini José Manuel Peixoto Caldas Ana Maria Fontenelle Catrib	
DOI 10.22533/at.ed.18320170618	
CAPÍTULO 19	222
AS DIFERENTES FACES DA ANSIEDADE: COMPREENSÕES A PARTIR DA ANÁLISE COMPORTAMENTAL	
Amanda Cybelle da Silva Amaral Amanda Moreira Bezerra Érica Alessandra Barbosa Silva Fagner da Silva Medeiros Giselle Bezerra dos Santos Araújo Luana Kelle Ferreira Pereira Giliane Cordeiro Gomes	
DOI 10.22533/at.ed.18320170619	
CAPÍTULO 20	232
DEMANDAS POR MEDIAÇÃO DE CONFLITOS NAS DISCUSSÕES AGRESSIVAS NO <i>FACEBOOK</i> DOS ALUNOS DE PSICOLOGIA	
Carmen dos Santos Godoy Ura Bruna Elisa Baroni Sandro Caramaschi JoseTadeu Acuna Marianne Ramos Feijó	

CAPÍTULO 21	245
RESTRIÇÃO DE FRUTOSE NA DIETA E A PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO RESISTIDO COMO ESTRATÉGIA PROMOTORA DA SAÚDE EM INDIVÍDUOS COM ESTEATOSE HEPÁTICA NÃO ALCOÓLICA	
Carolina Cristina de Freitas Raquel Alves dos Santos Marina Garcia Manochio-Pina	
DOI 10.22533/at.ed.18320170621	
CAPÍTULO 22	257
UMA ANÁLISE DA OBRA NIETZSCHIANA A PARTIR DA LÓGICA SIMBÓLICA DE MÁRIO FERREIRA DOS SANTOS	
Tiago Teixeira Vieira	
DOI 10.22533/at.ed.18320170622	
CAPÍTULO 23	273
O USO DO SMARTPHONE ENQUANTO TECNOLOGIA MÓVEL NA APRENDIZAGEM À LUZ DA TEORIA HISTÓRICO CRÍTICA	
Joaquim Ferreira da Cunha Neto	
DOI 10.22533/at.ed.18320170623	
CAPÍTULO 24	286
A TÉCNICA DE MINDFULLNES ALIADA A TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE RECAÍDAS EM PACIENTES COM IDEAÇÃO SUICIDA	
Felippe Henrique Nascimento Valdir de Aquino Lemos Fábio Guedes de Souza	
DOI 10.22533/at.ed.18320170624	
CAPÍTULO 25	311
A CROMOTERAPIA NO TRATAMENTO DA ANSIEDADE	
Lais Amarante Carneiro Leão Mirian Jacoby Sabatke Carolina Dea Bruzamolín Carlos Roberto Botelho Filho João Armando Brancher Maurício Yanes Alves da Silva Marilisa Carneiro Leão Gabardo	
DOI 10.22533/at.ed.18320170625	
SOBRE O ORGANIZADOR	321
ÍNDICE REMISSIVO	322

APOIO SOCIAL EM GESTANTES DE ALTO RISCO

Data de aceite: 05/06/2020

Data de submissão: 27/05/2020

Jamile Carneiro da Silva

Psicóloga formada pela Universidade Luterana do Brasil

Porto Alegre/RS <http://lattes.cnpq.br/5857418799640638>

Fernanda Pasquoto de Souza

Doutora em Psicologia (PUCRS). Professora do curso de Psicologia da ULBRA/Canoas Gravataí/RS <http://lattes.cnpq.br/2902764513453977>

Aline Groff Vivian

Doutora em Psicologia (UFRGS). Professora do curso de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da ULBRA/Canoas

<http://lattes.cnpq.br/5730197341917803>
ORCID:<https://orcid.org/0000-0003-2628-629X>

RESUMO: Durante o período gestacional, a mulher passa por mudanças físicas, sociais e emocionais, principalmente quando a gestação é de risco. Essas alterações também se estendem a seus familiares e pessoas mais próximas. Sendo assim, buscou-se investigar quais são as dimensões de maior e menor apoio social em um grupo de gestantes de alto risco internadas em um hospital universitário da

região metropolitana de Porto Alegre. Trata-se de um estudo transversal, de caráter quantitativo descritivo, do qual participaram 40 gestantes de alto risco maiores de 18 anos, de estado civil e de níveis socioeconômicos variados. As pacientes, que aceitaram participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e preencheram também o questionário de dados sócio-demográficos. Foi aplicada, em seguida, a Escala de Apoio Social (MOSS-SSS). Verificou-se que a dimensão de apoio material apresentou maior escore de pontuação, enquanto o apoio afetivo mostrou ser o menor recebido. Não houve associação estatisticamente significativa entre a quantidade de pessoas que apoiam a gestante com o escore total de apoio social. Os dados apontam a importância do apoio social para a gestante de alto risco, pois, além dos sentimentos advindos desse momento, a mulher pode apresentar uma necessidade particular de acolhimento. Sendo este um período de dúvidas, ansiedades e grandes emoções, o apoio torna-se protetivo para sua saúde mental não somente na gestação, mas também no puerpério.

PALAVRAS-CHAVE: Gestação; alto risco; apoio social.

ABSTRACT: During the gestational period, the woman goes through physical, social and emotional changes, especially when the pregnancy is at risk. These changes also extend to the family members and closest people. Thus, dimensions of greater and lesser social support were investigated in a group of high-risk pregnant women admitted to a university hospital in the metropolitan region of Porto Alegre. It is a cross-sectional, descriptive quantitative study in which 40 high-risk pregnant women over 18 years old, of varying marital status and socioeconomic levels. The patients, who agreed to participate in the study, signed the Informed Consent Form (ICF) and also completed the sociodemographic data questionnaire. The Social Support Scale (MOSS-SSS) was then applied. The material support dimension presented the highest score while the affective support was the lowest received. There was no statistically significant association between the number of people supporting the pregnant woman to the total social support score. The data point to the importance of social support for high-risk pregnant women because in addition to the feelings that come from this moment, women may have a particular need for reception. As this is a period of doubt, anxiety and great emotions, support becomes a mental health protection not only during pregnancy time but also in the postpartum period.

KEYWORDS: Pregnancy; high risk; social support

1 | INTRODUÇÃO

A gestação é um momento de reestruturação na vida da mulher que envolve alterações físicas, sociais, econômicas e emocionais. Essas mudanças não só influenciam a gestante, como também, se estendem a seus familiares mais próximos (BORNHOLD; WAGNER & STAUDT, 2007; ESTEVES; SONEGO; VIVIAN; LOPES & PICCININI, 2013). O apoio psicológico e afetivo nesta etapa tão significativa, pode trazer ganhos à gestante, sendo tarefa importante o psicólogo abordar os sentimentos e compreender ambivalências naturais desse processo (EIZIRICK; KAPCZINSKI; BASSOLS, 2001).

De modo geral, uma gestação transcorre de forma típica e evolui sem complicações (SILVA et al., 2013). Em apenas 20% dos casos existe a possibilidade de que ocorra alguma alteração, podendo originar o alto risco gestacional (VARELA et al., 2017). Essas mulheres podem apresentar algum tipo de disfunção como hipertensão arterial, diabetes, alcoolismo, obesidade, dentre outras, que colocam em risco seu estado de saúde atual (COSTA; CURA; PERONDI; FRANÇA; BORTOLOTTI, 2016).

A assistência do pré-natal é fundamental para a mãe e o bebê. Cabe salientar que, uma gestação que está decorrendo bem pode se tornar de risco, seja no

início, meio ou fim do período gestacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). A gestante que recebe uma assistência adequada e estruturada se beneficia das possibilidades de que não ocorra um parto prematuro, problemas de baixo peso do bebê, complicações da hipertensão arterial na gravidez, bem como, transmissão vertical de doenças como HIV e hepatites (BRASIL, 2018). Assim, pela sensibilidade decorrente da fase vivenciada, em casos de gestação de alto risco, as mulheres sentem as repercussões emocionais, bem como alterações comportamentais e complicações na saúde como um todo, necessitando de cuidados diferenciados (CAMACHO et al., 2006).

São consideradas como gestantes de alto risco, mulheres que são acometidas de alguma doença e que, por isso, podem acarretar problemas para si e no desenvolvimento do bebê. Sendo assim, essas mulheres carecem de cuidados específicos para as suas necessidades. Dentre os fatores de risco estão: características individuais, condições sociodemográficas, história reprodutiva anterior à gestação atual, doenças obstétricas e/ou intercorrências clínicas. A partir desses dados, pode-se considerar, como fator protetivo para a saúde da mulher grávida, uma rede de apoio social presente, que ela possa partilhar seus anseios do momento vivenciado (CARDOSO; VIVIAN, 2017; MANENTE; RODRIGUES, 2016).

As mudanças do período gestacional são capazes de propiciar expectativas, ansiedades ou medos quanto ao parto e à saúde do bebê (VASQUES, 2006; VIVIAN; LOPES; GEARA & PICCININI, 2013). Em muitos casos pode ocorrer a hospitalização da gestante, e é nesse período que as relações familiares e de apoio assumem um papel de importância emocional para a paciente (BASEGGIO; DIAS; BRUSQUES; DONELLI & MENDES, 2017; CARDOSO & VIVIAN, 2017; SANTOS & VIVIAN, 2018).

Define-se apoio social como as relações que auxiliam o indivíduo a enfrentar momentos de instabilidade e déficits nos diversos âmbitos da vida, sendo eles divididos em cinco dimensões: emocional, material, afetivo, interação social positiva e informacional (SCHERBOURNE & STEWART, 1991). Também se pode considerar as redes de apoio como grupos de pessoas ou quaisquer outros vínculos, como colegas de trabalho, amigos e relações interpessoais, aos quais podem ou não solicitar ajuda em situações adversas (ANDREANI, CUSTÓDIO & CREPALDI, 2006).

O apoio social instiga as expectativas que o sujeito cria sobre as reações, a assistência que pessoas próximas irão conceder e a pessoa que será escolhida para esses momentos. As pessoas que possuem redes de apoio adequadas são aquelas que conseguem estabelecer relações importantes. As que também fazem parte da rede de apoio de outros indivíduos conseguem enfrentar de uma melhor forma episódios adversos (RAPOPORT & PICCININI, 2006).

Nesse sentido, a investigação desse estudo justifica-se por abordar a relevância e os tipos de apoio social presentes em gestantes de alto risco. Os autores evidenciam a importância do mesmo como fator de proteção nas situações estressoras (MATSUKURA; MARTURANO E OISHI 2002). A rede de apoio mostrou-se especialmente significativa na gestação, período pós-parto, puerpério e no retorno da mulher às suas atividades laborais (ANDRADE; SANTOS; CARDOSO & MELLO, 2015; CARDOSO & VIVIAN 2017). Sendo assim, objetivou-se investigar quais as dimensões de maior e menor apoio social presentes em um grupo de gestantes de alto risco, associando-as às características sociodemográficas.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, de caráter quantitativo descritivo, realizado no Hospital Universitário de Canoas, o qual é referência na região em pronto atendimento ginecológico e de alto risco gestacional. Participaram do estudo 40 gestantes de alto risco, maiores de 18 anos, de estado civil e de níveis socioeconômicos variados. O cálculo do tamanho da amostra foi realizado no programa WinPEPI (*Programs for Epidemiologists for Windows*) versão 11.43 e baseado no estudo de Chor, Griep, Lopes e Faerstein (2001). Considerando um nível de confiança de 95%, desvio padrão estimado em 1 ponto para os domínios do instrumento, e margem de erro de 7%, de uma população anual estimada em 274 gestantes de alto risco, obteve-se um total mínimo de 40 gestantes.

Os critérios de inclusão foram ser gestante de alto risco, maior de 18 anos, estar internada há mais de 24 horas na unidade, estar lúcida e orientada. Foram excluídas as gestantes com habilidade cognitiva afetada para a compreensão dos instrumentos. A coleta de dados ocorreu de setembro a novembro de 2019, no leito hospitalar ocupado pela gestante, mediante explicação dos objetivos e aceite de participação, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Cada quarto era composto por 3 leitos, nos quais os questionários foram distribuídos de forma autoaplicável.

Para a coleta de dados, os instrumentos utilizados foram um questionário sócio-demográfico para caracterização das participantes, das famílias e dados clínicos da gestação atual e anterior e uma escala de apoio social. A escala de apoio é denominada *Social Support Survey of the Medical Outcomes Study – MOS-SSS*, desenvolvida por Scherbourne e Stewart em 1991, adaptada para o Brasil (GRIEP; CHOR; FAERSTEN; WERNECK & LOPES, 2005). A mesma conta com 19 questões que mensuram a satisfação com o apoio social, distribuído em cinco dimensões (afetivo, material, informativo, emocional e interação positiva). Os índices de escore total dos respectivos fatores indicam a maior percepção de apoio do grupo em

questão. Esta escala aponta a frequência com que cada indivíduo compreende que pode contar com pessoas que as apoiem em várias situações da vida. O mesmo instrumento também mensura o número de parentes e amigos em quem confiar para falar sobre tudo. Além disso, Brito (2011), aponta essa ferramenta como a mais adequada para o uso em situações de vulnerabilidade.

Referente à análise estatística, as variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartilica. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas. Para comparar médias, os testes T-Student ou Análise de Variância (ANOVA) complementada pelo teste de Tukey foram aplicados. Para avaliar a associação entre o número de pessoas que apoiam a gestante com o escore total de apoio social, o coeficiente de correlação de Spearman foi utilizado. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 21.0.

Foram respeitados os procedimentos éticos, diretrizes e normas estabelecidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas com seres humanos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Luterana do Brasil, CAAE 14366419.6.0000.5349.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra deste estudo foi constituída por 40 mulheres hospitalizadas por risco gestacional, em um hospital universitário da região metropolitana de Porto Alegre, com idades entre 18 a 38 anos, com média de idade de 27,2. A maioria residia em Canoas, possuía companheiro e com a média de 2 a 3 filhos, além disso, essas mulheres apontaram frequentar locais de cunho religioso. Referente a escolaridade, a amostra obteve variação entre os anos de ensino, sendo em grande parte com ensino médio incompleto e completo, desempregadas, cuja ocupação era ser dona de casa.

A partir da média de idade encontrada na amostra de 27 anos, constatou-se que a média da idade das mulheres foi semelhante à descoberta em outros trabalhos acerca de suporte social envolvendo gestantes, como a pesquisa realizada por Vido (2006) que apresentou a idade entre 25,7 anos e um outro estudo que apontou 24,5 anos (ANTUNES, TENÓRIO, TAVARES, BEZERRA & OLIVEIRA 2018). Com isso, podemos perceber a dissemelhança apontada pelo Ministério da Saúde (2012) que caracteriza como fatores individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis as mulheres com idades maiores que 35 anos e menores que 15 anos.

A maioria das gestantes residia em Canoas (97,5%), embora nem todas fossem naturais dessa cidade. No tocante às famílias, 40% das mulheres tinham

de 2 a 3 filhos e o número de pessoas residentes por domicílio variou de 1 a 10 integrantes, sendo que 50% informou morar com até 3 pessoas. Observou-se significância quando relacionado o número de pessoas na casa com o apoio social, pois as gestantes que moravam 6 ou mais pessoas demonstraram receber menos apoio do que aquelas que residiam de 1 a 5 integrantes. Referente à quantidade de pessoas que apoia a gestante com o escore total de apoio social, não houve associação estatisticamente significativa ($r_s = -0,031$; $p = 0,850$). Assim, um paciente pode receber apoio de muitas pessoas que provêm suporte social em geral, mas está insatisfeito e não tem disponibilidade de apoio em relação a sua necessidade de saúde no momento de hospitalização (ABREU-RODRIGUES, & SEIDL, 2008).

Quando abordada a estrutura familiar das participantes, incluíram-se todos os membros, de laços sanguíneos ou não, como companheiro, pais, filhos, amigos, sogros. A partir disso, compreendeu-se que a família possui um fator importante na rede de apoio da gestante. De todas as redes sociais mais conhecidas, aquela da qual as pessoas obtêm mais ajuda é a família. Com frequência, as pessoas que pertencem a famílias funcionais têm melhores níveis de saúde devido aos recursos emocionais e materiais de que dispõe (LIMA, 2017). Apesar de ser o mais importante, pode não ser o único, nem o principal. O que mais importa no apoio não são os laços sanguíneos, mas sim que seja efetivo para a gestante. Na amostra em questão, muitas mulheres referiram contar apenas com a vizinha, por exemplo.

Quanto ao estado civil, 77,5% das gestantes apontaram ser casadas ou ter um companheiro. Em um estudo semelhante, no Nordeste brasileiro, 80% das mulheres vivia com seus cônjuges (ROCHA; OLIVEIRA; TEIXEIRA; MOREIRA & DIAS, 2014). Dado que se torna relevante, pois partilhar a vida com outra pessoa pode disponibilizar apoio no período gestacional e de puerpério, contribuindo para uma melhor qualidade de vida.

Referente à escolaridade, constatou-se que, a maior parte das gestantes tinha ensino médio incompleto. Estudos apontam a escolaridade materna como fator determinante para a sobrevivência infantil. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS, 2006), aproximadamente 20% das mulheres em idade fértil completaram até a quarta série do ensino fundamental e, destas, 50% tinham o ensino fundamental completo, enquanto que na PNDS de 1996 eram apenas 30% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Quando investigada a prática religiosa, 72,5% revela frequentar locais de cunho religioso. Este resultado sinaliza que a espiritualidade é de suma importância em relação a muitos desfechos relacionados à saúde (CUCCHIARO & DALGALARRONDO, 2007; PANZINI; MAGANHA; ROCHA; BANDEIRA & FLECK, 2011). Os locais de cunho religioso muitas vezes desempenham ações de prevenção e de reabilitação em diversas cidades brasileiras, principalmente nos espaços empobrecidos das

periferias urbanas (RIBEIRO & MINAYO 2014).

Compreender a relevância da existência da espiritualidade no processo de saúde e doença torna-se algo indispensável ao retratar a hospitalização, pois os aspectos religiosos fornecem significado aos questionamentos acerca do momento vivenciado, além de fomentar o apoio grupal presente nesses locais. Nesse sentido, alguns autores indicam para a correlação existente entre maiores níveis de envolvimento religioso e espiritual e as evidências que contribuem para o bem-estar psicológico, o afeto positivo e a qualidade de vida geral (TEDRUS & FONSECA, 2012). A partir da relação dos dados sociodemográficos com o apoio social constatou-se que, as pacientes que não frequentam lugares de prática religiosa apresentaram escores menores de apoio recebido.

Sobre a atividade ocupacional, 40,0% era dona de casa, enquanto 42,5% declarou ter uma profissão. Já em relação ao trabalho assalariado, quase 72,5% não desenvolviam atividade remunerada. O mesmo foi percebido no estudo de Costa Guimarães & Melo (2011), em que mais de 70% das mulheres entrevistadas salientaram também não trabalhar. Esses dados se contrapõem às informações encontradas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) em que a proporção de famílias de mulheres com filhos e sem cônjuge, responsáveis pelo sustento da casa, ultrapassou os 86,8% no estado no Rio Grande do Sul.

Concernente aos dados sobre a gestação da amostra estudada, percebeu-se que, a maioria da amostragem não havia sofrido gestação de risco 67,5% e aborto 80% anterior a gestação atual. Sobre o período gestacional durante o estudo, 52,5% encontravam-se no terceiro trimestre, sendo que 72% apontaram a situação como não planejada. Cerca de 50% haviam realizado aproximadamente de 6 a 10 consultas de pré-natal e estavam hospitalizadas entre 3 a 10 dias de internação, por motivos em sua maioria de hipertensão 25% e pré-eclâmpsia 22,5%, sendo que não apresentavam problemas de saúde prévio 77,5%.

No presente estudo, 67,5% das mulheres estavam em sua primeira gestação de risco, sendo 35% primigestas. A gravidez é um período de espera, repleto de sonhos, fantasias e temores, constituindo-se em um momento de construção e preparação da mulher para a maternidade (RUSCHEL & SEELIG, 2019). É um evento significativo do ciclo vital, e, sendo a primeira gestação ou não, as experiências nunca serão as mesmas, sabendo-se que cada processo ocorre de forma singular (SAMORINHA; FIGUEIREDO & CRUZ, 2009; RIBEIRO; GABRIEL; VIVIAN & LOPES, 2017). É fundamental considerar os elementos para a formação do vínculo entre a mãe e o bebê, sendo indispensável à gestante o preparo psicológico para receber o filho (KLAUS & KENNEL, 1992; SANTOS & VIVIAN, 2018).

A maioria, 80%, não tinha sofrido aborto prévio. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1964), considera-se abortamento a interrupção da gestação

anterior a 20 semanas gestacionais ou feto pesando menos de 500g. O aborto é uma patologia muito frequente na prática médica, cerca de 25% das mulheres terão um abortamento durante sua vida reprodutiva, sendo que o aborto espontâneo, afeta aproximadamente 15% das gestações diagnosticadas, e naquelas que não se manifestaram clinicamente podem ocorrer em até 60%. Em um estudo realizado em Minas Gerais, 73,1% da amostra, da mesma forma, não referiram ter passado por essa perda. Em São Paulo, constatou-se que cerca de 76,92% da amostra estudada havia sofrido por aborto prévio à gestação atual (FELICE; SANTOS, & PFEIFER, 2019). Dentre os fatores sociodemográficos, essa informação obteve significância em relação ao apoio social recebido pelas gestantes. Aquelas com mais de um aborto ou nenhum, recebiam menos apoio do que as que tiveram um aborto.

Quanto ao período gestacional, 52,5% encontravam-se no 3º trimestre de gestação (de 28 a 41 semanas). Segundo Eizirick et al (2001) é nos meses que antecedem o nascimento, que as dificuldades físicas e psicológicas se acentuam. A gestante encontra-se em meio a muitas emoções e sensações. A alegria associada a conhecer o filho e as preocupações pela proximidade do parto, fazem com que a consciência da responsabilidade da maternidade fique mais evidente.

O tempo de hospitalização das gestantes foi de 3 a 10 dias, para 67,5% da amostra. 72,5% afirmaram não terem planejado a gravidez e 50% realizaram entre 6 a 10 consultas de pré-natal até a data da coleta. Tratando de gestações de alto risco é necessário que o número e a frequência de consultas de pré-natal sejam individualizados, de acordo com o risco obstétrico (SILVA et al., 2018). Em casos de maior gravidade, a internação da gestante é o tratamento mais efetivo para esse controle. Dentre as recomendações sobre o pré-natal, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) exige que o mínimo realizado seja de 6 consultas (CYPEI, 2013). Sobre o sexo do bebê, 95% já o sabiam, sendo 52,6% masculino e 42,5% feminino. Apenas 5% da amostra, estava apresentando gestação gemelar.

O apoio social propicia ao sujeito acreditar que é amado, cuidado e valorizado pelas pessoas próximas, com isso, torna-se um importante fator de proteção, em momentos de transição e crises (COBB, 1976; CARDOS & VIVIAN, 2017). O conceito de apoio social sustenta-se em quatro fatores: no número de pessoas do qual o indivíduo se relaciona, na organização e qualidade dessas relações, nas ações concretas executadas e no entendimento que as pessoas mantêm sobre todos esses dados (MOREIRA & SARRIERA, 2008).

Durante os eventos importantes da vida, como a gravidez, em que ocorrem transformações físicas e emocionais na mulher, o apoio social pode servir como ferramenta considerável de amparo. As interações sociais causam um impacto positivo sobre a saúde física e o bem-estar psicológico da gestante. A percepção de apoio social é um indicador importante de proteção e manejo do estresse (OLIVEIRA

E MATSUKURA, 2013). O apoio social é uma das características integrantes da qualidade de vida, que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1964), é a percepção que o indivíduo tem sobre sua posição na vida, relativo à cultura, ao sistema de valores e em relação a metas, perspectivas, padrões e preocupações.

Variáveis	N =40
Escore Total – média ± DP	77,7 ± 18,8
Dimensões de apoio – média ± DP	
Material	16,7 ± 3,9
Afetivo	12,9 ± 2,8
Emocional	15,8 ± 4,8
Informação	16,2 ± 4,2
Interação Positiva	16,0 ± 4,5
Número de pessoas que pode contar – Mediana (P25-P75)	5 (3 – 8)

Tabela 1 – Dados sobre a Escala de Apoio Social

Na amostra de gestantes de alto risco, percebeu-se que não houve associação estatisticamente significativa entre a quantidade de pessoas que apoia a gestante e o escore total de apoio social ($r_s = -0,031$; $p = 0,850$). Assim, um paciente pode receber apoio de muitas pessoas que provêm suporte social em geral, e ter disponibilidade de apoio em relação à sua necessidade de saúde no momento de hospitalização (ABREU-RODRIGUES, & SEIDL, 2008).

Quando questionado sobre as dimensões de apoio social às gestantes de alto risco deste estudo, reparou-se que o escore total foi de 77,7% de apoio recebido. Destes, a dimensão que se sobressaiu foi a de apoio material, com 16,7%, seguida de informação 16,2% e interação positiva 16%. Em relação ao menor apoio, destacou-se o afetivo com 12,9%, seguido pelo apoio emocional, 15,8%. Sobre o número de pessoas com quem poderiam contar, a média respondida pelo grupo entrevistado foi de 5 pessoas. Essas dimensões integram as escalas de apoio social empregadas em estudos quantitativos e serviram de parâmetros para a avaliação da percepção sobre o apoio social recebido com maior e menor frequência pelas mulheres do estudo.

Variáveis	Escore total	P
	Média ± DP	
Idade (anos)		0,744
< 30 anos	76,8 ± 17,7	
≥ 30 anos	78,8 ± 20,6	
Cidade natal		0,139
Canoas	82,3 ± 15,7	

Outra	73,5 ± 20,6	
Estado civil		0,330
Sem companheiro	83,1 ± 17,9	
Com companheiro	76,1 ± 18,9	
Religião		0,021
Não frequenta centros religiosos	66,7 ± 20,3	
Frequenta	81,8 ± 16,6	
Número de pessoas na casa		0,027
1 a 3 pessoas	79,7 ± 16,6 ^b	
4 a 5 pessoas	80,1 ± 18,6 ^b	
6 a 10 pessoas	50,3 ± 16,2 ^a	
Escolaridade		0,688
Fundamental Incompleto	75,5 ± 18,1	
Fundamental completo	74,8 ± 18,9	
Médio incompleto	74,3 ± 19,6	
Médio completo	78,2 ± 21,9	
Superior incompleto/Superior completo	89,0 ± 7,7	
Profissão		0,882
Dona de casa	75,8 ± 19,8	
Desempregada	78,7 ± 20,3	
Outras	79,0 ± 18,2	
Trabalha		0,932
Não	77,5 ± 19,1	
Sim	78,1 ± 18,7	
Número de filhos		0,071
Nenhum	85,4 ± 12,7	
1	66,5 ± 18,9	
2 a 3	74,7 ± 21,1	
4 ou mais	92,5 ± 3,5	
Gestação de risco anterior		0,056
Não	81,6 ± 16,8	
Sim	69,5 ± 20,6	
Abortos		0,030
Nenhum	81,3 ± 15,4 ^b	
1	69,3 ± 26,2 ^{ab}	
Mais de 1	57,3 ± 25,6 ^a	
Período gestacional		0,670
1º Trimestre	81,4 ± 19,9	
2º trimestre	79,9 ± 16,1	
3º trimestre	75,1 ± 20,3	
Gestação planejada		0,818
Não	78,1 ± 19,2	
Sim	76,5 ± 18,4	
Número de consultas de pré-natal		0,241
Até 5 consultas	83,1 ± 15,1	
De 6 a 10 consultas	73,7 ± 19,9	
Mais de 10 consultas	68,5 ± 36,1	
Tempo de internação		0,759
De 3 a 10 dias	77,4 ± 19,0	

11 a 21 dias	80,9 ± 15,3	
Mais de 21 dias	72,5 ± 27,2	
Problemas de saúde		0,844
Não	77,4 ± 18,7	
Sim	78,8 ± 19,9	
Sexo do bebê		0,171
Feminino	71,1 ± 20,4	
Masculino	82,5 ± 16,8	
Não sabe	82,0 ± 14,1	
Gemelar		0,012
Não	79,3 ± 17,7	
Sim	46,0 ± 7,1	

Tabela 2 – Associações com escore de apoio social

^{a,b} Letras iguais não diferem pelo teste de Tukey a 5% de significância

De forma geral, entre as cinco dimensões avaliadas de apoio, quatro delas foram percebidas pelas mães com escores dentro das médias. O apoio material foi a dimensão com maior percepção positiva pelas gestantes avaliadas. Essa categoria contempla a disponibilidade de apoio, serviços práticos e materiais proporcionados por outras pessoas, sejam elas familiares ou não, que facilitem ou diminuam, para a gestante, a realização de tarefas diárias, como preparar as refeições e levá-la ao médico, por exemplo (SCHWARTZ, VIEIRA, & GEIB, 2011). Esses dados apontam o oposto percebido na pesquisa realizada por Thiengo, Santos, Fonseca, Abelha & Lovisi (2012) em que esse foi o apoio menos constatado. Os autores afirmaram que fatores, como mulheres que não tinham companheiro, desemprego e gestação não planejada poderiam contribuir para a falta deste suporte e com isso, gerar suscetibilidade para outros transtornos. Diante disso, percebeu-se que embora o público fosse similar em ambos os estudos, existe a relatividade da percepção de cada gestante frente a essa categoria, pois mesmo com as semelhanças em características sociodemográficas, os grupos diferem no entendimento do apoio material.

Com pequena diferença, apontada pelas gestantes, o apoio de informação surge em segundo lugar, como o mais recebido. Caracteriza-se pelas informações e presença de pessoas para fornecer conselhos, orientações e sugestões. Esse tipo de apoio auxilia o indivíduo a compreender questões e lidar com problemas (GRIEP ETAL, 2005; SCHERBOURNE, & STEWART, 1991). Em um estudo com primigestas, muitas mães referem sentir-se cansadas e com medo. Elas relataram que o apoio recebido pelo esposo, sogra e outros familiares favoreceram o enfrentamento das dificuldades vivenciadas, e que essas experiências ocorrem de forma mais positiva quando se tem alguém para ofertar orientações (RAPOPORT & PICCININI, 2006). Da mesma forma, o alto índice nessa dimensão no presente estudo sugere que,

no período de hospitalização, a gestante também possa contar com o apoio da equipe de saúde, principalmente no quesito informacional. A literatura aponta sobre a necessidade e relevância dos profissionais de saúde atentarem às demandas não somente físicas, mas também psicológicas e sociais (DONATO; VIZZOTTO; & BRAZ, 2018).

O apoio de interação social positiva envolve aspectos sobre a disponibilidade de pessoas com quem se divertir e relaxar, como atividades de lazer (SOUZA et al, 2016). Essa categoria também apresentou escores altos pela amostra, porém, cabe salientar que, embora as gestantes tenham pontuado na escala, o instrumento busca a percepção de apoio para tal, e não a frequência do mesmo em momentos de descontração. Portanto, ao tempo em que pontuam em interação social positiva, percebeu-se a diminuição dos escores em apoio emocional a carência de apoio afetivo.

O apoio emocional refere-se à disponibilidade de alguém para conversar e desabafar, que demonstre carinho e que além da escuta, compreenda seus conteúdos de forma empática. É o tipo de apoio que auxilia a gestante e sua família a reestruturar-se frente aos acontecimentos de hospitalização, propiciando autoconfiança à mulher que passa pelo alto risco nesse período (CARTAXO et al, 2014). Quando ocorre a necessidade de hospitalização pelo risco gestacional, a mulher grávida necessita de um olhar diferenciado, pois além dos sentimentos advindos desse momento, a mulher pode apresentar uma necessidade particular de acolhimento, sendo este um período de dúvidas, ansiedade e grandes emoções (CUSTÓDIO et al., 2014; SANTOS & VIVIAN, 2018).

Por fim, de forma significativa, o apoio afetivo mostrou-se o menos percebido pelas gestantes. Esse apoio diz respeito à frequência afetiva ofertada à mulher hospitalizada, fazendo com que ela se sinta acolhida e protegida, incluindo atos de amor, carinho e cuidado. Novamente esse dado se opõe ao resultado obtido na pesquisa realizada por Thiengo et al. (2012), onde o apoio afetivo obteve maior escore (DP=14,8), e o material o menor (DP=18,3), diferente deste estudo. Essa baixa pontuação também pode ser observada para além do instrumento utilizado, pois em sua maioria, as gestantes hospitalizadas encontravam-se em seus leitos sem acompanhante, o que reflete a precariedade desse apoio justamente em um momento tão simbólico e delicado, que é a espera de um novo membro, e as frustrações existentes diante da gestação idealizada. É papel do psicólogo compreender que, além do sofrimento emocional pelo momento e pelas fases vivenciadas, também existe o sofrimento orgânico, que, por muitas vezes é o que desencadeia o sofrimento psicológico da paciente. O olhar humanizado e a percepção frente às necessidades de apoio da gestante em questão podem colaborar para uma experiência menos sofrida de hospitalização (SALDANHA; ROSA & CRUZ, 2013).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo contribuiu para o entendimento do apoio recebido pelas gestantes. O instrumento utilizado permitiu analisar o tamanho da rede social dos indivíduos e as dimensões de apoio emocional, material, afetivo informacional e de interação social positiva. Assim, sugerem-se investigações futuras em uma amostra mista de gestantes em acompanhamento de pré-natal sem risco e de alto risco. Além disso, mostra-se relevante estudar as diferenças de apoio percebidas, não só por gestantes hospitalizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), mas também em instituições particulares, a fim de correlacionar os dados sociodemográficos com este público específico. A utilização de outros instrumentos, como escalas de ansiedade, depressão, e qualidade de vida podem colaborar para pesquisas acerca do impacto do déficit em dimensões de apoio.

Por fim, muito embora, no presente estudo, grande parte das características sociodemográficas estudadas, tais como idade, escolaridade, situação conjugal, e dados sobre a gestação não tenham apresentado associações com as dimensões de apoio, notou-se que o apoio afetivo foi o mais deficitário. As equipes, juntamente com o serviço de psicologia precisam atentar para essas mulheres e buscar a promoção da saúde mental durante a hospitalização dessas gestantes.

5 | REFERÊNCIAS

ABREU-RODRIGUES, M., & SEIDL, E. M. F. (2008). **A importância do apoio social em pacientes coronarianos**. *Paidéia*, 18(40), 279-288.

ANDRADE, R. D., SANTOS, J. S., CARDOSO, M. A., & MELLO, M. D. F. (2015). **Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança**. *Esc Anna Nery*, 19(1), 181-186.

ANDREANI, G., CUSTODIO, Z. A. O., & CREPALDI, M. A. (2006). **Tecendo as redes de apoio na prematuridade**. *Aletheia*, 24, 115-126.

ANTUNES, L. O., TENÓRIO, M. C. S., TAVARES, M. C. M., BEZERRA, A. R., & OLIVEIRA, A. C. M. (2018). **Caracterização clínica e nutricional de gestantes de alto risco assistidas no hospital universitário de Maceió-Alagoas**. *Gep News*, 1(1), 14-19.

BASEGGIO, D. B., DIAS, M. P. S., BRUSQUE, S. R., DONELLI, T. M. S., & MENDES, P. (2017). **Vivências de mães e bebês prematuros durante a internação neonatal**. *Temas em Psicologia*, 25(1), 153-167.

BORNHOLDT, E. A., WAGNER, A. & STAUDT, A. C. P. (2007). **A vivência da gravidez do primeiro filho à luz da perspectiva paterna**. *Psicologia clínica*, 19(1), 75-92.

BRITO, T. R. P. (2011). **Idosos com alterações cognitivas: Estudando o apoio social em diferentes contextos de vulnerabilidade social**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (2012). **Gestação de alto risco: manual técnico**. (5. ed.). Brasília:

Editora do Ministério da Saúde.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2009). **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

CAMACHO, R. S., CANTINELLI, F. S., RIBEIRO, C. S., CANTILINO, A., GONSALES, B. K., BRAGUITTONI, E., & RENNÓ JR, J. (2006). **Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento**. Archives of Clinical Psychiatry, 33(2), 92-102.

CARDOSO, A. C., & VIVIAN, A. G. (2017). **Maternidade e suas vicissitudes: a importância do apoio social no desenvolvimento da díade mãe-bebê**. Diaphora, 17, 43-51.

CARTAXO, L., TORQUATO, J. A., AGRA, G., FERNANDES, M. A., DOS SANTOS PLATEL, I. C., & FREIRE, M. E. M. (2014). **Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal**. Revista Enfermagem UERJ, 22(4), 551-557.

CHOR, D., GRIEP, R. H., LOPES, C. S., FAERSTEIN, E. (2001). **Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto**. Caderno de Saúde Pública, 17(4), 887-896.

COBB, S. (1976). **Social support as a moderator of life stress**. Medicine, 38, 300-314

COSTA GUIMARÃES, E., & MELO, E. C. P. (2011). **Características do apoio social associados à prematuridade em uma população de puérperas de baixa renda**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 15(1), 54-61.

COSTA, L. D., CURA, C. C., PERONDI, A. R., FRANÇA, V. F., & BORTOLOTTI, D. S. (2016). **Epidemiological profile of high-risk pregnant women**. Cogitare Enfermagem, 21(2), 01–08.

CUCCHIARO, G., & DALGALARRONDO, P. (2007). **Mental health and quality of life in pre- and early adolescents: A school based study in two contrasting urban areas**. Revista Brasileira de Psiquiatria, 29(3), 213-221.

CUSTÓDIO, Z. A. D. O., CREPALDI, M. A., & LINHARES, M. B. M. (2014). **Redes sociais de apoio no contexto da prematuridade: perspectiva do modelo bioecológico do desenvolvimento humano**. Estudos de Psicologia, 31(2), 247-255.

CYPEL, S. & COLABORADORES. (2013). **Fundamentos do desenvolvimento infantil: da gestação aos 3 anos**. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal.

DONATO, A. P., VIZZOTTO, B. P., & BRAZ, M. M. (2018). **Apoio Social a mulheres com câncer de mama**. Saúde (Santa Maria), 44(2), 1-6.

ESTEVES, C. M.; SONEGO, J. C.; VIVIAN, A. G., LOPES, R. C. S.; PICCININI, C. A. (2013). **A gestação do segundo filho: sentimentos e expectativas da mãe**. Psico, 44, 542-551.

EIZIRIK C. L., KAPCZINSKI F, & BASSOLS, M. A. S. (2001). **O Ciclo da vida humana: Uma perspectiva psicodinâmica**. Porto Alegre: Artes Médicas.

FELICE, T. M. N., SANTOS, J. L. F., & PFEIFER, L. I. (2019). **Estudo retrospectivo de fatores de risco materno, pré e perinatal para paralisia cerebral na rede pública de saúde**. Medicina (Ribeirao Preto Online), 52(3), 179-191.

GRIEP, R. H., CHOR, D., FAERSTEN, E., WERNECK, G., & LOPES, C. (2005). **Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde**. Caderno de Saúde Pública, 21(3), 703-714.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). (2010). **Estatísticas de gênero**. Acessado em: novembro de 2019. Disponível em : <<https://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=0,43,432220,432360,432345,431550,430690,430930&cat=128,-15,-16,55,-17,-18&ind=4704>>.

KLAUS, M., & KENNEL, J. (1992). **Pais/bebê: A formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas. Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.

LIMA, L. R. (2017). **A relação do perfil do acompanhamento nas consultas de pré-natal com os desfechos materno perinatais**. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil.

MANENTE, M. V., & RODRIGUES, O. M. P. R. (2016). **Maternidade e trabalho: associação entre depressão pós-parto, apoio social e satisfação conjugal**. Pensando famílias, 20(1), 99-111.

MATSUKURA, T. S., MARTURANO, E. M., OISHI, J. (2002). **O questionário de suporte social (SSQ): estudos da adaptação para o português**. Revista Latinoamericana de Enfermagem, 10(5), 675-81.

MOREIRA, M. C., & SARRIERA, J. C. (2008). **Satisfação e composição da rede de apoio social a gestantes adolescentes**. Psicologia em estudo, 13(4), 781-789.

OLIVEIRA, A. K. C., & MATSUKURA, T. S. (2013). **Estresse e apoio social em cuidadores de crianças com paralisia cerebral**. Caderno de Terapia Ocupacional, 21(3), 493-503.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). (1964). **Constituição Da Organização Mundial Da Saúde (OMS/WHO)**. Nações Unidas: Biblioteca Virtual de Direitos Humanos.

PANZINI, R. G., MAGANHA, C., ROCHA, N. S. D., BANDEIRA, D. R., & FLECK, M. P. (2011). **Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais**. Revista de saúde pública, 45, 153-165.

RAPOPORT, A., & PICCININI C. A. (2006). **Apoio social e experiência da maternidade**. Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano, 16(1), 85-96.

RIBEIRO, F. S.; GABRIEL, M. R.; VIVIAN, A. G.; LOPES, R. C. S. (2017). **Abrindo espaço para um segundo bebê: impacto na constelação da maternidade**. Psicologia Clínica, 29, 155-172.

RIBEIRO, F. M. L., & MINAYO, M. C. D. S. (2014). **O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura**. Ciência & Saúde Coletiva, 19, 1773-1789.

ROCHA, L., OLIVEIRA, Z. M., TEIXEIRA, J. R. B., MOREIRA, R. M., & DIAS, R. B. (2014). **Significados nas representações de mulheres que engravidaram após os 35 anos de idade**. Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE, 8(1).

RUSCHEL, P. P., & SEELIG, C. **Psicologia e cardiologia, reflexões e prática**. Novo Hamburgo: Sinopsys.

SALDANHA, V. S., ROSA, B. A., & CUZ, R. L. (2013). **O Psicólogo Clínico e a equipe multidisciplinar no Hospital Santa Cruz**. Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, 16(1), 185-195.

SAMORINHA, C., FIGUEIREDO, B., & CRUZ, J. M. (2009). **Vinculação pré-natal e ansiedade em mães e pais: Impacto da ecografia do 1º trimestre de gestação**. Psicologia, Saúde e Doenças, 10(1), 1-12.

SANTOS, C. F.; VIVIAN, A. G. (2018). **Apego materno-fetal no contexto da gestação de alto risco: contribuições de um grupo interdisciplinar.** *Diaphora*, 18, 9-18.

SCHERBOURNE, C. D., & STEWART, A. L. (1991). **The MOS social support survey.** *Social Science & Medicine*, 32(6).

SCHWARTZ, T., VIEIRA, R., & GEIB, L. T. C. (2011). **Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 2575-2585.

SILVA, J. R., OLIVEIRA, M. B. T., PEREIRA-SANTOS, F. R., SANTOS-NETO, M., FERREIRA, A. G. N., & STABNOW-SANTOS, F. (2018). **Indicadores da qualidade da assistência pré-natal de alto risco em um maternidade pública.** *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 22(2), 109-116.

SILVA, M. R. C., VIEIRA, B. D. G., ALVES, V. H., RODRIGUES, D. P., VARGAS, G. S., & SÁ, A. M. P. (2013). **The perception of high-risk pregnant women about the hospitalization process.** *Revista de Enfermagem UERJ*, 21(6), 792–797.

SOUZA, W. P. D. S., MAIA, E. M. C., OLIVEIRA, M. A. M., MORAIS, T. I. S., CARDOSO, P. S., LIRA, E. C. S. D., & MELO, H. M. D. A. (2016). **Gravidez tardia: relações entre características sociodemográficas, gestacionais e apoio social.** *Boletim de Psicologia*, 66(144), 47-59.

TEDRUS, G. M. D. A. S., & FONSECA, L. C. (2012). **Epilepsia e espiritualidade/religiosidade.** *Revista de Ciências Médicas*, 19(1/6), 81-89.

THIENGO, D. L., SANTOS, J. D. C., FONSECA, D. L., ABELHA, L., & LOVISI, G. M. (2012). **Depressão durante a gestação: um estudo sobre a associação entre fatores de risco e de apoio social entre gestantes.** *Caderno de Saúde Coletiva*, 20(4), 416-426.

VARELA, P. L. R., OLIVEIRA, R. R. O., MELO, E. C., & MATHIAS, T. A. F. (2017). **Intercorrências na gravidez em puérperas brasileiras atendidas nos sistemas público e privado de saúde.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, 1-9.

VASQUES, F. A. P. (2006). **Pré-natal um enfoque multiprofissional.** Rio de Janeiro: Editora Rubio.

VIDO, M. B. (2006). **Qualidade de vida na gravidez.** (Tese de Mestrado). Universidade Guarulhos, Guarulhos, SP, Brasil.

VIVIAN, A. G.; LOPES, R. C. S.; GEARA, G. B.; PICCININI, C. A. (2013). **“Eu fico comparando: expectativas maternas quanto ao segundo filho na gestação.** *Estudos de Psicologia*, 30, 75-87.

A DEVOLUÇÃO DE CRIANÇAS NO PROCESSO ADOTIVO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 05/06/2020

Data de Submissão: 16/03/2020

Marjane Bernardy Souza

Universidade Luterana do Brasil – Campus São Jerônimo
Santa Cruz do Sul – RS
<http://lattes.cnpq.br/0896509540185684>

Amanda Silveira Bach

Universidade Luterana do Brasil – Campus São Jerônimo
Charqueadas – RS
<http://lattes.cnpq.br/5686605387690036>

RESUMO: O presente estudo investiga os fatores que influenciam na devolução da criança adotada no período de convivência, durante o processo adotivo. Neste sentido propõe também, identificar às causas das desistências e averiguar o quanto a preparação recebida pelos pretendentes pode influenciar para o êxito da adoção. Para tal, foi realizada uma revisão sistemática de bibliografia sobre a temática abordada na base de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), coletando de trabalhos publicados entre os anos 2009 a 2019. Através dos critérios de inclusão foram localizados três trabalhos que

colaboram com este estudo, onde os resultados apontam para uma reflexão necessária sobre os argumentos que levaram os adotantes a essa decisão resultando no fracasso adotivo. É preciso analisar um conjunto de situações, não podendo-se pensar em apenas um motivo causador da devolução, levando em conta que nesses últimos anos o número de adoções no Brasil vem alcançado índices cada vez maiores, portanto é relevante perceber que as devoluções também podem acompanhar esse acréscimo, assim é preciso entender tais motivações para que haja uma prevenção para futuros casos.

PALAVRAS-CHAVE: Adoção; Devolução; Crianças.

THE RETURN OF CHILDREN IN ADOPTIVE PROCESS: A LITERATURE REVIEW.

ABSTRACT: This study investigates the factors that influence the return of the adopted child in the coexistence period, during the adoptive process and identifies the causes of dropouts ascertaining how much the preparation received by claimants can influence a successful adoption. To this end, a systematic literature review was conducted about the subject addressed in the Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS) database, collecting works

published between 2009 and 2019. By the inclusion criteria, were located three works that collaborate with this study. The results point to a necessary reflection on the arguments that led the adopters to this decision, resulting in an adoptive failure. It is necessary to examine a set of situations, instead of only one cause of return. In recent years, the number of adoptions in Brazil has been reaching higher and higher rates, so, it is relevant to realize that returns can also follow this increase and it is necessary to understand such motivations so that there is prevention in future cases.

KEYWORDS: Adoption, Dropouts, Child.

1 | INTRODUÇÃO

Conforme a sociedade foi evoluindo, a adoção foi sofrendo mudanças de conceitos ao longo dos anos. Vargas (2013) aponta aspectos da adoção que a diferenciavam do atual conceito, pois em época passadas a adoção era vista de forma que procurasse garantir a descendência dos casais que não tinham filhos. Atualmente destaca-se que adoção é o recurso utilizado para assegurar os direitos da criança abandonada, possibilitando uma nova família para a criança que não tem.

Tendo em vista que atualmente o processo de adoção é mais divulgado e possui maior número de informações acerca das etapas necessárias, é importante esclarecer e acabar com os mitos sobre ela. A maioria das adoções no Brasil são bem sucedidas, porém, nem sempre isso acontece e deve-se levar em consideração esses casos que culminam em uma devolução. Segundo dados do Cadastro Nacional de Adoção, 955 adoções foram realizadas no ano de 2015, enquanto no ano de 2018, 2.184 crianças foram adotadas no Brasil. Nos últimos tempos o cadastro tem facilitado a comunicação para agilizar as adoções, o que tem gerado aumento das mesmas em todo o país. A partir desses dados é importante perceber que à medida que as adoções aumentam o número de devoluções também podem acompanhar esse acréscimo, sendo relevante que esses casos sejam estudados, para que se encontre um meio de prevenção, evitando assim que um segundo abandono aconteça.

Neste sentido, o presente estudo procura entender os fatores que influenciam na devolução da criança adotada no período de convivência, durante o processo de adoção. Mais especificamente, pretendeu-se identificar as causas das desistências, investigar o quanto a preparação recebida pelos pretendentes pode influenciar para o êxito da adoção e por fim, averiguar a dificuldade de filiação e adaptação para os adotantes.

2 | DESENVOLVIMENTO

2.1 Conceitos de adoção

Nos primórdios a adoção que foi criada pelos romanos era concebida de forma a atender três objetivos principais: escolher um sucessor para a família, dar descendentes a quem não tinha e elevar uma pessoa a um status superior. Não se falava nessa época em proteção às crianças e adolescentes, sendo que a família era autoridade do pai que tinha direito da vida e morte dos filhos (WEBER, 2003).

Na idade média com a interferência da igreja, foram criadas as rodas dos enjeitados cujo objetivo era efetuar o abandono anônimo de bebês, e para que não abandonassem os filhos em qualquer lugar podia entregá-los nessas rodas que ficavam nas igrejas e assim reduzir o infanticídio. Entretanto a igreja não aprovava as adoções por receio de facilitar a regularização de filhos adulterinos, sendo assim nesta época a adoção era desaprovada. Durante esses períodos antigos o que predominava eram os privilégios dos filhos biológicos e nunca os adotivos, a distinção era perceptível (WEBER, 2003).

Nos últimos 100 anos a adoção teve sua legislação alterada, pelo Código Civil de 1906 a filiação adotiva era revogável e designada como uma relação de parentesco sem romper com a família consanguínea (Osório e Valle, 2009, apud Gueiros 2007). A medida que a sociedade foi evoluindo, a adoção foi sofrendo ao longo dos anos mudanças de conceitos. Filhos adotivos não tinham os mesmos direitos que os biológicos e muitas vezes a criança adotada estava associada a mão de obra doméstica.

Com a criação da Constituição Federal de 1988 e posteriormente o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, o ato de adotar trazia novos direitos e deveres, focando no melhor para o interesse da criança e adolescente, acabando com a discriminação entre filhos biológicos e adotados (KONS, 2015). Até a criação do ECA, muitas crianças e adolescentes eram adotados ilegalmente, e os pais não revelavam o segredo da adoção para eles, ou o faziam tardiamente não abordando o assunto desde o início. As famílias adotivas não tinham informações a respeito da origem das crianças, que chegavam clandestinamente ou eram filhos que não poderiam ser reconhecidos (OSÓRIO e VALLE, 2009).

Com a nova Lei, em 2009 (Lei nº 12.010/09) mudanças significativas ocorreram no âmbito da adoção. As principais delas dizem respeito a criação do Cadastro Nacional de Adoção, que visou reunir dados de pretendentes e de crianças e adolescentes aptos para serem adotados não permitindo mais a adoção “Intuitus personae” onde segundo Moraes (2011) é também chamada de “adoção pronta” que refere-se aquele tipo de adoção onde a criança é entregue pela família natural

diretamente para os interessados em adotar. Nesse caso a mãe biológica manifesta o interesse em entregar a criança a pessoa conhecida, sem que essa conste no Cadastro Nacional de Adoção. Atentou-se a preparação psicológica através de cursos preparatórios visando promover a adoção daqueles que não são a maioria preferida, como adoção tardia.

De acordo com Oliveira (2017) na contemporaneidade discute-se muito o direito das crianças institucionalizadas, e a importância de inseri-las em uma família. Diferente da atual conjuntura, anteriormente debatia-se a respeito dos direitos dos adotantes em relação à família, essa realidade só começou a ser modificada a partir da Constituição Federal de 1988 onde a criança tornava-se titular do direito à convivência familiar. E somente em 2009 instaura-se o direito de crianças e adolescentes quanto a serem ouvidas e quando pertinente terem suas opiniões avaliadas em relação ao processo adotivo.

A criança ou adolescente precisará até completar a maioridade, de proteção de um responsável de acordo com o ECA. Puccinelli (2014) destaca que a adoção é vista como última medida a ser tomada, somente quando todas as alternativas mediante a manutenção da família de origem forem esgotadas. Sendo assim, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) o acolhimento institucional é uma das medidas de proteção previstas na constituição, e ocorrerá com crianças que tenham seus direitos violados ou ameaçados. O acolhimento de crianças e adolescentes deverá ser provisório até que o retorno da mesma família de origem seja possível. Caso não haja o retorno será feita colocação em família substituta que acontecerá mediante guarda, tutela ou adoção.

As famílias vivenciam situações desafiadoras ao longo de seu curso, Walsh (2016) ressalta que as famílias adotivas ainda precisam enfrentar os aspectos adicionais da própria adoção. É preciso encarar o fato de que toda criança adotada possui duas famílias, no entanto isto não pode ser considerado como uma deficiência e sim como peculiaridades que tornam mais complexas as relações familiares. Segundo Oliveira (2017), a adoção não é apenas a inserção da criança na vida de uma família mas essencialmente a inclusão de muitas pessoas na vida da mesma, formando uma nova base familiar, levando em consideração que a criança possivelmente possui um histórico de vida sofrida, sendo marcada por rompimentos.

2.2 Preparação para a adoção

Durante o processo de adoção é realizada uma avaliação psicossocial, feita através de entrevistas executadas pelas equipes técnicas da Vara da Infância e da Juventude. Essa preparação que antecede a adoção está prevista em lei desde 2009, na Lei 12.010/09 no art. 50, conforme elucidado abaixo:

§ 3º A inscrição de postulantes à adoção será precedida de um período de preparação psicossocial e jurídica, orientado pela equipe técnica da Justiça da Infância e da Juventude, preferencialmente com apoio dos técnicos responsáveis pela execução da política municipal de garantia do direito à convivência familiar.

O propósito das entrevistas é averiguar as reais motivações e expectativas dos adotantes. Através dessa análise, os psicólogos assistentes sociais e toda equipe que participa deste procedimento podem verificar se os adotantes têm ou não condições de efetivar o processo. Se estiverem capacitados eles passam a fazer parte do Cadastro Nacional de Adoção. Por meio desse cadastro é permitido a aproximação entre as partes - pretendente e crianças, que estão disponíveis à adoção, visando diminuir o tempo de acolhimento institucional dessas crianças e adolescentes (OLIVEIRA, 2017).

Os adotantes precisam participar de um curso preparatório com carga horária de dez horas. Kons (2015) atenta para o fato de ter como intuito preparar os futuros pais para os próximos passos. Espera-se conseguir ter a troca de experiências com quem já passou pelo processo, e quaisquer esclarecimentos que eles precisem para que estejam totalmente informados. Após todos esses procedimentos pode-se promover o primeiro contato dos pretendentes com a criança.

A Psicologia possui os instrumentos para fazer a prevenção no que diz respeito a preparação dos candidatos habilitados para adoção, a autora ressalta que para isso deve-se fornecer uma preparação mais qualificada visto que o que pode ser percebido é uma falta de sistematização. Na paternidade adotiva a construção do afeto se dá da mesma forma da paternidade biológica, porém com suas próprias particularidades que devem ser respeitadas e por isso a importância da preparação que englobe aspectos como cursos, reuniões de apoio e palestras (WEBER, 2003).

O processo de adoção pode trazer problemas relacionados ao estresse, angústia e ansiedade para a família, podendo trazer consequências emocionais e comportamentais que podem prejudicar seu seguimento. Vargas (2013) evidencia que para evitar que se instale crises durante esse período é essencial que as famílias recebam atendimento adequado, podendo evitar implicações maiores e necessidade de intervenções terapêuticas futuramente.

Quando criança e família recebem preparação, isso torna-se um facilitador nas questões relacionadas aos desafios que o processo adotivo vai apresentar. Levando em conta os vínculos que serão formados, e o fato de ambas as partes estarem envolvidas emocionalmente a falta de preparo pode ampliar os conflitos e desestruturar o convívio familiar levando ao insucesso da adoção (FALEIRO & MORAES, 2014).

Sobre o preparo dos pretendentes, Sequeira (2014) refere que vários aspectos precisam ser levados em conta, como psicossociais, culturais e educativos. O intuito

dos grupos de apoio à adoção, é oportunizar reflexões sobre as motivações que levam a mesma, podendo criar um espaço para expor a temática da parentalidade. A experiência que os grupos de apoio proporcionam podem auxiliar os pretendentes à adoção a trabalhar sentimentos e emoções que surgem durante o processo e até mesmo no momento da tomada de decisão de adotar ou não. Trazem vivências e trocas com outras pessoas que estão vivendo a mesma situação, esse momento de encontro também serve para desmistificar e quebrar tabus, além de reconsiderar preconceitos, o que propicia uma reflexão acerca do perfil de criança que pretende adotar.

Esses grupos de apoio segundo Oliveira (2017), pretendem oportunizar a aproximação entre todas as vertentes da adoção, os pretendentes, os pais em estágio de convivência e profissionais. Visando debater e elaborar aspectos relacionados à adoção, ali são abordadas temáticas essenciais relativas ao processo adotivo, a propagação de informações sobre a cultura da adoção e principalmente a troca de experiências entre os integrantes do grupo. Participar desses grupos afasta a ideia que o candidato é a única pessoa a passar pelos momentos de espera e angústia, e depois da adoção estabelecida os pais que continuam frequentando os grupos também compartilham suas dificuldades e diminuem a sensação de estarem sozinhos neste momento. Isso vai gerar melhora na autoestima e redução de estigmas relacionados às crianças e adolescentes que estão na fila e também aqueles que já foram adotados. O autor também enfatiza que há ampliação do repertório de significações sobre adoção e filiação (SEQUEIRA, 2014).

2.3 Estágio de convivência e devolução

O estágio de convivência é caracterizado por Vargas (2013) por ser um período de intensa instabilidade, necessitando de um trabalho de acompanhamento à família. Essa assistência não deveria se limitar somente ao período de estágio onde ocorrem as adaptações, mas sim ser um suporte contínuo que supra as dificuldades enfrentadas pelas famílias ao longo do tempo.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) no artigo 46 diz que “a adoção será precedida de estágio de convivência com a criança ou adolescente, pelo prazo que a autoridade judiciária fixar, observadas as peculiaridades do caso”. O parágrafo quatro salienta que deverá ocorrer acompanhamento pela equipe interprofissional da Justiça da Infância e da Juventude, contando com apoio dos técnicos responsáveis.

É importante destacar, de acordo com Paiva (2008), que no momento de entrega da criança para os pais adotivos, o juiz concede o termo de guarda e responsabilidade provisório, além de determinar o estudo psicossocial dos adotantes. É o próprio juiz que estipula a duração do estágio de convivência e pode

dispensar o acompanhamento se a criança possuir menos de um ano de idade ou se o mesmo conviver há bastante tempo com os adotantes.

O intuito do estágio de convivência é proporcionar a adaptação da criança ao novo lar e também permitir que os adotantes vivenciem seus novos papéis parentais. O processo adotivo enfrenta desafios constantes no que diz respeito a adaptação da criança a um novo ambiente familiar, e conseqüentemente também ocorre a adaptação da família a uma criança que já está passando por processos evolutivos, desenvolvendo a cognição, linguagem e personalidade (WALSH, 2016).

Segundo Osório e Valle (2009) o fracasso adotivo ocorre quando os adotantes que detêm a guarda da criança com vistas a adoção não sentem-se seguros para construir a relação parental, e determinam que a melhor decisão é devolvê-la à justiça. Apesar de a adoção ser definitiva a devolução pode ocorrer durante o estágio de convivência. Visto que a adoção é uma medida irrevogável e irretratável não se pode falar em devolução após ser concedida a sentença definitiva, a partir deste momento quaisquer fracassos e restituições são considerados abandono ou destituição do poder familiar (VARGAS, 2013).

Não é possível fazer um levantamento quanto ao número de devoluções exatas, pois conforme Osório e Valle (2009) como ainda não houve a sentença definitiva de adoção, o caso fica registrado como um período de convivência não concluído. Nas situações em que a criança já foi adotada e a sentença já foi concedida fala-se em abandono, não sendo considerada devolução.

Os adotantes tendem a idealizar as crianças, criando uma imagem de filhos perfeitos sendo incentivados por essas imagens irreais durante o processo de adoção. É estabelecido a partir deste ponto um modelo de criança que precisa corresponder às expectativas utópicas dos pais. Este é um marco que pode acabar gerando grande frustração, e pode ser um fator decisivo na devolução dos adotados, quando o desejo do filho não corresponde à realidade (OLIVEIRA, 2017).

Quando ocorre a falta de preparo, as ocasiões de conflito e estresse que irão surgir podem desestabilizar esses momentos iniciais do convívio familiar, podendo acarretar no fracasso da adoção. Busca-se averiguar esses casos em que ocorrem a devolução, e o auxílio que técnicos especializados podem promover para pensar estratégias de atendimento às famílias adotivas, é significativo que ocorra esse apoio para que se reduza os danos das histórias de abandono. Sendo assim, quando a devolução é feita psicólogos e assistentes sociais precisam analisar cada caso em particular e mensurar estratégias para que se consiga aperfeiçoar o processo adotivo como um todo (FALEIROS & MORAES, 2014).

Quando fala-se em devolução Weber (2003), destaca que juridicamente existe o consentimento de que há irrevogabilidade da adoção, mas é preciso considerar os casos que desmentem a lei e desafiam os profissionais. Entende-se que crianças

e adolescentes que vivenciam o abandono no processo de devolução fazem parte de um sistema de desproteção social. Goes (2014) compreende que é preciso ponderar sobre situações de devolução e o quanto isso vai impactar seus aspectos emocionais, formação de identidade, suas futuras relações interpessoais e com o mundo. Entende-se que nem sempre consegue-se evitar a devolução e em alguns casos é perceptível que foi a melhor decisão a ser tomada em prol do menor. Sempre busca-se causar o menor impacto possível sobre a vida da criança e adolescente.

3 | METODOLOGIA

A presente pesquisa foi de natureza descritiva, segundo Gil (2002) tem como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno. Como metodologia utilizou-se uma revisão sistemática, que de acordo com Koller, Couto e Hohendorff (2014), equivale a um levantamento de estudos já publicados a partir de um tema específico com o objetivo de buscar respostas a determinadas questões. Este método permitiu maximizar o potencial de busca, possibilitando encontrar o maior número possível de resultados de forma sistematizada.

Com o objetivo de facilitar e organizar esse processo metodológico foram seguidos os oito passos descritos pelos autores citados, sendo estes: delimitação da questão a ser pesquisada; escolha das fontes de dados; eleição das palavras-chave para a busca; busca e armazenamento dos resultados; seleção de artigos pelo resumo; extração dos dados dos artigos selecionados; avaliação dos artigos e síntese e interpretação dos dados.

A primeira etapa consistiu em delimitar a questão que seria pesquisada, foi feita através do problema que baseava-se nos fatores que influenciam a devolução de crianças adotadas no período de convivência.

A presente pesquisa objetivou mapear a produção científica acerca do tema escolhido. Como escolha das fontes de dados, o procedimento empregado foi acessar o material através da base de dados eletrônicos e de acesso aberto Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram explorados artigos científicos e dissertações de mestrados, dos anos de 2009 até 2019, apenas no idioma português.

Outro passo empregado foi a eleição das palavras-chave, para a busca dos artigos científicos e dissertações de mestrado, os termos empregados foram: Adoção, Devolução e Crianças.

Utilizando apenas essa combinação de palavras chave foram encontrados 11 trabalhos na busca, dessa filtragem os artigos foram tabelados de forma sistemática para que então os resumos fossem lidos e submetidos aos seguintes critérios de inclusão: (1) publicações online e disponíveis na íntegra com dados empíricos,

(2) publicações sobre desistência no processo adotivo, (3) sobre a dificuldade de filiação e adaptação para os adotantes. Desses, foram excluídos os artigos que fossem repetidos, restando assim 9 artigos a serem analisados. Esses estudos restantes foram tabelados usando o programa Microsoft Excel, utilizando os dados gerais de cada artigo, nome, ano de publicação e em quais critérios de inclusão se encaixaram.

Logo após essa nova análise, mais 6 artigos foram excluídos: um por não atender a nenhum dos três critérios descritos; três por não atenderem aos critérios (1) e (3); um por não atender aos critérios (1) e (2); e um por não atender ao critério (2). Restaram assim, três artigos que atenderam todos os critérios estabelecidos aos resumos. Em seguida, esses três artigos foram lidos na íntegra.

Para a avaliação dos artigos e interpretação dos dados, optou-se pela técnica de análise de conteúdo, onde segundo Bardin (2011) os estudos passaram pelas etapas de organização e descrição dos dados e conteúdos brutos; redução dos dados e interpretação dos dados pelas categorias teóricas de análise.

Para tal análise se presume três fases, a primeira chamada de pré análise onde foi realizada a organização, a leitura “flutuante”, isto é, um primeiro contato com as publicações que foram submetidas à análise, conhecendo o material e criando familiaridade com ele.

Na segunda fase, exploração do material, consistiu em uma categorização, que permitiram agrupar o maior número de informações, visando uma esquematização a fim de correlacionar as categorias e ordená-las. A última fase é o tratamento dos resultados, em que através dos resultados brutos conseguiu-se transformá-los em resultados significativos e válidos. Fez-se relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica, dando significado à interpretação (BARDIN, 2011).

Ao final, a síntese e interpretação foram à última etapa a ser seguida, onde ocorreu a ordenação dos dados, podendo interpretar todos os dados obtidos através da correlação com a fundamentação teórica, ao qual visou responder às questões norteadoras da pesquisa, iniciando a análise e discussão.

4 | RESULTADOS

A seguir, a descrição dos três trabalhos utilizados para este estudo. O primeiro: “Família é muito sofrimento”: um estudo de casos de “devolução” de crianças, publicado no ano de 2009, realizado através de uma pesquisa documental, escrito por: Lidia Levy, Patrícia Glycerio R Pinho, Marcia Moscon de Faria.

O segundo estudo: Desafios na clínica da adoção: devolução de crianças, publicado no ano de 2018, realizado através de um estudo de caso, escrito por:

Sheila Speck, Edilene Freire de Queiroz, Patrick Martin-Mattera.

O terceiro trabalho foi: Resignificando o processo de adoção: encontros e desencontros, uma dissertação de mestrado apresentado à Universidade Católica de Brasília, no ano de 2011, com autoria de: Patrícia Jakeliny Ferreira de Souza Moraes.

A partir de uma análise mais aprofundada foi possível identificar as temáticas para a discussão, que são: as motivações que levam a devolução e a preparação recebida pelos adotantes, conforme demonstra a tabela 1.

Artigo	Identificação	Motivos	Preparação Recebida
01	5 meninas com idades entre 3 e 9 anos. 5 meninos com idades entre 0 e 10 anos.	- Comportamento da criança; -Problemas no relacionamento com a criança.	Em metade dos casos os requerentes passaram por processo de habilitação. A outra metade não passou por habilitação.
02	Menino, 5 anos e 9 meses.	A rejeição da criança em aceitar a requerente como sua mãe”.	Não há menção, mas o casal requerente estava no cadastro nacional de adoção.
03	Caso 1- Menina, 11 anos. Caso 2- Menina, 18 anos.	- Os problemas decorrentes da adolescência; - uso de drogas em um dos casos.	Nos 2 casos em que houve devoluções as famílias não estavam habilitadas. Nos 2 casos de adoção positiva passaram pela preparação e trâmites legais.

Tabela 1 - Artigos incluídos para discussão

5 | DISCUSSÃO

A partir da busca no banco de dados escolhido, três estudos cumpriram os critérios estabelecidos e contribuíram para a presente revisão. Dois deles referem-se a um estudo de caso, o primeiro de um menino de 5 anos que foi devolvido após 15 dias no estágio de convivência e o outro diz respeito a quatro casos, onde dois deles culminaram em devolução e dois efetivaram o processo adotivo. O estudo restante realizou uma pesquisa documental onde foram analisados dez processos de adoção que resultaram em desistência.

5.1 Preparação recebida dos requerentes

Quando inicia-se o processo adotivo os requerentes devem passar por uma avaliação psicossocial que está prevista em lei desde 2009, na Lei 12.010/09 no art. 50. Entretanto, algumas adoções que fizeram parte dos estudos foram realizadas antes da aprovação da lei, viabilizando algumas adoções *intuitus personae*. A adoção *intuitus personae* que ocorreu em alguns casos estudados, acontece quando a mãe biológica manifesta o interesse em entregar a criança a uma pessoa conhecida, sem que esta conste no Cadastro Nacional de Adoção. Com a aprovação da Lei 12.010/09, o art.50 §13, não permite mais esse tipo de adoção, sendo uma medida ilegal porque este ato é realizado sem passar pelos processos estabelecidos por lei, não atendendo a regra de habilitação prévia exigida.

O primeiro artigo verificou que dos dez casos pesquisados em metade deles (50%) os requerentes passaram de pelo processo de habilitação, enquanto a outra metade não passou por nenhum tipo de habilitação. Desses, quatro eram guardiões dos adotados e uma era madrinha de batismo da criança. Aqui verifica-se a relevância de passar pelo cadastro e posteriormente pelo estágio de convivência, tendo em vista que dos dez casos em que houve devolução cinco deles não passaram por nenhum tipo de habilitação para tal, e para Goes (2014) é uma etapa essencial para que aconteça de forma gradual a consolidação da filiação, é durante essa etapa que os requerentes precisam estar seguros sobre a decisão a ser tomada, levando em conta o quanto sua estrutura familiar irá mudar.

O segundo artigo não faz menção de preparação recebida, apenas consta que o casal requerente estava no cadastro e, por conseguinte passou pelos trâmites legais e toda preparação psicossocial exigida.

No terceiro estudo, nos dois casos de adoção bem sucedida os adotantes passaram pela preparação e procedimentos legais, enquanto que nos outros dois casos em que houve devoluções as famílias não estavam habilitadas, era adoção com caráter *intuitus personae*.

Os adotados participantes dos estudos aqui destacados não passaram por nenhum tipo de preparação para serem adotados, nessa perspectiva entende-se que assim como é obrigatório os requerentes estarem habilitados, os filhos também deveriam receber um olhar atento para essas questões. A falta de preparo de ambas as partes pode fazer com que os momentos de incompatibilidade levem a uma desestabilização no convívio, fazendo com que o vínculo que estava sendo construído não seja suficiente para impedir uma devolução. Weber (2003) entende que uma das principais adversidades no que diz respeito à adoção é ter a convicção de que foi feita uma boa seleção e escolha dos futuros pais, resultando em um posterior sucesso ou fracasso na adoção. Onde há um iminente fracasso, há o

perigo de uma futura devolução da criança após a relação parental “não ter dado certo”.

5.2 Causas das desistências

No primeiro estudo analisado, o comportamento da criança foi o motivo da devolução segundo os requerentes em 60% dos casos, enquanto problemas no relacionamento com a criança foi 40% dos casos. Ainda que em cada situação se tenha motivações específicas e individuais, em todas elas se encontra uma objetificação da criança, deixando de ser um sujeito e passando a ser um produto que pode ser descartável. Entende-se que o tempo em que passam com a família adotiva não tem influência absoluta na devolução, pois o tempo varia de 10 dias até 15 anos de convivência, sendo que os motivos apresentados pelos adotantes para essa devolução apontam em uma mesma direção, na dificuldade em formar laços de filiação.

Essas crianças não corresponderam a um modelo de relação que os pais idealizaram, e constata-se que todos os motivos apresentados pelos requerentes eram comportamentos esperados para crianças nas suas faixas etárias, vindas de acolhimento institucional e tendo históricos de abandono. É primordial por parte dos adotantes um entendimento de que o processo adotivo não é finalizado quando se faz a entrega da nova certidão de nascimento da criança ou adolescente, ela ocorre diariamente, se confirmando através de cada nova experiência que a família vai percorrer, passando por descobertas, medos, anseios e particularidades que adotantes e adotados terão de enfrentar (OLIVEIRA, 2017).

É consenso entre os autores discutidos, que na maioria dos casos os adotantes atribuem a culpa da devolução as crianças e adolescentes. Eles buscam se justificar declarando dificuldades no relacionamento, acentuando os aspectos negativos e obstáculos encontrados, chegando com um discurso de que “fizeram o possível”, anunciando assim a vontade de interromper o processo adotivo. Mesmo aqueles adotantes que passaram pela preparação exigida encontram desafios referentes à diferença do filho ideal para o filho real, como ocorreu em outro caso, onde a motivação que consta nos autos foi a rejeição da criança em aceitar a requerente como mãe, não sendo a reação esperada por essa mãe no momento do encontro com o filho e não conseguindo lidar com essas barreiras que surgiram no início da convivência entre ambos. Segundo os adotantes, a situação desencadeou um quadro depressivo na mãe, resultando na interrupção do estágio de convivência. A mãe sentia uma sensação de vulnerabilidade, onde ela relatava que teve um histórico de abandono e não conseguiu lidar com essa nova vivência. Desse modo, Oliveira (2017) saliente que os adotantes necessitam estarem bem resolvidos quanto a motivação interna de cada um, é importante que o motivo não esteja associado a

alguma solução de conflito interno ou a “atos de caridade”.

O terceiro estudo menciona dois casos, o primeiro de uma menina de 11 anos, que segundo relato da adotante mentia, roubava e fazia ameaças, sendo essas as principais razões que levaram a devolução. Em todo o discurso da adotante e da criança observa-se a dificuldade de estabelecer o vínculo de filiação, compreendendo assim que ele não foi concretizado. A requerente demonstra a dificuldade em reconhecer a criança como um membro da família. O maior impedimento para o sucesso da adoção foi a percepção de que mãe e filha não estavam preparadas para iniciar o estágio de convivência, a adotante não tinha compreensão dos motivos que a levaram a adotar e a criança não elaborou os abandonos sofridos anteriormente.

Nesse mesmo estudo o outro caso explorado foi de uma adolescente de 18 anos, que segundo a adotante a rebeldia na adolescência e o uso de drogas foram os fatores desencadeantes para a desistência da adoção. Cabe ressaltar que essa adotante tinha na época da pesquisa 71 anos e era mãe adotiva legalmente de 17 outras crianças, mas residiam com ela apenas dois deles. Durante os 15 anos de convivência com a filha, a adotante não efetivou o processo de adoção dela, mencionou ter como documento legal apenas a guarda. Essa situação onde não definiu-se o processo legal da menina, pode ter sido um dos fatores que gerou nela sentimentos de insegurança durante o período da adolescência, trazendo como consequência comportamentos que a adotante julgava como impossíveis de lidar recorrendo a uma desistência, cortando o vínculo com a menina.

De modo geral, entre os principais desafios para o êxito da adoção se dá a dificuldade em inserir a criança ou adolescente na nova rede familiar. Observa-se que é necessário essa introdução do filho em uma nova história, onde ela precisa se sentir como parte integrante da família. Entretanto para chegar nesse nível os pretendentes a adoção necessitam avaliar as expectativas que estão depositando nesse filho que irá chegar, levando em consideração que ele terá limitações e falhas.

6 | CONCLUSÃO

A devolução no processo adotivo ainda é um assunto tabu em nossa sociedade. Na busca por materiais foi possível perceber o quanto ainda precisa ser explorado e sistematizado esses dados que muitas vezes se perdem, sendo difícil fazer um levantamento de dados que englobe todo o país. A partir dos anos 2000 com as novas mudanças de leis está sendo possível ter um olhar mais atento sobre esses assuntos relativos ao processo adotivo, mas a falta de material disponível para essa temática ainda é um desafio a ser superado.

Um ponto de importante destaque, é que as novas famílias que irão se formar

a partir do processo adotivo, precisarão de serviços públicos a fim de auxiliá-los nas dificuldades que aparecerem no caminho. O que se tem normalmente é um serviço que é prestado somente enquanto o processo está em andamento e após a conclusão do mesmo, as famílias se sentirem necessidade precisam procurar serviços particulares. A preparação psicossocial que ocorre com os pretendentes a adoção também deveria sofrer ajustes, pois ela é feita somente no início dos trâmites legais, sendo observado uma carência assistencial enquanto o processo está em andamento e os pais enfrentam os primeiros desafios.

No momento em que uma adoção termina em devolução devemos refletir sobre os argumentos que levaram os adotantes a essa decisão. Evidentemente não pode-se pensar em apenas um fator que levou a tal decisão, resultando no fracasso adotivo, é preciso analisar um conjunto de situações. O objetivo não é apontar um culpado, mas sim entender os motivos que estavam presentes nesses casos, e estudá-los de modo a fazer uma prevenção para os futuros casos que virão.

Analisando essa temática da adoção foi possível perceber o quão importante é passar pelo processo de habilitação para adotar uma criança ou adolescente, oportunizando reflexões e atitudes conscientes a respeito da nova responsabilidade dessa família que está sendo criada.

Ao longo da investigação identificou-se um pensamento de que se os pais não se adaptarem à rotina ou até mesmo os filhos não corresponderem ao perfil idealizado, podem desistir da adoção, tendo em vista que ela é irrevogável apenas após a sentença do Juiz. Assim, essas concepções sugerem estudos futuros referentes as possíveis implicações e responsabilização dos adotantes que optarem pela devolução, sendo que este tópico não foi foco do presente estudo.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Decreto-Lei N° 8.069, de 13 de julho de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm. Acesso em: 10/04/2019.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Cadastro Nacional de Adoção**. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/cnanovo/pages/publico/index.jsf>. Acesso em: 03/09/2019.

FALEIROS, V. P; MORAES, P. J. F. S. **Desafios e possibilidades na adoção**. Serv. Soc.& Saúde, Campinas, SP, v 13, n 1 (17) p. 29-46 jan./jun. 2014. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/download/8634913/3357>. Acesso em: 12/08/2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOES, A. E. D. **Criança não é brinquedo! A devolução de crianças e adolescentes em processos adotivos**. (Syn) thesis, 7(1), 85-93. 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/synthesis/article/view/17350>. Acesso em: 16/09/2019.

KOLLER, S. H; COUTO, M. C; HOHENDORFF, J. V. **Manual de produção científica**. Porto Alegre: Penso, 2014

KONS, S. B. **O processo de adoção em questão**: elementos sobre o acompanhamento multiprofissional de crianças e adolescentes. 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/156631>. Acesso em: 28/08/2019.

LEI nº 8.069. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasil, 1990.

LEI nº 12.010. **Altera o Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasil, 2009.

MORAES, P. J. **Ressignificando o processo de adoção**: encontros e desencontros. Dissertação de Mestrado - Universidade Católica de Brasília, 2011. Disponível em: <https://bdtd.ucb.br:8443/jspui/bitstream/123456789/1775/1/Patricia%20Jakeliny%20Ferreira%20de%20Souza%20Moraes.pdf> Acesso em: 05/08/2019.

OLIVEIRA, H. F. **Adoção**: aspectos jurídicos, práticos e efetivos. 2 ed. Leme/SP: Mundo Jurídico, 2017.

OSÓRIO, L. C; VALLE, M. E. P. (org). **Manual de terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PUCCINELLI, M. M B. **O insucesso na adoção**: Aspectos psicológicos e efeitos jurídicos de um novo abandono. Rio Grande, 2014. Disponível em: <http://repositorio.furg.br/handle/1/7363> Acesso em: 05/08/2019.

SEQUEIRA, V. C. **Preparação para a adoção**: grupo de apoio para candidatos. Revista Psicologia: Teoria e Prática. São Paulo, jan-abril 2014.

VARGAS, M. M. **Adoção tardia**: da família sonhada à família possível. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

WEBER, L. N. D. **Aspectos Psicológicos da adoção**. 2 ed. Curitiba: Juruá, 2003.

WALSH, F. **Processos normativos da família**: diversidade e complexidade. Tradução: Sandra Maria Mallmann da Rosa. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

THE ROLE OF FATHERS IN SUCCESSFUL CHILD DEVELOPMENT: A SUMMARY OF THE EMPIRICAL LITERATURE AND RESOURCES FOR MENTAL HEALTH AND SOCIAL PROFESSIONALS

Data de aceite: 05/06/2020

Cátia Magalhães

CI&DEI; ISAMB; Instituto Politécnico de Viseu

Karol Kumpfer

University of Utah, EUA

Margarida Gaspar de Matos

Universidade de Lisboa- FMH; ISAMB

Bruno Carraça

ARS Dão Lafões

ABSTRACT: Transformations in family, work, and gender patterns have reshaped children's experience of growing up in families. As mothers develop stronger ties to paid work and adult partnerships become more fluid, more children are being reared in families more varied than the "traditional" single earner, two-parent household. The increase in single mother households makes studies of fathers' absence on child outcomes more necessary. The literature suggests that fathers make unique, important contributions to children's positive development. The functional role of fathers in effective discipline, role modelling, increased human and financial resources, and reduced maternal and child stress, all contribute

to more positive child development. High-quality interaction by any type of father predicts better infant health. Unfortunately, unless special methods are used to attract their participation, fathers spend less time with their children and are less likely to engage in family therapy, family skills or parent training classes. To aid mental health and social professionals who encounter widely variable father involvement, this manuscript summarizes the literature on the impacts of father involvement in the lives of children. In addition, useful fatherhood resources are described.

KEYWORDS: father, development, child, family

1 | INTRODUCTION

Because the number of children with psychological, social, emotional, educational, and behavioral problems has increased, policy makers and researchers are examining the relationship of increased mother-only households and role of father involvement in positive youth development. Single mothers are generally poorer, more highly stressed and less well-educated resulting in more negative developmental outcomes for their children (McLanahan & Jacobsen, 2015). Putnam (2015) sees this as contributing to widening

health disparities and fewer educational, economic and social opportunities for children born in fragile homes of less educated, lower income parents, a class rather than a racial divide in children's outcomes.

With fewer children living with their fathers, the importance of fathers in children's lives is being debated by social scientists, policy makers and the general public. Today only about one-third of children grow up with their fathers because of increased divorce, separation, mothers' choices not to marry, higher incarceration rates, and removal of children in drug involved families, (Child Trends, 2015). More African American children than White children live with single mothers (Mather, 2010). In 2015, only 34 percent of African American children were living with two parents compared with 83 percent of Asian children, 74 percent of white children, and 60 percent of Hispanic children.

This article is not based on any systematic review or meta-analysis, but on both book reviews and peer reviewed articles found in online searches over 20 years after a draft was created by senior author for U.S. Vice President Al Gore's Fatherhood Initiative. This updated literature review suggests that two stable loving and nurturing parents who spend regular time with their children significantly improves their children's developmental outcomes. Family structure is a less critical variable than family functioning, quality of the parent/child relationship, and economic, educational and social resources accessed by the child and family (Kumpfer, Magalhães & Kanse, 2016; Lamb, 2012). We hope this review will be useful for mental health and social professionals engaged in clinical and social services with a special focus on fathers. This review summarizes the empirical studies on father involvement, supplemented by a description of useful fatherhood resources for clinical practice and prevention.

Fatherhood roles

The concept of father has broadened from just a biological and breadwinner role to one emphasising socialization and support of children into adulthood. With the increasing commitment of men to their children's well-being, the role of "new father" has emerged as both provider and caregiver for his children (Lamb, 2004). Fatherhood roles are not universal, but dynamic and interactive (Lamb, 2004) depending on context and time. Although the fatherhood role is recognized in all cultures, the person who plays that role may or may not be the biological father, but an uncle, grandfather, or a long-term mentor, coach, or friend (Lamb, 2013). Because of overlap in "fatherhood traits" in men and women, some women have many male or fatherhood traits. African American single mothers often play both roles or the "husband" in a gay or lesbian couple. Some children of single-mothers are exposed to multiple adult figures who participate in child-rearing to a greater

or lesser extent to fill the role of the “social father” (Bzostek, 2008). A step-father or adoptive or foster father may take responsibility for some or all the children of a single mother. Some researchers assert that the distinctiveness of gender-specific roles is important, while others contend that the characteristics of the father as a parent are more important than the characteristics of the father as a man (Lamb, 2010). One comprehensive theoretical model of father’s parenting style (Cabrera, Fitzgerald, Bradley, & Roggman, 2014) suggests that prior cultural, biological, and family history impacts their perspective on fatherhood, which then interacts with their relationships with their children and the children’s mothers.

Developmental Benefits of Father Involvement. Research on resilience and positive child development (Kumpfer, 2014) suggests having two parents is generally better than one parent if they have a good relationship themselves and with the child. Two can potentially provide more nurturing, support, supervision and teaching in family values and skills. Some longitudinal research (Werner & Johnson, 2004) suggests that while at least one stable, responsible, consistent, loving caretaking adult is critical to children’s successful development, especially when living in adversity, the quality of child’s development may be optimized with two competent caregivers. Father absence because of divorce, separation, abandonment, incarceration, war, migration, or work leads to reduced resilience and positive development in children (Kumpfer & Hu, 2013). Father absence can also be attributed to the mother’s choice for single parenthood, or father’s death or illness. Each of these reasons for father absence in a child’s life presents their own unique risk factors. Single mothers tend to have higher stress, depression, and anxiety leading to decrease resilience in the mother and her children (Luthar & D’Avanzo, 2005).

Parenting Style and Time with Children. Fathers’ participation in caretaking is increasing as more mothers work and couples share childcare responsibilities. The burden of childcare, however, continues to rest primarily on mothers. Fagan and Palkovitz, (2011) found that the quality of parents’ relationship matters in father/child relationship because some mothers limit the fathers’ time with their children.

Fathers’ time with children is dominated by play and leisure, increases as the child gets older (Kotila, Schoppe-Sullivan, & Kamp Dush, 2013) and is often in the mother’s presence (Craig, 2006). Even when they play with children gender differences exist; fathers stress justice, fairness and duty (based on rules), while mothers stress sympathy, care and help (based on relationships) (Lamb, 2010). Fathers engage in more rough-and-tumble play and active sports that develop children’s father-child attachment, social skills, emotional regulation, and visual-spatial abilities (Fletcher, StGeorge, & Freeman, 2012).

Discipline is also different for mothers and fathers. Fathers tend to enforce rules systematically and sternly, and teach children the consequences of right and

wrong. Mothers tend toward grace and sympathy providing a sense of hopefulness. Fathers use more behavioral controls and mothers use more psychological controls. By themselves neither style ideal, but together, they create a healthy balance. Parenting research (Kumpfer, 2014) suggests that behavioral controls taught in evidence-based parenting interventions (often to mothers) are more effective in improving children's behaviors than are emotional controls (Van Ryzin, Kumpfer, Fosco, & Greenberg, 2016). The absence of fathers or a father figure can lead to more children who are behaviorally out-of-control and under-socialized. This is observed by teachers and childcare providers and confirmed by the increasing diagnoses of behavioral problems in children as young as three years (ADD/HD, oppositional defiant disorder, etc.). Behavioral parenting training courses increase effective discipline and reduce excessive physical punishment found in some cultures (Kumpfer, 2016).

2 I IMPACT OF FATHER ABSENCE

The literature suggests that father-absence is related to increased children's socio-emotional, behavioral, and educational difficulties and poorer adult mental health (McLanahan, Tach, & Scheinder, 2013; Manning & Lamb, 2003) as well as leaving home earlier and become adolescent parents. Children living with two married adults (biological or adoptive parents) have on average fewer emotional or behavioral problems, better health and greater access to health care than children living without father figures (Amato, 2005; Blackwell, 2010). The negative consequences of father absence on mental health is related to emotional difficulties, alcohol problems (D'Onofrio, Turkheimer, Emery, Maes, Silberg, & Eaves, 2007) psychological distress, smoking (Ermisch, Francesconi, & Pevalin, 2004) and adult poorer mental health (Amato, 2005). A child of a divorced mother has higher odds of being diagnosed with anxiety or depression, ADD/HD and need treatment for emotional or behavioral problems (Ventura, Abma, Mosher, & Henslaw, 2008). Fatherless children are twice as likely to repeat a grade and suffer from psychosomatic disorders. Lamb (2004) believed that fathers influence child **outcomes** the same as mothers by providing emotional support, security and encouragement. Each of these developmental outcomes is discussed below.

2.1 Behavioral Health.

Today about 25% of adolescents in the USA have one or more major behavioral health disorders. Adolescent substance abuse and other behavioral health disorders have increased worldwide primarily in girls. Girls' substance misuse now equals or

exceeds boys' (UNODC, 2016). Kumpfer (2014) attributes this increase in girls to their loss of fathers. Sarkadi, Kristiansson, Oberklaid, and Bremberg (2007) point out that father involvement seems to reduce the occurrence of behavioral problems in boys and psychological problems in young women, as well as enhancing cognitive development, while decreasing delinquency and economic disadvantage in low-income families. Father involvement in culturally adapted family skills interventions can significantly reduce child internalizing and externalizing behaviors (Parra-Cardona, et al., 2017). Conversely, father absence or disengagement is associated with negative effects on children (i.e., child abuse, depression, school failure, substance abuse, delinquency, early sexual activity and teen pregnancy) (Jafee, Moffitt, Caspi, & Taylor, 2003). A child living with his/her divorced mother has higher odds of experiencing anxiety or depression, hyperactivity, and need for treatment, compared to a child living with both parents (Ventura, Abma, Mosher, & Henslaw, 2008). Children have the highest level of well-being when they are raised in a low-conflict, married household, indicative of the importance of strong maternal as well as paternal relationships (Sobolewski & Amato, 2007). Paternal involvement in childhood is related to reduced police contact and crimes in teens (Flouri, 2005). Even living in a neighbourhood with fewer fathers increases the risk of teen violence (Resnick, et al., 1997).

2.2 Cognitive and language development.

Engaged fathers significantly improve their children's cognitive and language skills by two and three years (Tamis-LeMonda, Shannon, Cabrera, & Lamb, 2004) as well as their social and emotional development (Cabrera, Tarkow, & Shannon, 2006). A study of seven month-olds indicated that father involvement, such as cognitively stimulating activities, physical care, paternal warmth, and caregiving activities were associated with lower chances of infant cognitive and language delays. Stronger visual-spatial abilities can result from the father's encouragement of children in active sports and rough and tumble play early in life when their brains are developing neural pathways (Shannon, Tamis-LeMonda, London, & Cabrera, 2002). Rowe and Coker (2004) have suggested that, because fathers use more imperatives, attention-getting utterances, and use more complex sentences than mothers do, they contribute in unique, though still poorly understood, ways to linguistic development.

2.3 Educational outcomes.

Father's involvement in children's school and schoolwork improves school performance. For example, fathers' involvement, warmth and control is related to better academic performance, better readers, better relationship skills (Flouri,

2003); and better grades, because of fathers 1) higher academic expectations, 2) distinctive parenting style; 3) the role modelling of active problem solving, perseverance and instrumental actions leading to success and 4) active involvement and communications with their child's school. Fathers can promote children's literacy skills by reading books to them, asking them about the books they read, and encouraging them to read more books (Saracho, 2008). Martin, Ryan, and Brooks-Gunn (2010) also point out that fathers' supportiveness has a significant impact on children's school readiness in families where the mothers' supportiveness is low. Paternal supportiveness was associated with school readiness when mothers scored at or below the mean on supportiveness. Children with fathers tend to work harder in school and avoid getting into trouble.

2.4 Sex-role socialization.

Some research by Lamb (1997; 2010; 2013) suggests that fathers impact appropriate sex-role socialization in both girls and boys, because children of both sexes tend to identify more with their fathers than their mothers. However, this is only if they have fathers and their fathers are affectionate, supportive, nurturing, and more rewarding than punishing. This psychological closeness and paternal warmth is very important in promoting sex-role socialization and identification in boys. A study of O'Bryan, Fishbein, and Ritchey (2004) found that fathers and mothers play an equally important role in the transmission of gender roles. Fathers tend to have a greater impact on their sons even if they do not refer to them as a role model (Fuhrmans, Lippe, & Fuhrer, 2014). Children living without fathers learn appropriate sex-roles from many other sources such as other relatives (traditionally uncles or grandfathers in some cultures, the media, stories/myths, and observational learning even when living in gay/lesbian families.

2.5 Emotional Health: Good father/child attachment.

Good father/child attachment can be accomplished with relatively little time investment; the most important ingredient appears to be positive emotion and attention to children. Even non-residential fathers with a good relationship with their children have been linked to better child behaviors and peer relations (Cabrera, Cook, McFadden, & Bradley, 2011). Secure parent/child attachment is the building block for a child's ability to trust and develop good relationships with others (Bowlby, 2008). If the mother is not warm and loving, a secure relationship with the father or another caretaker is especially important emotionally. Although infants initially prefer mothers over fathers, infants become attached to their fathers by the end of the first year of life, even if the fathers spend relatively little time with them (Cox, Owen, Henderson, & Margand, 1992). Recent studies (Brown, Mangelsdorf, & Neff,

2012) find increased paternal involvement does strengthen father/infant attachment. When mothers are the primary caretakers, however, they are often the preferred attachment figure. Children whose fathers are stable and involved are better off on almost every cognitive, social, and emotional measure. High levels of father involvement, for example are correlated with higher levels of children's sociability, confidence, self-control, positive school behaviors, and less risky behaviors in adolescents (Anthes, 2010). Father attachment also improves self-regulation into adulthood by supporting dreams, goals, and youths' positive views of their future (Rollett, Werneck, & Gaderer, 2013).

2.6 Physical Health.

Father involvement improves breastfeeding and weight gain in pre-term infants resulting in higher receptive language skills and grades (Garfield & Isacco, 2006). Mothers and fathers differ in responses to their children's life-threatening illnesses, with fathers reporting better mental health than mothers. Parents who adapt best to children's health problems are easygoing with a sense of humor, perceive the good in situations and have a strong, but flexible faith (Bugental, 2003). Positive interaction by any father figure predicts better child health (Carr & Springer, 2010), including reduced obesity if the father is physically active (Troost, Kerr, Ward, & Pate, 2001).

3 | PARENTING STYLE

Many of the benefits conferred by engaged fathers are reported even when fathers do not live in the same household with their children, but are nevertheless engaged with them, through the provision of support and contact (King, Harris, & Heard 2004). The results indicate that more positive father-child relationships and better child behavioral outcomes are associated with fathers with an authoritative and rather than an authoritarian parenting style. Permissive parenting predicts less risky behavior when the father-child relationship is positive. The influence of the father-child relationship on risk behaviors is stronger for boys than for girls (Bronte-Tinkew, Moore, Capps, & Zaff, 2006).

As mentioned earlier, research suggests that fathers' and mothers' traditional child rearing and discipline styles differ significantly (Lamb, 2010); however, these gender differences are dissolving rapidly (Fagan, Day, Lamb, & Cabrera, 2014). Fathers tend to use more behavioral controls whereas mothers use more psychological controls that are not as effective in changing behaviors. Mothers can learn effective behavioral controls in cognitive behavioral parenting skills training

classes (Kumpfer, 2016).

Father and mother responsiveness and mother's use of psychological control were each found to significantly predict child depression symptoms. Interestingly, maternal psychological control explained the largest portion of variance in child depression scores. But if fathers control their children primarily through excessive physical punishment versus clear expectations, positive relationships, and time together, their children are more likely to experience emotional problems, psychosomatic disorders, school difficulties, and have lower levels of moral development (Lamb & Lewis, 2011). In many families, mothers continue to bear primary responsibility for childrearing and may be more likely typified as the warmer, more nurturing parent, but maternal use of psychological control can be especially harmful to child development.

Hence, it's important to include both parents in research and clinical decision-making, rather than relying heavily on mothers alone. Also it is important to consider family relationships, including specific parenting behaviors, when addressing reports of youth emotional problems.

4 | FATHER'S IMPACT PAST CHILDHOOD

Most research focuses on fathers of young children. The relationship of men with their offspring should be lifelong in emotional and material support for their adult children. The few studies of support by fathers and grandfathers of adult children find a long-term association between paternal involvements at young ages and reduced adolescent and adult risky behaviors including crimes and police contacts (Flouri, 2010). Similarly, father and adolescent's reports of their closeness at age 16 are correlated with children's depression and marital satisfaction at age 33 (Flouri & Buchanan, 2002). This lack of interest in older fathers' roles is at odds with the importance attached to older men in family functioning in more traditional societies and the growing evidence of increased involvement among older parents in the lives of adult children in Europe and the United States (Clarke, Cooksey, & Verropoulou, 1998). Even when fathers are deceased or not in regular contact, their relationships with their adult children, is still influential. Adult sons can be highly conscious of and sensitive to their fathers' opinions of them. Some men report distress when their fathers criticize their behavior or their inability to provide for their families.

Impact of Fatherhood. Being a father can have a positive impact on a man. Men frequently report that fathering is "good for them", and the evidence generally supports this assertion. Studies show that fatherhood can be beneficial to a man's health (Spector, 2006) depending on the number and the age of children; the father's lifestyle, role competence, employment, social class, social environment;

and the quality of spousal relationships. Physical and emotional benefits can include increased levels of fitness, happiness, contentment, and self-esteem (Henwood & Procter, 2003). Research also show that fathers whose wives think well of them as fathers were more likely to report higher levels of involvement in child-related activities (Pasely, Futris, & Skinner, 2002). The father's level of involvement in the child's life is, therefore, partly determined by the extent to which mothers encourage or permit participation.

Fatherhood can results in negative consequences as well. Some men experience anxiety and depression when faced with new fatherhood responsibilities (McLanahan & Carlson, 2004) even before the birth (Ramchandani, Stein, Evans, O'Connor, & ALSPAC Study Team, 2005). Having children can also change a couple's relationship. Marital conflicts, divorce or separation, and the separation of fathers from their children, have an adverse impact on men's health (Booth & Amato, 1991). Child illness and mortality increases parental stress, contributing to divorce and poorer health (Reichman, Corman, & Noonan, 2004).

Enhancing Impact through Evidence-Based Interventions. Evidence-based interventions (EBIs) aimed at enhancing parent and family skills, are highly effective in improving children's outcomes. Unfortunately it is hard to attract and engage fathers. Family systems theory suggests that better outcomes in family EBIs are achieved by engaging the whole family (Furrow, 2001). Indeed, Lundahl and associates (2008) conducted a meta-analysis of the outcomes of parenting programs and found interventions delivered to both parents to be 'significantly more effective' than interventions delivered to mothers alone (Lundahl, Tollefson, Risser, & Lovejoy, 2008). Mothers report that EBIs would have been more effective if their partner had attended (Patterson, Degarmo, & Forgatch, 2004). One randomized-control trial (RCT) of the seniors author's Strengthening Families Program (SFP) in Thailand found similar improved results when both mothers and fathers attended, compared to the control condition where only the mothers were invited (Kumpfer, 2014). Coatsworth and associates (2015) added more mindfulness techniques to SFP that resulted in larger effect sizes for fathers than for mothers in improved parenting style (Coatsworth, Duncan, Nix, Greenberg, Bamberger, Gayles, & Demi, 2015).

Although family programs try to attract both parents, only about one third of fathers attend unless court mandated (Kumpfer, 2014). Fathers can be as effective family change agents as mothers (Elder et al., 2011). Gains in family EBIs are greater and longer lasting with less attrition if fathers attend (Bagner, 2013) because of a supportive partner. The major issue is how to involve fathers (Cowan, P., Cowan, C., Pruett, Pruett, & Wong, 2009). Tips for involving fathers was discussed earlier and also on fatherhood program websites listed below. Having effective male implementers

from the local cultural population increases fathers attendance. Finding men trained in helping professions, however, can be difficult (Kumpfer, Magalhães, & Kanse, 2016).

5 | FATHERHOOD RESOURCES

mental health and social professionals are challenged by multiple configurations and varying levels of father involvement. Mental health and social professionals well-versed in family therapy theories and models would nevertheless benefit from familiarity with empirical literature of father involvement. We present below resources that offer relevant fatherhood literature, networking opportunities, model family, and fatherhood interventions. Selected resources are described by emphasizing relevance for family intervention.

1. The Fatherhood Project assisted companies in developing father friendly practices and promoting paternity leave (<http://thefatheringproject.org>).

2. National Fatherhood Initiative (<http://www.fatherhood.org>) is the nation's leading non-profit working with communities, corrections, military organizations, and government agencies to end father absence.

3. Strong Fathers.com/NRFC (<http://www.strongfathers.org>) working with schools, head starts and early childhood programs to deliver engaging fatherhood activities that help children achieve.

4. The National Center for Fathering and the National Center on Fathers and Families works with corporations, schools and faith-based organizations to promote father involvement particularly where the father is absent.

5. The Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), funds family EBIs and culturally-specific media campaigns (e.g., Your Time, Their Future, etc.) to promote father involvement. The primary author when SAMHSA CSAP Director funded 95 communities to implement family EBIs found on www.strengtheningfamilies.org or NREPP website. <https://www.samhsa.gov/nrepp>

6. Administration for Children and Families Children's Bureau has grants and materials to improved father involvement in families. <https://www.acf.hhs.gov/cb> including their National Responsible Fatherhood Clearinghouse (NRFC) and Healthy Marriage and Responsible Fatherhood grants,

7. The National Institute of Child Health and Human Development, (<https://www.nichd.nih.gov/Pages/index.aspx>).

8. The National Institute on Drug Abuse (NIDA), National Institute on Mental Health (NIMH), and the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA).NIDA supports research and publications on the role of fathers in prevention and effects of paternal drug use.

9. Other Fatherhood Resources, are FatherhoodFirst.org, Early Head Start, Fatherville.com; InsideOut Dad® Program, Becoming a Family Project; School Children and their Families Project; and the Supporting Father Involvement Project (US), **Écoles** des Maris - “Schools for Husbands”.

6 | CONCLUSION

Fathers who enjoy secure attachment with their children have better adjusted children (Pleck & Masciadrelli, 2004). Involvement of fathers with loving, positive communication and parenting skills brings social, emotional, educational, and economic benefits. Parenting EBIs that include fathers yielded greater positive changes and behaviors (for both parents and children) than programs that do not include fathers (Lundahl, Tollefson, Risser, & Lovejoy, 2008). The current article offers a relevant overview of the literature with a strong focus on our need for policies and therapeutic or prevention interventions that improve “father” involvement. In addition to informing existing family therapy models and theories according to the existing fatherhood scholarship, relevant fatherhood initiatives were described to the reader as resources for clinical practice.

REFERENCES

- Amato, P. R. (2005). The impact of family formation change on the cognitive, social, and emotional well-being of the next generation. *The Future of Children*, 15(2), 75-96.
- Anthes, E. (2010, May/June). Family Guy. *Scientific American Mind*.
- Bagner, D. M. (2013). Father’s role in parent training for children with developmental delay. *Journal of Family Psychology*, 27, 650-657.
- Blackwell, D. L. (2010). Family structure and children’s health in the United States: Findings from the National Health Interview Survey, 2001-2007. National Center for Health Statistics. *Vital Health Statistics*, 10(246).
- Bowlby, J. (2008). *A Secure Base: Parent-child Attachment and Healthy Human Development*. Basic Books.
- Booth, A., & P. Amato. (1991). Divorce and psychological stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 396-407.
- Bronte-Tinkew, J., Moore, K. A., Capps, R. C., & Zaff, J. (2006). The influence of father involvement on youth risk behaviors among adolescents: A comparison of native-born and immigrant families. *Social Science Research*, 35, 181-209.

- Brown, G. L., Mangelsdorf, S. C., & Neff, C. (2012). Father involvement, paternal sensitivity, and father-child attachment security in the first three years. *Journal of Family Psychology, 26*, 3, 421-430.
- Bugental, D. B. (2003) *Thriving in the Face of Childhood Adversity*. New York: Psychology Press.
- Bzostek, S. H. (2008). Social fathers and child well-being. *Journal of Marriage and Family, 70*, 4, 950-961.
- Cabrera, N. J., Cook, G. A., McFadden, K. E. & Bradley, R. H. (2011). Father residence and father-child relationship quality: Peer relationships and externalizing behavioral problems. *Family Science, 2*(2), 109-119.
- Cabrera, N. J., Fitzgerald, H. E., Bradley, R. A. & Roggman, L. (2014). The ecology of father-child relationships: An expanded model. *Journal of Family Theory and Review, 64*, 336-354.
- Cabrera, N., Tarkow, A., & Shannon, J. (2006). Fathers' and mothers' contribution to their preschoolers' emotional regulation. Presented at World Association of the Infant Mental Health, July, Paris, France.
- Carr, D., & Springer, K. W. (2010). Advances in families and health research in the 21st century. *Journal of Marriage and Family, 72*, (3), 743-761.
- Child Trends. (2015). Family Structure. Retrieved from Child Trends Databank. Retrieved from: <http://www.childtrends.org/?indicators=family-structure>.
- Clarke, L., Cooksey, E. C., & Verropoulou, G. (1998). Fathers and absent fathers: sociodemographic similarities in Britain and the United States. *Demography, 35*, 217-228
- Carr, D. & Springer, K. W. (2010). Advances in families and health research in the 21st century. *Journal of Marriage and Family, 72*, 743-761.
- Coatsworth, J. D., Duncan, L. G., Nix, R. L., Greenberg, M. T., Bamberger, K. T., Gayles, J. G., & Demi, M. A. (2015). Integrating mindfulness with parent training: Effects of the mindfulness-enhanced strengthening families program, *Developmental Psychology, 51*(1): 26–35.
- Cowan, P. A., Cowan, C. P., Pr
- uett, M. K., Pruett, K. D., & Wong, J. (2009). Promoting fathers' engagement with children: preventive interventions for low-income families. *Journal of Marriage and the Family, 71*, 663-679.
- Cox, M. J., Owen, M. T., Henderson, V. K., & Margand, N. A. (1992). Prediction of infant-father and infant-mother attachment. *Developmental Psychology, 28*, 474-483.

Craig, L. (2006). Does father care mean fathers share? A comparison of how mothers and fathers in intact families spend time with children. *Gender and Society, 20* (2), 259-281.

D'Onofrio, B. M., Turkheimer, E., Emery, R. E., Maes, H. H., Silberg, J., & Eaves, L. J. (2007). A children of twins study of parental divorce and offspring psychopathology. *Journal of Child Psychology, 48*, 667–675.

Elder, J. H., Donaldson, S. O., Kairalla, J., Valcante, G., Bendixen, R., Ferdig, R., (...) Serrano, M. (2011). In-home training for fathers of children with autism: A follow up study and evaluation of four individual training components. *Journal of Child and Family Studies, 20*, 263-271.

Ermisch, J., Francesconi, M., & Pevalin, D. J. (2004). Parental partnership and joblessness in childhood and their influence on young people's outcomes. *Journal of the Royal Statistical Society, 167*, 69–101.

Fagan, J., Day, M., Lamb, M. E., & Cabrera, N. J. (2014). Should researchers conceptualize differently the dimensions of parenting for fathers and mothers? *Journal of Family Theory & Review, 6*, 390-405.

Fagan, J., & Palkovitz, R. (2011). Co-parenting and relationship quality effects on father engagement: Variations by residence, romance. *Journal of Marriage and Family, 73*, 637-653.

Fletcher, R., StGeorge, J., & Freeman, E. (2012). Rough and tumble play quality: theoretical foundations for a new measure of father–child interaction. *Early Child Development and Care*. doi:10.1080/03004430.2012.723439.

Flouri, E. (2010). Fathers' behaviors and children's psychopathology. *Clinical Psychology Review, 30*, (3), 363-369.

Flouri, E., & A. Buchanan (2002). Life satisfaction in teenage boys: the moderating role of father involvement and bullying. *Aggressive Behavior, 28*, (2), 126-133.

Flouri, E. (2005). *Fathering and child outcomes*. John Wiley & Sons. Chichester: MA. ISBN-13: 9780470861677

Fuhrmans, F., Lippe, H., & Fuhrer, U. (2014). Couples' evaluations of fatherhood in different stages of the family life cycle. *Journal European Journal of Developmental Psychology, 11*, 2, 242-258.

Furrow, J. L. (2001). Tools for the trade: Clinical interventions with fathers in family therapy. In J. Fagan & A. J. Hawkins (Eds.), *Clinical and educational interventions with fathers* (pp. 23–43). Binghamton, NY: Haworth.

Garfield, C. F., & Isacco, A. (2006). Fathers and the well-child visit. *Pediatrics, 117* (4), 637-45.

- Henwood, K. L., & Procter, J. (2003). The “good father”: Reading men’s accounts of paternal involvement during the transition to first-time fatherhood. *British Journal of Social Psychology*, 42, 337-355.
- Jafee, S. R., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Taylor, A. (2003). Life with (or without) father: The benefits of living with two biological parents depend on the father’s antisocial behavior. *Child Development*, 74, 1, 109-126.
- King, V., Harris, K. M., & Heard, H. E. (2004). Racial and ethnic diversity in nonresident father involvement. *Journal of Marriage and Family*, 66, 1-21.
- Kotila, L. E., Schoppe-Sullivan, S. J., & Kamp Dush, C. M. (2013). Time in parenting activities in dual-earner families at the transition to parenthood. *Family Relations*, 62, 795–807.
- Kumpfer, K. L. (2014). Family-based interventions for the prevention of substance abuse and other impulse control disorders in girls. *Invited Spotlight Article, ISRN Addiction*, Hindawi Publishing.
- Kumpfer, K. L. (2016). Middle childhood: Strengthening families program 6-11. In Van Ryzin, M., Kumpfer, K.L., Fosco, G. & Greenberg, M. (Eds.), *Family-Centered Prevention Programs for Children and Adolescents: Theory, Research, and Large-Scale Dissemination* (pp. 62-85). New York, NY: Psychology Press.
- Kumpfer, K. L., & Hu, Q. (2013). What makes children resilient and resourceful despite family adversity and trauma in high risk populations? In K.M. Gow, & M.J. Celinski (Eds.), *Mass Trauma: Impact and Recovery Issues* (pp. 197-222). New York, NY: Nova Science Publishers Inc.
- Kumpfer, K. L., Magalhães, C., & Kanse, S. (2016). Family structure, culture, and family-based interventions for health promotion. In Korin, M. (ed.), *The Handbook of Health Promotion for Children and Adolescents*. (pp. 57-81) New York, NY: Springer Publishing.
- Lamb, M. E. (1997). Fathers and child development: An introductory overview and guide. In M.E. Lamb (Eds.), *The Role of the Father in Child Development* (pp.1-18). New York, NY: Wiley.
- Lamb, M. E. (2000). A history of research on father involvement: an overview. *Marriage and Family Review*, 29, (2), 23-42.
- Lamb, M. E. (2004). *The Role of the Father in Child Development* (4rd ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Lamb, M. E. (2010). How do fathers affect children’s development? Let me count the ways. In M. E. Lamb (ed.), *The Role of the Father in Child* (pp. 1-26). Hoboken, NJ: Wiley.
- Lamb, M. E. (2012). Mothers, fathers, families, and circumstances: Factors affecting children’s adjustment. *Applied Developmental Science*, 16(2), 98-111.

Lamb, M. E. (2013). *The Father's Role: Cross Cultural Perspectives*. London: Routledge.

Lamb, M. E., & Lewis, C. (2011). The role of parent-child relationship in child development. In M.H. Bornstein & M.E. Lamb (Eds). *Development science. An advanced textbook* (pp. 429-468). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Lundahl, B. W., Tollefson, D., Risser, H., & Lovejoy, M. C. (2008). A meta-analysis of father involvement in parent training. *Research on Social Work Practice, 18*, 97-106.

Luthar, S. S., & D'Avanzo, H. (2005). Maternal drug abuse versus other psychological disturbances, In: Luthar SS (ed). *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities.*, Cambridge, UK: University Press

Manning, W. D., & Lamb, K. A. (2003). Adolescent well-being in cohabiting, married, and single-parent families. *Journal of Marriage and the Family, 65*(4), 876-893.

Martin, A., Ryan, R. M., & Brooks-Gunn, J. (2010). When fathers' supportiveness matters most: Maternal and paternal parenting and children's school readiness. *Journal of Family Psychology, 24*, 145-155.

Mather, 2010. U.S. Children in Single-Mother Families. Population Reference Bureau, available at: [http:// www.prb.org/Articles/usmarriage Decline.aspx](http://www.prb.org/Articles/usmarriage Decline.aspx).

McLanahan, S. S., & Carlson, M. M. (2004). Fathers in fragile families. In Lamb, M.E. (Ed.) *The Role of the Father in Child Development* (4rd ed.) (pp. 368-) Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

McLanahan, S. S., & Jacobsen, W. (2015). Diverging destinies revisited. In P. Amato, A. Booth, S. M. McHale, & J. Van Hook (Eds.), *Families in an era of increasing inequality*. New York, NY: Springer.

McLanahan, S., Tach, L., & Schneider, D. (2014). The causal effects of father absence. *Annual Review Sociology, 39*, 399-42

O'Bryan, M., Fishbein, H., Ritchey, P., (2004). Intergenerational transmission of prejudice, sex-role stereotyping, and intolerance. *Adolescence, 39*, 07–426.

Parra-Cardona, J. R., Bybee, D., Sullivan, C. M., Domenech Rodríguez, M., Dates, B., Tams, L., & Bernal, G. (2017). Examining the impact of differential cultural adaptation with Latina immigrants exposed to adapted parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85*, 1, 58-71.

Pasley, K., Futris, T. G., & Skinner, M. L. (2002). Effects of commitment and psychological centrality on fathering. *Journal of Marriage and Family, 64* (1), 130-138.

Patterson, G. R., Degarmo, D., & Forgatch, M. S. (2004). Systematic changes in

families following prevention trials. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(6), 621–633.

Pleck, J. H., & Masciadrelli, B. P. (2004). Paternal involvement by U.S. residential fathers: Levels, sources and consequences. In M.E. Lamb (Eds.), *The Role of the Father in Child Development* (pp. 222-271). Hoboken, NJ: Wiley.

Putnam, R. D. (2015). *Our Kids: The American Dream in Crisis.*, New York, NY: Simon and Schuster

Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J., O'Connor, T. G., & ALSPAC Study Team. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *The Lancet*, 365(9478), 2201-2205.

Reichman, N. E., Corman, H., & Noonan, K. (2004). Effects of child health on parents' relationship status. *Demography*, 41 (3), 569-584.

Resnick, M., Bearman, S., Blum, W., Bauman, E., Harris, K., Jones, J., ..., & Udry, L. (1997). Protecting adolescents from harm. *Journal of the American Medical Association*, 278 (10), 823-832.

Rollett, B., Werneck, H., & Gaderer, R. (2013, September). Influences of attachment quality to fathers and mothers on self-regulation and promotion focus at 18 years of life: Results of a longitudinal study. Paper presented at the 16th European Conference on Developmental Psychology, Lausanne, Switzerland.

Rowe, M., & Coker, D. (2004). A comparison of fathers' and mothers' talk to toddlers in low-income families. *Social Development Journal*, 13(2), 278-291.

Saracho, O. N. (2008). Fathers' and young children's literacy experiences. *Early Child Development and Care*, 178 (7&8), 837-852.

Shannon, J. D., Tamis-LeMonda, C. S., London, K., & Cabrera, N. (2002). Beyond rough and tumble: Low-income fathers' interactions and children's cognitive development at 24 months. *Parenting*, 2, 77–104.

Sarkadi, A., Kristiansson, R., Oberklaid, F., & Bremberg, S. (2007). Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatrica*, 97 (2), 153-158.

Spector, A. (2006). Fatherhood and depression: A review of risks, effects, and clinical application. *Issues in Mental Health Nursing*, 27 (8), 867-883.

Sobolewski, J. M., & Amato, P. R. (2007). Parents' discord and divorce, parent-child relationships and subjective well-being in early adulthood: Is feeling close to two parents always better than feeling close to one? *Social Forces*, 85, 1105–1124.

Tamis-LeMonda, C. S., Shannon, J. D., Cabrera, N. J., & Lamb, M. E. (2004). Fathers

and mothers at play with their 2- and 3- year olds: Contributions to language and cognitive development. *Child Development*, 75, 6, 1806-1820.

Trost, S. G., Kerr, L. M., Ward, D. S., & Pate, R. R. (2001). Physical activity and determinants of physical activity in obese and non-obese children. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 25(6), 822-829.

UNODC (2016). *Gender Guidelines on Substance Abuse Prevention Among Adolescent Females and Males*. United Nations Office of Drugs and Crime. Vienna: Austria.

Van Ryzin, M., Kumpfer, K. L., Fosco, G., & Greenberg, M. (2016). (Eds.), *Family-Centered Prevention Programs for Children and Adolescents: Theory, Research, and Large-Scale Dissemination*. New York, NY: Psychology Press.

Ventura, S. J., Abma, J. C., Mosher, W. D., & Henslaw, S. K. (2008). *Pregnancy rates by outcome for the United States, 1990-2004*. National Vital Statistics reports, 56 (15). Hyttsville, M.D.: National Center for Health statistics.

Werner, E. E., & Johnson, J. L. (2004). The role of caring adults in the lives of children of alcoholics. *Substance Use and Misuse*, 39(5), 699–720.

DOS PAPÉIS DO PSICÓLOGO JURÍDICO NOS CASOS DE ABUSO SEXUAL INTRAFAMILIAR INFANTOJUVENIL

Data de aceite: 05/06/2020

Macia Cristini de Almeida Bezerra

Psicóloga Especialista em Psicodrama (FIP)

João Pessoa-PB

Membro da Comissão de Psicologia Jurídica do
CRP-13

Ivana Suely Paiva Bezerra de Mello

Mestre em Psicologia Clínica (Unicap)

João Pessoa-PB

RESUMO: O abuso sexual é uma das modalidades de violência cometidas contra a criança e adolescentes que tem apresentado uma prevalência cada vez maior, constituindo-se em uma grande vulnerabilidade social. Os abusos sexuais contra crianças e adolescentes acontecem em suas próprias casas, sendo os principais abusadores os pais ou o padrasto em uma dinâmica de pacto incestuoso. Nos últimos anos temos assistido no campo do Direito uma valorização do testemunho de crianças como prova material nos casos de abuso sexual intrafamiliar. Enquadre que reatualiza o campo tenso do psicólogo no meio jurídico quando espera que se identifique se de fato ocorreu ou não o abuso de crianças e adolescentes,

de forma a materializar e responsabilizar criminalmente seus autores. Apresenta os papéis e relevância do psicólogo jurídico, e seus diversos instrumentos e recursos técnicos de avaliação psicológica como a entrevista, os testes psicológicos, a observação, e outros procedimentos técnicos qualificados que serviriam de subsídios às decisões judiciais. Seja no papel de perito, psicólogo do setor psicossocial ou como entrevistador forense, o psicólogo é convocado a compreender a dinâmica silenciosa do incesto e seus efeitos sobre a vida emocional, social e familiar da criança ou adolescente para além do levantamento das provas judiciais.

PALAVRAS - CHAVE: Abuso sexual; psicólogo jurídico; avaliação psicológica; infância; adolescência.

ABSTRACT: Sexual abuse is one of the modalities of violence committed against child and adolescent that has presented growing prevalence, established in a substantial social vulnerability. And this happens at their own house, as the main abusers are either the father or the stepfather in a incestuous dynamic. In the last years, there has been in the legal field an increasing appreciation of the child's testimony as a proof material in sexual abuse cases

between family. A chart which revives the uptight area for the psychologist in legal issues when its expected to be identified if, in fact, there has been an child or adolescent abuse, in order to criminally materialize and responsabilize the abuser. In that field the necessity and relevance of the psychologist is discussed, it's several tools and technical resources of psychological evaluation such as the interview, the psychological test, the observation and other qualified technical methods that serves as a legal decision aid. Be that through the role of an expert, a psychosocial psychologist or a forensic interviewer, the psychologist is requested to comprehend the silent dynamic of incest and it's effects upon the child's or adolescent's family, emotional and social life from beyond the judicial evidence collected.

KEYWORDS: Sexual abuse; legal psychologist; psychological assessment; childhood; adolescence.

1 | INTRODUÇÃO

O abuso sexual é uma das modalidades de violência cometidos contra as crianças que tem apresentado uma prevalência cada vez maior, constituindo-se uma grande vulnerabilidade social em nosso país. Diante desta realidade, a sociedade muito mais que antes tem despertado interesse em viabilizar iniciativas para minimização ou desconstrução destas práticas.

Pesquisas acadêmicas e dados oficiais mostram que, em sua maior parte, os abusos sexuais contra crianças e adolescentes acontecem em suas próprias casas, sendo os principais abusadores os pais ou o padrasto (ARPINI et al., 2012; BAÍA et al., 2013; SIQUEIRA; ARPINI; SAVEGNAGO, 2011; BRASIL, 2017). A situação do abuso sexual envolve uma teia em que a vítima e sua família, por vezes silenciam, em uma trama de ditos e não ditos, e nela acontece a negação em que se perpetuam os abusos por longos anos, e normalmente sem uso da força física, mas com marcas psíquicas imensuráveis. (AZAMBUJA, 2011; FURNISS, 1993; SERAFIM, et al., 2011).

Embora a prática da violência sexual em contexto de família seja tão antiga quanto a história das civilizações, no entanto, ouvir sobre a temática ainda é algo que gera incômodo e repulsa. Assim, como os diversos profissionais que lidam com crianças e adolescentes dos quais lhes são exigidos tanto capacidade pessoal quanto formação específica sobre como atuar nestes casos. Desse modo, no contexto jurídico, ou em qualquer outro, é fundamental ao psicólogo a compreensão e o conhecimento disponível da dinâmica que envolve esta violência, além de um reconhecimento de seu papel quando se dispõe a realizar intervenções e avaliações psicológicas que permita conhecer a situação vivida pela criança, adolescente e sua família com vista as medidas de proteção encontradas no ECA - Estatuto da

Criança e Adolescente.

Nos últimos anos temos assistido no campo do Direito uma valorização do testemunho de crianças como prova material nos casos de abuso sexual intrafamiliar. Enquadre que reatualiza o campo tenso do psicólogo no meio jurídico quando espera que se identifique se de fato ocorreu ou não o abuso de crianças e adolescentes, de forma a materializar e responsabilizar criminalmente seus autores. Nele se discute a necessidade e relevância do profissional psicólogo, sua formação, seus diversos instrumentos e recursos técnicos de avaliação psicológica como a entrevista, os testes psicológicos, a observação, e outros procedimentos técnicos qualificados que serviriam de subsídios as decisões judiciais.

Assim, para subsidiar essas decisões o psicólogo tem sido chamado ao papel de perito, psicólogo do setor psicossocial e ainda entrevistador forense, em muitos Tribunais de nosso país. Sobre o lugar de entrevistador o Conselho Federal de Psicologia pautados na Resolução nº 10/2010/CFP, que instituiu a regulamentação da Escuta Psicológica de Crianças e Adolescentes envolvidos em situação de violência, determina que é vedado ao psicólogo o papel de “inquiridor” no atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência, pois estariam apenas se colocando como mediador do juiz.

E sobre estes aspectos levantados relevante se faz repensar sobre as práticas do psicólogo jurídico ao reconhecer as dificuldades que existe na identificação desta violência e retomar o debate sobre o papel deste profissional, valorizando seu conhecimento científico, seus instrumentos de trabalho a serviço da proteção da criança e do adolescente conforme preceitua os dispositivos do Estatuto da Criança e Adolescente- ECA.

21 O PAPEL DO PSICÓLOGO JURÍDICO

Os procedimentos técnicos utilizados pela Psicologia para o Direito devem seguir os preceitos disciplinados em resoluções e documentos editados pelo Conselho Federal de Psicologia, e constituem procedimentos gerais na prática psicológica, dos quais podem ser utilizados, também, para fins judiciais. Destas práticas a avaliação psicológica dispõe de um conjunto de estratégias que permitem ao Psicólogo Jurídico operacionalizar esta demanda específica e auxiliar no processo de tomada de decisão.

A avaliação psicológica no âmbito jurídico pode ser conceituada conforme dispõe a resolução n. 007/2003, que institui o Manual de Elaboração de Documentos Escritos produzidos por Psicólogos, e é entendida como o processo técnico-científico de coleta de dados, estudos e interpretação de informações a respeito dos fenômenos psicológicos, que são resultantes da relação do indivíduo com

a sociedade, utilizando-se, para tanto, de estratégias psicológicas – métodos, técnicas e instrumentos técnicos (entrevistas, testes psicológicos, observações, exame psíquico, estudos de campo, etc (CFP, 2003).

Neste sentido, a avaliação do abuso sexual infantojuvenil deve fornecer informações cientificamente fundamentadas de modo a orientar a tomada de decisão em processos judiciais, tanto os de natureza cível quanto criminal, e que será apresentada sob a forma de relatório ou laudo pericial. Segundo a perspectiva que considera a avaliação no âmbito jurídico como perícia psicológica, e como elemento de prova de extrema importância para convencer da certeza ou falsidade do ato ou fato jurídico (DAL PIZZOL, 2009 apud DELL'AGLIO; PELISOLI, 2014; GAVA; DELL'AGLIO, 2013), citada e nomeada pelos operadores de direito e a legislação brasileira (CPC-Lei nº 8.455/92- alterada pela Lei nº 8.455/92; GOMES, 2013). E outros que nomeia esta avaliação como estudo psicossocial conforme estudos¹ (DELL'AGLIO; PELISOLI, 2014).

Seja então como estudo psicossocial ou pericial o objetivo principal deve ser de assessorar os magistrados, fornecendo-lhes um relatório com informações que poderão lhe propiciar um entendimento mais amplo da situação na qual as vítimas, não agressores e agressores do abuso sexual estão envolvidas. É desse modo que o Psicólogo tem colocado seus conhecimentos à disposição do magistrado, contribuindo com informações relevantes da realidade social e psicológica.

A importância da perícia psicológica foi investigada em estudo de Gava e Dell'Aglio (2013), que consideraram como na ausência de evidências físicas como sendo ela,

Capaz de identificar, nas vítimas, sinais e sintomas indicativos de sofrimento psíquico associado à experiência vivenciada[...] e porque auxilia a qualificar ou legitimar a fala da criança[...] além do (grifo nosso) efeito terapêutico da perícia em alguns casos (GAVA; DELL'AGLIO, 2013, p.612)

É desse modo que para estimar o impacto, a medida dos riscos e o funcionamento psíquico das vítimas abusadas, na perícia, o psicodiagnóstico se revela como efetivo (GAVA, 2012). Avaliando-as em seu funcionamento cognitivo, afetivo, social, familiar, escolar e comportamental.

Estes mesmos autores, destacam alguns fatores que devem ser ponderados ao refletir sobre a avaliação destes casos. Um destes é a importância de uma avaliação cuidadosa, uma vez que a presença de um sintoma na construção da evidência de abuso sexual é falha no contexto pericial. Pois, não haveria um único quadro sintomatológico que caracteriza tal abuso, e uma vez presente pode não ser específico do abuso, podendo configurar e estar presentes em outras situações abusivas, ou ser reflexo de uma dinâmica de disputa de guarda, como sintoma

¹ Estudos de Costa, Legnani et al., 2009; Ribeiro, Costa, Penso, Almeida e Nogueira, 2010; Costa, Legnani e Zuim., 2009 trazidos em levantamento bibliográfico de Dell'AglioPelisoli, 2014.

das pressões exercidas por parte de um dos genitores, dos quais podem ser interpretados como decorrentes do episódio do abuso sexual.

É neste sentido que o uso de variados métodos e diversas fontes de informação, são importantes com vista a reunir maiores dados e dar consistência a avaliação, e devem contemplar tantos instrumentos psicológicos como observações, desenhos livres, recursos lúdicos, por vezes considerados como “recursos corriqueiros no dia a dia do psicólogo clínico que trabalha com crianças, e são utilizados de forma diversa quando no papel de perito, pois seu objetivo[...] é a avaliação forense”(TABORDA, 2012,p.263).

Habigzang e Koller(2011) e Welter e Feix(2010) chama atenção para levantar o maior número possível de elementos na avaliação: com coleta do relato das situações vividas, análise das repercussões fisiológicas e psicológicas, entrevistas com os responsáveis, com os familiares, escola, os amigos, a comunidade, os órgãos de proteção e os profissionais envolvidos no atendimento das vítimas de abuso sexual. Por serem relevantes para o conhecimento da rede de apoio social e afetiva, significativas a criança. Estes autores ainda observam que o Psicólogo ao realizar esta investigação deve deixar a criança a vontade não expondo à situação perturbadora.

No caso, para muitas crianças que não podem ser avaliadas por outros instrumentos técnicos, ou por serem muito pequenas (dois a três anos), ou ainda se recusarem por algum motivo, ou ainda estarem muito comprometidas emocionalmente, o ludodiagnóstico tem evidenciado como essencial. E consiste, em um procedimento de investigação clínica, utilizando pelo psicólogo, perito ou assistente técnico nas avaliações de crianças através da utilização de brinquedo estruturados(carrinhos, bonecas, animais, etc) e não estruturados(massinhas, guache, etc), visando a expressão autônoma dos conflitos familiares, angústias e dificuldades através da linguagem dos brinquedos, com vista a facilitar a comunicação entre psicólogo e a criança (R. M. L AFFONSO, III *Congresso Ibero-Americano de Psicologia Jurídica*, 1999, apud SILVA, 2012).

Ainda, utilizando instrumentos compreensivos para a avaliação do abuso sexual de adolescentes, o método de Rorschach, foi descrito por Scortegagna e Villemor-Amaral(2012) como importante instrumento de avaliação psicológica, apresentado em diversos estudos desenvolvidos no Brasil, Cuba, Argentina, Chile, Estados Unidos e Canadá. Os achados destes estudos conferem ao instrumento propriedades necessárias para responder de forma segura na investigação das consequências do abuso. Entretanto adverte o autor que o Rorschach requer dos especialistas uma extensa experiência na decodificação dos protocolos para uma avaliação segura, requeridos pelos altos padrões da avaliação forense, dos quais exigem tanto um trabalho extensivo quanto uma prática supervisionada a fim de

tornar-se eficiente na administração e na aferição dos escores básicos. Contudo, acrescenta que é uma ferramenta valiosa, se bem administrada, uma vez que os “testandos raramente se dão conta do tipo de interpretação psicológica que suas respostas poderão ter” (SCORTEGAGNA; VILLEMOR-AMARAL, 2012,p.274).

O uso de entrevistas psicológicas tem sido, também, evidenciado como alternativa eficaz no contexto de avaliação (LEAL,2008;CALÇADA e col. 2001 apud SILVA, 2012). Embora situem como um lugar de variadas dificuldades e desafios, do qual requer conhecimento prévio de técnicas de entrevista, aliada a uma compreensão teórica do tema acerca da violência sexual, além do estabelecimento primordial de confiança e respeito para execução deste trabalho (HABIGZANG, et al., 2008).

Em busca dos fatos legais, ela no entanto, carece de adaptar-se as peculiaridades do entrevistado. Desse modo a entrevista pode variar bastante de acordo com a idade e estágio de desenvolvimento, como no caso de uma adolescente de quinze anos de idade, a entrevista geralmente envolverá um questionamento direto e neutro, assumindo uma forma semelhante à da entrevista com um adulto. Com crianças pequenas, as comunicações não verbais como o desenho e o brinquedo são essenciais para o processo diagnóstico (FURNISS, 1993). E a orientação é deixar a criança livre o suficiente para relatar o que desejar, pois o entrevistador ao realizar perguntas sugestivas corre o risco de sugestioná-la, pois é importante acessar a memória e não o que foi instruído ou repetidamente ouvido.

Percebe-se que as formas de avaliação psicológica e o uso de variados instrumentos tem sido utilizado no âmbito jurídico para assessorar os magistrados na tomada de decisão destes casos. Seja estes através de um laudo pericial considerado pelos operadores de direito, seja através do estudo psicossocial, considerados pelos profissionais da psicologia e equipe interdisciplinar(dada a possibilidade de trocas de experiências), e em instrumentos técnicos produzidos pela ciência psicológica, a fim de não somente verificar a veracidade ou falsidade da ocorrência do abuso, mas também, compreender os efeitos sobre a vida emocional, social e familiar da criança ou adolescente.

A avaliação é, portanto, uma forma do Psicólogo transitar de uma fala íntima e familiar da vivência abusiva para uma fala social e pública, em que o psicólogo sobre um enquadre psicojurídico possa colaborar para que o juiz pela lei interdite a relação incestuosa.

Contudo, Pisa (2010) adverte que da análise de casos judiciais constata-se que crianças e adolescentes também podem fazer declarações falsas, sejam baseadas em falsas memórias ou numa distorção proposital dos fatos. Segundo o autor, as crianças são mais suscetíveis a susgetionabilidade e podem repetir, uma verdade que é de um adulto, frutos de suas percepções e suposições equivocadas

ou mal interpretadas, e terminam induzindo a criança a acreditar que foi vítima de abuso sexual. A criança pequena, por sua vez, considera a mentira como distorção da realidade e não como algo com intenção para obter um benefício próprio ou enganar o outro.

Este quadro pode ser encontrado na Alienação Parental em que as falsas acusações de abuso sexual desestrutura a capacidade da autonomia moral da criança - quando esta começa a distinguir a noção de justiça da noção de autoridade (Piaget, 1994 apud Silva, 2012) – em crianças de terna idade, por acreditarem que aquilo que o adulto diz deve ser obedecido e parece justa, faz então, seu relato parecer verossímil para adquirir credibilidade, sem qualquer noção de consequências (SILVA, 2012).

Prossegue Silva(2012) ao advertir que os psicólogos jurídicos devem estar atentos a estes relatos, tanto as verbalizações quanto as não verbalizações (expressões faciais, demonstração de sentimentos e outros sinais), bem ainda, os desenhos, testes e brincadeiras produzidas por estas crianças e levadas as análises pelo profissional. Uma interpretação equivocada pode prejudicar os envolvidos em acusações falsas.

Assim, face as pesquisas e discussões atuais com as modalidades de técnicas de entrevistas no contexto forense pelo psicólogo, distintas da modalidade de entrevistas psicológica clínica, notadamente insurge discutir brevemente a entrevista investigativa no contexto da Psicologia Jurídica.

3 | O USO DA ENTREVISTA INVESTIGATIVA NO CONTEXTO DA PSICOLOGIA JURÍDICA

Entrevistar uma criança ou adolescente para obter seu relato e diagnosticar um ato sexualmente abusivo, é complexo. Exige-se postura ética e empatia dos entrevistadores além de conhecimento sobre a dinâmica desta forma de violência. Por saber que raramente existe evidência física sobre o abuso sexual intrafamiliar de crianças e adolescentes, o uso de entrevistas investigativas tem sido descritas como a forma de conseguir respostas eficientes, detalhadas e precisas, necessárias para prova judicial(ROVINSKY; STEIN, 2009; YILLE, 2009 *apud* RIOS, 2014)

A entrevista investigativa tem, portanto neste contexto, o objetivo da coleta de informações que são relevantes para a compreensão do evento abusivo, sem interferir nas recordações armazenadas na memória da criança (RIOS, 2014). Deve-se distinguir esta entrevista de outras recorrentes de uso do psicólogo, como a entrevista clínica, que levanta a trajetória desenvolvimental do sujeito investigado para fins terapêuticos e de ajuda emocional.

Azambuja (2009) apresenta que os diferentes protocolos de entrevista

investigativa forense, de modo geral, divide-se em três etapas: construção de *rapport* e estabelecimento das regras de entrevistas; nesta etapa espera-se um estabelecimento de confiança com a criança e conhecimento de suas habilidades de comunicação, ainda informa-la sobre o propósito da entrevista; Solicitação de relato livre, a criança é estimulada a relatar livremente o que possa recordar dos eventos; Na terceira etapa utiliza a técnica da pergunta sugestiva, para obter informações ainda não trazidos pela criança na entrevista. Nesta etapa as perguntas fechadas e sugestivas podem ser utilizadas, mas baseadas naquilo que a criança trouxe no relato livre.

Segundo Habigzang, et al., (2008) o ambiente da entrevista deve garantir que a criança e o adolescente se sintam confortável física e psicologicamente, e ao mesmo tempo deve ser informal, livre de perturbações e de distrações, num espaço privado. Assim como um uso de palavras adequadas ao vocabulário da criança ou adolescente.

Um dos aspectos salientado, na literatura, é a necessidade de registro por meios eletrônicos de gravação, uma vez que esta gravação permitiria a retenção de um número maior de dados durante a entrevista, de modo que as inconsistências dos relatos poderiam ser percebidos depois ao verificar as gravações, além de ser um importante instrumento para medir o desempenho do entrevistador (HABIGZANG, et al., 2008; ROVINSKY;STEIN, 2009; RIOS, 2014).

Segundo, ainda Habigzang et al., (2008) algumas habilidades são necessárias ao entrevistador, dentre estas: habilidade empática, habilidades não verbais(voz modulada, suave, mais firme; postura corporal e gestos com um olhar de segurança e direto para criança, etc.), habilidade de perguntar, sabendo o momento de fazer perguntas abertas ou fechadas, de forma clara e precisa para que a criança possa romper com o segredo, além da capacidade de saber sumarizar as informações, parafrasear e conduzir a entrevista conforme os objetivos propostos, dentre outras.

Numa revisão da literatura a Entrevista Cognitiva(EC) tem sido privilegiada, além de seus variados protocolos, e ainda, descritas como uma poderosa ferramenta que reduz as chances das falsas memórias para a escuta de vítimas de delito desta espécie. O protocolo NICHD (National Institute of Child Health and Human Development) é reconhecido internacionalmente como instrumento mais adequado para entrevista estruturada com crianças vítimas de violência (WILLIAMS et al., 2014). Os protocolos de entrevista auxiliam os profissionais na hora da entrevista, servindo como um instrumento de orientação.

Pelisol e Dell’Aglío (2015), indica várias referências² em que a entrevista cognitiva tem sido foco de estudos e pesquisas, para a investigação do abuso,

2 Referências de estudo de Fisher e Geiselman, 2010; Köhnken Et Al., 1999; Memon, Zaragoza, Clifford, e Kidd, 2010; Olafson, 2007; Pergher e Stein, 2005, citadas por Pelisoli;Dell’Aglío(2015).

das quais apresentaria maior sustentação empírica do que outros instrumentos de avaliação tradicionais. E cita como exemplo uso do protocolo NICHD, que tem sido utilizado na entrevista destas investigações ao redor do mundo.³

No entanto, estes dois autores contradizendo algumas destas pesquisas internacionais em recente publicação de pesquisa brasileira acerca das práticas psicológicas e ao uso de instrumentos, em situação de abuso sexual pelos psicólogos indicaram que estes permanecem utilizando muito mais técnicas tradicionais do que novas ferramentas. Com “um percentual maior de uso de entrevista lúdica/hora do jogo, comparado ao uso de técnicas de entrevista cognitiva”(PELISOLI;DELL’AGRIO,2015,p.60).E o uso destas entrevistas investigativa e seus protocolos ainda são deficitárias. Como no caso

do *Statement Validity Assessment – SVA* (Instrumento de Análise de Validade da declaração) que aparece subutilizado pelos psicólogos no Brasil.

A análise da validade da declaração (*Statement Validity Analysis – SVA*) é uma técnica que tem sido empregada em diferentes países e objetiva avaliar a validade de uma declaração, com indicadores que se baseiam no pressuposto de que as afirmações realizadas por uma criança ou adolescente sobre a experiência abusiva que realmente aconteceu diferem de maneira quantificável das afirmações falsas ou produto de suas fantasias. Pela dificuldade que muitos profissionais relatam ao discernir entre um relato de um fato real ou fantasiado de uma criança ou adolescente, esta diferenciação se faz importante. O SVA é composto por três elementos: avaliação psicológica da vítima, análise de sua declaração de acordo com determinados critérios, e comprovação da validade (PELISOLI;DELL’AGLIO,2015; HABIGZANG et al., 2008).

Diante do que foi exposto a avaliação psicológica e o uso da entrevista investigativa constitui-se, nesse contexto, como os principais recursos que possam vir a assessorar na tomada de decisão do juiz quanto aos elementos de provas, com respaldo técnico-científico da psicologia jurídica.

4 | PARA ALÉM DA ENTREVISTA INVESTIGATIVA: O PSICÓLOGO E A ESCUTA ESPECIAL

O Sistema de Justiça diante da complexidade da escuta de crianças vítimas de abuso sexual implantou em 2003, a primeira experiência intitulada Depoimento sem Dano, no Estado do Rio Grande do Sul, em que o psicólogo ou assistente social realiza a entrevista com a vítima. O procedimento acontece em uma sala próxima

³ Estudos que demonstram que o protocolo NICHD vem sendo usado ao redor do mundo nas entrevistas de investigação de criança e adolescentes abusados sexualmente como Hershkowitz et. al., (2007); Lamb et al., 2009; Lyon, Lamb e Myers, (2009) citados por Pelisoli e Dell’Aglio (2015).

à sala de audiências, na qual se encontra o juiz, que endereça as perguntas ao profissional e este a reformula de forma a não induzir a vítima em suas respostas. Na audiência também estão presentes o promotor de justiça, o réu e seu defensor, sendo a entrevista com a vítima filmada e transmitida em tempo real. E surgiu como modo de retirar as crianças e os adolescentes do ambiente tradicional das audiências consideradas revitimizantes.

Ocorre que uma corrente de estudiosos brasileiros da temática do abuso sexual infantil tem lançado luz sobre a atuação de psicólogos no âmbito jurídico atuando nesta escuta, pois argumentam que divergem de ações que consideram as falas e escutas destas vítimas apenas como fornecedoras de informações para a justiça, indo na contramão da evolução histórica do tratamento dispensado a estes enquanto sujeitos de direito e proteção as peculiaridades de seu desenvolvimento. E defende como central ao atendimento a este público sob estas condições de violação de direitos, intervenções éticas que der voz ao discurso sem ser prejudicial às demandas das crianças e adolescentes. Ainda asseveram que a inquirição compromete a condição de autonomia profissional. (AJAMBUJA, 2009; COIMBRA, 2014; BRITO, 2012; TEIXEIRA, 2013; PAULO, 2013).

Os questionamentos sobre o lugar do psicólogo desta forma levantaram um mal-estar entre os órgãos representantes da psicologia – Conselho Federal de Psicologia (CFP), e os tribunais, que sustentam de forma inovadora como um lugar a ocupar perante os casos de abuso sexual, enquanto condutores do depoimento especial que tramita em processos judiciais, enquanto os órgãos do Conselho indagaram, e ainda se indagam, sobre a atribuição na proteção da criança em uma escuta bastante diferenciada de uma inquirição, da qual não caberia este lugar ao Psicólogo, segundo a resolução CFP 010/2010 (institui a regulamentação da Escuta Psicológica de Crianças e Adolescentes envolvidos em situação de violência, na rede de proteção). E, ainda questiona-se até que ponto essa importância dada à palavra da criança vem assegurar seu melhor interesse, como questiona, “exigir da criança a responsabilidade pela produção da prova da violência sexual através do depoimento judicial não seria uma nova violência contra a criança?” (AZAMBUJA, 2009, p.76).

São questionamentos necessários a se fazer durante a prática de escuta de crianças em nome da Doutrina da Proteção Integral, face as consequências que podem advir tanto do ato abusivo quanto da forma como foi recepcionado a criança e ao adolescente para seu desenvolvimento físico, social e psíquico.

Entretanto, o juiz Daltoé Cezar, autor do projeto Depoimento Sem Dano (DSD), assevera que a oitiva realizada por um Psicólogo ou Assistente Social contribuiria para garantir a qualidade do depoimento, pois seria feito de maneira menos agressiva ou invasiva para o entrevistado, uma vez, que estes deteriam

o conhecimento qualificado sobre crianças e adolescentes, quando devidamente qualificado sobre o tema do abuso sexual intrafamiliar (CEZAR, 2007).

Brito e Parente(2012) em artigo levanta pontos e contrapontos da inquirição judicial de crianças e oferece importantes contribuições ao discutir sobre referencial bibliográfico produzido nos últimos anos sobre o tema. E da controvertida inserção do Psicólogo no Depoimento Especial, as autoras afirmam que muito ainda se tem a discutir sobre o procedimento por envolver questões complexas que atinge tanto as crianças e adolescentes quanto os profissionais da área de psicologia. O que não quer dizer se fecha em discussões dicotomizadas, sem, contudo, realizar reflexões sobre sua prática.

Para a intervenção do psicólogo durante as avaliações faz necessário o conhecimento deste complô que se mantém em sigilo por uma dinâmica complexa, em que o abusador em sua relação de poder sobre o abusado, ao utilizar de seu papel de cuidador toma da confiança e do afeto que a criança ou o adolescente tem por ele para iniciar, de forma sutil, com carinho, toques e carícias, o abuso sexual. Por não identificar imediatamente, na maioria dos casos, esta relação como abusiva a criança não revela a ninguém.

A partir do momento que as crianças e adolescentes percebem que estão sob violência, são obrigadas a não revelar. Segundo Furniss(1993) pode ser dito a criança que aquilo que acontece entre o abusador e ela é um “segredinho”. Este segredo, acrescenta o autor, pode ser revestido de ameaças, violências, castigos, chantagens ou barganhas. Ao seduzir a criança ou o adolescente com presentes o abusador transmite a falsa ideia deste ser especial deturbando seu senso de identidade e submetendo-a a um suposto ganho secundário. A única maneira, portanto, do abusador sustentar o sigilo será garantir estes meios de controle.

Considerando que neste silêncio estão envolvidos abusado e abusador, Furniss(1993) indica que se estabelece nesta relação abusiva além do pacto de silêncio, uma síndrome do segredo e adicção. Este segredo é um “acordo” entre abusador e abusado em que aquilo que aconteceu entre eles permanecerá oculto. Acrescenta o autor que se diz síndrome porque o abuso não é nomeado e ocorre como se não tivesse ocorrido. A vítima, com isto, não é autorizada dar nomes a esta experiência e sob ameaças é impedida de falar.

É neste sentido que o abuso acontece revestido de rituais, dos quais por serem tão intensos aquele que abusa parece outra pessoa. Furniss(1993) coloca que a dissociação da realidade faz com que a criança não perceba a realidade de fato, indagando-se se aquilo realmente ocorreu. Pois o perpetrador tenta negar a experiência através de atos repetitivos e ritualizado, da qual transforma-se de cuidador para abusador, com rituais de entrada e saída, como mudança na voz, ausência de contato visual, práticas sexuais em locais escuros de modo que a

vítima não visualize o abusador.

Segundo Furniss(1993) as pessoas de confiança são os profissionais em cuja presença, a criança/adolescente que sofreram abuso sexual se sentem suficientemente seguras para começar a comunicar a realidade secreta do abuso sexual, acrescenta o autor que este profissional deve proporcionar suporte emocional e dá a criança/adolescente e licença explícita para revelar o abuso, a fim de romper a síndrome.

A violência gera um ambiente, no qual predominam os sentimentos de medo e de desamparo. Estes contribuem para que o abuso sexual seja mantido em segredo pela própria vítima e por outros membros da família que, em alguns casos conhecem a situação, mas não a denunciam (DE ANTONI; KOLLHER, 2012; HABIGZANG; KOLLER, 2011).

É por tudo isso que a história da criança e a suspeita de abuso sexual precisa ser conhecida e compreendida pelo psicólogo, que é orientado tanto pelas informações contidas no processo judicial quanto pela narrativa da vítima e de sua família com papéis que lhe solicita saberes diversos, e enquadre cada vez mais peculiar, seja como perito, assistente de perícia, psicólogo do setor psicossocial ou aquele psicólogo que presta ao papel de entrevistador forense no Depoimento Especial.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendemos, com isso, que a gênese do pacto do silêncio se consubstancia na ideia da manutenção da família como núcleo estruturador dos indivíduos. Sendo assim, revelar seria apresentar uma quebra no imaginário destas famílias. Por outro lado, o pacto de silêncio se estabelece como um dispositivo do poder hierárquico deste abusador e será retroalimentado na família, caso não seja interdita.

Percebemos que a maior parte da literatura enfatiza a ocorrência do incesto em um funcionamento familiar perturbado, o pensar que, seja pelas desordens familiares, seja pela fragilidade da criança, as que leva a inúmeras dificuldades de se romper com a dinâmica familiar incestuosa na revelação do abuso sexual infantil são delicadas e complexas. Ao Psicólogo cabe, entretanto, o entendimento desta dinâmica pois a responsabilidade que se colocam para o profissional no desempenho desta função deve-se pautar em intervenções éticas que der voz a criança e ao adolescente para além do levantamento de provas.

Algo interessante ao papel do profissional Psicólogo nos casos de abuso sexual infantojuvenil deve ser pontuado ‘não importa quantos anos de experiência tenhamos, ou quantos casos parecidos tenhamos atendido’(SILVA, 2013.p.294) cada caso será singular e possui suas particularidades e como tais devem ser

tratados.

REFERÊNCIAS

AZAMBUJA, M.R.F et al. Violência Sexual Contra Crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 17-21.

AZAMBUJA, M.R.F. A inquirição da vítima de violência sexual intrafamiliar à luz do melhor interesse da criança. In: Falando sério sobre a escuta de crianças e adolescentes envolvidos em situação de violência e a rede de proteção. Brasília: CFP, 2009, p. 25-69.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. (org). Crianças Vitimizadas: a síndrome do pequeno poder. São Paulo: Iglu Editora, 1989.

BAÍÁ, P. A. et al. Caracterização da revelação do abuso sexual de crianças e adolescentes: negação, retratação e fatores associados. Temas em Psicologia, 21(1), 193-202.2013.

BRASIL. Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jul. 1990.

_____. Boletim Epidemiológico Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017 . Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, v.49, n. 27, jan./jun. 2018.

_____.Código de Processo Civil–Lei n. 5.869 de 11 de janeiro de 1973. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5869.html>.

BRITO, L. M. T. Anotações sobre a Psicologia jurídica. Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 32, n.SPE, p. 194-205, 2012.

BRITO, L. M. T.; PARENTE, D. C. Inquirição judicial de crianças: pontos e contrapontos.Psicol. Soc., Belo Horizonte, v. 24, n. 1, p. 178-186, 2012.

CEZAR, J. A. D. Depoimento sem Dano: uma alternativa para inquirir crianças e adolescentes nos processos judiciais. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Avaliação Psicológica: diretrizes na regulamentação da profissão. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2010.

_____. Resolução n. 008/2010. Dispõe sobre a atuação do psicólogo como perito e assistente técnico no Poder Judiciário. Brasília: 2010.

_____.Resolução n.010/2010. Institui a regulamentação da Escuta Psicológica de Crianças e Adolescentes envolvidos em situação de violência, na Rede de Proteção. Brasília: CFP, 2010.

_____.Nota Técnica nº 1/2018/GTEC/CG, de 25 de janeiro de 2018. Nota técnica sobre os impactos da Lei nº 13.431/2017 na atuação das psicólogas e dos psicólogos.

FURNISS, T. Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar. Tradução: Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GAVA, L. L.; DA SILVA, D. G.; DELL'AGLIO, D. D. Sintomas e quadros psicopatológicos identificados nas perícias em situações de abuso sexual infantojuvenil. Psico, vol. 44, nº 2, p.235-244, 2013

GAVA, L. L. Perícia psicológica no contexto criminal em casos de suspeita de abuso sexual infantojuvenil. 2012. 112 f. Tese (doutorado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul - RS.

GAVA, L. L.; DELL'AGLIO, D. D. Percepções de psicólogos sobre a perícia nos Institutos Médico-Legais do Brasil. *Estudos de Psicologia*, v. 18, n. 4, p. 609-617, 2013.

COSTA. O Estudo psicossocial forense como subsídio para a decisão judicial na situação de abuso sexual. *Psicol. Teoria e Pesq.* Brasília, v.24, n.2, p.161-169, 2008. Disponível em: www.scielo.br/scinrm=iso. Acesso em: 18 abr. 2019.

HABIGZANG, L. F.; SILVA, R. S.; KOLLER, S. H. Violência sexual contra crianças e adolescentes: Definições, mitos e indicadores. In: M. Poletto, A. P. L. Souza, & S. H. Koller (Eds.), *Direitos humanos, prevenção à violência contra crianças e adolescentes e mediação de conflitos: manual de capacitação para educadores*. Porto Alegre: Ideograf, p. 190-204, 2013.

HABIGZANG, L. F. et al. Avaliação psicológica em casos de abuso sexual na infância e adolescência. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 338-44, 2008.

HABIGZANG, L. F. et al. Caracterização dos sintomas do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em meninas vítimas de abuso sexual. *Psicologia Clínica*, v. 22, n. 2, p. 27-44, 2010.

PAULO, B.M. Nadando contra a corrente: outro olhar sobre a participação de psicólogos na inquirição de crianças. In: PAULO, B.M. *Psicologia na Prática Jurídica: a criança em foco*. 2. Ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

PELISOLI, C. L. Psicologia e as relações com a justiça: práticas, conhecimento e tomada de decisão em situações de abuso sexual. 2013, 185 f. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013.

PELISOLI, C. L.; DELL'AGLIO, D. D. Práticas de profissionais de Psicologia em situações de abuso sexual. *Arq. bras. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 67, n. 1, 2015.

_____. As Contribuições da Psicologia para o Sistema de Justiça em Situações de Abuso Sexual. *Psicologia: Ciência e Profissão*, vol. 34, nº 4, p. 916-930, 2014.

RAMIRES, V. R.; FRONER J.P. A escuta de crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar na concepção de profissionais que atuam no âmbito do Judiciário. *Psicol. Rev. (Belo Horizonte)*, Belo Horizonte, vol. 15, nº 3, dez. 2009

ROVINSKI, S. L. R.; STEIN, L. M. O uso da entrevista investigativa no contexto da psicologia forense. In: *Psicologia jurídica: perspectivas teóricas e processos de intervenção*. São Paulo: Vetor, p. 67-74, 2009.

RIOS, A. M. F. M. Violência infantil: evidências em crimes sexuais contra crianças. 96 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia - Área de Concentração em Cognição Humana-Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

SANDERSON, C. Abuso sexual em crianças: fortalecendo pais e professores para proteger crianças contra abusos sexuais e pedofilia. São Paulo: M. Books, 2008.

SERAFIM, A. P. et al. Dados demográficos, psicológicos e comportamentais de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 143-147, 2011.

SCORTEGAGNA, S. A.; VILLEMOR-AMARAL, A. E. Uso do Rorschach na investigação do abuso sexual infantil. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, p. 271-280, Ago. 2012.

SILVA, D. M. P. Psicologia jurídica no processo civil brasileiro: a interface da Psicologia com o Direito nas Questões de Família e Infância. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2012.

SIQUEIRA, A; ARPINI, D. M.; SAVEGNAGO, S. D. O. Família e abuso sexual na perspectiva de adolescentes em situação de vulnerabilidade social. Aletheia, n° 34, p. 109-122; 2011

TEIXEIRA, D.M. Contribuições da psicologia e consideração sobre o papel ético-político do psicólogo na efetivação de direitos de crianças e adolescentes. In: PAULO, B.M. Psicologia na Prática Jurídica: a criança em foco. 2. Ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

WELTER, C. L. W.; FEIX, L. F. Falsas memórias, sugestionabilidade e testemunho infantil. In: L. M. Stein (Ed.), Falsas Memórias: fundamentos científicos e suas aplicações clínicas e jurídicas. Porto Alegre: Artmed. p. 157-185, 2010.

WILLIAMS, L.C.de A. et al. Investigação de suspeita de abuso sexual infantojuvenil: o Protocolo NICHHD. Temas psicol. 2014, vol.22, n° 2, pp. 415-432.

MARCOS DO DESENVOLVIMENTO MOTOR DE CRIANÇAS DE 0 A 3 ANOS NUMA VISÃO NEUROPSICOPEDAGÓGICA: CONHECENDO O TÍPICO PARA IDENTIFICAR O ATÍPICO

Data de aceite: 05/06/2020

Data de submissão: 15/05/2020

Mariana Abreu da Silva Velho

Laboratório de inovações educacionais e estudos neuropsicopedagógicos-LIEENP/CENSUPEG – São Fidélis -RJ

<http://lattes.cnpq.br/2548501933288477>

Fabício Bruno Cardoso

Laboratório de inovações educacionais e estudos neuropsicopedagógicos-LIEENP/CENSUPEG – São Fidélis -RJ

<http://lattes.cnpq.br/4558154670844171>

RESUMO : Este artigo tem como objetivo fazer uma revisão sobre os marcos do desenvolvimento motor de crianças de 0 a 3 anos. Esse período é marcado por intensas e rápidas mudanças para o desenvolvimento humano. Essa fase compreende o desenvolvimento cerebral, e conseqüentemente, as conexões necessárias para os ganhos motores, cognitivos e socioemocionais. Por isso, é muito importante ficar atento à possíveis alterações no desenvolvimento das crianças durante esse período. Por outro lado, deve-se levar em conta que o desenvolvimento alcançado é mutável e, portanto, depende do meio e dos estímulos

que cada indivíduo recebe desde o nascimento até o meio da primeira infância. Neste trabalho as etapas do desenvolvimento motor serão apresentadas e discutidas com intuito de auxiliar na identificação de possíveis sinais de alerta sobre o desenvolvimento que deve ser alcançado pela criança em cada faixa etária. Isso se faz necessário para que se possa iniciar uma intervenção a fim de atenuar os déficits apresentados.

PALAVRAS-CHAVE: Desenvolvimento Motor; Crianças; Neuropsicopedagogia.

MILESTONES OF MOTOR DEVELOPMENT IN CHILDREN FROM 0 TO 3 YEARS IN A NEUROPSYCHOPEDAGOGICAL VISION: KNOWING THE TYPICAL TO IDENTIFY THE ATYPICAL

ABSTRACT: This article aims to review the milestones of motor development in children aged 0 to 3 years. This period is marked by intense and rapid changes for human development. This phase comprises brain development, and consequently, the necessary connections for motor, cognitive and socio-emotional gains. Therefore, it is very important to be aware of possible changes in children's

development during this period. On the other hand, it must be taken into account that the development achieved is changeable and, therefore, depends on the environment and the stimuli that each individual receives from birth to the middle of early childhood. In this work, the stages of motor development will be presented and discussed in order to assist in the identification of possible warning signs about the development that must be achieved by the child in each age group. This is necessary so that an intervention can be initiated in order to mitigate the deficits presented.

KEYWORDS: Motor Development; Children; Neuropsychopedagogy.

1 | INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil ocorre desde a concepção e continua a partir do nascimento. A primeira infância é a fase em que o cérebro se desenvolve mais rapidamente. Essa fase compreende o desenvolvimento cerebral, e, conseqüentemente, as conexões necessárias para os ganhos motores, cognitivos e socioemocionais. Sendo assim, é de suma importância conhecer os marcos do desenvolvimento motor esperados para cada idade afim de identificar e intervir assim que o atraso for percebido.

Existem algumas discordâncias na literatura quanto ao conceito de primeira infância. No livro *Desenvolvimento Humano* de D. Papalia e S. Olds (2000) é considerada primeira infância o período que se estende do nascimento até os três anos de idade. Pesquisas recentes descrevem a primeira infância como o período dos primeiros 1000 dias a partir da gestação até os quase três anos de vida da criança como os mais importantes para o desenvolvimento, pois é o período de maior atividade cerebral. Neste período é moldado e absorvido tudo o que é novo e é fixado o que já foi experienciado (Antonio Jose Ledo Alves da Cunha, et. Al., *J. Pediatría* (2015), 91, S44-S51). Por outro lado, a *Caderneta de Saúde da Criança*, do Ministério da Saúde (2014) considera que a primeira infância se estende até os seis anos de idade. Segundo o Ministério da Saúde, essa definição da primeira infância está alinhada com o Marco Legal da Primeira Infância, Lei n.º 13.257, de 8 de março de 2016 (BRASIL, 2016).

Os documentos do Ministério da Saúde, a saber, o *Caderno de Atenção Básica Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento* (2012), a *Caderneta de Saúde da Criança* (2014) as *Diretrizes de Estimulação Precoce: crianças de 0 a 3 anos com atraso neuropsicomotor* (2016) e a *Política Nacional de Atenção Integral À Saúde da Criança* (2018), apresentam vários marcos do desenvolvimento infantil, bem como possíveis sinais de alerta sobre o desenvolvimento que deve ser alcançado pela criança em cada faixa etária. Além disso, esses documentos sugerem algumas estimulações que podem começar a serem feitas pelos responsáveis assim que for

identificado qualquer alteração no desenvolvimento. Também contêm orientações para o encaminhamento dessa criança para um tratamento especializado e multiprofissional.

A ampliação do acesso à Atenção Básica no Brasil e a incorporação da filosofia do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (Paisc), criado em 1984, na atenção à saúde da criança, foram aspectos decisivos para o avanço nos indicadores assistenciais e da situação de saúde das crianças brasileiras.

A Caderneta de Saúde contém instrumentos de vigilância do desenvolvimento que podem ser usados desde o nascimento até os 3 anos além de orientações para a tomada de decisão caso haja algum sinal de alerta (páginas 44 a 48). Esse é o primeiro documento que os pais têm acesso, pois esta é entregue nas maternidades na hora da alta junto com os documentos do recém-nascido, e deve ser usado como um aliado durante o crescimento da criança.

Porém, ainda hoje a Caderneta de Saúde não tem todo o seu conteúdo divulgado amplamente de forma a abranger principalmente os responsáveis e os educadores que são aqueles que têm contato na maior parte do tempo com a criança. Essa função muitas vezes é deixada a cargo somente do pediatra.

“O desenvolvimento cognitivo integral está ligado a relações satisfatórias entre as funcionalidades: sensorial, perceptiva, motora, linguística, intelectual e psicológica, assim como as relações sócio afetivas cujo progresso de tais dimensões se estruturam a partir de etapas de maturação neuro cerebral do indivíduo” (Ministério da Saúde, Diretrizes de estimulação precoce, 2016). Ainda segundo (MARCONDES, 2004): “Os marcos do desenvolvimento é o resultado da assimilação e integração pelo indivíduo de fatores genéticos, biológicos, psíquicos e sociais, com as características intrínsecas (biológicas) e extrínsecas (ambientais)”

Assim, é um consenso que o desenvolvimento humano não acontece de forma isolada. É o contato com o meio, com seus pares, responsáveis e com estímulos diversos que faz com que o ser humano possa desenvolver suas habilidades plenamente. Quando isso não acontece de forma natural é preciso identificar possíveis alterações e suas causas. No que diz respeito ao desenvolvimento motor é possível encontrar todos os marcos pretendidos para cada idade tanto nas fontes já mencionadas como em outras literaturas que serão abordadas mais a frente, não esquecendo porém, que o desenvolvimento motor também está sujeito a fatores endógenos e exógenos, ou seja, o meio em que a criança vive e os estímulos que ela recebe são partes importantes nesse desenvolvimento.

“Quando o sistema nervoso central, os músculos e os ossos são suficientemente maduros e o ambiente oferece oportunidades adequadas, os bebês não param de surpreender os adultos com suas novas habilidades” (D. Papalia e S. Olds. 200 p. 116).

Neste contexto, este trabalho tem como objetivo ofertar ao leitor uma revisão bibliográfica a respeito dos marcos do desenvolvimento motor de crianças de 0 a 3 anos, apontando a importância de conhecer o típico para identificar o atípico.

2 | DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Assim como o acompanhamento pré-natal, as consultas de rotina durante os primeiros meses de vida são de suma importância para acompanhar o desenvolvimento da criança. Durante o primeiro ano de vida o desenvolvimento ocorre rapidamente e nesse período o bebê adquire novas habilidades em um curto espaço de tempo. Por causa dessa rápida evolução é recomendado um acompanhamento mensal do bebê a fim de detectar atrasos nos marcos motores.

O Ministério da Saúde no Caderno de Atenção Básica (2002), ressalta a importância das visitas de rotina às Unidades Básicas de Saúde (UBS). A regularidade das visitas ao pediatra proporciona à cada criança um acompanhamento individualizado aumentando as chances de se identificar sinais de alerta para possíveis atrasos no desenvolvimento motor.

Na página 28 do Caderno de Atenção Básica (2002) consta uma tabela, Figura 1, com a quantidade mínima necessária de visitas ao pediatra para um acompanhamento satisfatório do desenvolvimento infantil.

Número de consultas	IDADE												
	dias	meses								anos			
	até 15	1	2	4	6	9	12	18	24	3	4	5	6
1º ano - sete													
2º ano - duas													
3º ano - uma													
4º ano - uma													
5º ano - uma													
6º ano - uma													

Figura 1 - Segmento do calendário do Caderno de Atenção Básica. Enfatiza que o acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento podem ser indicadores da qualidade da atenção prestada à criança no nível dos serviços de saúde

É importante conhecer os marcos do desenvolvimento motor, mas é preciso também levar em consideração a história de cada criança. As idades apresentadas não são rígidas e cada criança aprende novas habilidades a seu próprio tempo. É preciso respeitar, observar e ficar atento para que não se confunda atraso com o tempo normal que cada um adquire novas habilidades.

Segundo Papalia e Feldeman (2013), mesmo antes do nascimento, o

crescimento e o desenvolvimento físico seguem os princípios céfalo-caudal e próximo-distal. O primeiro ocorre de cima para baixo enquanto o segundo do centro para as extremidades. Antes do nascimento o cérebro cresce mais rapidamente, o que o torna desproporcionalmente maior, e isso continua assim até o nascimento. Porém, após o nascimento e à medida que o bebê vai crescendo essa diferença se atenua. Com o desenvolvimento sensorial e motor acontece a mesma coisa. Pelo princípio céfalo-caudal, primeiro os bebês aprendem a usar a parte de superior do corpo e somente depois a inferior. Já no princípio próximo-distal tanto o crescimento como o desenvolvimento motor acontecem do centro para as extremidades. Isso significa que na primeira e segunda infância os membros superiores e inferiores crescem mais rápido que as mãos e os pés. Primeiramente os bebês usam as partes mais próximas do centro do corpo e por último as mãos e os pés.

O Caderno de Saúde de 2002 traz uma ilustração para exemplificar didaticamente os marcos do desenvolvimento motor da criança.



Figura 2 - Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

Caderno de Saúde (2002, p.79)

A tabela 1 abaixo resume mês a mês os principais marcos do desenvolvimento infantil. Esses marcos podem ser encontrados de uma maneira mais detalhada no documento do Ministério da Saúde, Diretrizes para a Estimulação Precoce: crianças de 0 a 3 anos com atraso neuropsicomotor (2016). Por trazer a preocupação com os

atrasos no desenvolvimento e sabendo da importância da estimulação precoce esse texto expõe de maneira muito mais completa todas as fases do desenvolvimento infantil. Mesmo não sendo de ampla divulgação como a Caderneta de Saúde da Criança, ele tem o objetivo de esclarecer médicos e enfermeiras das Unidades Básicas de Saúde para que possam orientar e encaminhar as crianças que apresentem atrasos nesses marcos.

IDADE	INDICADORES DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL
1º mês	<p>Postura característica do bebê em supino: membros flexionados (hipertonía fisiológica), cabeça oscilante, comumente mais lateralizada, mãos fechadas. Os membros inferiores mais livres, que alternam movimentos de flexo-extensão, porém com as pernas geralmente fletidas sobre o abdome. O tronco apresenta característica mais hipotônica, com ausência de equilíbrio cervical e de tronco. Apresenta movimentos amplos, variados e estereotipados, com forte influência de reflexos primitivos. Abre e fecha os braços em resposta ao estímulo, movimento que pode estar influenciado pelo Reflexo de Moro.</p> <p>Em prono: o peso do corpo se encontra na cabeça e tronco superior, em função da elevação da pelve decorrente da flexão de membros inferiores. Isto dificulta a ampla mobilidade dos membros superiores. Pode levantar a cabeça momentaneamente, sempre lateralizada, sem alcance da linha média (ajeita a cabeça para poder respirar / primeiro passo no desenvolvimento da extensão anti-gravitacional).</p>
2º mês	<p>Em supino: pode apresentar uma postura mais assimétrica, influenciada pela resposta ao Reflexo Tônico Cervical Assimétrico (extensão dos membros superior e inferior do lado para o qual a face está volta, e flexão dos membros contralaterais). Acompanha visualmente os objetos ou a face humana, com movimentos de cabeça geralmente até a linha média.</p> <p>Prono: eleva mais a cabeça, aproximadamente 45°, mas não a mantém erguida. Os membros inferiores estarão um pouco mais estendidos, porém, ainda em flexão.</p> <p>Colocado na posição sentada, mantém a cabeça elevada intermitentemente.</p>
3º mês	<p>No final do 3º mês, espera-se aquisição do equilíbrio cervical.</p> <p>Supino: melhor controle cervical, consegue manter a cabeça na linha média. Acompanha objetos visualmente com movimentos de rotação da cabeça para ambos os lados, a mais de 180°. Os movimentos dos olhos e cabeça já são, muitas vezes, simultâneos e coordenados.</p> <p>Prono: é capaz de fazer a descarga de peso em antebraços, com melhora da estabilidade escapular, elevando a parte superior do tronco e a cabeça (em 90°), na linha média.</p> <p>Puxado para sentar: leve atraso de cabeça.</p> <p>Colocado na posição sentada: mantém a cabeça erguida, podendo ainda ocorrer oscilações.</p>

4° mês	<p>Alterna facilmente os movimentos dos membros entre a extensão e a flexão. Postura mais simétrica; une as mãos na linha média, mantendo também a cabeça mais centralizada. Os olhos são mais ativos e a atenção visual contribui para o aumento da estabilidade da cabeça e garante a sua correta orientação no espaço.</p> <p>Supino: consegue alcançar os joelhos e rolar para decúbito lateral, com maior percepção corporal. Ouvindo ruídos, o bebê para de mover-se e vira para a fonte sonora.</p> <p>Prono: é capaz de manter o apoio das mãos com o cotovelo estendido, e de se estender contra a gravidade deixando apenas o abdome no apoio. Tendência a cair para os lados, rolando acidentalmente para supino. Inicia reação de Landau.</p> <p>Gosta de ser colocado na posição sentada, mantendo a cabeça ereta, mas instável quando o tronco oscila; tronco permanece menos tempo fletido.</p>
5° mês	<p>Supino: é capaz de levar os pés à boca, eleva o quadril e pode arrastar em supino empurrando o corpo para trás (interesse no alcance do objeto), inicia o rolar para prono ainda sem muita rotação do tronco.</p> <p>Prono: desloca lateralmente o peso sobre antebraços para o alcance dos brinquedos, rola para supino, tenta “nadar” no chão, é capaz de pivotear (giro sob o próprio eixo) e de manter membros superiores estendidos.</p> <p>Puxado para sentar: eleva a cabeça do apoio.</p> <p>Colocado na posição sentada: a cabeça não oscila; começa a sentar com apoio, mantendo o tronco ereto.</p>
6° mês	<p>Ao final do 6° mês, a criança já tem domínio sobre os movimentos rotacionais, denotando controle sobre as transferências de decúbito como o rolar.</p> <p>Supino: rola para prono, levanta a cabeça espontaneamente.</p> <p>Prono: suporta peso nas mãos, liberando o apoio de uma delas para o alcance de objetos; apresenta reação de equilíbrio nesta posição, começando em supino; inicia o arrastar.</p> <p>Puxado para sentar: auxilia no movimento, elevando a cabeça do apoio e tracionando membros superiores.</p> <p>Colocado na posição sentada: é capaz de manter-se nessa postura com apoio, por longo tempo, ainda com cifose lombar. Apoia as mãos à frente do corpo pela reação de proteção para frente. Como ainda não tem total controle do seu deslocamento de peso nesta postura e não apresenta ainda as reações laterais e posteriores de apoio, pode cair para os lados e para trás.</p>
7° mês	<p>Nesse período, o desenvolvimento adequado da musculatura de tronco e da pelve permite uma ótima estabilidade na postura sentada e, com isso, a retificação do tronco fica mais evidente.</p> <p>Supino: reações de equilíbrio presentes (iniciando na posição sentada); eleva a cabeça como se fosse sentar.</p> <p>Prono: mantém cabeça elevada, com apoio no abdômen e nas mãos, pode girar ou arrastar-se. Brinca em decúbito lateral.</p> <p>Aquisição do equilíbrio de tronco / senta-se sem apoio.</p>

8° mês	<p>Com o domínio das rotações, o bebê experimenta várias posturas diferentes como o sentar em anel, o sentar de lado (sidesitting), o sentar com as pernas estendidas (longsitting), sentar entre os calcanhares (sentar em “w”), e todas essas possibilidades permitem a transferência para a postura de gatas e ajoelhado e vice-versa.</p> <p>Supino: geralmente rola ou puxa-se para sentar-se.</p> <p>Prono: assume a posição quadrúpede (ou de gatas), transfere de pronado para sentado e vice-versa.</p> <p>Sentado: bom equilíbrio de tronco, inclina-se para frente, apresenta reação protetora para os lados.</p>
9° mês	<p>Uma vez na postura de gatas, a criança experimenta as transferências de peso, balançando para frente, para trás e para os lados; com isso, vai desenvolvendo o equilíbrio e a força muscular para iniciar o engatinhar. Inicialmente desenvolve o engatinhar com o tronco em bloco e depois de maneira dissociada, ou seja, com movimentos laterais do tronco.</p> <p>Apresenta reação de equilíbrio na posição sentada (inicia quadrúpede), com melhor controle de tronco (realiza movimentos de rotação).</p> <p>Engatinha e realiza transferências de sentado para a posição de gatas e vice-versa.</p> <p>Começa a assumir a posição de joelhos e fica de pé com apoio.</p>
10° mês	<p>Ao final do 10° mês, a criança consegue se transferir de sentado para gatas, para joelhos, semi-ajoelhado e tracionar-se para de pé.</p> <p>Engatinha ou desloca-se através da posição “tipo urso”, com apoio nas mãos e pés, mantendo joelhos estendidos. Sentado, apresenta extensão protetora para trás, roda em círculos.</p> <p>Inicia marcha lateral com apoio nos móveis e é capaz de caminhar quando segurado pelas mãos.</p>
11° mês	<p>Essa fase é marcada pelo desenvolvimento da postura ortostática; a criança realiza marcha lateral e já é capaz de liberar o apoio de uma das mãos. Posteriormente, realiza marcha para frente, empurrando um apoio móvel (como cadeira ou banquinho). O caminhar para frente, ao redor dos móveis, enquanto se apoia com uma mão, é um precursor natural da marcha para frente com auxílio da mão de um adulto.</p>
12° mês	<p>Capaz de elevar-se estendendo ativamente membros inferiores; transfere da posição ortostática para sentado dissociando movimentos de membros inferiores; inicia ficar de pé sem apoio; primeiros passos independentes.</p> <p>Na fase inicial da marcha independente, a criança assume uma base alargada de apoio nos pés, abdução dos braços e fixação do tronco superior. Apresenta passos curtos e acelerados, com cadência aumentada em função do déficit de equilíbrio.</p> <p>A literatura aponta que a ocorrência de marcha sem apoio antes dos 12 meses ou até os 18 meses pode ser considerada dentro da faixa de normalidade, no caso de uma criança nascida a termo e sem sinais de comprometimento neurológico.</p>

12 a 18 meses	Ganho gradativo de equilíbrio, reduz base de suporte durante a marcha. Após o 15º mês, a criança mantém o ritmo de aquisições motoras, porém com foco no refino das habilidades motoras grossas e habilidades manipulativas. Sobe e desce escadas engatinhando ou apoiada pelas mãos. Ajoelha-se só.
18 a 24 meses	Melhora do equilíbrio e desempenho de marcha: realiza choque de calcanhar no início do apoio, diminui cadência e aumenta a velocidade. Fica sentada sozinho numa cadeira. Sobe e desce escadas segurando-se no corrimão. Começa a saltar sobre os dois pés.
24 a 30 meses	Corre e bate numa bola sem perder o equilíbrio; tenta se equilibrar num só pé.
30 a 36 meses	Sobe escadas alternando movimento de membros inferiores (coloca um pé de cada vez no degrau, apenas para subir). Consegue se manter em pé sobre uma única perna. Salta no mesmo local com ambos os pés. Anda de triciclo.

Tabela 1 - Indicadores do Desenvolvimento motor de crianças de 0 a 3 anos. Adaptado de Bly, 1994; Shepherd, 1996; Braga, 2005; Flehmig, 2005; Castilho-Weinert e Fort-Belleni, 2011. (Apud. Ministério da Saúde, 2016)

Getchell e Haywood (2010) no livro *Desenvolvimento Motor ao Longo da Vida* e Flehming (2000) *Desenvolvimento Normal e Seus Desvios no Lactente*, também trazem as fases do desenvolvimento motor de uma forma mais detalhada.

A necessidade de uma intervenção precoce se explica pela plasticidade neuronal que o cérebro tem, esse conceito é usado pela neurociência, e é a capacidade que o cérebro tem se remodelar para suprir as deficiências formando novas conexões sinápticas.

De acordo com Lent (2005 p.156)

[...]As células do sistema nervoso não são imutáveis, como se pensava a algum tempo. Muito ao contrário são dotadas de plasticidade, isso significa que os neurônios podem se modificar de modo permanente ou pelo menos prolongado, a sua função e a sua forma, em resposta a ações do ambiente externo. A plasticidade é maior durante o desenvolvimento, e declina gradativamente, sem se extinguir, na vida adulta. (LENT, 2005. P.156)

Na criança essa capacidade de adaptação é muito maior, sendo esse o objetivo de começar uma intervenção o mais cedo possível. Como já falado anteriormente, mesmo esse tema sendo abordado por documentos do Ministério da Saúde, a estimulação precoce esbarra na falta de profissionais treinados para reconhecer possíveis atrasos e pela falta de centros multidisciplinares capazes de atender toda a demanda. Assim, é também muito importante capacitar os educadores para que possam identificar atrasos no desenvolvimento infantil visto que, junto com a família, são os que têm mais contato com essas crianças.

[...]Uma primeira constatação que os neurocientistas fizeram a respeito da neuroplasticidade e que o seu grau varia com a idade do indivíduo. Durante o

desenvolvimento ontogenético, o sistema nervoso e mais plástico, e isso é de se esperar, uma vez que o desenvolvimento é justamente a fase da vida do indivíduo em que tudo se constrói, tudo se molda de acordo com as informações do genoma e as influências do ambiente. Mesmo durante o desenvolvimento, há uma fase de grande plasticidade denominada período crítico (LENT, 2005, p. 149)

Todas essas ações juntas melhorariam a qualidade de vida de crianças com pequenos ou grandes atrasos nos seus marcos de desenvolvimento motor. Uma ação integrada entre família, centros de saúde e escola seria um grande passo para proporcionar a essas crianças oportunidades de melhora significativa.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho foi feita uma revisão bibliográfica sobre os marcos do desenvolvimento motor de crianças de 0 a 3 anos. Foi mostrado que a primeira infância é marcada por intensas e rápidas mudanças para o desenvolvimento humano, fase essa que compreende o desenvolvimento cerebral necessário para se estabelecer as conexões adequadas para os ganhos motores, cognitivos e socioemocionais. Ao longo do texto foi amplamente demonstrado e discutido que somente sabendo o que esperar para cada idade é que é possível identificar sinais de alerta para atrasos no desenvolvimento motor. Por outro lado, mostrou-se que tão importante quanto se conhecer os marcos do desenvolvimento motor na primeira infância, deve-se levar em conta que o desenvolvimento alcançado é mutável e depende do meio e dos estímulos que cada indivíduo recebe ao longo desse período. Foi apresentado e discutido alguns textos que falam sobre assunto, a maioria deles editados e disponibilizados gratuitamente pelo Ministério da Saúde. Porém, ao longo dessa revisão ficou evidente que existe uma vasta literatura a respeito dos marcos do desenvolvimento motor de crianças de 0 a 3 anos e com orientação para proceder no caso de se identificar possíveis atrasos. Mesmo assim, vimos que a estimulação precoce esbarra na falta de profissionais treinados para reconhecer esses sinais, bem como a falta de centros multidisciplinares capazes de atender toda a demanda. Por fim, ficou evidente que orientar pais e educadores sobre essa literatura também é muito importante. Eles têm um maior contato com a criança, e por isso podem identificar mais rapidamente comportamentos atípicos e por isso podem atuar de forma a complementar e colaborar com a análise feita pelo pediatra ou profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

DÍARIO OFICIAL DA UNIÃO. **Lei nº 13.257**, de 8 de março de 2016.

Flehming, I. **Desenvolvimento Normal e os Desvios do Lactente**. 1ª edição. Editora

Atheneu. 2000

Getchell, N; Haywood, K. M. **Desenvolvimento Motor ao Longo da Vida**. 5ª edição. Editora Artmed. 2010

Lent, R. **CEM BILHÕES DE NEURÔNIOS? Conceitos Fundamentais da neurociência**. 2ª edição. Editora Atheneu. 2005

MARCONDES, E. **Pediatria básica**. São Paulo: Savier, 2004. Tomo 1: pediatria geral e neonatal.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Caderneta de Saúde da Criança**. 2014

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Cadernos de Atenção Básica Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento**. 2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Diretrizes da Estimulação Precoce – Crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor**. 2016

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança**. 2018

Papalia, D. E; Olds, S.W. **Desenvolvimento Humano**. 7ª edição. Editora Artmed, 2000.

Papalia, D. E; Feldman, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 12ª edição. Editora Artmed, 2013

O QUE AS CRIANÇAS PENSAM SOBRE AS REGRAS?

Data de aceite: 05/06/2020

Data de Submissão: 13/03/2020

Camila Lima Silva

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
São Paulo – SP

<http://lattes.cnpq.br/1898110909035202>

Priscila Bonato Galhardo

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
São Paulo – SP

<http://lattes.cnpq.br/6647062006380965>

Thais Sindice Fazenda Coelho

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
São Paulo – SP

<http://lattes.cnpq.br/5879497523583733>

Gabriel Rossi Calsoni

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
São Paulo - SP

<http://lattes.cnpq.br/0676162508721584>

Paulo Yoo Chul Choi

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
São Paulo - SP

<http://lattes.cnpq.br/3314456502798241>

Luciana Maria Caetano

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
São Paulo - SP

<http://lattes.cnpq.br/5916527212836069>

Betânia Alves Veiga Dell' Agli

Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino FAE
São João da Boa Vista - SP

<http://lattes.cnpq.br/6193978901554971>

RESUMO: O principal objetivo desse capítulo é refletir sobre o que as crianças pensam sobre as regras da casa e da escola, apresentando dados de pesquisa empírica e propostas de implicações da pesquisa para educação. O capítulo se divide em três partes. Na primeira parte, se apresenta o referencial teórico da Teoria do Domínio Social. Na segunda, se apresenta a pesquisa dos julgamentos das crianças sobre as regras e, na terceira parte, algumas implicações da pesquisa para a educação, mostrando que quando a natureza e a explicação lógica são trabalhadas com as crianças, no lugar da intervenção coercitiva, as crianças tendem a ter uma maior compreensão da razão de ser das regras e isso favorece o desenvolvimento delas.

PALAVRAS-CHAVE: Desenvolvimento moral;

WHAT DO CHILDREN THINK ABOUT RULES?

ABSTRACT: The main objective of this chapter is to reflect on what children think about the rules of home and school, presenting empirical researches data and proposals of researches implications to education. The chapter is divided into three parts. The first part presents the theoretical reference of the Social Domain Theory. In the second part, the research of children's judgments about the rules is presented and in the third part, some implications of the research for education, showing that when nature and logical explanation are worked with children, instead of coercive intervention, children tend to have a greater understanding of the reason for the rules and this favors their development.

KEYWORDS: Moral Development; Rules; Social Domain Theory.

1 | INTRODUÇÃO

O principal objetivo desse capítulo é refletir sobre o que as crianças pensam sobre as regras da casa e da escola, apresentando dados de pesquisa empírica e propostas de implicações da pesquisa para educação. O capítulo se subdivide em três partes. Na primeira parte apresentamos o referencial teórico que norteou a pesquisa: a teoria do Domínio Social (TURIEL, 1983). De acordo com essa perspectiva teórica através das interações sociais as crianças constroem conhecimento sobre o mundo das regras, sendo ativas nesse processo. Na segunda parte, apresentamos os resultados de uma pesquisa empírica que perguntou sobre as regras da casa e da escola para as crianças. Escolhemos apresentar aqui uma leitura qualitativa desses dados, mostrando respostas das crianças para duas questões centrais da pesquisa. A terceira parte do capítulo discute as implicações da pesquisa sobre a educação.

2 | TEORIA DO DOMÍNIO SOCIAL

Em linhas gerais, compreende-se a moral como normas de condutas certas ou erradas. Não obstante é necessário saber o que significa certo e errado, bem como entender quais são os critérios de julgamentos utilizados para julgar determinadas condutas. Desse modo, a Teoria do Domínio Social (TURIEL, 1989) surge como uma abordagem que trata do desenvolvimento moral a partir do conhecimento social. De acordo com Smetana, Jambon e Ball (2014, p. 23): “Esta abordagem difere do modelo estrutural-desenvolvimental de estágios do julgamento moral, pois distingue normas morais de não morais em relação a convenções, pragmatismo e prudência.”

Isto é, apesar desta teoria ter como fundamento as teorias de Piaget (1932/1994) e de Lawrence Kohlberg (BIAGGIO, 1997; BATAGLIA; MORAIS; LEPRE, 2010) sobre o desenvolvimento moral, é uma teoria que não compartilha da ideia de estágios de desenvolvimento moral.

Para a Teoria do Domínio Social todo indivíduo é um sujeito ativo na busca de interpretar e dar sentido ao seu mundo social. É no processo de interação com as situações e contextos variados, que cada pessoa constrói seu conhecimento social a respeito do mundo que a cerca. Logo, considera-se que essa construção, embora não seja determinada pelo entorno, é influenciada por ele (TURIEL, 1989, 2006; KILLEN; SMETANA, 2015).

Nessa perspectiva, tais conceitos diferenciados do mundo social formam, o que os pesquisadores dessa abordagem definiram como domínios sociais ou sistemas organizados de desenvolvimento do conhecimento social (TURIEL, 1989, 2002, 2006; SMETANA, 2013). Turiel (1989, 2002), inicialmente, reconhece três domínios principais: moral, convencional e pessoal. Posteriormente outros dois conceitos são incorporados à teoria: domínio prudencial e questões multifacetadas.

O domínio moral é caracterizado pelos conceitos de manutenção da justiça, garantia de direitos e bem-estar das pessoas. Alguns critérios que definem o domínio moral são: *as regras são obrigatórias e não podem ser alteradas consensualmente*. As normas morais só podem ser modificadas quando há mudanças nos valores intrínsecos à essas regras. Ou seja, o que mantém as regras morais são os valores associados a elas e não o consenso de um grupo ou cultura (TURIEL, 1989). Desse modo, *as ações sociais não são arbitrarias*, pois mesmo regulando a organização social, não estão subordinadas ao contexto.

Outro critério das regras morais é que elas *são universalmente aplicáveis*, isto é, possuem a característica de serem generalizáveis para os mais variados contextos e culturas. Importante ressaltar que as questões de domínio moral não dependem da imposição de regras por parte da autoridade. As violações morais são erradas mesmo quando não há regras legitimadas pela autoridade (KILLEN; SMETANA; 2015). Isto demonstra que regras de domínio moral são impessoais, valem para qualquer contexto e para qualquer pessoa, independente dos laços afetivos envolvidos.

Sobre a construção do domínio moral, é possível que as pessoas aprendam conceitos morais através da própria experiência ou como espectadores da experiência de outro indivíduo. Para que uma criança, por exemplo, possa apreender a experiência de forma mais completa, é essencial que ela perceba, ou sinta, a dor experimentada pela vítima, e saiba as causas que levaram o agressor a agir daquela forma. Com estas informações, ela poderá coordená-las e assim ter uma concepção mais apropriada da situação. Estes aspectos (dor da vítima e razão do

ato do agressor) não estão dados pelas regulações sociais, ou seja, independem das expectativas convencionais e das diretrizes das autoridades (SMETANA, 2013).

O domínio convencional refere-se às normas sociais, tradições e uniformidade de condutas, depende de um conhecimento compartilhado entre indivíduos de um mesmo sistema social e da validação pelo seu consenso. Neste domínio *as regras são alteráveis e arbitrarias*, pois dependem do consenso do grupo e estão relacionadas ao contexto cultural (TURIEL, 1989; KILLEN; SMETANA, 2015). Também *são contingentes à autoridade*, pois este domínio é orientado pela contextualização, pelo relativismo, e pela hierarquia e jurisdição da autoridade (TURIEL, 1989, 2002).

As convenções sociais representam uniformidades de conduta, isto é, são normas que regulam as interações entre as pessoas e formam um conjunto de conhecimentos compartilhados. As convenções geram padrões de comportamento, o que permite que as pessoas saibam o que podem esperar umas das outras, no nível das interações sociais (TURIEL, 1989; SMETANA, 2013).

No que tange às transgressões, no domínio convencional, são consideradas menos sérias e menos merecedoras de punição (SMETANA; JAMBON; BALL, 2014). Geralmente, as respostas às transgressões morais incluem verbalizações relacionadas à dor ou dano experimentado pela vítima. Enquanto que as respostas às transgressões convencionais apresentam verbalizações que dizem respeito à ordem social, às regras e às sanções (TURIEL, 1989). Portanto, a justificativa para a construção de regras convencionais está pautada na importância da manutenção da ordem social para a regulação das relações. Já a justificativa para as regras morais está baseada no cuidado com o outro, e prioriza o bem estar e a justiça.

No domínio pessoal é possível identificar questões de foro particular. Encontra-se as preferências e escolhas sobre o próprio corpo, decisões sobre a privacidade, escolha de amigos ou atividades (SMETANA, 2005, 2013). A diferença entre as questões pessoais, morais e de convenções sociais, é que as primeiras não interferem no bem estar, não regulam as interações e não violam os direitos das outras pessoas (TURIEL, 1989; SMETANA; JAMBON; BALL, 2014).

Neste domínio o indivíduo exerce o seu poder de tomar decisões autônomas, tem oportunidade de se expressar livremente, mantém o seu direito à privacidade e o desenvolvimento da sua identidade (SMETANA; JAMBON; BALL, 2014).

O domínio prudencial está relacionado à própria segurança, cuidado consigo mesmo, mal ou dano ao *self*, conforto e saúde. Atos prudenciais podem ter consequências negativas para si mesmo e não para o outro. Isso difere dos atos morais que podem ter consequência negativa à outra pessoa (SMETANA; JAMBON; BALL, 2014).

A proposta de definir as diferenças entre os domínios auxilia na classificação das justificativas e na compreensão das regras, não obstante, os limites entre os

domínios não é tão claro e rígido. É possível que alguns temas perpassem por mais de um domínio do conhecimento social. Com efeito, os juízos sobre questões pertinentes a mais de um domínio exigem a coordenação de conceitos de categorias distintas (TURIEL, 1989).

Quando há coordenação dos domínios é possível que os mesmos entrem em conflito ou em sobreposição (SMETANA, 2013). Esses tipos de situações podem ser denominados multifacetados, em que há o envolvimento de diferentes tipos de conceitos sociais que podem estar em conflito ou em sincronia com outros (SMETANA; JAMBON; BALL, 2014).

As questões multifacetadas não constituem um domínio individual e separado do conhecimento social, mas representam questões nas quais os domínios se sobrepõem (SMETANA; JAMBON; BALL, 2014). O modo como os indivíduos coordenam as considerações morais e não-morais em seus julgamentos pode variar entre contextos, culturas e desenvolvimento (SMETANA, 2005, 2013).

Os critérios que caracterizam os julgamentos multifacetados dizem respeito à *sobreposição* de componentes de mais de um domínio; dizem respeito ainda aos *eventos de segunda ordem*, quando, por exemplo, a transgressão a um domínio convencional implica em um dano físico ou psíquico do outro; ou podem ser *eventos ambíguos*, em que diferentes sujeitos atribuem diferentes domínios ao mesmo evento (SMETANA, 2013).

Para melhor compreensão, é possível explicar o caráter multifacetado e possíveis controvérsias entre a moralidade e a convenção social. Compreende-se que as normas convencionais que sustentam uma estrutura organizacional específica estão em harmonia ou em conflito com o que seria visto objetivamente como preocupações com justiça ou direitos, de domínio moral. Um exemplo de harmonia entre o convencional e o moral são as sociedades democráticas, na medida em que representam valores concordantes com a moralidade e o *status quo* convencional. Já um exemplo de conflito, pode-se refletir sobre áreas proibidas a homens ou mulheres, quando há conflito entre a convenção e o senso de justiça, uma vez que a convenção está impedindo que membros de um gênero possam usufruir de oportunidades disponíveis ao outro (NUCCI, 2000).

Quando há *eventos morais de segunda ordem*, acontece a violação de uma convenção solidamente firmada que leva a danos psicológicos. Um exemplo é a discriminação de gênero para conseguir oportunidades profissionais. Assim, indivíduos podem subordinar a questão a uma única dimensão e reduzir um caso de sobreposição a um que é essencialmente moral ou convencional. Podem, também, se esforçarem para coordenar a natureza multifacetada da questão, levando em conta tanto os aspectos morais como os não-morais de uma dada situação ou episódio. Tais respostas à *sobreposição*, no plano individual, ajudam a compreender as

inconsistências que observamos nas pessoas quando elas respondem às situações em diferentes contextos (NUCCI, 2000).

Eventos multifacetados são a origem de muitas variabilidades e inconsistências nos julgamentos. Pesquisadores da teoria do domínio social têm proposto que uma adequada compreensão do desenvolvimento deve incluir a análise de como os indivíduos coordenam as questões multifacetadas em seu pensamento (SMETANA; JAMBON; BALL, 2014).

Tendo como base a perspectiva da Teoria do Domínio Social (TURIEL, 1983) cujos conceitos básicos apresentamos nessa primeira parte do capítulo, passamos agora a apresentar a segunda parte do capítulo, no qual descrevemos as características da pesquisa com crianças sobre as regras de casa e da escola.

3 | A PESQUISA

O estudo foi realizado em escolas da região metropolitana de São Paulo: 59,5% alunos de escola pública e 40,5% de escola privada, somando ao todo 125 crianças de 5 a 11 anos de idade, com média de 8,2 (DP = 1,52), 44,4% (meninas) e 55,6% (meninos). A aplicação dos questionários foi realizada no ambiente escolar, através de entrevistas individuais, cuja duração média foi de 30 minutos com cada participante. Foram aplicados: Questionário Sociodemográfico e Questionário sobre Regras nos Contextos Familiar e Escolar: as questões do questionário foram elaboradas com base nos estudos de Turiel e seus colaboradores e que foram compilados pelo autor (TURIEL, 1983).

As crianças foram convidadas a relatar uma regra da sua casa e uma regra de sua escola. Essa parte foi destinada ao conhecimento a respeito do conteúdo da regra. Para cada regra citada foram feitas as seguintes questões: “Você acha certo ou errado seguir esta regra? Por quê?” vinculada à justificativa dos julgamentos. As outras questões: “Quem fez essa regra?”, “O que acontece se você não seguir esta regra? Por quê?” (contingência da regra à autoridade); “Você poderia modificar esta regra? Por quê?” (alterabilidade); “Se você morasse em outra casa/escola onde não existisse essa regra, você poderia fazer esse ato?” (generabilidade); “Avalie de 0 a 5 o quanto você deve obedecer a essa regra?” (severidade da regra e do ato). Os dados foram analisados qualitativa e quantitativamente. Diante de todas estas questões foi solicitado uma justificativa da criança participante. Isso permitiu a investigação do tipo de domínio no qual a regra corresponde.

Escolhemos aqui nesse capítulo, apresentar apenas algumas das respostas das crianças, caracterizadas dentro dos domínios de suas justificativas para obediência a tais regras, tendo como principal objetivo apresentar aspectos mais

qualitativos da pesquisa, revelados nessas respostas. Portanto, utilizamos aqui apenas algumas respostas para as duas perguntas: cite uma regra e diga porquê você deve seguir essa regra.

Os dados que apresentamos nesse capítulo são resultados parciais de uma pesquisa intitulada “Julgamentos de Crianças, Adolescentes e Adultos sobre Regras do Contexto Escolar e Regras do Contexto Familiar”, pesquisa desenvolvida pelos membros do Grupo de Estudos em Desenvolvimento Moral do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (GPDM/IPUSP) e financiada pela FAPESP.

Apresentamos agora um conjunto de exemplos de respostas referentes às categorias de justificativas de domínio moral, convencional, pessoal, multifacetado e prudencial, respectivamente, das regras referentes ao contexto familiar:

Moral: “Não correr no corredor”; “porque machuca as pessoas” (sujeito feminino, 10 anos, de escola particular); “Não fazer barulho”; “poderia incomodar os vizinhos”. (sujeito masculino, 10 anos, de escola pública); “Não pode escutar música alta”; “muito alta não, porque podia ter bebês morando” (sujeito feminino, 9 anos, de escola particular); “Não xingar”; “porque ninguém gosta de ser xingado” (sujeito masculino, 9 anos, de escola particular).

Convencional: “Não pode sujar as coisas”; “preciso obedecer a minha mãe porque senão eu precisaria morar com o meu pai que batia nela” (sujeito feminino, 6 anos, de escola pública); “Fazer lição”; “senão a professora pode colocar a gente de castigo em casa” (sujeito feminino, 6 anos, de escola pública); “Arrumar o quarto”; “senão apanho” (sujeito feminino, 6 anos, de escola pública); “Não brigar com os irmãos”; “senão minha mãe ia me colocar de castigo” (sujeito masculino, 10 anos, de escola pública); “Não pode brigar”; “a mãe não vai querer” (sujeito feminino, 10 anos, de escola pública).

Pessoal: “Não brigar”; “porque eu não gosto de brigar mesmo” (sujeito masculino, 10 anos, de escola privada); “Arrumar para ir para a escola”; “porque gosto de me arrumar” (sujeito masculino, 8 anos, de escola pública).

Multifacetado: “Dormir cedo às 22h”; “porque senão eu ficaria cansado e não faria a atividade da escola” e “Porque meu pai sempre fala” (sujeito masculino, 6 anos, de escola privada; prudencial + convencional); “Não ir para/sair de casa sozinha”; “meu pai fica muito bravo” e “porque é perigoso” (sujeito feminino, 6 anos, de escola privada; convencional + prudencial).

Prudencial: “Não demorar no banheiro”; “Gasta muita água, ia pegar mais caro a conta de água” (sujeito feminino, 8 anos, de escola pública); “Sair do videogame a noite”; “Porque esqueceria a matéria da prova e minha visão pioraria” (sujeito masculino, 8 anos, de escola privada).

Apresentamos agora exemplos de respostas referentes às categorias de domínio moral, convencional, pessoal, multifacetado e prudencial, respectivamente,

das regras referentes ao contexto escolar:

Moral: “Não pode bater nas pessoas”; “é errado em todo lugar” (sujeito masculino, 6 anos, de escola pública); “Quando a professora tiver falando não é para falar junto”; “porque ninguém ia ouvir nada do que a professora está falando” (sujeito masculino, 6 anos, de escola pública); “Não pode bater no amigo”; “porque machuca” (sujeito feminino, 6 anos, de escola particular); “Jogar lixo no lixo”; “porque as faxineiras limpam tudo” (sujeito feminino, 9 anos, de escola particular).

Convencional: “Obedecer a professora”; “Tem que obedecer todo mundo” (sujeito masculino, 6 anos, de escola pública); “Não vir de roupa curta”; “Porque os meninos podem ficar com ousadia” (sujeito feminino, 10 anos, de escola pública); “Fazer a lição”; “desobedecer é uma coisa ruim” (sujeito masculino, 6 anos, de escola pública); “Não pode levar o celular para a escola”; “a gente deve obedecer porque senão você pode levar um castigo grande” (sujeito feminino, 10 anos, de escola pública).

Pessoal: “Tenho que fazer lição”; “Porque eu gosto de fazer lição” (sujeito feminino, 6 anos, de escola pública); “Não mudar a carteira de lugar”; “porque acho legal sentar com os amigos” (sujeito feminino, 9 anos, de escola pública).

Multifacetado: “Não correr no intervalo”; “pode machucar” e “pessoas podem cair” (sujeito feminino, 9 anos, de escola pública) (Prudencial + Moral); “Não pode bater no amigo”; “porque ele vai chorar e eu vou apanhar e tomar bilhete” (sujeito masculino, 7 anos, de escola pública) (Moral + Convencional).

Prudencial: “Não pode correr”; “porque senão pode machucar” (sujeito masculino, 10 anos, de escola pública); “Tomar cuidado para lanche na rua da escola”; “posso me machucar, tropeçar e o lanche cairia” (sujeito feminino, 7 anos, de escola privada).

4 | IMPLICAÇÕES DA PESQUISA PARA EDUCAÇÃO

Os resultados desta pesquisa, num contexto em que educação se confunde com coação, humilhação, agressão, desamparo ou negligência (CAETANO, 2013), nos levam a uma análise crítica sobre as relações sociais nas quais as crianças estão imersas e na reflexão sobre se tais interações promovem a autonomia da consciência moral, isso porque o conhecimento moral e social da criança é construído por meio das relações que este estabelece com o meio e com os outros (Teoria do Domínio Social proposta por TURIEL, 1983).

Ainda que a obediência tenha sido apresentada por Piaget (1948/1972) como a gênese da moral, e o respeito como o sentimento de obrigatoriedade moral, o autor afirma que, na medida em que a criança se desenvolve, ela busca relações de reciprocidade. Assim, as relações de coação, onde o respeito unilateral habita,

vão sendo substituídas pelas relações de cooperação, onde o respeito mútuo se faz presente. Esta superação é, portanto, saudável ao desenvolvimento da autonomia moral.

As justificativas convencionais apresentadas pelas crianças, refletem comportamentos típicos da heteronomia (PIAGET, 1932/1994), ou seja, traduzem que uma regra é concebida como uma obrigação onde os valores estão pré-determinados, e que a autoridade seja a parental ou as autoridades escolares são responsáveis pela criação e manutenção das regras.

Pesquisas apontam (CAETANO, 2008; CAETANO, 2009) que muitos adultos acreditam que a única forma de fazer uma regra ser obedecida é por meio da coação. Numa sociedade em que os valores são instáveis, outra preocupação é a ausência da autoridade do adulto para a educação das crianças.

Quando a heteronomia natural da criança é reforçada pelo adulto, muitas vezes por meio da recompensa ou da punição, temos uma criança passiva, incapaz de coordenar diferentes ações e de superar o egocentrismo, prevalecendo, portanto, a responsabilidade objetiva (PIAGET, 1932/1994).

Quando pensamos em desenvolvimento, não podemos ignorar a interdependência entre sujeito e objeto presente nesse processo. O conhecimento não está somente no sujeito ou no objeto ou no meio, mas é construído a partir das relações entre eles. Este aspecto dialético nos impossibilita de pensar sobre o desenvolvimento do juízo infantil como dependente de apenas uma variável.

Sendo assim, as relações que promovem acordos mútuos favorecem o consentimento das regras, que perdem, por sua vez, o caráter de obrigação externa (PIAGET, 1932/1994). Algumas crianças apresentaram justificativas para as regras que vão além da obediência cega, e que conseguem coordenar diferentes pontos de vista e analisar consequências morais para o (não) cumprimento de regras. Os exemplos mostram que estão preocupados com o bem-estar do outro, em não causar prejuízo a ninguém (SMETANA; JAMBON; BALL, 2014).

As regras têm uma função fundamentalmente social (PIAGET, 1932/1994; TURIEL, 1983; CAETANO; DELL'AGLI, 2019). São importantes para que haja uma convivência harmoniosa entre as pessoas e, por isso, necessárias para a vida em sociedade. Por esta razão, as crianças devem aprender quais regras organizam a convivência dos grupos em que está inserida, assim como precisam que as relações entre essas regras sejam apresentadas de acordo com os domínios inerentes de cada regra (NUCCI, 2000). Mas quais intervenções favorecem de fato a compreensão e o cumprimento dessas regras? Quais intervenções promovem o desenvolvimento de uma consciência moral que supere a mera obediência cega e convencional?

Quando o adulto ensina a criança a obedecer às regras ao invés de obedecer a eles próprios, a criança testará a validade deste limite apresentado e não a

autoridade que lhe impõe a regra (CAETANO, 2013). Sendo assim, muito além de colocar limites, é necessário que façamos as crianças pensarem sobre as regras e compreendê-las. Uma das medidas importantes para que a criança legitime a regra é, portanto, apresentar regras de forma clara, utilizando a explicação lógica e coerente da necessidade da existência da regra e, principalmente, estabelecendo a relação inerente entre as regras, os contextos e os domínios (TURIEL, 1983; NUCCI, 2000).

Assim, por exemplo, as regras do âmbito convencional são negociáveis e podem ser acordadas entre as pessoas de um determinado grupo. Manter a coerência e regularidade da regra, e trabalhar com as crianças e adolescentes a natureza dela, é fundamental para que eles compreendam-nas e possam desenvolver autonomia moral (PIAGET, 1932/1994; CAETANO, 2013; CAETANO; DELL'AGLI, 2019).

Outro aspecto notório nas respostas dos participantes é a presença das sanções expiatórias ou punitivas - aquelas que são arbitrárias e que tem como caráter coagir e punir, o que podemos perceber pelos exemplos, nos quais as crianças dizem do seu medo de perder algo importante como castigo, ou até mesmo medo de apanhar. Esse tipo de relação coercitiva não favorece o desenvolvimento moral e seja na escola ou na família, promovem medo e, revolta na relação com o adulto dificultando o processo de comprometimento da criança com a construção da disciplina (CAETANO, 2013).

Uma educação fundamentada na explicação da regra, contribui para a formação de pessoas que se autocontrolam. As crianças têm condição de aprender a verdadeira razão pela qual devem ou não seguir uma regra, sendo que, o trabalho com os domínios das regras de acordo com a TDS pode facilitar bastante a intervenção entre adultos e crianças, promovendo o desenvolvimento dessas últimas.

REFERÊNCIAS

BATAGLIA, Patricia Unger Raphael; MORAIS, Alessandra de; LEPRE, Rita Melissa. A teoria de Kohlberg sobre o desenvolvimento do raciocínio moral e os instrumentos de avaliação de juízo e competência moral em uso no Brasil. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 15.1, p. 25-32, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2010000100004>

BIAGGIO, Angela Maria Brasil. Kohlberg e a "Comunidade Justa": promovendo o senso ético e a cidadania na escola. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 10, n.1, p. 47-69, 1997. <https://doi.org/10.1590/S0102-79721997000100005>

CAETANO, Luciana Maria. **Sobre a relação escola e família**. Encontro Nacional de Professores do Proepre, 2008.

CAETANO, Luciana Maria. **Dinâmicas para reunião de pais: construindo a parceria na relação escola e família**. São Paulo: Paulinas, 2009.

- CAETANO, Luciana Maria. **É possível educar sem palmadas?: um guia para pais e educadores**. São Paulo: Paulinas, 2013.
- CAETANO, Luciana Maria; DELLAGLI, Betânia Alves Veiga. JULGAMENTOS DE CRIANÇAS SOBRE REGRAS DO CONTEXTO FAMILIAR E ESCOLAR. **Notandum**, 2019, 52: 131-145. <https://doi.org/10.4025/notandum.vi52.51449>
- KILLEN, Melanie; SMETANA, Judith G. Origins and development of morality. **Handbook of child psychology and developmental science**, v.3, p.1-49, 2015. <https://doi.org/10.1002/9781118963418.childpsy317>
- NUCCI, Larry. Psicologia moral e educação: para além de crianças “boazinhas”. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 71-89, 2000. <https://doi.org/10.1590/S1517-97022000000200006>
- PIAGET, Jean. **O juízo moral na criança**. São Paulo: Summus, 1994. *Publicação original de 1932*.
- PIAGET, Jean. **Para onde vai a educação?**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1972. *Publicação original de 1948*.
- KILLEN, Melanie; SMETANA, Judith. Social–cognitive domain theory: Consistencies and variations in children’s moral and social judgments. In: **Handbook of moral development**. Psychology Press. p. 137-172, 2006.
- Smetana, Judith. Moral Development: The Social Domain Theory View. In Zelazo, P. D. (ed.). **The Oxford Handbook of Development Psychology**, NY: OUP – Oxford University, v. 1, p. 832-863, 2013.
- SMETANA, Judith; JAMBON, Marc; BALL, Courtney. The social domain approach to children’s moral and social judgments. **Handbook of moral development**, v. 2, p. 23-45, 2014.
- TURIEL, Elliot. **The development of social knowledge: Morality and convention**. Cambridge University Press, 1983.
- TURIEL, Elliot. Dominios y categorías en el desarrollo cognitivo y social. In: **El mundo social en la mente infantil**. Alianza, p. 37-701 1989.
- TURIEL, Elliot. **The culture of morality: Social development, context, and conflict**. Cambridge University Press, 2002.
- Turiel, Eliot. The development of morality. In N. Eisenberg (Ed.). **Handbook of child psychology**. New York, NY; Wiley, v. 3, p. 789-857, 2006.

TÉCNICAS DE AUTOMONITORAMENTO EMOCIONAL EM TERAPIA COGNITIVA COM CRIANÇAS

Data de aceite: 05/06/2020

Data de submissão: 04/03/2020

Camila Bristot Kill

Centro Universitário da Grande Dourados
(UNIGRAN)

Dourados – MS

<http://lattes.cnpq.br/0059836560509600>

RESUMO: A forma como crianças e adolescentes interpretam suas experiências molda profundamente seu funcionamento emocional, bem como as concepções sobre si mesmos, os relacionamentos com outras pessoas, as experiências e o futuro. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) com crianças fundamenta-se na suposição de que o comportamento é adaptativo e de que existe interação entre pensamentos, sentimentos e condutas do indivíduo. Nesse sentido, de acordo com Reinecke, Dattilio e Freeman (1999), o foco de tratamento na TCC com crianças é em direção à identificação e compreensão da natureza e do desenvolvimento do repertório comportamental de um indivíduo e dos processos cognitivos que o acompanham. O objetivo deste trabalho é apresentar o papel do automonitoramento

ideográfico na TCC e como ocorre a aplicação de técnicas de automonitoramento emocional como estratégia de intervenção na psicoterapia com crianças. Utilizou-se o método de pesquisa bibliográfica, com a busca de livros utilizando as palavra chave: Automonitoramento emocional em crianças e Terapia Cognitiva. Os critérios de seleção de livros foram o idioma, materiais traduzidos para a língua portuguesa e com edições publicadas nos últimos 20 anos e que apresentassem técnicas em Terapia Cognitiva para crianças. Segundo Friedberg, McClure e Garcia (2011), as técnicas referentes à testagem, automonitoramento e avaliação direcionam pacientes e terapeutas a um desenvolvimento apropriado da terapia, fornecendo, ainda, dados acerca do andamento do tratamento. Em alguns casos, o automonitoramento e outros métodos de testagem indicam a necessidade de uma intervenção de reestruturação cognitiva. O automonitoramento é um modo pelo qual crianças e adolescentes podem observar seus humores, são várias as maneiras verbais e não verbais pelos quais as crianças podem acompanhar seus sentimentos. Além de servir de intervenção técnica, o automonitoramento emocional, cognitivo e comportamental proporciona um *feedback* essencial a respeito do que necessita ser mudado e o quão bem o

processo de mudança está transcorrendo.

PALAVRAS-CHAVE: Automonitoramento Emocional em Crianças; Terapia Cognitiva.

TECHNIQUES OF EMOTIONAL SELF-MONITORING IN THE COGNITIVE THERAPY WITH CHILDREN

ABSTRACT: The way as children and teenagers interpret their experiences molds deeply their emotional operating, as well as the conceptions about themselves, the relationship with other people, the experiences and the future. Comportamental-Cognitive Therapy (TCC) with children has grounds in the supposition that the behavior is adaptative and of that to be interaction among thinking, feeling and individual behaviors. In this way, according to Reinecke, Dattilo and Freeman (1999), the focus of the treatment in the TCC with children is in direction at identification and comprehension of the nature and of the development of the behavioral repertoire of the individual and of the cognitive process that took them. The purpose of this work is to present the role of self-monitoring ideograph in the TCC and as occur the application of the techniques of emotional self-monitoring as strategy of the intervention in the psychotherapy with children. It used the method of the bibliography research, with the choice of the books using the password: Emotional self-monitoring with children and Cognitive Therapy. Selection criteria were the language, translated materials to Portuguese language and with published editions in the last twenty years and that presented techniques in cognitive therapy to children. According Friedberg, MacClure and Garcia (2011), the techniques referring at test, self-monitoring and assessment took patients and therapists to appropriate of the therapy. In some cases, the self-monitoring and others methods of the test indicate the necessity of a intervention of cognitive restructuring. The self-monitoring is a way children and teenagers can observe their moods, it's several the verbal and non-verbal ways in which the children can took their feelings. Besides serving of technique intervention, the emotional self-monitoring, cognitive and behavioral allow for a essential feedback with regard to need to be moved and the success of the process of moving is happening.

KEYWORDS: Emotional Self-Monitoring With Children; Cognitive Therapy.

1 | INTRODUÇÃO

A forma como crianças e adolescentes interpretam suas experiências molda profundamente seu funcionamento emocional, bem como suas concepções sobre si mesmos, os relacionamentos com outras pessoas, as experiências e o futuro. Com isso, ao receber ou responder aos estímulos ambientais as crianças elaboram ativamente informações selecionando, codificando e explicando as coisas que acontecem a si e aos outros (FRIEDBERG e MCCLURE, 2004).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) com crianças fundamenta-se na suposição de que o comportamento é adaptativo e de que existe interação entre pensamentos, sentimentos e condutas do indivíduo. Nesse sentido, de acordo com Reinecke, Dattilio e Freeman (1999) o foco de tratamento na TCC com crianças é em direção à identificação e compreensão da natureza e do desenvolvimento do repertório comportamental de um indivíduo e dos processos cognitivos que o acompanham. A proposta deste trabalho justifica-se através do fato de que identificar e relatar sentimentos é uma difícil tarefa para muitas crianças, sendo, portanto, recorrer a estratégias lúdicas e criativas uma vez que as mesmas não possuem experiência em articular seu estado emocional.

O objetivo deste trabalho é apresentar o papel do automonitoramento ideográfico na TCC e como ocorre a aplicação de técnicas de automonitoramento emocional como estratégia de intervenção na psicoterapia com crianças.

2 | MÉTODO

Utilizou-se o método de pesquisa bibliográfica, com a busca de livros utilizando as palavras chave: Automonitoramento emocional em crianças e Terapia Cognitiva. Os critérios de seleção de livros foram o idioma, materiais traduzidos para a língua portuguesa e com edições publicadas nos últimos 20 anos e que apresentassem técnicas em Terapia Cognitiva para crianças.

3 | DISCUSSÃO

Segundo Friedberg, McClure e Garcia (2011), as técnicas referentes à testagem, automonitoramento e avaliação direcionam pacientes e terapeutas a um desenvolvimento apropriado da terapia, fornecendo, ainda, dados acerca do andamento do tratamento. Em alguns casos, o automonitoramento e outros métodos de testagem indicam a necessidade de uma intervenção de reestruturação cognitiva. O automonitoramento é um modo pelo qual crianças e adolescentes podem observar seus humores, são várias as maneiras verbais e não verbais pelos quais as crianças podem acompanhar seus sentimentos.

Para identificar sentimentos, a técnica “Sentindo Rostos” é um procedimento simples e comumente usado. Em sua aplicação, uma cópia de quatro rostos em branco ou sem expressão são fornecidos à criança a qual é solicitada a desenhar rostos felizes, tristes, irritados e preocupados. Esses desenhos representam o código emocional da criança, com isso, é possível combinar com a criança a tarefa de casa de desenhar um rosto representando a emoção cada vez que ela experimentar um forte sentimento. Desenhar o sentimento em uma figura de um personagem é uma

das variações dessa técnica a qual parece permitir que as crianças identifiquem-se com o personagem escolhido ao mesmo tempo que oferece distanciamento suficiente para facilitar a expressão emocional (FRIEDBERG; MCCLURE, 2004). Ler livros de figuras com crianças pequenas é outra forma de explorar componentes emocionais, para isso, são selecionados livros com ilustrações demonstrativas e identificáveis que também sejam sensíveis à cultura. Enquanto se lê com a criança, o material escolhido é apropriado realizar pausas e discutir seus componentes emocionais, deve-se solicitar que a criança identifique os sentimentos dos personagens e que fale sobre como são semelhantes ou diferentes dos seus. Embora essa técnica funcione para algumas crianças, outras poderão responder melhor ao uso de séries, filmes, peças, programas de televisão e músicas como maneiras alternativas ao livro para ajudar na identificação e descrição de sentimentos.

Após aprender a identificar e rotular seus sentimentos, as crianças estão prontas para classificar a intensidade dos sentimentos. Nessa etapa, os terapeutas precisam ajudar as crianças a entender que os sentimentos variam na intensidade, uma vez que elas veem as emoções categoricamente: ou as têm ou não (FRIEDBERG e MCCLURE, 2004). Tal classificação possibilita, de acordo com Friedberg, McClure e Garcia (2011) identificar o nível de intensidade emocional em várias circunstâncias, indicando também às crianças que as emoções existem de forma contínua, e não um fenômeno “tudo ou nada”. Réguas de sentimentos, termômetros, sinais de trânsito e outras mensurações para classificar a intensidade emocional são essenciais na Terapia Cognitivo-Comportamental com crianças. Nessas escalas, um extremo é indica alta intensidade e o outro baixa intensidade, indo geralmente de 0 a 10 ou de 0 a 100, com isso, as crianças apenas marcam ou colocam um ponto indicativo da intensidade. Ocasionalmente, crianças com menor idade ou limitações de compreensão apresentam dificuldades com o processo, nesses casos, referências concretas como o uso de diferentes níveis de água colorida em copos transparentes podem ajudar na representação de gradientes emocionais. São utilizados, também, gestos com as mãos pareados com gestos verbais do tipo “Você se sente um pouco triste (gesto com as mãos juntas) mais ou menos (mãos moderadamente distantes) ou muito (mãos longes uma da outra)?”.

“Observe, Alerta, Tempestade!” é uma das técnicas de escala e é de fácil implementação que tem por primeiro passo a apresentação das metáforas e do exercício à criança. Nesse sentido, “Observe” representa os níveis mais baixos de intensidade do sentimento, “Alerta” refere que a tempestade emocional está sendo estimulada e aumentando de intensidade, e “Tempestade” refere-se ao nível mais alto de intensidade e geralmente é associado a colapsos. O segundo passo na implementação dessa técnica é o preenchimento do formulário com a criança em sessão para que, em seguida, o terceiro passo seja efetivado, ou seja, a designação

de automonitoramento emocional como tarefa de casa (FRIEDBERG; MCCLURE; GARCIA, 2011).

A técnica da Bússola Do Sentimento, por sua vez, oferece abordagem visual criativa de intervenção em automonitoramento e marcação. A agulha da bússola indica os sentimentos, e não as direções, e tem uma seta móvel. As crianças desenham os sentimentos na bússola e movem a seta indicando o sentimento experienciado, fazendo-o sempre que necessário para indicar mudança de sentimentos (FRIEDBERG; MCCLURE; GARCIA, 2011).

4 | CONCLUSÃO

A Terapia Cognitivo-Comportamental com crianças diferencia-se da com adultos principalmente por desafiar os modelos teóricos e práticos da TCC, exigindo atenção aos contextos interpessoais nos quais as crenças e atitudes das crianças são alcançadas, bem como aos fatores do desenvolvimento associados à mudança comportamental e emocional. (REINECKE, DATTILIO e FREEMAN, 1999).

Além de servir de intervenção técnica, o automonitoramento emocional, cognitivo e comportamental proporciona um *feedback* essencial a respeito do que necessita ser mudado e o quão bem o processo de mudança está transcorrendo. Com isso, os dados coletados auxiliam no esclarecimento e formulação do caso e teste de hipóteses, orientam o planejamento do tratamento a respeito de frequência das sessões, alta e necessidade de prescrição de medicamentos. Portanto, o papel do terapeuta é de ensinar as crianças a considerar suas emoções, tornar a prática envolvente a fim de que as mesmas prestem atenção a seus pensamentos e sentimentos, mantendo ativos os processos de automonitoramento.

É importante destacar, ainda, a necessidade de pesquisas e desenvolvimento de técnicas de automonitoramento que se adaptem à cultura e perfil das crianças atendidas no Brasil, uma vez que, apesar do sucesso de muitas delas, a maioria das técnicas atualmente utilizadas na prática em Terapia Cognitivo-Comportamental é proveniente da literatura norte americana.

REFERÊNCIAS

FRIEDBERG, R. D.; MCCLURE, J. M. **A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

DATTILIO, F. M.; FREEMAN, A.; REINECKE, M. A. **Terapia cognitiva com crianças e adolescentes: manual para a prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

FRIEDBERG, R. D.; MCCLURE, J. M.; GARCIA, J. H. **Técnicas de terapia cognitiva para crianças e adolescentes** : ferramentas para aprimorar a prática. Porto Alegre: Artmed, 2011.

TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO: INTERVENÇÕES EM TERAPIA COGNITIVO- COMPORTAMENTAL COM CRIANÇAS

Data de aceite: 05/06/2020

Data de submissão: 29/04/2020

Antonia Kaliny Oliveira de Araújo

Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)
Fortaleza – Ceará

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3694-4375>

Perpetua Thais de Lima Feitosa Quental

Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)
Fortaleza – Ceará

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6267-894X>

Isabelle Cerqueira Sousa

Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)
Fortaleza – Ceará

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5131-3395>

RESUMO: A ansiedade de separação é um transtorno comum na infância e costuma surgir precocemente. **Objetivos:** O estudo tem como objetivo compreender como ocorre a intervenção do terapeuta cognitivo-comportamental em casos de transtornos de ansiedade de separação em crianças, e também esclarecer como identificar os sintomas do referido transtorno, e explicar os conceitos e a intervenção da terapia cognitivo-comportamental em crianças com transtorno de ansiedade de separação. **Métodos:** O estudo configura-se como uma

pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa, e o levantamento de dados foi realizado nas bases SciELO, BVS e em livros de referência na área. **Resultados:** Os principais achados relevam que o resultado do tratamento está amparado no tripé profissional, criança e família e que todos desempenham função importante no manejo e resposta ao tratamento. **Conclusões:** Assim, a TCC no tratamento de crianças com ansiedade de separação tem apresentado resposta diferenciada quando comparada a outras abordagens e tem gerado efeitos satisfatórios e eficazes no tratamento. **PALAVRAS-CHAVE:** Ansiedade de separação. Infância. Terapia cognitivo-comportamental.

SEPARATION ANXIETY DISORDER: INTERVENTIONS USING COGNITIVE BEHAVIOURAL THERAPY WITH CHILDREN

ABSTRACT: Separation anxiety is a common disorder in childhood and usually appears early. **Objectives:** The study aims to understand how the intervention of the cognitive-behavioral therapist occurs in cases of separation anxiety disorders in children, and also to clarify how to identify the symptoms of said disorder, and to explain the concepts and the intervention of cognitive-therapy. behavior in children with

separation anxiety disorder. **Methods:** The study is configured as a bibliographic research with a qualitative approach, and the data collection was carried out in the SciELO, VHL databases and in reference books in the area. **Results:** The main findings reveal that the result of the treatment is supported by the professional tripod, child and family and that everyone plays an important role in the management and response to treatment. **Conclusions:** Thus, CBT in the treatment of children with separation anxiety has shown a different response when compared to other approaches and has generated satisfactory and effective treatment effects.

KEYWORDS: Separation Anxiety. Childhood. Cognitive behavioural therapy.

1 | INTRODUÇÃO

De acordo com Asbahr (2004) os transtornos ansiosos encontram-se entre as condições psiquiátricas mais comuns na população pediátrica. Estima-se que até 10% desta população possa apresentar algum quadro patológico de ansiedade durante a infância ou adolescência. Entre os transtornos ansiosos mais estudados e que ultimamente vem ganhando especial atenção de profissionais que trabalham com a infância é o transtorno de ansiedade de separação. A psicopatologia caracteriza-se por ansiedade excessiva em relação ao afastamento dos pais ou equivalentes e não se adequa ao nível de desenvolvimento. Os sintomas causam sofrimento intenso e prejuízos significativos em diferentes áreas da vida da criança.

As crianças, quando sozinhas, temem que algo possa acontecer aos seus pais ou a si mesmas tais como doenças, acidentes, sequestros, assaltos, ou algo que os afaste definitivamente deles. Como consequência, apegam-se excessivamente aos seus cuidadores, não permitindo seu afastamento. Em casa, resistem a dormir, necessitando de companhia constante e têm frequentes pesadelos que versam sobre seus temores de separação. A recusa a frequentar a escola também é comum nesses pacientes. A criança deseja ir à escola, demonstra boa adaptação prévia, mas apresenta intenso sofrimento quando necessita afastar-se de casa e de seus cuidadores (ASBAHR, 2004).

As descrições acima, que são comumente recorrentes, são acompanhadas de manifestações somáticas de ansiedade, tais como dor abdominal, dor de cabeça, náusea e vômitos. Crianças maiores podem manifestar sintomas cardiovasculares como palpitações, tontura e sensação de desmaio. Esses sintomas prejudicam a autonomia da criança e podem restringir suas atividades acadêmicas, sociais e familiares, gerando um grande estresse pessoal e familiar (ASBAHR, 2004).

A terapia cognitivo-comportamental (doravante TCC) é uma abordagem terapêutica bem estruturada, com metas claras, definidas, focalizada no presente e que é utilizada no tratamento dos mais diferentes transtornos psicológicos. Seu

objetivo principal é o de produzir mudanças nos pensamentos e nos sistemas de significados dos clientes, evocando uma transformação emocional e comportamental duradoura e não apenas um decréscimo momentâneo nos sintomas (PETERSEN, 2011).

A TCC fundamenta-se no modelo cognitivo e parte da hipótese de que as emoções, os comportamentos e as reações fisiológicas de uma pessoa são influenciados pelas percepções que ela tem dos eventos, seu modelo conceitual centra-se na visão de que não são as situações em si que determinam o que a pessoa sente, mas como ela interpreta essa determinada situação (BECK, 2013).

A presente pesquisa vai apresentar como a TCC pode intervir no transtorno de ansiedade de separação em crianças tendo em vista que, em crianças e adolescentes, são frequentes os quadros de transtorno de ansiedade de separação, com prevalência em torno de 4%. Estudos de revisão sugerem que o tratamento psicológico comprovadamente eficaz para os transtornos ansiosos da infância e adolescência é a terapia cognitivo-comportamental (ASBAHR, 2004).

Será explicada também a intervenção cognitivo-comportamental em crianças com transtorno de ansiedade de separação, o atendimento com crianças ansiosas em TCC tem apresentado desafios e acaba gerando um processo criativo nos modos de intervenção e postura terapêutica. A intervenção em TCC considera o trabalho de reestruturação dos esquemas cognitivos, modificação de crenças, pensamentos distorcidos, emoções, comportamentos, fisiologia, personalidade, temperamento, fatores estressores, ambiente, contexto, família e o funcionamento da própria criança.

A escolha do tema se deu a partir da experiência profissional das pesquisadoras em face a grande demanda de casos de crianças com dificuldades de se distanciar e se separar da mãe com naturalidade. Diante do relato das mães, percebeu-se que a ansiedade vivenciada pela criança é incapacitante, causa sofrimento e a criança passa a manifestar comportamentos que desafiam as famílias, cuidadores e escola, se comparada a crianças com apego seguro.

O artigo objetiva compreender como ocorre a intervenção do terapeuta cognitivo-comportamental em casos de transtornos de ansiedade de separação em crianças, e também esclarecerá como identificar os sintomas do referido transtorno em crianças, pois se considera que a avaliação atenta do profissional e a compreensão sobre a sintomatologia do quadro, aliando conhecimento com olhar clínico, proporcionam atendimento seguro e respostas eficazes no tratamento de crianças ansiosas.

2 | MÉTODOS

Para desenvolver esse estudo, foi realizada uma pesquisa bibliográfica com abordagem qualitativa no período de junho de 2019 a janeiro de 2020. Todo trabalho científico, deve ter o apoio e o embasamento na pesquisa bibliográfica, para que não se desperdice tempo com um problema que já foi solucionado e possa chegar a conclusões inovadoras, como podemos encontrar em Lakatos e Marconi (2001) e Fonseca (2002, p.32) complementa dizendo que:

A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Existem, porém, pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta.

O termo pesquisa qualitativa é definido por Godoy (1995) como aquela que envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo. Ela não se apresenta rigidamente estruturada, permite que a imaginação e a criatividade levem a propor trabalhos que explorem novos enfoques. Minayo (2014) afirma que a pesquisa qualitativa requer como atitudes fundamentais a abertura, flexibilidade, capacidade de observação e de interação com os atores sociais envolvidos, e os sujeitos sociais possuem as qualidades que o investigador pretende conhecer e avaliá-los em número satisfatório para permitir certa reincidência das informações, porém não despreza informações ímpares cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta.

Para Gil (1999) o uso dessa abordagem propicia o aprofundamento da investigação das questões relacionadas ao fenômeno em estudo e das suas relações mediante a máxima valorização do contato direto com a situação estudada, buscando-se o que era comum, mas permanecendo, entretanto, aberta para perceber a individualidade e os significados múltiplos.

Com a finalidade de refinar a pesquisa, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: ansiedade, infância, terapia cognitivo-comportamental e separação, e, durante a busca foram encontrados doze artigos que contemplam a temática estudada, retirados das bases eletrônicas: *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e de literatura impressa relevante ao estudo.

Os critérios de inclusão para seleção da amostra foram: 1) artigos publicados na íntegra em revistas científicas, 2) trabalhos que se situavam no espaço temporal de 2014 a 2019, e 3) artigos de língua portuguesa e inglesa. Como critérios de

exclusão: artigos de pouca relevância e impacto social e conteúdos nos quais os dados eram suspicazes e não atendiam à demanda contemporânea.

As fontes da fundamentação teórica se basearam nos autores clássicos que tratam do tema, como Beck (2013); Caminha (2007 e 2017); Stallard (2010); Petersen (2003); Friedberg (2007, 2014); Castillo (2000); Asbahr (2004); Isolan (2007); Albano (2003) e Padesky (1998).

3 | DISCUSSÃO

3.1 Transtorno de ansiedade de separação na infância

Segundo o Manual de Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria DSM - V (2013), o transtorno de separação é caracterizado de forma mais comum na infância e na adolescência, envolvendo figuras importantes de apego. Pelo menos três critérios devem estar presentes em relação ao afastamento de casa ou dos familiares, são eles: 1) sofrimento excessivo e recorrente devido a previsão de afastamento de casa ou de figuras importantes de apego, 2) preocupação persistente e excessiva acerca da possível perda ou de perigos envolvendo figuras importantes de apego, (doença, ferimentos, desastres ou morte), e 3) repetidas queixas de sintomas somáticos: cefaleias, dores abdominais, náusea ou vômitos.

A ansiedade, embora seja considerada uma emoção básica e positiva, é também uma das principais dificuldades enfrentadas no que se refere às suas vivências emocionais ou na experiência com a pós-modernidade e pode ser percebida nas diversas fases da vida em crianças, adolescentes, adultos e idosos (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998; CUNHA, 2001). Quanto aos transtornos específicos, de acordo com os sistemas classificatórios vigentes, a ansiedade de separação é a única perturbação de ansiedade específica da infância, no entanto, pode ser percebida em pré-adolescentes que passam por uma ansiedade de separação tardia (CASTILLO et al., 2000).

Autores como: RUSSO (2011); STALLARD (2010); WEEMS; STICKLE (2005) relatam que as crianças, conforme elas se desenvolvem e a sua capacidade cognitiva aumenta, o foco das preocupações e temores mudam. Até os dois anos e meio é comum crianças sentirem medos mais concretos, imediatos e tangíveis, tais como: ruídos altos, presença de desconhecidos ou separação de figuras com as quais têm vínculos. À medida que vão envelhecendo, seus medos tornam-se mais abstratos, como por exemplo: escuridão, fantasmas, sangue, doenças, ferimentos, medo da avaliação e julgamento social.

A necessidade de identificar os transtornos de ansiedade entre o público infanto-juvenil é uma questão de saúde pública e de grande importância acadêmica

e científica (Albano et al., 2003). A ansiedade patológica, como foi destacado, é altamente prevalente entre crianças e está associada a significativo sofrimento e prejuízo de vida, e muitas vezes está relacionada a resultados negativos em longo prazo, como por exemplo, problemas crônicos de saúde mental.

Os transtornos de ansiedade têm em sua etiologia a combinação de variáveis biológicas e ambientais. O modelo diátese-estresse de psicopatologia ressalta que a história da aprendizagem tem um papel fundamental. Alguns fatores de risco têm sido identificados para os transtornos de ansiedade incluindo estilos de apego inseguro, temperamento da criança, presença de transtorno de ansiedade nos pais e determinadas características dos estilos parentais, tais como: superproteção e comportamentos de evitação (PETERSEN, 2011).

Assis et al (2007) pontuam que o relacionamento inseguro da criança com seus cuidadores é outro ponto importante para se compreender os sintomas de ansiedade. Baseado nas reações dos pais e no tipo de relacionamento estabelecido entre pais e filhos é que a criança pequena cria seu próprio modelo de funcionamento interno frente às situações da vida. Ao crescer, outras pessoas e influências se incorporam à forma como uma criança lida com a ansiedade.

Os conflitos conjugais, a forma como o pai ou a mãe se relaciona com o cônjuge, o relacionamento entre irmãos, as estratégias educativas dos pais, as crenças dos pais sobre os filhos são outros aspectos que podem estar associados aos transtornos de ansiedade na infância (ASSIS, 2007).

As estratégias educativas vão depender de vários aspectos, como as características dos progenitores e dos filhos. Traços de personalidade, questões sociais, históricas, intergeracionais e culturais. Bases que fundamentam a escolha de práticas educativas restritivas e punitivas, por exemplo. Por outro lado, as práticas educativas positivas, como a comunicação, o afeto e limites são extremamente importantes para o desenvolvimento de comportamentos funcionais e saudáveis (ASSIS, 2007).

As crenças parentais surgem, a partir, de vivências e experiências sociais e culturais ao longo da vida. Elas servem de referência para sustentar o comportamento paterno cotidiano ante a educação dos filhos. Assim, os pais possuem ideias a respeito de como devem tratar e educar os filhos com base no que acreditam e aprenderam ao longo da história de vida (ASSIS, 2007).

O transtorno de ansiedade de separação é caracterizado por ansiedade excessiva em relação ao afastamento dos pais ou seus substitutos, não adequada ao nível de desenvolvimento, que persiste por, no mínimo, quatro semanas, causando sofrimento intenso e prejuízos significativos em diferentes áreas da vida da criança ou adolescente (CASTILLO et al. 2000).

Geralmente, crianças ansiosas, quando estão sozinhas, temem que algo ruim

possa acontecer a elas mesmas ou aos seus cuidadores, tais como: acidentes, sequestro, assaltos, doenças terminais, medo dos pais irem embora, situações e/ou condições que os afastem definitivamente dos pais. Como consequência, demonstram comportamento de apego excessivo a seus cuidadores, não permitindo o afastamento destes ou telefonando repetidamente para eles para tranquilizá-los sobre suas fantasias (MARCH, 1995; LAST, 1996).

Também podem ser percebidos alguns comportamentos difíceis e desgastantes. Para dormir, as crianças necessitam de companhia e resistem ao sono, que vivenciam como separação ou perda de controle e com frequência referem pesadelos que versam sobre seus temores de separação. Recusa escolar secundária também é comum nesses pacientes. A criança deseja frequentar a escola, demonstra boa adaptação prévia, mas apresenta intenso sofrimento quando necessita afastar-se de casa (MARCH, 1995; LAST, 1996 apud CASTILLO, 2000).

Conforme Castillo et al (2000) quando a criança percebe que seus pais vão se ausentar ou o afastamento realmente ocorre, manifestações somáticas de ansiedade são comuns: dor abdominal, dor de cabeça, náusea e vômitos. Crianças maiores podem manifestar sintomas cardiovasculares: palpitações, tontura e sensação de desmaio. Esses sintomas prejudicam a autonomia da criança, restringem a sua vida de relação e seus interesses, ocasionando um grande estresse pessoal e familiar. Sentem-se humilhadas e medrosas, resultando em baixa autoestima e podendo evoluir para um transtorno do humor.

Os sintomas comportamentais gerais refletem sinais mais declarados de ansiedade. A evitação é marca registrada de sintomas ansiosos. As crianças geralmente se acham incapazes de evitar as circunstâncias que temem ou porque sua evitação atingiu um enorme custo (trabalho escolar, problemas de saúde, problemas com os pares, conflito familiar). Roer as unhas, chupar os dedos, compulsões e hipervigilâncias são outros sintomas comportamentais comuns de ansiedade. As crianças podem se envolver nesses comportamentos para se acalmar ou para lidar com situações ameaçadoras (FRIEDBERG; McCLURE, 2014).

Friedberg e McClure (2007) também explicam que os diálogos internos de crianças ansiosas são pontuados por previsões e expectativas catastróficas. Elas imaginam subjetivamente perigos onde não existe, preveem desastres e agem como se suas previsões fossem totalmente confiáveis ou pensam que alguma coisa ruim vai acontecer e que não serão capazes de lidar com isso. Suas mentes concentram-se nos aspectos potencialmente ameaçadores das situações. Estas crianças esperam que o pior aconteça e preocupam-se com suas capacidades de enfrentamento, portanto preocupação, apreensão, pânico, medo e irritabilidade são os componentes emocionais da ansiedade.

Estudos retrospectivos sugerem que existe uma continuidade na presença dos

transtornos de ansiedade da infância e adolescência para a idade adulta, no entanto, no transtorno de ansiedade de separação, pode ocorrer dois processos distintos: a) remissão dos sintomas e b) evolução para outros quadros psicopatológicos, em particular para Transtorno de Ansiedade Generalizada ou Transtorno de Pânico ou Depressão (SUVEG, 2005).

A seguir, se pode ver de que forma a literatura vem mostrando a eficácia da terapia cognitivo-comportamental com crianças ansiosas e em especial, no tratamento do transtorno de ansiedade de separação.

3.2 A abordagem cognitivo-comportamental com crianças

O modelo cognitivo foi originalmente construído de acordo com pesquisas conduzidas pelo médico e psicanalista Aaron Beck, com a intenção de explicar os processos psicológicos na depressão e na tentativa de provar a teoria freudiana, Beck propôs que os sintomas de depressão poderiam ser explicados em termos cognitivos como interpretações tendenciosas das situações, atribuídas à ativação de representações negativas de si mesmo, do mundo pessoal e do futuro, a tríade cognitiva (BECK, 2013).

A Terapia cognitivo-comportamental (TCC) é um dos modelos psicoterápicos mais pesquisados na atualidade. No que se refere a crianças, o espectro de abordagens das TCCs pode ser considerado o padrão das escolas psicoterápicas (FRIEDBERG et al., 2014). Ao longo das últimas décadas, a TCC tem mostrado consistente eficácia no tratamento de um escopo cada vez mais abrangente de transtornos infantis.

Na intenção de expandir seu modelo teórico e contemplar em sua abordagem terapêutica resultados de pesquisas recentes, a TCC tem buscado evoluir constantemente, vem fazendo isso considerando modelos “transdiagnósticos” e modulares ao invés de protocolos individuais e limitados, disponibilizando tratamentos em contextos diversos, incluindo clínicas particulares, ambientes comunitários, escolas, internações psiquiátricas hospitalares e centros de saúde vinculados a universidades, acolhendo abordagens de terceira onda, por meio de uma postura teórica flexível, ofertando aplicações clínicas culturalmente orientadas e utilizando a era digital como suporte, fazendo uso de tecnologias emergente (FRIEDBERG et al., 2014).

Segundo Stallard (2010) a TCC tem como características essenciais sua configuração com modelos teóricos abertos a novas evidências, postura terapêutica colaborativa e ativa, tempo determinado, foco no aqui e agora, preocupação com o problema ou sintomas, descobertas e experimentações guiadas e fornece estrutura

para avaliar a mudança. A TCC tem se mostrado útil com crianças, suas práticas são orientadas por aprendizagens mediadas por ações e avaliação de novas habilidades, sendo concreta na observação de situações e problemas da vida real, tem alta validade para crianças que se preocupam com dificuldades atuais, facilita descobertas guiadas aumentando a autocompreensão e independência para buscar soluções e, finalmente, tem curto prazo, o que sintoniza com a perspectiva de tempo da criança e com a brevidade da própria infância (STALLARD, 2010).

Os objetivos da TCC em crianças e adolescentes consistem em reduzir os componentes cognitivos, comportamentais e somáticos da ansiedade, auxiliando-os a reconhecer sentimentos de ansiedade e reações fisiológicas a ela, esclarecer pensamentos ou cognições em situações provocadoras de ansiedade, desenvolver habilidades para lidar com a ansiedade e avaliar os resultados obtidos. As técnicas utilizadas, dependendo do protocolo de tratamento, são a psicoeducação, o relaxamento, a reestruturação cognitiva, a resolução de problemas, o reforço de contingência e a modelagem (GONÇALVES; HELDET, 2009).

3.3 Intervenções em Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) junto às crianças com Transtorno de Ansiedade de Separação

De acordo com o modelo cognitivo, cinco esferas de funcionamento mudam quando as crianças ficam ansiosas. Elas experimentam alterações psicológicas, de humor, comportamentais, cognitivas e interpessoais. O tratamento naturalmente centra-se em acalmar os sintomas angustiantes, ensinando habilidades de enfrentamento e comportamentos adaptativos (FRIEDBERG; McCLURE, 2007).

Padesky (1998) sugere titular o tipo de intervenção de acordo com o nível de sofrimento do paciente. Algumas intervenções nos transtornos de ansiedade incluem automonitoração utilizando recursos e instrumentos infantis como balões, trilhos dos meus medos, termômetro do medo, inventário de autorrelato. Técnicas de relaxamento tais como relaxamento muscular progressivo, controle de respiração e técnicas de *mindfulness* também podem ser usadas.

Com o crescente interesse da comunidade científica na investigação da efetividade dos tratamentos baseados em *mindfulness*, é natural que os pesquisadores se direcionam também para a expansão das técnicas para a população infantil. Nos últimos anos, houve um aumento no número de estudos voltados para a eficácia de intervenções baseadas em *mindfulness* com crianças, além de intervenções voltadas também para os pais e cuidadores (HARNETT; DAWE, 2012).

É importante considerar as técnicas de dessensibilização sistemática, treinamento de habilidades sociais podendo-se utilizar fantoches, ensinar habilidades de enevoar, ignorar, observar, assim como treinar técnicas cognitivas de autocontrole,

experimentações comportamentais e teste de evidências. Pode-se também utilizar procedimentos baseados no desempenho como exposição, luz vermelha/luz verde e reforçar os comportamentos alcançados da criança com recompensas como distintivo de coragem, reforçadores afetivos e naturais (FRIEDBERG; McCLURE, 2007).

A intervenção deve abarcar, portanto, as dimensões comportamental, cognitiva, emocional e social. No âmbito do tratamento, isso ocorrerá através de práticas estruturadas, *role play*, *feedback*, intervenções de *coping*, economia de fichas, tarefas de casa, estratégias de exposição, observação do processamento da informação, nomeação de sentimentos, orientação familiar, treinamento de pais, psicoeducação, aplicação de testes, escalas e protocolos de TCC (PETERSEN, 2011).

Atualmente, o tratamento é constituído, de modo geral, por uma abordagem multimodal que inclui orientação aos pais e à criança, a TCC, psicoterapia dinâmica e uso de psicofármacos, além de intervenções familiares (CASTILLO et al., 2000; ISOLAN et al., 2007). O treinamento de pais é baseado na perspectiva comportamental. Desde os pressupostos clássicos de Skinner, Watson, e Bandura, sabe-se que os pais que passam mais tempo com a criança e têm a possibilidade de gerenciar reforços, punições e servir como modelo podem exercer grande influência em sua mudança comportamental. Com base nisso, os programas de treinamento de pais têm enfatizado a importância de pais/cuidadores tornarem-se mais habilidosos em lidar com a criança e manejar comportamentos indesejados, disruptivos e até mesmo patológicos (CAMINHA; DUTRA, 2017).

Para Marinho (2000) pais e cuidadores não devem ser apenas mediadores entre o trabalho do psicólogo e a criança, mas devem diferentemente ser agentes de mudança no contexto natural de desenvolvimento da criança. Seguramente, no treinamento de pais, o papel desses não é passivo, mas caracterizado pelo próprio monitoramento de suas práticas educativas e mudanças destas num sentido positivo e permanentemente ativo.

Conforme Caminha e Caminha (2007) a participação e envolvimento dos pais, tanto na avaliação como no tratamento da criança são indispensáveis, portanto, eles são incluídos na aliança terapêutica, o que sustenta e viabiliza o tratamento infantil. Stallard (2010) menciona que existem três estilos de participação dos pais dentro de uma perspectiva comportamental. No primeiro, os pais são vistos como “cofacilitadores” e sua participação no processo terapêutico é bastante limitada, ou seja, são aqueles pais que pouco participam e contribuem para o avanço terapêutico dos filhos. O segundo estilo seriam os pais “coclínicos”, dessa vez num papel mais ativo, com a finalidade de entender a intervenção, acompanhar e fiscalizar o uso de estratégias. Por último aborda os pais como “clientes”. O foco da intervenção seria

direto e exclusivamente nos pais, os quais são ajudados a reavaliar suas crenças sobre os filhos e a mudar seus próprios padrões comportamentais.

O treino parental em TCC também acontece quando os pais de crianças ou adolescentes em acompanhamento apresentam problemas comportamentais e geralmente os pais são orientados a buscar suporte psicoterápico individual ou grupal, visando modificar seus manejos e condutas com os filhos (CAMINHA; DUTRA, 2017). Com base nisso, salienta-se a necessidade de buscar cada vez mais motivar profissionais a se comprometerem em produzir estratégias que propiciem a proteção, saúde e desenvolvimento tanto de crianças e adolescentes quanto de suas famílias. Do mesmo modo, independente da forma como as famílias contemporâneas se apresentam, deve-se sempre buscar promover o entendimento de que cabe a elas exercer a função de proteção e de agentes de socialização de suas crianças, possibilitando que elas tenham condições para um desenvolvimento integral, com respeito às suas diferentes necessidades e atentando para o bem-estar psicológico de cada criança (CAMINHA; DUTRA, 2017).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Terapia cognitivo-comportamental no tratamento de crianças com ansiedade de separação tem apresentado resultados satisfatórios e eficazes ao longo dos tempos, tem priorizado um plano de intervenção estruturada, adaptado a cada realidade e se atentando às peculiaridades de cada paciente e família.

A partir dos estudos analisados, constatou-se que o terapeuta pode se equipar de recursos lúdicos, jogos, metáforas, métodos de resolução de problemas, treino assertivo, dessensibilização gradual, questionamento socrático, identificação e avaliação das emoções, reestruturação cognitiva, estratégias de *coping*, treinamento de pais, prática de *mindfulness*, histórias terapêuticas, atividades físicas reguladoras do humor, caderno de tarefas terapêuticas e elencar atividades prazerosas que distraem e relaxam a criança.

As revisões da literatura mostram que o resultado do tratamento está amparado em um tripé constituído por profissional, criança e família., o tratamento requer do profissional conduta terapêutica, habilidade e manejo adequado frente a cada caso, propriedade da conceitualização cognitiva e sólida relação terapêutica.

A pesquisa revelou um impacto social sobre o conhecimento e principalmente, sobre a prática profissional dos terapeutas cognitivos comportamentais, apresentando recursos, técnicas e intervenções testadas e validadas com potencial de melhora significativa do quadro ansioso, sugerindo ainda, adaptações para o atendimento de cada caso de acordo com o nível de sofrimento da criança. Mas, com certeza esse assunto não se esgota aqui, é necessário elaborar mais estudos científicos

sobre o transtorno de ansiedade de separação, pois, as crianças apresentam idades cronológicas, realidade sociocultural e fases de desenvolvimento diferentes, necessitando de muitos aprofundamentos sobre este assunto.

REFERÊNCIAS

- ALBANO, A. M.; CHORPITA, B. F.; BARLOW, D. H. (2003). Childhood anxiety disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), **Child psychopathology**. New York: Guildford Press. Disponível em: <<https://psycnet.apa.org/record/2003-04378-006>> Acesso: 09 novembro.2019.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5: **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- ANDRADE, L.H.S.G.; GORESTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Revista de Psiquiatria Clínica** 25(6), 285-290. 1998.
- ASBAHR, Fernando R. Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos. **Jornal de Pediatria**. (Rio J.), Porto Alegre, v. 80. 2004. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80.pdf>> Acesso: 18 maio. 2019.
- ASSIS, Simone Gonçalves de et al. **Ansiedade em crianças: um olhar sobre transtornos de ansiedade e violências na infância**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES/CNPq, 2007.
- BECK, J. S. **Terapia cognitivo - comportamental: Teoria e prática**. 2º ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- CAMINHA, R. M; CAMINHA, M. G; DUTRA, C. A. **A prática cognitiva na infância e adolescência**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2017.
- CAMINHA, R. M; CAMINHA, M. G. **A prática cognitiva na infância**. São Paulo: Rocca, 2007.
- CASTILLO, Ana Regina GL et al. Transtornos de ansiedade. **Rev. Bras. Psiquiatr**. São Paulo v. 22, supl. 2, p. 20-23, Dec. 2000 . Disponível: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000600006>>Acesso: 17 agosto. 2019.
- FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.
- FRIEDBERG, R.D.; McCLURE, J.M. **A prática de clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- FRIEDBERG, R. D., et al. We've come a long way, baby: Evolution and revolution CBT with youth. **Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy**. 2014. Disponível: <<https://www.researchgate.net/publication>> Acesso: 07 de nov. 2019.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- GODOY, A. S. A pesquisa qualitativa e sua utilização em administração de empresas. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 35, n. 2, Mar./Abr. 1995. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v35n2/a08v35n2.pdf>> Acesso: 17 agosto. 2019.
- GONÇALVES, DH.; HELDET, E. Transtorno de ansiedade na infância como preditor de psicopatologia em adultos. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2009. Disponível: <<https://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem>> Acesso em: 18 agosto. 2019.

HARNETT, P. H.; DAWE, S. The contribution of mindfulness-based therapies for children and families and proposed conceptual integration. **Children and adolescent mental health**, 17 (4), 2012. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1475-3588.2011.00643.x>> Acesso em: 09 novembro.2019.

ISOLAN, L. et al. Tratamento do transtorno de ansiedade social em crianças e adolescentes. Porto Alegre, **Rev. Psiq. Clín.** 34 (3); 125-132, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n3/a04v34n3>> Acesso em: 18 agosto. 2019.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos metodologia científica**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MARINHO, M.L.; SILVARES, E.F.M. Evaluación de la eficacia de un programa de entrenamiento de padres en grupo. **Psicología Conductual**, 8, 299-318. 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 14. Ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2014.

PADESKY, C. A. **Intensive training series incognitive therapy**. Workshop series presented at Newport Beach, CA. 998.

PETERSEN, C. S. Evidências de efetividade e procedimentos básicos para terapia cognitivo-comportamental para crianças com transtornos de ansiedade /**Rev. Bras. Psicoter**; 13(1). 2011. Disponível: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLECD>> Acesso em: 18 maio. 2019.

RUSSO, V.S.F.C.C. **Atribuições parentais em relação à ansiedade dos filhos: estudo exploratório com crianças ansiosas**. Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal. 2011. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/5003/1/ulfpie039663_tm.pdf> Acesso: 10 novembro.2019.

STALLARD, P. **Ansiedade: Terapia cognitivo-comportamental para crianças e jovens**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

SUVEG, C.; ASCHENBRAND, M. A.; KENDALL, P. C. Separation Anxiety Disorder, Panic Disorder and School Refusal. **Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, 14. 2005. Disponível: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1056499305000556?>> Acesso: 10 novembro.2019.

VERISSIMO, Manuela; ALVES, Sara; MONTEIRO, Lígia ; OLIVEIRA, Carla. **Ansiedade de separação materna e adaptação psicossocial ao pré-escolar**. *Psic., Saúde e Doenças* online. 2003, vol.4, n.2, pp.221-229. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v4n2/v4n2a04.pdf>> Acesso: 18 maio. 2019.

WEEMS, C.F.; STICKLE, T.R. (2005). Anxiety disorders in childhood: Casting a nomological net. **Clinical Child and Family Psychology Review**, 8,107–134. Disponível: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s10567-005-4751-2>>Acesso: 10 novembro. 2019.

ESTUDO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE O DESFRALDE E O USO DO EU

Data de aceite: 05/06/2020

Data de submissão: 19/03/2020

Anna Victória Pandjarjian Mekhitarian Moraes

Estudante de doutorado

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Departamento de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade, São Paulo - SP

<https://orcid.org/0000-0003-3860-0768>

Rogério Lerner

Professor Associado II

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Departamento de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade, São Paulo - SP

<https://orcid.org/0000-0002-8525-934X>

Lia Queiroz do Amaral

Professora Titular Senior

Instituto de Física da Universidade de São Paulo, Departamento de Física Aplicada, São Paulo, SP

<https://orcid.org/0000-0002-5034-5328>

RESUMO: O estabelecimento do desfralde e o início do uso do “eu” pela criança ocorrem em torno dos 2-3 anos. Diante dessa aproximação temporal, o objetivo deste estudo foi investigar a possível associação entre o uso do “eu”

e o processo de conquista do desfralde em sete crianças matriculadas em uma creche institucional do Estado, usando metodologia qualitativa. As crianças foram acompanhadas por um período total de 10 meses, com verificação mensal dos dois eventos, através de questionários sobre o desfralde e de filmagem de sessões lúdicas, de onde foram extraídas as manifestações verbais das crianças. As expressões verbais foram qualitativamente analisadas a partir dos seguintes eixos: 1. Situações de possessividade relacionadas ou não a conflitos; 2. Independência e alternância com imitação e 3. Mistura entre a primeira e a terceira pessoa para fazer referência a si mesmo. No período contemplado pela pesquisa, 3 crianças (2 meninas e 1 menino) chegaram ao desfralde. Os resultados indicaram associação entre desfralde e uso do “eu” principalmente nos seguintes aspectos: predomínio do uso do “eu” para fazer referência a si mesmo, uso do “eu” em situações de independência e em situações nas quais há o desejo de mostrar às outras pessoas habilidades já adquiridas pela criança.

PALAVRAS-CHAVE: Controle esfinteriano, eu, desenvolvimento infantil

STUDY OF THE ASSOCIATION BETWEEN THE PROCESS OF GETTING FREE FROM DIAPERS AND THE USE OF “I”

ABSTRACT: The “process of getting free from diapers” (symbol D) and the beginning of the use of “I” by the child occur around 2-3 years. In face of this temporal approach, the objective of this study was to investigate the possible association between the use of “I” and the D in seven children enrolled in an institutional daycare center of the State, using a qualitative methodology. The children were followed for a total period of 10 months, with monthly verification of the two events, through questionnaires about the D and filming of play sessions, from which the verbal manifestations of the children were extracted. Verbal expressions were qualitatively analyzed from the following axes: 1. Situations of possessiveness, related or not to conflicts; 2. Independence and alternation with imitation and 3. Mixing between the first and third person to show self-awareness. In the period contemplated by the research, 3 children (2 girls and 1 boy) got free from diapers. The results indicated an association between the D and the use of “I” mainly in the following aspects: predominance of the use of “I” to express self-awareness, use of “I” in situations of independence and in situations in which there is a desire to show to other people abilities already acquired by the child.

KEY-WORDS: Sphincter control, I, child development

1 | INTRODUÇÃO

As questões relativas à linguagem e ao pensamento no ser humano sempre foram objeto de indagações e perplexidades. Nas últimas décadas essas questões tiveram avanços em novas direções, ligadas sobretudo a conexões com a evolução biológica. Ressurgiu a ideia de seleção sexual, proposta inicialmente por Darwin, inclusive com foco em humanos e suas preferências sexuais, como visto em artigo de revisão recente (Wilson et al. 2017). As ligações entre psicanálise e o cérebro humano também têm sido revistas (Marom, 2015), e as origens biológicas dos sentimentos e da cultura são analisadas em livro recente, já traduzido em português (Damasio, 2018). No Brasil, houve o crescimento da Etologia (Ades, 2010) e também da Psicologia Evolucionista (Hattori & Yamamoto, 2012).

A Antropologia Evolutiva, que inclui o estudo de primatas, levou a novas propostas ligando biologia e cultura: Tomasello e colaboradores elaboram teorias sobre a construção do humano nos primeiros anos da infância (Tomasello & Gonzalez-Cabrera, 2017; Tomasello, 2019) e Heidi Keller investiga o desenvolvimento infantil em diferentes culturas (Keller, 2019).

Por outro lado, existe crescente interesse na ideia de consciência corporal, e seu desenvolvimento em crianças, a partir das ideias de esquema corporal e imagem corporal, conforme visto em artigo de revisão recente (Vignemont, 2016).

No desenvolvimento infantil humano, o primeiro ano de vida pode ser caracterizado pelo controle da movimentação do próprio corpo, e em seguida pela locomoção bípede, que implica numa consciência corporal, ainda sem linguagem.

Em artigo recente (Hodges, 2017) discute origens da linguagem e possível interdependência entre cooperatividade e linguagem, em sequência a Tomasello, citando vários trabalhos que levantam relações que incluem a evolução da forma bípede de locomoção. Hodges enfatiza o cenário que correlaciona a diminuição dos pelos com a necessidade de as fêmeas carregarem suas crias (Amaral, 2008), o que leva a uma pressão seletiva para o bipedalismo. Isso por sua vez leva a necessidade de divisão de trabalho e cooperação, pois cuidar das crias passa a interferir com a forma de obtenção de alimentos.

Dentro da ideia de interdependência entre aspectos biológicos e aspectos linguísticos do desenvolvimento infantil, foi definida a pesquisa relatada neste trabalho, com a proposta original de estudar a associação entre o processo de desfralde, que envolve controle esfinteriano, mas também interações de comunicação com a criança, e o uso de pronome em primeira pessoa do singular (*eu*) em crianças.

É notória a confluência do período de vida em que se estabelece o desfralde e em que se inicia o uso do “eu” pela criança. Ao começar a falar, a criança faz referência a si mesma na terceira pessoa, imitando a forma como os adultos se referem a ela. Chega porém um momento em que ela começa a dizer “eu” ao se referir a ela mesma. Marcas do desenvolvimento da fala são bem conhecidas (site Johns Hopkins Medicine, acesso em abril de 2019). O desfralde se estabelece, na maioria das culturas, entre 24 e 36 meses (Mota & Barros, 2008 a,b). Esses dois eventos, marcantes na vida da criança, são aparentemente independentes, mas ocorrem na mesma época, tipicamente entre 2 e 3 anos de idade.

A despeito dessa evidente aproximação temporal, não localizamos na literatura pesquisas que se dedicam a investigar uma possível associação entre esses marcos do desenvolvimento humano. Existe pesquisa de formas de evacuação ligada a questões sanitárias de saúde pública em regiões subdesenvolvidas (Caruso *et al.*, 2017) e também pesquisa em métodos de obter o desfralde por treinamento em crianças (Greer *et al.* 2016). Todavia, a pesquisa desenvolvida neste trabalho está centrada na associação do desfralde com o uso do “eu”, não pensados como um aspecto mental e outro corporal do desenvolvimento, mas sim como processos nos quais mente e corpo se interpenetram e por vezes se tornam indissociáveis.

A presente pesquisa assumiu um caráter qualitativo (Smith, 2015), na vertente fenomenológica, analisando a articulação dos aspectos mental e corporal observados no comportamento das crianças.

Uma apresentação inicial dos resultados foi feita na forma de painel no SIICUSP

(Pandjarjian et al. 2017).

Após o término da pesquisa, na fase de redação deste trabalho, foi feita nova pesquisa bibliográfica, que confirmou a inexistência de estudos sobre a associação aqui investigada. Foram localizados dois artigos antigos que abordam em detalhe cada um dos dois processos, e que deram maior embasamento na análise final dos resultados obtidos nesta pesquisa:

- A relação entre linguagem e uso dos pronomes em crianças pequenas estudada por Goodenough (1938) relata uma pesquisa quantitativa bastante completa.

- Brazelton (1962) estudou um método de treinamento do desfralde, levando em conta a maturidade física e emocional das crianças.

No próximo item é detalhada a metodologia adotada no estudo longitudinal (ao longo de dez meses) de sete crianças na faixa etária 18 a 36 meses no início da pesquisa, numa creche institucional do estado. Em seguida são apresentados separadamente os resultados para o desfralde e o uso do “eu”, com ênfase na evolução desses marcos ao longo da pesquisa e nas três crianças que atingiram o desfralde durante a mesma. Foi possível também analisar o uso do pronome pessoal plural “nós”, que aparece mais tardiamente na linguagem infantil. Segue-se uma discussão da associação verificada entre o desfralde e o uso do “eu”, e também da relação entre as observações objetivas com as percepções internas das crianças. No último item são ressaltadas as conclusões deste trabalho, que levam a perspectivas de trabalho futuro.

2 | MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

A metodologia da pesquisa aqui apresentada foi qualitativa, partindo-se de questões e focos de interesse amplos (desenvolvimento do uso do “eu” e do desfralde) que foram se definindo na medida da realização do estudo, tal qual descrito por Godoy (1995). As pesquisas qualitativas comumente não acontecem em laboratórios ou ambientes controlados. Em geral, se desenrolam no ambiente “natural” dos participantes, sendo por isso também chamadas de “pesquisas naturalísticas” ou “pesquisas de campo” (Godoy, 1995). É nesse sentido que a pesquisa aqui apresentada foi realizada na creche, ambiente “natural” dos participantes.

Segundo Godoy (1995), a metodologia qualitativa é mais adequada do que a quantitativa quando estamos lidando com problemas pouco conhecidos. Esse é o caso da pesquisa aqui discutida, uma vez que investigações a respeito do desfralde e, mais especificamente, de sua associação com expressões verbais na faixa de idade de interesse, são quase inexistentes no meio acadêmico. A seguir, as etapas metodológicas e procedimentais empregadas neste estudo serão descritas em detalhe.

Inicialmente a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Uma interação direta entre a pesquisadora e a psicóloga da Creche levou ao consentimento formal dessa instituição para que ali fosse feita a coleta de dados. A psicóloga da instituição informou à pesquisadora os nomes de todas as sete crianças matriculadas na creche que estavam na idade de interesse ao escopo da pesquisa (critério de inclusão - idade da criança: inicialmente, entre 18 e 36 meses). Em seguida, os pais foram contatados e todos eles aceitaram participar da pesquisa. Eles assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e somente depois a coleta de dados começou.

É importante destacar que essa creche não tem um programa definido para desfraldar as crianças, assim o desfralde costuma ocorrer durante as férias. Além disso, em geral os pais ficam por breves períodos de tempo na instituição, uma vez que eles precisam deixar ali suas crianças e logo em seguida ir para o trabalho. Esse fato gerou consequências sobre a coleta de dados, que serão mais detalhadas adiante. Tomou-se cuidado para evitar que as crianças estivessem fazendo uso de remédios que pudessem alterar sua atividade gastrointestinal (isso poderia atrapalhar o processo do desfralde).

As sete crianças matriculadas na referida creche (4 meninas e 3 meninos) foram acompanhadas longitudinalmente por um período de 10 meses. As idades iniciais das crianças variaram de 18 a 30 meses, como pode-se ver na tabela 1, e todas elas apresentam desenvolvimento típico, de acordo com os resultados de aplicação do ASQ - BR (Ages & Stages Questionnaires - Versão brasileira).

O ASQ é um instrumento de rastreio construído para detectar alterações do desenvolvimento (Lopes *et al.*, 2011). Os resultados são organizados em cinco áreas: comunicação (C), coordenação motora fina (CMF), coordenação motora ampla (CMA), resolução de problemas (RP) e pessoal/social (PS) e são dados nos seguintes termos: não requer avaliação (primeira categoria), precisa de atividades adicionais com monitoramento da sua evolução (segunda categoria) e requer atividade direcionada/aprofundada feita por profissional (terceira categoria). Essa última categoria aponta para uma trajetória de desenvolvimento atípica (Cruz, Dias & Pedroso, 2014). A tabela 1 apresenta as categorias das crianças, simplificadas na forma “só 1^a”, “1x2^a” e “3x2^a”. Nenhuma das crianças se enquadra na categoria três, e nenhuma delas foi excluída. A tabela também nos fornece informações acerca das figuras familiares presentes e algumas observações que permitem uma compreensão maior das particularidades da amostra.

Criança	1	2	3	4	5	6	7
Sexo	Fem	Fem	Masc	Fem	Fem	Masc	Masc
Idade inicial	18 m	18 m	22 m	29 m	29 m	30 m.	30 m.
Responsável	Pai	Mãe	Mãe	Mãe	Mãe	Pai	Mãe
Resultados ASQ - BR	Só 1 ^a	Só 1 ^a	3 x 2 ^a	1 x 2 ^a	Só 1 ^a	1 x 2 ^a	Só 1 ^a
Figuras familiares presentes	Mãe, pai, madras-ta e irmão de 5 anos.	Mãe, pai e irmã de 6 anos.	Mãe e tias.	Mãe, pai e irmão de 5 anos.	Mãe, pai e irmão de 6 anos.	Mãe, pai e irmão de 5 anos.	Mãe, pai e irmã de 6 anos.

Tabela 1. Informações gerais sobre as crianças da amostra, com categorias do ASQ-BR (Ages & Stages Questionnaires Versão brasileira), explicadas no texto.

Obs. 1. O responsável pela criança 1 respondeu o ASQ-BR cinco meses depois que a coleta começou. Assim, quando esse questionário foi aplicado, a criança tinha 23 meses.

2. A criança 2 mudou de cidade no quarto mês da pesquisa.

Sessões lúdicas foram mensalmente filmadas com as crianças, com ênfase nas interações entre eles e no uso de pronomes em primeira pessoa (*eu, meu, etc*). A coleta de dados resultou em 710 vídeos com tempo de duração variável (mínimo de dez e máximo de 720 segundos, média: 64 segundos, com um total de 12,6 horas). A partir dos vídeos, a pesquisadora anotou toda a troca de palavras registrada entre as crianças. A análise de dados foi feita a partir dessas anotações das expressões verbais.

A duração de cada sessão lúdica foi de cerca de duas horas e elas se desenrolaram em pequenos grupos de crianças. Seis crianças da amostra (1-6) estavam na mesma classe, enquanto a sétima tinha colegas diferentes e foi observada separadamente, na companhia de crianças mais velhas. Do sexto mês da pesquisa em diante, com a mudança do ano letivo, todas as crianças da amostra passaram a estar na mesma classe.

Nas primeiras sessões lúdicas a pesquisadora fez um esforço para estabelecer um bom *rappor*t com as crianças. Assim, as conversas e brincadeiras poderiam fluir mais eficientemente durante todo o período da pesquisa. A escolha do brincar livre como método baseou-se nas ideias de Winnicott (1971), para quem é somente no brincar que o ser humano, criança ou adulto, pode desfrutar inteiramente de sua personalidade (Belo & Scodeler, 2013). Os materiais, os mesmos durante os dez meses de coleta, foram: bonecas, carrinhos, bichos de pelúcia, folhas de papel com giz de cera, um pequeno espelho, bem como outros brinquedos presentes no ambiente da creche, como escorregadores e motocicletas.

Pais ou cuidadores das crianças responderam mensalmente um questionário online a respeito do desenvolvimento do processo de desfralde de suas crianças. O contato online dos pais foi uma maneira encontrada de resolver o problema de que eles ficavam pouco tempo na creche para deixar seus filhos e, assim, não tinham disponibilidade para conversar com a pesquisadora.

As perguntas foram inspiradas principalmente em uma pesquisa quantitativa conduzida em 2008 (Mota & Barros, 2008 b), que tinha como objetivo avaliar a prevalência de crianças já desfraldadas aos 24 meses de idade, bem como os fatores associados. Os resultados dessa pesquisa mostraram que na idade de dois anos (24 meses) as habilidades requeridas para a aquisição do controle esfinteriano já estavam presentes. Ainda assim, a maioria das crianças da amostra ainda não havia iniciado o seu treinamento para o desfralde. Os mencionados pesquisadores consideraram a importância das seguintes aquisições no processo de retirada das fraldas: desenvolvimento motor (andar firmemente, sentar), linguagem (falar ao menos dez palavras), coordenação motora (saber tirar a própria roupa) e cognição (entender e seguir instruções, indicar a necessidade de ir ao banheiro). É importante salientar que as perguntas inspiradas no trabalho de Mota & Barros (2008 b) não levaram a resultados definidos para a pesquisa aqui descrita, pois se referem a outra situação, de uma pesquisa quantitativa com outro escopo de investigação. O que interessou de fato à presente pesquisa foi a maneira como se deu a evolução de cada criança ao longo do tempo, no que diz respeito ao desfralde e às expressões verbais.

Um total de 70 questionários sobre o processo de desfralde (dez para cada criança) foram aplicados ao longo dos dez meses de coleta de dados. De cada questionário respondido, as mudanças percebidas foram consideradas em relação ao mês anterior e, devido a essas transformações, algumas perguntas foram reformuladas, substituídas ou acrescentadas a cada mês. Colocou-se sob foco a dimensão processual e temporal do desfralde.

Foram localizados também artigos recentes sobre desfralde, e técnicas de desfraldamento, (Kidoo, 2012; Schutz, 2014; Barbosa, & Quadros, 2017), mas que não aprofundam a correlação com a maturação do desenvolvimento infantil, que é o enfoque aqui adotado.

No período de 10 meses da coleta, três crianças da amostra desfraldaram, nos períodos de férias, sendo duas do sexo feminino (uma no quarto e a outra no décimo mês da coleta) e um do sexo masculino (no quarto mês da coleta),

3 | RESULTADOS

Inicialmente serão apresentados de forma separada os resultados obtidos para o Desfralde e para as verbalizações das crianças, focalizando o uso do “eu”, e depois o estudo da associação ente os dois temas. Ressalte-se que a categorização pelo ASQ separou as crianças em 3 grupos: as que tiveram só 1ª categoria (4 crianças), as que tiveram 1 vez a 2ª categoria (2 crianças) e 1 criança com 3 vezes a 2ª categoria.

3.1 Desfralde

O acompanhamento de cada criança ao longo do tempo permitiu que suas trajetórias de aquisição do controle esfinteriano fossem conhecidas em profundidade. Um resultado comum a quase todas as crianças, não mencionado na literatura, refere-se ao fato de elas fazerem inicialmente bastante confusão, ou seja, não saberem se expeliram “líquido” ou “sólido”, nem se de fato expeliram algo, ou se apenas sentiram vontade de fazer. O processo todo não é linear, avança depois recua, as confusões demoraram meses até que as percepções das crianças pudessem levar ao desfralde. A maioria demonstra curiosidade sobre suas excreções, mais em relação às fezes. Também, foi comum a observação que, mesmo com o desfralde avançado, preferiam muitas vezes não ir ao banheiro e continuar brincando. A preocupação dos pais com o desfralde também variou muito, tanto entre as crianças como ao longo do tempo, e isso foi determinante no processo. Damos a seguir algumas características específicas de cada uma, apresentadas sequencialmente por ordem de idade (da menor para a maior), sendo cada uma delas representada por um número e associada a um símbolo referente ao sexo (M – masculino e F – feminino).

Um ano após o término da coleta de dados foi feito um *follow up* das crianças quanto à situação em relação ao desfralde; esses dados foram obtidos por intermédio de conversas com as educadoras. Verificou-se que apesar das variações havidas durante o processo de desfralde, as crianças conseguiram superar as dificuldades, chegando mais cedo ou mais tarde ao bom controle esfinteriano. As diferenças quanto à categoria ASQ foram ultrapassadas.

3.1.1 Dados sobre cada criança

Criança 1 F - Enganos eram comuns ao longo de toda a pesquisa para essa criança, a mais nova do grupo, e os pais não estavam preocupados com o desfralde. Ela desfraldou cerca de quatro meses após o final da coleta e o processo foi tranquilo. De um dia para o outro ela apareceu na creche sem fraldas, extremamente feliz

com tal novidade. Um ano depois do fim da coleta usava o banheiro com bastante autonomia.

Criança 2 F - Às vezes conseguia diferenciar o que tinha feito, mas até o final da coleta, via e-mail (já que a família mudou de cidade no quarto mês da pesquisa), ocorreram confusões na percepção dos excrementos. Situação um ano depois: desconhecida.

Criança 3 M - Dentre as crianças da amostra, esta é aquela que apresenta questões mais preocupantes no desenvolvimento, e que mais apresentou avaliação pelo ASQ na segunda categoria. Perdeu o pai aos sete meses de idade. Palavras da mãe: *Como o* (meu filho) não tem pai, que é falecido há dois anos, ele tem perguntado mais sobre onde está o pai e sempre diz que o amigo da creche tem pai.

De início, a criança 3M por vezes sinalizava quando a fralda estava suja ou molhada, mas depois regrediu, chegando quase a uma evacuação livre e sem controle no final da pesquisa, sem se incomodar de estar molhado, e a mãe oscilou várias vezes entre tentar o desfralde e desistir.

Cerca de quatro meses após o final da coleta a fralda cheia (seja de fezes ou urina) pouco incomodava o menino. No entanto, logo no mês seguinte (férias), o menino parou de usar fraldas e, no retorno à creche, tinha facilidade em usar o banheiro. Um ano depois do fim da coleta havia mudado de creche.

Criança 4 F - Esta criança obteve uma avaliação do ASQ na segunda categoria. No nono mês da pesquisa, a menina começou a se incomodar muito com a fralda suja. No décimo e último mês da pesquisa, a criança 4F desfraldou no período diurno, conquistando o controle diurno da evacuação, com separação entre urina e fezes. Situação um ano depois: uso do banheiro com bastante autonomia. Raríssimos escapes.

Criança 5 F - No terceiro mês da pesquisa, a criança estava conseguindo se segurar por mais tempo antes de fazer xixi e a mãe disse que estava atenta aos sinais de que a filha estava “preparada” para o desfralde e começou a se ocupar mais diretamente disso. No quarto mês da coleta, a criança 5F chegou ao desfralde diurno, mantendo, até o final da pesquisa, a posição de quem tem o controle diurno da evacuação, com separação entre urina e fezes. Até o final da pesquisa, manteve-se desfraldada apenas no período diurno. A mãe relatou não se ocupar do desfralde noturno já que sua filha sempre acordava com a fralda muito cheia e não dava indícios de estar pronta para tal.

Criança 6 M - Esta criança obteve uma avaliação ASQ na segunda categoria. No quarto mês, a família começou a se ocupar do desfralde diurno e o menino algumas vezes ficou sem fralda, utilizando o penico ou fazendo suas necessidades no chão. Nos meses subsequentes, o pai destacou que, embora a família tivesse iniciado o desfralde, isso não se deu sistematicamente. Uma fala do pai no último

mês da pesquisa é interessante: *Perguntei a ele se queria deixar de ser bebê, se queria se tornar um menino e deixar de mamar no peito e usar fralda, ele disse que não... Mas de resto quer tudo o que o irmão faz.* O desfralde não se estabeleceu. Situação um ano depois: cerca de quatro meses após o final da coleta a fralda cheia (seja de fezes ou urina) pouco incomodava o menino, o que preocupou as educadoras em virtude da idade avançada da criança (quase com quatro anos). No mês seguinte (de férias), chegou ao desfralde e, no retorno à creche, passou a usar o banheiro com autonomia. Os escapes eram raros.

Criança 7 M - De início, a criança algumas vezes sinalizava aos seus cuidadores quando a sua fralda estava suja ou molhada. No quarto mês da pesquisa, a criança 7M chegou ao desfralde diurno, fazendo xixi em pé e com raros “acidentes” (escapes). A mãe relatou que o menino tinha dificuldade de usar o vaso sanitário para fazer cocô. No quinto mês, a criança 7M chegou também ao desfralde noturno, conseguindo acordar de madrugada para ir ao banheiro. Os “acidentes”, tanto no período diurno quanto no período noturno, se tornaram cada vez mais raros. Situação um ano depois: uso do banheiro com autonomia; ausência de escapes.

3.1.2 Análise dos dados do desfralde

Quando a coleta de dados teve início, nenhuma das crianças da amostra havia iniciado ou passado pelo processo do desfralde. Ao longo da pesquisa, conforme visto nos tópicos anteriores, três crianças conquistaram o desfralde: crianças 5F e 7M, no quarto mês da coleta, e criança 4F, no décimo mês. Essas três crianças foram classificadas por ASQ na primeira categoria. Os processos de desfralde foram considerados pelos pais ou cuidadores como bem-sucedidos: os “acidentes” (fazer cocô ou xixi na calça) se tornaram muito raros, as crianças tornaram-se capazes de anunciar que precisavam ir ao banheiro com antecedência e, no caso da criança 7M, houve também o estabelecimento do desfralde noturno, tendo este se dado no quinto mês da pesquisa.

As demais crianças da amostra não desfraldaram e seus respectivos cuidadores em casa em geral não se ocuparam de maneira direta e determinada em fazê-lo. A realização do *follow up* levou à descoberta de que, um ano após o final da coleta de dados, todas as crianças da amostra estavam desfraldadas, embora no menino 6M o desfralde ocorreu quando ele tinha quase quatro anos.

Durante o período de coleta de dados, a questão da possível diferença entre meninos e meninas no processo do desfralde tornou-se evidente. Isso acontece em parte porque, na nossa cultura, meninas sentam no vaso sanitário e os meninos, mesmo que inicialmente se sentem, depois passam a urinar de pé. Isso pode fazer com que as meninas tenham maior confusão entre xixi e cocô, uma vez que,

exatamente na mesma posição, eliminam os dois tipos de excremento. Além disso, as meninas têm maior preocupação com “estarem limpas”, enquanto os meninos não se preocupam muito com isso, como visto no item 3.1.1, quando foram detalhadas características das crianças da pesquisa.

Um confronto qualitativo entre todas as crianças estudadas, incluindo desfraldadas e não-desfraldadas (durante os dez meses da pesquisa) e contemplando informações advindas do *follow up* sinaliza que de fato é possível que existam diferenças entre meninos e meninas. Por exemplo, a menina mais jovem do grupo (criança 1F) desfraldou um mês antes que o segundo menino mais velho do grupo (criança 6M), havendo, aparentemente, maior facilidade no processo para a menina do que para o menino. Concordando com essa ideia, resultados quantitativos na literatura (Brazelton 1962) evidenciaram desfralde mais precoce em meninas do que em meninos.

3.1.3 – Etapas do Desfralde

Todas as observações feitas a respeito dos processos de desfralde foram pautadas em uma visão objetiva acerca das evidências, presentes no comportamento das crianças, de etapas envolvidas no processo do desfralde. Tais etapas podem ser formalizadas da seguinte maneira:

- 1 - Evacuação livre, mas com existência de primeiros precursores.
- 2 - Confusão na percepção dos excrementos (entre xixi e cocô), e entre achar que fez e não fez.
- 3 - Antecipação e sinalização da necessidade de liberar os excrementos.
- 4 - Desfralde diurno.
- 5 - Desfralde noturno.

3.2 - Uso do “eu” pelas crianças

Na metodologia qualitativa, como nos ensina Godoy (1995), parte-se de questões amplas que vão se tornando mais específicas no transcorrer da investigação. Para a autora, nesse tipo de metodologia as abstrações são construídas a partir dos próprios dados, em um processo “de baixo para cima”. Ainda segundo essa estudiosa, quando um pesquisador de orientação qualitativa planeja desenvolver algum tipo de teoria sobre o que está estudando, o quadro teórico é construído aos poucos, à medida que os dados são coletados e examinados.

É nesse sentido que os dados referentes às expressões verbais foram organizados em eixos específicos. Somente no transcorrer da pesquisa, na medida em que os dados foram sendo coletados e meticulosamente examinados, foi sendo possível perceber algumas repetições e padrões que, para fins de exposição e

análise, serão aqui apresentados em eixos.

3.2.1 – Eixos de análise dos registros verbais

No que diz respeito às expressões verbais, foram selecionados como eixos de análise (1) situações de possessividade relacionadas ou não a conflitos (e sua relação com o uso dos pronomes possessivos “meu” e “minha” na fala), (2) situações de independência (e sua relação com o uso do pronome pessoal “eu” na fala, bem como a sua contraposição com situações de imitação) e também (3) situações em que observou-se mistura da primeira e da terceira pessoa para fazer referência a si mesmo. Este último eixo é essencial para que se possa analisar como essa mistura evoluiu, bem como, aos poucos, o uso da terceira pessoa para fazer referência a si mesmo foi sendo deixado de lado.

Ressaltamos que os eixos de possessividade e independência refletem as interações entre as crianças, de forma que a exposição dos dados e análise dos mesmos não se aterá apenas às aquisições relacionadas ao desfralde ou às expressões verbais vistos de maneira isolada, mas considerará os contextos em que esses comportamentos se manifestaram.

Os três eixos foram subdivididos em três níveis cada:

Possessividade (P): P1 (Possessividade inicial, por impulso, caracterizada apenas pelo uso do “meu”), P2 (Possessividade associada a conflito entre duas crianças especificamente) e P3 (Situações de conflito por possessividade envolvendo mais do que duas crianças).

Imagem (I): I1 (predomínio da imitação, ou seja, repetição da fala de colegas, muitas vezes com o uso do “eu” de maneira não espontânea), I2 (uso de pronomes pessoais e verbos em primeira pessoa em situações de independência e de expressão do próprio desejo, em um nível individual) e I3 (uso dos mesmos em situações nas quais manifestou-se o desejo de mostrar às outras pessoas as próprias capacidades, com o desejo de que estas pudessem ser reconhecidas e celebradas pelas outras pessoas).

Si Mesmo (S): S1 (uso de gestos ou da terceira pessoa para explicitar consciência de si), S2 (mistura da primeira e da terceira pessoa para fazer referência a si mesmo) e S3 (uso da primeira pessoa para fazer referência a si mesmo).

Exemplos dessas formas de expressão de linguagem estão expostos na Tabela 2.

Tipos de expressões linguageiras	Exemplos
P1	C1F – 2ºmês: Ao ver o cachorro de pelúcia na mão de sua amiga - <i>Meu, meu.</i>
P2	C1F - 5ºmês: <i>Minha bola!!! Minha bolaaaaaa! A minha bola!</i> (um menino pegou a bola com que ela estava brincando).
P3	C4F e C5F – 9º mês: Um menino aproximou-se de C4F e de seu estojo e a menina ficou bastante irritada. Ela disse: <i>É meu!!! Eu não quero você agora!</i> C5F interveio a favor da amiga: <i>Eu vou falar com ele.</i> C5F se aproximou do menino e deu uma “bronca” nele.
I1	C5F – 5º mês: <i>Eu!</i> (quero brincar de bola). C3M, repetiu: <i>Eu!</i>
I2	C1F – 5º mês: <i>Eu quero tirar foto.</i> C5F – 5º mês: <i>Eu vou cozinhar, eu sou grande agora.</i>
I3	C5F – 6º mês: <i>Olha, eu pulo dali, olha. Eu pulo assim da escada, olha.</i>
S1	C3M – 10º mês: <i>Quem veio na festa junina?</i> Resposta: <i>O... nome da criança, a mãe do... nome da criança</i> (uso da 3ª pessoa).
S2	C2F – 1º mês: <i>Eu quero o “auau”</i> (uso do “eu”). C2F – 1º mês: <i>Quem fez esse desenho? Foi a... nome da criança</i> (uso da 3ª pessoa).
S3	C7M – 3ºmês: <i>A formiga me picou e aí e aí e aí eu fui lá e aí a formiga me picou.</i>

Tabela 2. Exemplos da categorização das expressões de linguagem, explicadas no texto

(C – Criança em ordem de idade; F – Feminino e M – Masculino).

A análise de como esses níveis variavam ao longo do tempo, para cada criança, mostrou que, embora tenham a tendência de evolução sucessiva, não é possível a obtenção de uma estrutura clara, nem homogênea para todas as crianças. Nem todos os eixos puderam ser detectados para todas as crianças em cada um dos meses da coleta. Além disso, alguns símbolos referem-se a interações das crianças da pesquisa com outras crianças presentes no mesmo espaço. Pode-se também perceber que a maneira como cada criança pode ser classificada quanto aos eixos Possessividade (P), Imagem (I) e Si mesmo (S) ao longo dos meses da coleta não é absolutamente linear. No terceiro mês da pesquisa, a criança 7M, por exemplo, utilizou exclusivamente a primeira pessoa para fazer referência a si mesma (S3). No quinto mês, todavia, demonstrou mistura entre a primeira e a terceira pessoa para fazer referência a si mesma (S2). Tais “regressões” estiveram presentes em outras crianças em diferentes momentos do período da coleta de dados, e revelam que, assim como o desfralde, a manifestação da consciência de si na fala também pode comportar certas “idas e vindas”.

3.2.2 – Etapas do uso do “eu”

O uso da forma possessiva (“meu”/“minha”) existe em todas as crianças, e pode inclusive existir antes do uso do “eu”. As fases / etapas do desenvolvimento do uso do “eu” podem ser formalizadas da seguinte maneira:

- 1 – Completa ausência do uso do “eu”.
- 2 - Uso predominante da terceira pessoa para fazer referência a si mesmo(a).
- 3 - Mistura entre a primeira e a terceira pessoa para fazer referência a si mesmo(a).
- 4 - Uso consolidado da primeira pessoa (“eu”), com possibilidade de usar esse pronome pessoal para expressar os próprios desejos e em situações de independência.
- 5 - Uso consolidado da primeira pessoa (“eu”), com a expressão do desejo de que as outras pessoas reconheçam as habilidades já desenvolvidas pela criança.

3.3 Análise do uso de “nós” além do uso do “eu”

O acompanhamento das crianças ao longo do tempo levou à percepção de que, para além do pronome possessivo “meu/minha” e do pronome pessoal “eu” destacam-se também, como importantes marcadores verbais da socialização, os pronomes na primeira pessoa do plural (“nosso/nossa” e “nós” ou “a gente”). A análise dos dados revelou que seu uso, comparado ao uso dos pronomes “meu/minha” e “eu” é mais tardio no desenvolvimento, como já observado no mencionado estudo quantitativo de Goodenough (1938).

A seguir, será apresentado um resumo acerca de como cada uma das crianças desta pesquisa fez (ou não) uso desses pronomes, bem como os contextos nos quais eles foram utilizados. De maneira geral, ficou claro que existe bastante diferença no uso do “nós” entre as várias crianças, inclusive com possíveis diferenças de gênero, e que a individualidade parece ser anterior à socialização. Vale notar que as três crianças que desfralaram durante a pesquisa (4F, 5F e 7M) foram as que mais usaram “nós”.

Criança 1 F - Fez uso de pronomes na primeira pessoa do plural apenas nos meses 7, 9 e 10 da coleta. Foram apenas três as situações em que isso aconteceu: por duas vezes, ela utilizou a expressão “a gente” para fazer referência a si mesma e uma ou mais coleguinhas e, em outro momento, utilizou o verbo “vamos”, cuja desinência designa a primeira pessoa do plural - “nós”.

Criança 2 F - Fez uso de pronome na primeira pessoa do plural apenas uma vez, no terceiro mês da pesquisa, quando utilizou a expressão “a gente” para dizer que ela e suas amiguinhas estavam dançando. Vale lembrar que a menina deixou de frequentar a creche no quarto mês da coleta e que, a partir de então, não foi

possível estabelecer registros acerca de sua fala.

Criança 3 M - Não fez uso espontâneo de pronomes na primeira pessoa do plural ao longo de todo o período da coleta.

Criança 4 F - Fez uso de pronomes na primeira pessoa do plural nos meses 3, 5, 6, 8 e 9 da pesquisa. No terceiro mês da coleta de dados, o pronome possessivo “nossa” foi usado três vezes para fazer referência à casinha que, na brincadeira, era sua propriedade e de sua amiguinha. A expressão “a gente” também foi utilizada, no intuito de fazer referência a ela mesma e sua colega.

No quinto mês da coleta, a expressão “a gente” foi utilizada uma única vez, em frase na qual ela se referiu a ela mesma e mais uma amiguinha. Já no sexto mês, a criança utilizou a expressão “da gente” para indicar que ela e sua amiguinha possuíam um secador de cabelo de brinquedo. Nesse mês fez uso também do verbo “vamos”, cuja desinência indica se tratar da primeira pessoa do plural. No oitavo mês da coleta, essa criança utilizou a expressão “a gente” por três vezes, em situações nas quais referiu-se a ela mesma na companhia de um ou mais amiguinhos. Utilizou também a expressão “pra gente”. No nono mês, por fim, utilizou a expressão “a gente” por três vezes.

Criança 5 F - Dentre as crianças da amostra, foi a que fez uso, com maior frequência, de pronomes - tanto pessoais quanto possessivos - na primeira pessoa do plural. Em todos os meses da coleta apareceram esses pronomes e, de maneira geral, a sua frequência foi aumentando ao longo do tempo.

As expressões utilizadas pela menina foram “a gente”, “da gente”, “nossa”, “nosso”, “nós” e verbos (ex.: “ganhamos”) cuja desinência indica a primeira pessoa do plural. Além disso, vale destacar que a menina fez uso da expressão “de todo mundo” por duas vezes, no oitavo mês da coleta, revelando um senso de coletividade ao enfatizar que determinados objetos da creche eram de uso comum.

Criança 6 M - Utilizou a expressão “a gente” apenas duas vezes ao longo da pesquisa, ambas no oitavo mês da coleta.

Criança 7 M - As ocorrências de pronomes na primeira pessoa do plural se referem aos meses 7, 8, 9 e 10, nos quais a criança utilizou as expressões “a gente”, “nossa” e verbos (ex.: “vamos”) cuja desinência indica a primeira pessoa do plural. Vale destacar que, no décimo mês da pesquisa, ao ver um crachá com o desenho de um adulto e uma criança, perguntou à pesquisadora: “É você e eu?”. O uso da expressão “você e eu” denota consciência de “nós”.

4 | DISCUSSÃO

4.1 - Associação entre o desfralde e o uso do “eu”

Uma vez que os resultados da pesquisa foram expostos, é importante que agora se discuta a possível associação entre o desenvolvimento do controle esfinteriano e o desenvolvimento do uso do “eu”. Para tanto, em um primeiro momento, cabe observarmos as crianças da amostra que chegaram ao desfralde e quando isso se deu.

Tal qual exposto nos resultados, as crianças 4F, 5F e 7M chegaram ao desfralde, nas férias. Para a criança 4F, isso se deu no último mês da coleta, ao passo que para as crianças 5F e 7M isso se deu no quarto mês da pesquisa. A criança 7M tinha mais idade, e estava em outra classe até o mês das férias. É importante observarmos a maneira como, no momento do desfralde, essas crianças estavam se posicionando na fala e de que forma estavam expressando consciência de si.

Com pequenas variações, os resultados indicam que, no momento do desfralde, as crianças tinham consolidado o uso do “eu” e da primeira pessoa, expressavam os próprios desejos através da fala e produziam abundantes verbalizações com o uso do pronome “eu” em situações de independência. Observamos também que, embora o uso dos pronomes “meu” e “minha” continuassem presentes, os conflitos por possessividade já haviam diminuído significativamente no momento do desfralde. Com isso, não se pode inferir que o sentimento de possessividade deixou de existir dentre as crianças, mas que sua expressão se tornou menos abundante.

Outro dado importante é que, nesse momento ou pouco tempo depois, essas crianças passaram a usar o “eu” em situações nas quais manifestavam o desejo de que suas próprias habilidades pudessem ser reconhecidas pelas outras pessoas. Notamos, assim, um posicionamento discursivo comum por parte de cada uma das crianças que atingiram o desfralde, e no momento em que o atingiram.

O fator “idade cronológica” não pareceu ser preponderante na conquista do desfralde. As crianças 4F e 5F, bem próximas em idade, atingiram o desfralde com vários meses de diferença. Nesse sentido, é importante salientarmos que a criança 6M, muito embora fosse mais velha do que as crianças 4F e 5F, não atingiu o desfralde até o final do período da coleta. É interessante notarmos que, até o final da pesquisa as misturas entre a primeira e a terceira pessoa para fazer referência a si mesmo continuaram muito presentes no caso desse menino que, à época, utilizava ainda com pouca frequência o pronome pessoal “eu”.

No caso da criança 3M, tal qual relatado no tópico dos resultados, foram abundantes as tentativas e insistências por parte da mãe de que o menino retirasse as fraldas. Essas tentativas, no entanto, não foram bem-sucedidas, o que levou a

mãe a desistir do objetivo do desfralde, ao menos durante o período contemplado pela pesquisa. Quanto às expressões verbais, os dados revelam a persistência de falas imitativas e repetitivas (nas raras vezes em que o “eu” era utilizado, em geral isso se dava de maneira não espontânea, pela repetição da fala de colegas) e o predomínio da terceira pessoa para fazer referência a si mesmo. Os conflitos por possessividade com o uso do “meu” ainda se faziam presentes.

Embora tenhamos tido a notícia, através dos questionários respondidos pela mãe, de que a criança 2F não chegou ao desfralde, não é possível confrontar esse dado com as expressões verbais da criança, dado o fato de que, no quarto mês da pesquisa, a menina mudou de cidade. Podemos fazer esse confronto no caso da criança 1F, que até o final da pesquisa não chegou ao desfralde e, na fala, já parecia ter consolidado o uso do “eu” e expressava abundantemente os próprios desejos, no entanto, ainda não usava esse pronome pessoal em situações de independência, tal qual as crianças da amostra que desfraldaram faziam.

Os resultados da presente pesquisa indicam que o desfralde se trata de um fenômeno multifacetado, e que o estabelecimento da consciência de si e a possibilidade de sua expressão por meio da linguagem se revelam primordiais para a concretização desse fenômeno. As diversas formas de expressão de linguagem, que foram aqui categorizadas em eixos, parecem se relacionar de maneiras distintas com o desfralde e chamam a atenção para o seu aspecto processual. Algumas considerações a esse respeito serão discutidas nos parágrafos a seguir.

A maneira imitativa de se colocar nas relações e utilizar a linguagem pode ter relação com uma fase importante no processo do desfralde que é a imitação de colegas e/ou familiares de idade próxima já desfraldados. As expressões de possessividade - sejam elas relacionadas ou não a conflitos - podem estar relacionadas à possibilidade de controle dos excrementos (fezes e urina) como algo que é uma produção própria da criança.

A expressão do desejo pela fala, por meio do pronome pessoal “eu”, por sua vez, pode estar relacionada ao momento em que a criança se torna capaz de antecipar a vontade de ir ao banheiro, dizendo, por exemplo, “eu quero fazer xixi”. No que diz respeito ao uso do pronome “eu” em situações de independência, podemos associar tal manifestação às tantas atitudes independentes que são exigidas no processo do desfralde, como parar de brincar para ir ao banheiro, poder abaixar e levantar a própria calça, ser capaz de pegar o papel para se limpar, dentre outras.

Por fim, o uso do “eu” em situações nas quais há o desejo de mostrar aos outros, crianças ou adultos, habilidades já adquiridas pela criança, pode se relacionar ao desejo de mostrar aos pais, cuidadores e para a sociedade como um todo que as fraldas já não são mais necessárias. Essa perspectiva reitera a ideia de que o desfralde é um fenômeno complexo e multifacetado, para o qual importam o controle

dos esfíncteres, a possibilidade de comunicar a necessidade de ir ao banheiro, o entendimento de que a sociedade espera que haja controle dos excrementos, dentre muitos outros fatores que envolvem a integração do *eu*.

4.2 Associação das observações objetivas com as percepções internas das crianças

Como pôde-se perceber, a apresentação dos dados referentes ao desfralde seguiu, no item 3.1.3, referências objetivas, externas e observáveis apresentadas pelas crianças. Não foram estabelecidas inferências acerca do que estava se passando internamente com cada criança; contrariamente a isso, as categorias do desfralde analisadas dizem respeito a fases evidenciadas claramente pelas crianças em seu comportamento.

O confronto entre os dados referentes ao desfralde e os dados referentes à manifestação da consciência de si através da fala leva-nos à formulação de que o estabelecimento do controle esfínteriano e a possibilidade de realização do desfralde de maneira espontânea têm a ver com o estabelecimento 1. Da integração do “eu” e 2. Da possibilidade de diferenciação eu-outro, para a qual é imprescindível a integração do “si mesmo”.

A referida associação entre desfralde e consciência de si permite-nos pensar que, para além das fases do desfralde que dizem respeito a comportamentos observáveis das crianças, existe também a possibilidade de estabelecermos fases que dialogam com o que se passa no interior do desenvolvimento psíquico das mesmas. A partir da associação com a consciência de si, entendemos que, para que haja a concretização do desfralde, é necessário que: 1. A criança possa entender os excrementos como algo “fora de si” e 2. A criança possa entender que os cuidadores e a sociedade como um todo esperam que haja o controle dos excrementos.

Para que a criança possa entender os excrementos como algo “fora de si” é necessário que já tenha havido a integração de seu *eu*. Do contrário, os excrementos seriam sentidos, puramente, como uma extensão do “si mesmo”. Para que a criança possa compreender que se espera que haja controle dos excrementos, se faz necessário também que ela tenha a percepção de si mesma na dialética com a percepção do outro, o que envolve uma sofisticação da consciência de si.

Já o uso do “nós”, além de ser mais tardio, é muito mais complexo, dependendo de interações específicas no ambiente familiar e depois no ambiente social da creche.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPECTIVAS FUTURAS

O estudo feito chegou a resultados definidos sobre a associação entre o desfralde e o uso do “eu” em crianças na faixa etária entre 2 e 3 anos de idade. A partir de uma amostra inicial com 7 crianças numa creche, 6 permaneceram ao longo dos 10 meses da pesquisa longitudinal (3 meninas e 3 meninos), e 3 alcançaram o desfralde durante a pesquisa (2 meninas e 1 menino). A metodologia qualitativa utilizada mostrou-se adequada ao problema investigado, permitindo um aprofundamento na evolução de cada criança, tanto no processo de desfralde como no uso da linguagem. Os vídeos obtidos permitiram obtenção de registro das falas, mostrando as interações entre as crianças. As expressões verbais foram analisadas ao longo de eixos de possessividade, independência, e uso do “eu”, mostrando a clara evolução no desenvolvimento das crianças. Essa evolução leva a criança a usar o “eu” em situações de independência, nas quais as crianças manifestavam o desejo de que suas próprias habilidades pudessem ser reconhecidas pelas outras pessoas. Foi possível estabelecer etapas em 5 níveis objetivos tanto para o desfralde como para a evolução do uso do “eu”, além da idade cronológica. As crianças que desfraldaram tinham o uso do “eu” consolidado, as que não desfraldaram podiam já usar “eu” mas sem demonstrar tanta independência. Foi proposta também uma associação das observações objetivas com as percepções internas das crianças.

A pesquisa trouxe também indicações de diferenças de gênero, mas que precisam ser melhor investigadas. Também foi analisado o uso de “nós”, que é mais tardio, ou seja, a individualidade parece vir antes da socialização. Informações obtidas na creche após um ano do término da pesquisa mostraram que todas as crianças da pesquisa já tinham chegado ao desfralde.

Os resultados obtidos nesta pesquisa qualitativa poderão levar a estudos futuros, tanto utilizando as etapas objetivas do desfralde e do uso do “eu”, como investigando amostras maiores de crianças, que permitam abordagens quantitativas.

DECLARAÇÃO DOS AUTORES (CREDIT).

Todos os autores participaram ativamente da pesquisa, com aprovação final do manuscrito para submissão: AVPMF fez a aquisição dos dados, com definição da Metodologia, e a apresentação inicial dos resultados (2017); RL foi responsável perante o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da USP e perante a FAPESP (bolsa de Iniciação Científica para AVPMF); LQA propôs a pesquisa, contribuindo em todas suas fases, em particular na concepção da interpretação dos resultados e na Introdução do manuscrito. Agradecemos o apoio da FAPESP no período 01/12/2016 até 30/11/2017 - processo 2015/26475-0.

REFERÊNCIAS

- Ádes, C. (2010). **Do bicho que vive de ar, em diante: uma pequena história da Etologia no Brasil**. Boletim Academia Paulista de Psicologia, vol. 78, n. 01, pp. 90-104.
- Amaral, L. Q. (2008). **Mechanical analysis of infant carrying in hominoids**. Naturwissenschaften, 95, 281–292.
- Barbosa, M. C. & Quadros, V. S. R. (2017). **As aprendizagens cotidianas: os cuidados pessoais das crianças como gesto curricular**. Em Aberto, Brasília, v. 30, n. 100, p. 45-70, set/dez 2017.
- Belo, F., & Scodeler, K. (2013). **A importância do brincar em Winnicott e Schiller**. Tempo psicanalítico, 45(1), 91-101.
- Caruso, B.A.; Clasen, T. F.; Hadley, C *et al* (2017). **Understanding and defining sanitation insecurity: women’s gendered experiences of urination, defecation and menstruation in rural Odisha, India**. *BMJ Global Health* 2017; 2:e000414.
- Cruz, E. J. S., Dias, G. B. & Pedroso, J. S. (2014). **Estudo do “Ages and Stages Questionnaires” com cuidadores de crianças institucionalizadas**. Psico-USF, 19(3), 411-420.
- Damásio, A. (2018). **A estranha ordem das coisas : As origens biológicas dos sentimentos e da cultura**. Tradução Laura Teixeira Motta. 1a ed. São Paulo: Companhia das Letras.
- Godoy, A. S. (1995). **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. Uma revisão histórica dos principais autores e obras que refletem esta metodologia de pesquisa em Ciências Sociais**. Revista de Administração de Empresas São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63.
- Greer, B. D.; Neidert, P. L. & Dozier, C. L. (2016). **A component analysis of toilet-training procedures recommended for young children**. *J Appl Behav Anal*. 2016 Mar; 49(1):69-84. doi: 10.1002/jaba.275. Epub 2015 Dec 23.
- Hattori, W. T. & Yamamoto, M. E. (2012). **Evolução do comportamento humano: Psicologia evolucionista**. *Estud. Biol., Ambiente Divers*. 2012 jul./dez., 34(83), 101-112.
- Hodges, B. H. (2017). **Carrying, caring, and conversing. Constraints on the emergence of cooperation, conformity, and language**. *Interaction Studies* 18:1 (2017), 26–54. doi 10.1075/is.18.1.02hod. Issn 1572–0373 / e-issn 1572–0381 © John Benjamins Publishing Company.
- Johns Hopkins Medicine. Age-Appropriate Speech and Language Milestones. Disponível em: http://www.hopkinsmedicine.org/healthlibrary/conditions/pediatrics/ageappropriate_speech_and_language_milestones_90,p02170/, acesso em abril de 2019.
- Keller, H. (2018) **Universality claim of attachment theory: Children’s socio emotional development across cultures**, *PNAS*, November 6, 2018, volume 115 (45), 11414-11419
- Kidoo, D. A. (2012). **Toilet training children: when to start and how to train**. *CMAJ*. 2012 Mar 20; 184(5): 511. doi: 10.1503/cmaj.110830
- Lopes *et. al.* (2011). **Estudo exploratório do instrumento Ages & Stages Questionnaires – segunda edição**. *Aná. Psicológica* vol. 29 nº01.
- Marom, S. (2015). **Science, Psychoanalysis, and the Brain. Space For Dialogue**. Cambridge University Press, USA.
- Pandjarjian, A.V., Amaral, L.Q., Lerner, R. (2017) – **Estudo da associação entre o desfralde e o uso**

de marcadores verbais da consciência de si em crianças. SIICUSP, Resumos, São Paulo, USP.

Mota, D. M., & Barros, A. J. D. (2008 - a). **Treinamento esfinteriano: métodos, expectativas dos pais e morbidades associadas.** J. Pediatr. (Rio J.) [online]. 2008, vol.84, n.1, pp.9-17. ISSN 0021-7557. <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.1751>.

Mota, D. M., & Barros, A. J. D. (2008 - b). **Aquisição do controle esfinteriano em uma coorte de nascimentos: situação aos 2 anos de idade.** Jornal de Pediatria, 84(5), 455-462.

Schutz, C. C. (2014). **Do “molhar” e “sujar” as fraldas ao controle dos esfínteres: práticas de desfralde de educadores em crianças de creches da região da grande Florianópolis.** Trabalho de conclusão de curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina. Disponível em: http://pergamum.unisul.br/pergamum/pdf/112388_Camila.pdf, acesso em: 23/01/2019.

Smith, J. A. (2015). **Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods.** SAGE publications, Third Edition, London.

Tomasello, M. (2019). **Becoming Human. A theory of ontogeny.** The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, London, England.

Tomasello, M. & Gonzalez-Cabrera, I. (2017). **The Role of Ontogeny in the Evolution of Human Cooperation.** Hum Nat (2017) 28:274–288.

Vignemont, F. (2006). **A review of Shaun Gallagher, How the Body Shapes the Mind.** Psyche: vol. 12, issue 1. <http://psyche.cs.monash.edu.au/>

Wilson, M. L.; Miller C. M. & Crouse, K. N. (2017). **Humans as a model species for sexual selection research.** Proc. R. Soc. B 284: 20171320

Winnicott, D. W. (1971). **Playing and Reality.** Psychology press.

LUDICIDADE E ESCOLARIZAÇÃO: REFLEXÕES A PARTIR DA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL

Data de aceite: 05/06/2020

Vera Lucia Almeida Damiani

UNESP, Faculdade de Ciências e Letras <http://lattes.cnpq.br/2378088383743716>

Marcia Cristina Argenti Perez

UNESP, Faculdade de Ciências e Letras <http://lattes.cnpq.br/7438820671909963>

RESUMO: O presente estudo constitui-se numa reflexão sobre as relações do brincar e a escolarização na idade escolar, partindo dos pressupostos teóricos da Psicologia Histórico-Cultural. O texto explora o lúdico como potencializador do aprendizado dos educandos em suas particularidades e especificidades e como representação do modo como os indivíduos agem sobre a realidade, considerando o contexto histórico-social e cultural que podem ser determinantes no processo de apropriação do conhecimento e reconhecimento da cultura lúdica.

PALAVRAS-CHAVE: Ludicidade. Escolarização. Psicologia Histórico Cultural

LUDICITY AND SCHOOLING: REFLECTIONS FROM CULTURAL HISTORICAL PSYCHOLOGY

ABSTRACT: The present study is a reflection on the relations of play and schooling at school age, based on the theoretical assumptions of Historical-Cultural Psychology. The text explores playfulness as an enhancer for students' learning in its particularities and specificities and as a representation of the way individuals act on reality, considering the historical-social and cultural context

that can be determinants in the process of appropriation of knowledge and recognition of playful culture.

KEYWORDS: Playfulness. Schooling. Cultural Historical Psychology

Dentro da perspectiva da Psicologia Histórico-Cultural, se coloca como fundamental a questão da infância, visto que, é possível afirmar que a infância é deixada de lado quando a criança chega no primeiro ano do ensino fundamental. Assim, a problemática reside no entendimento que a criança nesse processo de transição da Educação Infantil para Ensino Fundamental deixa de ser criança

e passa a ser indivíduo-aluno. Assim, concordamos com Duarte (2013) quando o autor afirma que:

É neste sentido que a Pedagogia Histórico-Crítica enfatiza e defende a necessidade de proposições pedagógicas concretas. Assim, ter como perspectiva a pedagogia histórico-crítica significa posicionar-se contra a corrente das pedagogias que “remam a favor da maré das relações sociais alienadas”. (DUARTE, 2013, p. 4).

Nesta perspectiva considerando o trabalho educativo, é relevante salientar que, conforme já afirmou Duarte (2013), “conhecer a concretude do indivíduo-aluno não se limita, no caso da atividade educativa, ao conhecimento do que o indivíduo é, mas também ao conhecimento do que ele pode vir a ser”. (p. 8). Ou seja, é necessário que uma teoria pedagógica comprometida com a formação dos indivíduos não só compreenda, no caso da Educação Infantil, por exemplo, o que a criança é, mas, principalmente, as possibilidades de formação humana que se apresentam.

Estudos bibliográficos apontam que a Ludicidade tem tido pouca visibilidade no âmbito escolar, sobretudo, nota-se, a ausência da ludicidade nas práticas pedagógicas dos anos iniciais do Ensino Fundamental. Visto que, a ausência da ludicidade nesse contexto ocorre devido à falta de interação entre a Educação Infantil e Ensino Fundamental. Contudo, persiste uma grande ênfase ao Ensino Fundamental, no sentido de ser potencializador da construção de conhecimentos, compreendendo a Educação Infantil como um

período menos importante, como se não pudesse proporcionar conhecimento significativos ao desenvolvimento infantil.

Segundo Vigotski (1935/2010, p. 699):

As funções psicológicas superiores da criança, as propriedades superiores específicas ao homem, surgem a princípio como formas de comportamento coletivo da criança, como formas de cooperação com outras pessoas, e apenas posteriormente elas se tornam funções interiores individuais da própria criança.

Vigotski (2007) aponta que há estruturas pré-existentes que definem a atividade lúdica em geral e cada brincadeira em particular, e as crianças apreendem antes de utilizá-las em novos contextos, sozinhas, em brincadeiras solitárias, ou então com outras crianças.

De acordo com autores da corrente Histórico-Cultural, é possível, apresentar atividades lúdicas não só apenas, para a Educação Infantil, e sim, também, para as crianças dos anos iniciais do Ensino Fundamental, em especial para as crianças que sofrem violações de seus direitos. Portanto, partindo destes pressupostos, a Pedagogia Histórico-Crítica defende a ideia de que as atividades lúdicas proporcionam e estimulam o interesse das crianças. Além disso, neste sentido, a ludicidade pode ser compreendida como recurso pedagógico necessário no resgate

da infância e da dignidade da criança.

Atualmente, estudos bibliográficos apoiados na Pedagogia Histórico- Crítica, apontam o lúdico como instrumento apreendido culturalmente, isto é, um fator mediador do conhecimento, visto que, facilita as relações sociais no contexto escolar e colabora efetivamente no processo de formação e humanização do indivíduo.

Para chegar a essa reflexão, percebe-se, por meio das pesquisas bibliográficas que muitos estudos fundamentam-se na perspectiva da Psicologia Histórico-Cultural, que anuncia a potencialidade do lúdico para mobilizar os processos formativos na aprendizagem dos conteúdos escolares, bem como no desenvolvimento psíquico dos alunos a partir da contextualização e (re)significação do conhecimento e das estratégias de raciocínio para a interiorização da aprendizagem.

O objetivo dessa pesquisa constitui-se numa reflexão sobre as relações do brincar nos anos iniciais do Ensino Fundamental, com o foco na relevância do lúdico, presente nos jogos e brincadeiras para o desenvolvimento psíquico da criança. Considerando, que no decorrer dos anos iniciais do ensino fundamental o tempo para as atividades lúdicas é escasso, visto que, persiste até hoje em muitas escolas o entendimento de que o tempo destinado às atividades lúdicas deve ser apenas o do “recreio”, portanto, nos demais momentos as crianças precisam se ocupar com outras atividades mais “importantes” voltadas apenas aos conteúdos escolares. Contudo, a partir dessa reflexão, percebe-se a valorização do brincar lúdico provido de saberes que potencializam o desenvolvimento psíquico da criança.

A despeito de afirmações teóricas feitas acima, é importante salientar que o brincar está presente entre os conteúdos e objetivos desde o Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil (BRASIL, 1998). Porém, segundo os estudos, a atuação e intervenção lúdica ainda não ocorrem efetivamente nas práticas pedagógicas dos anos iniciais do ensino fundamental das escolas públicas.

Na perspectiva da Psicologia Histórico-Cultural, entende-se que a discussão sobre a ludicidade enquanto preocupação pedagógica abre a possibilidade de mediação entre teoria e prática no contexto educacional, evidenciando a importância de compreender a ideia de cultura lúdica.

De acordo com Vigotski (2014) é preciso respeitar as características do desenvolvimento infantil, considerando as atividades lúdicas como uma aquisição e construção de representações mentais, de significações para os códigos escritos. Assim, legitimando essa colocação temos o autor enfatizando que o educando:

[...] poderá imaginar aquilo que nunca viu, poderá, a partir da descrição do outro, representar para si também a descrição daquilo que na sua própria experiência pessoal não existiu, o que não está limitado pelo círculo de fronteiras estritas da sua própria experiência, mas pode também ir além das suas fronteiras, assimilando, com a ajuda da imaginação, a experiência histórica e social de outros. Sob essa forma, a imaginação é condição absolutamente necessária de

Para Vigotski (2007), o desenvolvimento psíquico não segue padrões universais, porque é cultural, sendo cultural, os indivíduos se desenvolvem à medida que passam pela escola. Daí a importância da escola para o processo de aquisição de conhecimentos e de desenvolvimento psíquico do aluno. Nesta perspectiva teórica, vale salientar que a ludicidade está voltada para promoção e valorização dos envolvidos no processo, destacando, principalmente a aquisição de autonomia da aprendizagem do educando, mediado pela proposta pedagógica do educador.

Contudo, as atividades lúdicas são consideradas de extrema relevância, em especial para as crianças, pois possibilita à elas, aos professores, as famílias, enfim, a toda comunidade em geral, sentido e significado de uma função objetiva do brincar lúdico que está pautada no seu desenvolvimento integral.

Porém, segundo Perez (2007) salienta que a escola segue o modelo tradicional de ensino e apresenta claramente a ideia de poder simbólico presente no sistema educacional. Contudo, este poder simbólico se apresenta de forma sutil, quase não percebido, em grande parte, pela sociedade, que reproduz na media em que não quer saber que a ele se submetem ou mesmo que o exercem.

A despeito deste quadro da Educação, pode-se levantar os seguintes questionamentos: O que é mesmo ludicidade nos anos iniciais do ensino fundamental? Em que medida a cultura lúdica influencia no processo de ensino aprendizagem das crianças dos iniciais do ensino fundamental?

De acordo com Barros (2009), existem muitas reflexões em torno destes dois questionamentos dos quais apresentam algumas variáveis. Todavia, a diminuição das atividades lúdicas e do brincar é significativo, tanto nos espaços da Educação Infantil como no Ensino Fundamental, comprometendo, o curso do desenvolvimento infantil. Portanto, brincar faz parte dos direitos da infância.

Apoiada na perspectiva da psicologia histórico-cultural, a autora diz, reforça-se o pressuposto de que a relação das crianças com as experiências culturais, a arte, a música, o brincar e as brincadeiras, a troca de experiências

com outros parceiros, no contexto escolar, têm papel fundamental para seu desenvolvimento. Nesse sentido, o educador deve mediar essas atividades, proporcionando novas experiências entre as crianças e o mundo. A autora enfatiza uma questão crucial, ou seja, a despreocupação das escolas para com as questões do desenvolvimento infantil. A preocupação está voltada para os aspectos conteudistas, tanto para a Educação Infantil como para o Ensino Fundamental.

Barros (2009), fala da importância do brincar e da atividade lúdica no desenvolvimento infantil, ela enfatiza que os profissionais da educação comecem a realizar um trabalho pedagógico mais centrado na infância e em suas especificidades,

podendo beneficiar as crianças e contribuir para uma formação que as considere como sujeitos relevantes do processo de aprendizagem.

Brougère (1998), e outros estudiosos fundamentados na perspectiva da psicologia histórico cultural apontam a necessidade da criança apropriar-se da cultura lúdica, ou seja, buscar apreender e compreender essa cultura lúdica já existente na sociedade contemporânea.

De acordo com Brougère (1998), a cultura lúdica pode ser apreendida pelo indivíduo a partir da mediação feita pelo adulto e pelas interações feitas entre pares, sendo assim, o lúdico começa a ganhar sentido e significado em suas atividades cotidianas e escolares. O autor, em seus estudos, enfatiza duas características que são determinantes para o processo de apropriação da cultura lúdica, isto é, o reconhecimento e a valorização desse aprendizado, levando em consideração, o contexto histórico-social e cultural dos indivíduos. Entendendo, a primeira característica, o reconhecimento da cultura lúdica como um momento de despertar e incorporar novas possibilidades, habilidades e estratégias a serem desenvolvidas, em especial aos conteúdos escolares.

Nas palavras de Brougère (1998, p.115):

O processo usado na construção da cultura lúdica tem todos os aspectos mais complexos da construção de significações pelo ser humano (papel da experiência, aprendizagem progressiva, elementos heterogêneos provenientes de fontes diversas, importância da interação, da interpretação, diversificação da cultura conforme diferentes critérios, importância da criatividade no sentido chomskyano), e não é por acaso que o jogo freqüentemente é tomado como modelo de funcionamento social pelos sociólogos. Pode-se então considerar que através do jogo a criança faz a experiência do processo cultural, da interação simbólica em toda a sua complexidade.

A valorização da cultura lúdica é outra característica determinante para o ensino aprendizagem dos indivíduos, entretanto, percebe-se a partir da valorização da cultura lúdica outro sentido e significado para suas ações e práticas individuais e sociais. Assim, levando em consideração, as intensões que já foram pré-estabelecidas culturalmente.

Partindo da premissa dos estudos de Vigotski, podemos compreender a ludicidade como um instrumento psicológico culturalmente apreendido e compartilhado entre os indivíduos, sendo assim, considera-se que o conceito de cultura lúdica nos leva à importantes reflexões à cerca da noção de interpretação, ao considerar uma atividade como lúdica.

A partir do alinhamento teórico Vigotskiano, infere-se que atividade lúdica não é uma atividade livre ou apenas um passatempo, ou então, uma brincadeira sem intenções preestabelecidas culturalmente, e sim uma atividade rica de intencionalidades que podem apresentar diversas possibilidades de aprendizagem para o indivíduo como, por exemplo, tornando menos complexo à aquisição e

apropriação de conhecimentos culturalmente produzidos ao longo do processo histórico e social da humanidade. Entretanto, por um lado, permitindo ao indivíduo uma reflexão do modo de se constituir, enquanto cidadão crítico e autônomo em suas ações, do outro, possibilitando experiências de modo mais significativo, principalmente, aos conteúdos escolares.

Corroborando na legitimação da ludicidade como potencializadora no desenvolvimento global na idade escolar temos a somatória das contribuições de Cordazzo e Vieira (2008, p. 368) que defendem:

O desenvolvimento das habilidades lingüísticas, cognitivas e sociais pode ser observado pelo brincar simbólico. Logo que a criança começa a falar aparecem as brincadeiras simbólicas. Para Vygotsky (1991), através do simbolismo as crianças podem satisfazer desejos impossíveis para a realidade, tal como ser mãe, pai, bombeiro, etc. Desta forma, pelo faz-de-conta, as crianças testam e experimentam os diferentes papéis existentes na sociedade e, com isso, desenvolvem suas habilidades. Com o avançar da idade o faz-de-conta declina e começam a aparecer brincadeiras que imitam cada vez mais o real e os jogos de regras.

Para corroborar a concepção de infância defendida pela Pedagogia Histórico-Crítica, SARMENTO (2007), no livro intitulado “Infância (In) Visível contribui com a ideia de que a criança precisa ser compreendida a partir de suas diferentes linguagens, memórias, vivências e modo de subjetivação, elas são sujeito de conhecimento, portanto, estão em contato -de forma direta ou não- com várias realidades e delas atribuem valores, estratégias de compreensão de mundo e de formação de suas próprias identidades pessoal e social.

Em concomitância ao estudo de Rocha e Ribeiro (2017, p. 257) compartilhamos o argumento de que:

A inclusão de brincadeiras no cotidiano escolar não é nada simples, requer ações que ultrapassam decisões individuais e o enfrentamento de desafios variados: adequar a estrutura física, construir e disponibilizar acervo de brinquedos e jogos, convencer os pais de que o tempo das brincadeiras não é um tempo perdido, dentre outros. Então, se de fato nosso projeto para a infância inclui a construção de um currículo renovado, é necessário que nos empenhemos em debates e em ações coletivas para a sua consecução.

Em suma, partindo destes pressupostos teóricos, na perspectiva da Psicologia Histórico-Cultural, compreende-se a ludicidade como instrumento psicológico culturalmente apreendido. Visto como uma proposta pedagógica que potencializa o aprendizado dos indivíduos em suas particularidades e

especificidades e possibilita uma representação do modo como o indivíduo age sobre a realidade, considerando os contextos histórico-social e cultural que podem ser determinantes no processo de apropriação do conhecimento e reconhecimento da cultura lúdica.

REFERÊNCIAS

Barros, Flávia Cristina Oliveira Murbach de. **Cadê o brincar?:** Da educação infantil para o ensino fundamental [online]. São paulo: editora UNESP; 2009

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. **Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil**, Vol. 3; Brasília: MEC/SEF, 1998.

BROUGÈRE, Gilles. (1998). A criança e a cultura lúdica. **Revista da Faculdade de Educação**, 24(2), 103-116, 1998.

CORDAZZO, Scheila Tatiana Duarte; VIEIRA, Mauro Luís. Caracterização de brincadeiras de crianças em idade escolar. **Psicologia. Reflex. Crit.**, Porto Alegre , v. 21, n. 3, p. 365-373, 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722008000300004&lng=en&nrm=iso>. access on 05 May 2020.

DUARTE, Newton. A PEDAGOGIA HISTÓRICO-CRÍTICA E A FORMAÇÃO DA INDIVIDUALIDADE PARA SI. **Germinal: Marxismo e Educação em Debate**, Salvador, v. 5, n. 2, p. 59-72, jan. 2013. ISSN 2175-5604. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/revistagerminal/article/view/9699>>. Acesso em: 05 Mai. 2020. doi:<http://dx.doi.org/10.9771/gmed.v5i2.9699>.

PEREZ, Marcia Cristina Argenti, **Infância, família e escola:** práticas educativas e seus efeitos no desempenho escolar de crianças das camadas populares .São Carlos: Suprema, 2007

ROCHA, Maria Sílvia Pinto de Moura Librandi da; RIBEIRO, Rosângela Benedita. A VIDA COTIDIANA E AS BRINCADEIRAS NO PRIMEIRO ANO DO ENSINO FUNDAMENTAL. **Cad. CEDES**, Campinas , v. 37, n. 102, p. 237-258, Aug. 2017

ROCHA, Maria Sílvia Pinto de Moura Librandi da **Não Brinco Mais:** a desconstrução do brincar no cotidiano educacional. 2.ed, Ed.Unijuí, 2005.

SARMENTO, Manuel Jacinto. Visibilidade social e estudo da infância. In: VASCONCELLOS, V. M. R de e SARMENTO, M. J. **Infância (in) visível**, Araraquara, SP: Junqueira & Marin, 2007

VIGOTSKI, Lev Semionovich. **Imaginação e Criatividade na Infância**. São Paulo: Martins Fontes, 2014.

VIGOTSKI, L. S. (2010). Quarta aula: a questão do meio na pedologia. **Psicologia USP**, 21(4), 681-701. Recuperado em setembro 10, 2012.

VIGOTSKI, Lev Semenovich. **A formação social da mente:** o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. São Paulo; livraria Martins fontes editora Ltda., 2007

ENVELHECIMENTO(S), QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR

Data de aceite: 05/06/2020

José Mendes

INTELECTO – Psicologia & Investigação, Ponta
Delgada, Portugal

Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento
Humano e Social (IPCDHS), Coimbra, Portugal
<https://orcid.org/0000-0003-3612-5772>

1 | ENVELHECIMENTO(S)

No despertar das recordações de uma infância, rapidamente se fazem surgir memórias de não se querer chegar a “velho”, morrer sim, mas antes dos 50 anos. Não se quer viver a “velhice”. Emergem pensamentos quando se olha a pessoa idosa, como aquela que já se debateu com as suas guerras e pouco, ou nada poderia fazer neste mundo. Crianças e jovens, tão inocentes e imaturos! Como se pode pensar em morrer antes de ser “velho”, se é quando um indivíduo se torna uma pessoa idosa, é quando detém o conhecimento de décadas, dos quais os mais jovens ignoram, tal como os adultos de hoje ignoraram outrora a pessoa idosa. Nesta linha

de pensamento, MONIZ (2016) defende que a introdução de mudanças no processo de envelhecimento, tem de se iniciar no próprio indivíduo, nas famílias e nos locais de trabalho.

Todos os indivíduos sabem que vão envelhecer, mas quantos pensam em envelhecer num ambiente de bem-estar e de qualidade de vida, quando a esperança de vida à nascença se estima cada vez maior, 80 anos para o total da população (INE, 2019). As últimas cinco décadas são marcadas pelo aumento do índice de envelhecimento em Portugal em 116,4% (Direção Geral de Saúde [DGS], 2017), que apesar de se revelarem um fenómeno positivo (e.g., progressos económicos, sociais e biomédicos), também se revelam um problema crucial no século XXI (CABRAL; FERREIRA, 2014), existindo a necessidade de um reajustamento social devido ao aumento da população idosa (MEDEIROS, 2016). A Organização Mundial de Saúde [OMS] (2015) defende não existir um idoso “típico”, em que a diversidade das capacidades e necessidades advém de eventos que ocorrem ao longo do desenvolvimento do indivíduo.

Apesar das inúmeras investigações direcionadas à pessoa idosa, MEDEIROS (2016) alude à possível existência de “...um muro entre a investigação e a ação interventiva” (p.16). Talvez este muro se erga devido ao caráter mais negativo das associações existentes em relação ao envelhecimento, isto é, são muitos os estudos (em diversas áreas, tais como, psicologia do desenvolvimento, psicologia social e da gerontologia) que enfatizam os aspectos menos positivos do processo de envelhecimento (NASCIMENTO-SCHULZE, 2017).

O envelhecimento é um processo idiossincrásico e irreversível, marcado por mudanças biopsicossociais, não devendo este ser sinónimo de perdas (PELEGRINO, 2009). Indivíduos com idade superior a 80 anos são atualmente comparáveis com jovens de 20 anos, quer a nível de capacidade física, quer a nível de capacidade mental (OMS, 2015). Por sua vez, o envelhecimento acompanha mudanças no ciclo de vida do indivíduo no que respeita ao estado de saúde e à sua participação na sociedade (CABRAL; FERREIRA, 2014), existindo a necessidade de envolver as pessoas idosas em atividades sociais (PINTO; NERI, 2017) e valorizar o seu papel e o seu contributo na sociedade, exigindo-se uma necessidade de reajustamento social (MEDEIROS, 2016).

O envelhecimento da população é acompanhado por mudanças sociais e tecnológicas, não se podendo obrigar a mudanças políticas que poderão ser insuficientes num futuro próximo, “exige-se” sim, que as pessoas idosas construam novas maneiras de viver o seu quotidiano e de forma mais produtiva (OMS, 2015), e desenvolvam meios para melhor atender às dificuldades do crescente grupo de pessoas idosas (SOUSA; GALANTE; FIGUEIREDO, 2003), tendo em consideração um envelhecimento bem-sucedido, que no campo da gerontologia é um tema de elevada relevância (LIMA et al., 2008).

O envelhecimento bem-sucedido parece não ser ainda consensual, existindo uma diversidade de conceitos multidimensionais que incluem componentes físicos, psicológicos e sociais (KNAPPE et al., 2015). Esta falta de consenso, pode dever-se “...à mudança do conceito redutor de velhice, emergindo novas denominações tais como envelhecimento saudável, ativo, bem-sucedido associadas à promoção do bem-estar físico, psíquico e social das pessoas idosas...” (ANTUNES & MOREIRA, 2018, p.30).

Ao longo da história, a pessoa idosa assumiu diferentes posturas por parte da sociedade, podendo estes assumir um papel mais ou menos valorizado (DÁTILLO et al., 2015). A perceção de um envelhecimento negativo (e.g., pouca saúde, mobilidade reduzida, comprometimento cognitivo, entre outros) é comum na maioria das pessoas idosas (WARMOTH et al., 2016), acentuando-se os riscos de

vulnerabilidade que colocam enormes exigências entre as relações intergeracionais (CABRAL; FERREIRA, 2014). Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (2015) realça a necessidade de o envelhecimento saudável estar mais além da transformação dos sistemas de saúde, exigindo-se uma resposta coordenada de múltiplos níveis por parte dos órgãos políticos e governamentais. Os últimos anos, a investigação tem concentrado as suas sinergias no processo de envelhecimento (e.g., biopsicossocial, político, cultural), com vista aos direitos e participação ativa da pessoa idosa na comunidade (DÁTILLO; CORDEIRO, 2015).

O envelhecimento com qualidade depende também do suporte social (LOPES, 2007), onde a educação na, e para a pessoa idosa, parece ser uma ferramenta na promoção de um envelhecimento ativo, permitindo à pessoa idosa uma adaptação e um ajustamento às alterações características dessa etapa de vida (ANTUNES, 2017). Recentemente, um estudo revela que as tecnologias de informação e comunicação adaptadas às necessidades da pessoa idosa, parecem importantes na promoção e participação ativa da pessoa idosa na sociedade (MENDES, 2019). No entanto, quer o bem-estar, quer a qualidade de vida, é influenciada pela saúde, doença e desconforto emocional (TOMÁS, 2016), onde o relacionamento interpessoal e a forma como a pessoa idosa ocupa o seu tempo livre são fundamentais para a qualidade de vida e um bem-estar subjetivo (CABRAL; FERREIRA, 2014).

2 | QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO(S)

Hans-Magnus Enzensberger (filósofo alemão) considerava que o tempo, a atenção, o espaço, o sossego, o meio ambiente e a segurança eram patamares de luxo para a qualidade de vida (citado em ALMEIDA et al., 2012). No entanto, a subjetividade e a multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida torna este conceito pouco consensual entre as várias áreas de investigação, existindo milhares de publicações nas últimas cinco décadas sobre a qualidade de vida (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007).

PEREIRA et al. (2012) referem que a imprecisão teórica e metodológica dificulta a investigação sobre a qualidade de vida e que uma falta de consenso teórico encaminha este conceito para áreas tais como a saúde, o bem-estar e o estilo de vida. Estes autores mencionam ainda a existência de quatro abordagens gerais sobre a qualidade de vida (e.g., económica, psicológica, biomédica e holística), que envolvem fatores relacionados não só com a saúde, bem-estar físico, emocional e mental, mas que se prolongam para as circunstâncias do quotidiano do indivíduo, tais como a família, o trabalho, os amigos, a felicidade, o amor e a liberdade entre

muitas outras características associadas ao desenvolvimento de cada indivíduo. Para FARIA (2018) os indivíduos têm a capacidade de se auto atualizarem, em que a compreensão e a consciência do seu próprio processo de envelhecimento permite uma abertura a novos desafios e a estarem mais dispostos a delinear novos rumos e a vivenciarem novas experiências.

A Organização Mundial de Saúde considera que o conceito de qualidade de vida incorpora de forma complexa a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as redes sociais, as crenças pessoais e as relações dos indivíduos no seu meio ambiente. Define assim a qualidade de vida, como a percepção dos indivíduos sobre a sua posição na vida, dentro do contexto cultural e dos sistemas de valores em que se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHO, 1997, citado em KIM, 2014). A qualidade de vida geral é avaliada através do instrumento WHOQOL-100, em seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade/religião/crenças pessoais (VAZ-SERRA et al., 2006).

A qualidade de vida é considerada por ALMEIDA et al. (2012) uma área do conhecimento ainda em processo de definição, um universo de conhecimento que se expressa de forma multidisciplinar envolvendo a ciência, o conhecimento popular e as inúmeras percepções e experiências subjetivas do indivíduo sobre a vida. Perante tais controvérsias, os aspetos de subjetividade e multidimensionalidade da qualidade de vida são aceites na grande maioria dos investigadores (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007).

Não sendo exceção, a qualidade de vida no envelhecimento é considerada um processo intrigante, desafiante e complexo, divergindo-se conforme a cultura e a auto percepção da qualidade de vida para a pessoa idosa (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012; BLESSMANN; GONÇALVES, 2015; MARIN; BERTASSIPANES, 2015; PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012). Várias têm sido as questões e temas estudados sobre a qualidade de vida e envelhecimento, no entanto, exige-se maior investigação por parte das Ciências Humanas para melhor compreender a qualidade de vida da pessoa idosa (DAWALIBI et al., 2013).

O processo de envelhecimento é variável em todos os indivíduos, os sistemas orgânicos envelhecem a ritmos diversos, e as alterações fisiológicas não comprometem a qualidade de vida se percebidas como fazendo parte do processo de envelhecimento (PELEGRINO, 2009). Tratando-se da qualidade de vida da pessoa idosa como uma condição multifatorial e com influências subjetivas (MARIN; BERTASSIPANES, 2015), emerge assim a necessidade de o indivíduo compreender e aceitar o envelhecimento como um processo natural e que não

ocorre rapidamente (DEL-MASSO, 2015).

Considerando-se um conceito muito corrente no quotidiano do indivíduo, a conceção de qualidade de vida eleva-se ao ponto de o próprio indivíduo se esforçar para alcançar essa qualidade de vida, sabe que é algo bom, mas revela ainda limites tanto conceituais como semânticos (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012), onde a saúde, a doença e o desconforto emocional desempenham uma forte influência na qualidade de vida e bem-estar da pessoa idosa (TOMÁS, 2016). Para CHATURVEDI e MULIYALA (2016) o recente interesse na qualidade de vida, deve-se a duas razões principais: a primeira como parte de um maior esforço em direção à “saúde para todos”, e à promoção do bem-estar físico, mental e social, e a segunda, repensar a reabilitação como um indicador de qualidade de vida, percebida tanto pelo indivíduo, como seus familiares.

O envelhecimento associado aos riscos de vulnerabilidade do estado de saúde, isolamento social, dependência física, mental e económica (CABRAL; FERREIRA, 2014), leva a OMS a lançar o conceito de envelhecimento ativo como pilar para a sustentabilidade do aumento da população idosa na sociedade, debatendo políticas para os sistemas de saúde e proteção social direcionados à pessoa idosa (LOPES, 2007).

De facto, a perceção dos indivíduos sobre a sua saúde revelam um forte impacto no processo de envelhecimento, em que a auto perceção multidimensional é influenciada pelo indivíduo em responder às vicissitudes do seu quotidiano (MARI et al., 2016). SANTOS e JÚNIOR (2014) consideram o envelhecimento um processo, definem a velhice como uma fase da vida e o idoso como o resultado final. Estes autores afirmam que o envelhecimento e a qualidade de vida variam conforme as perceções, experiências, crenças e histórias de vida de cada indivíduo. Apesar de MIRANDA e BANHATO (2008) defenderem uma ligação entre a qualidade de vida e o envelhecimento ativo, isto é, a pessoa idosa estar continuamente envolvida com as questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, são muitas as pessoas idosas que não conseguem descrever ou saber o significado de qualidade de vida (SANTOS; JÚNIOR, 2014).

De acordo com os vários autores citados, pode afirmar-se a existência de uma subjetividade sobre a forma como o indivíduo envelhece, sugerindo-se mesmo a presença do plural quando se fala de Envelhecimento. Por um lado, o Envelhecimento apresenta-se por várias etapas, por outro, o Envelhecimento é um processo biológico, psicológico e social único a cada indivíduo. LOPES (2007) defende que o envelhecimento ativo permite ao indivíduo promover a qualidade de vida e o bem-estar, em que a pessoa idosa deve ser um parceiro de decisão e do

plano de cuidados. O envelhecimento pode ser uma experiência com qualidade de vida (LIMA et al., 2008), onde a pessoa idosa tem a capacidade de relacionar o envelhecimento ativo ao envelhecimento bem sucedido (LIMA et al., 2016) e perceber um bem-estar na saúde, quando a presença de uma doença influencia a determinação do conceito de qualidade de vida (WOOLMANN et al., 2018).

Perante a afirmação do conceito de qualidade de vida ser multidimensional, este encontra-se ligado a duas dimensões principais: a qualidade de vida relacionada com a saúde e a sensação de bem-estar (INGRAND et al., 2018), que na opinião de MANTOVANI et al., (2016) envelhecer de forma saudável e ser feliz envolve mais que ter saúde, envolve também as relações interpessoais e o bem-estar psicológico, que segundo FONSECA (2016) a ausência de felicidade provoca sofrimento e quebra no bem-estar.

BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO(S)

Uma das preocupações da pessoa idosa é a perda da saúde, autonomia e independência (AREOSA et al., 2016; MEDEIROS, 2016). Assim, promover a saúde e o bem-estar torna-se uma prioridade para envelhecer bem, melhorando os estilos de vida, tornar-se fisicamente ativo, participar em atividades sociais e de lazer, manter hábitos de alimentação saudável e ter objetivos ao longo da vida (HALAWEH et al., 2018). TOMÁS (2016) defende que *“...a procura do bem-estar é comum a todos os tempos e a todas as gerações, mas é sobretudo na velhice que mais se manifesta por escassear a saúde...”* (p.117).

A investigação sobre o bem-estar subjetivo cresceu em ritmo acelerado nas últimas décadas (DIENER; OISHI; TAY, 2018). O bem-estar considerado como constructo multifacetado e amplo, é um termo que abrange a maneira como os indivíduos avaliam e experienciam as suas vida de forma positiva (TOV, 2018). Os resultados de um estudo de FERREIRA e MEDEIROS (2016) revelam *“...que em quatro das seis dimensões do bem-estar psicológico, a autoestima emerge como um preditor significativo das facetas do bem-estar psicológico...”* (p.212).

SELIGMAN (2011) propõe que o bem-estar é composto por 5 elementos (emoção positiva, compromisso, sentido, realização e relacionamentos positivos) diferentes e mensuráveis, não se caracterizando por meras autoavaliações de pensamentos e sentimentos de emoção positiva. Por sua vez, o Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME [UNDP], 2018), considera que a percepção de bem-estar, incluiu indicadores que refletem a

percepção dos indivíduos sobre as dimensões relevantes ao seu desenvolvimento (e.g., qualidade da educação e cuidados de saúde, padrão de vida, segurança pessoal, liberdade de escolha e satisfação geral com a vida).

Apesar dos inúmeros conceitos do bem-estar, existem duas abordagens principais que concetualizam o bem-estar: o bem-estar hedónico e o bem-estar eudemónico. A primeira abordagem, consiste em o indivíduo ter sentimentos agradáveis frequentes, sentimentos desagradáveis e pouco frequentes e a percepção de uma vida satisfatória; a segunda abordagem (mais ampla) tem como ponto de partida a existência de certas necessidades ou qualidades essenciais ao crescimento psicológico do indivíduo (TOV, 2018). Para STEPTOE et al. (2015) o bem-estar subjetivo e a saúde estão intimamente ligados à idade, e defendem que além do bem-estar hedónico e eudemónico existe um aspeto importante em idades mais avançadas, o bem-estar avaliativo (satisfação com a vida).

ARAÚJO et al. (2017) referem que os traços psicológicos positivos se associam à adaptação de uma vida mais longa, em que a pessoa idosa deve manter o otimismo, um propósito de vida, manter-se resiliente, adquirir estratégias de *coping* e atitudes positivas durante o processo de envelhecimento. Um estudo realizado numa universidade sénior, verificou que o sexo e a idade estavam significativamente associados ao bem-estar hedónico e que a participação das pessoas idosas na universidade sénior contribuía para elevados níveis de bem-estar subjetivo e psicológico (CACHIONI et al., 2017). Na visão de AREOSA et al. (2016) o aumento da integração de pessoas idosas nas universidades seniores pode representar uma nova faceta do envelhecimento e uma nova perspetiva para esta fase da vida.

O afeto da comunidade para com a população sénior também desempenha um papel fundamental no bem-estar da pessoa idosa, independentemente do seu estatuto sociocultural (NIEBOER; CRAMM, 2018). Na visão de STOBÄUS et al. (2018) a valorização do contexto de vida da pessoa idosa revela-se de extrema importância no trabalho multidisciplinar em saúde e na promoção de sentimentos de bem-estar psicológico. O bem-estar da pessoa idosa pode assegurar-se pela diversificação das atividades, convivência em grupos e na conceção de projetos ao longo da vida (AREOSA et al., 2016).

O bem-estar individual e coletivo da pessoa idosa é ameaçado pelo sedentarismo (TOMÁS, 2016), ao invés da atividade física que parece potenciar experiências mais positivas e de maior bem-estar subjetivo nas pessoas idosas (NETO et al., 2012; SOUZA; CARVALHO; FERREIRA, 2018). FAVE et al. (2018) sugerem que o bem-estar mental no envelhecimento pode ser melhorado através da prática de atividade física em grupo. Isto é, o envolvimento da pessoa idosa em grupos sociais contribui

para o aumento da satisfação com a vida e diminui os sintomas depressivos (LI et al., 2018). GABLE e BROMBERG (2018) defendem que os grupos sociais (através da redução de emoções negativas), podem modelar do autoconceito, apoiar nos objetivos pessoais, proporcionar emoções positivas e melhorar o bem-estar.

O bem-estar psicológico está associado à percepção da saúde, isto é, uma percepção de saúde positiva no passado, no presente e no futuro influenciam a percepção de bem-estar (LEITE et al., 2019), altos níveis de bem-estar, tendem a estar associados a resultados positivos de saúde física e longevidade (LAGES et al., 2018) mostly females (65.8%. DIENER et al. (2018) defendem o bem-estar como um constructo extremamente vasto, em que as teorias do bem-estar subjetivo, vão muito além dos indivíduos, das sociedades, das culturas, dos domínios da vida, das diferenças sociais e das políticas. Estes autores consideram que o bem-estar subjetivo é muito mais que a ciência da felicidade e satisfação com a vida, é um constructo idiossincrásico que se constrói ao longo do desenvolvimento humano.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pessoas idosas devem se representar na sociedade como força proeminente e não devem ser olhados como pessoas totalmente vulneráveis. Considerando os esforços na procura da excelência pessoal, a pessoa idosa determina a sua trajetória de desenvolvimento (CACHIONI et al., 2017), é competente e tem uma capacidade de adaptação ao envelhecimento que lhes permite adquirir estratégias para lidar com problemas e situações decorrentes do seu quotidiano e saber lidar com as mudanças inerentes ao processo de envelhecimento (FARIA, 2018).

Muitos são os artigos, livros, programas de saúde, intervenções/intenções políticas e opiniões perante um tema em crescente expansão, quer demograficamente, quer em estudos para a compreensão da subjetividade inerente à qualidade de vida e bem-estar no(s) processo(s) de envelhecimento(s). MEDEIROS (2016) alertou para a necessidade de (Re)Pensar as pessoas idosas no século XXI, mas a visão elencada está muito além da maioria dos estudos sobre o envelhecimento. Esta autora reforça para a necessidade de se dar voz às pessoas idosas para *“que arrasasse consciências e políticas, desconstruísse crenças e estereótipos e destruísse frases feitas – ocas de sentidos”* (p. 19).

Para tanto, contribuem não só as leis e os programas de intervenção que orientam os direitos da pessoa idosa à qualidade de vida e bem-estar, como é fundamental que individualmente se compreenda a importância de uma preparação precoce para um envelhecimento ativo, isto é, muito mais que facultar as condições

materiais para um envelhecimento de qualidade de vida e bem-estar, é necessário educar, para que estes possam fortalecer uma velhice longa e bem-sucedida. Revela-se insuficiente a importância dos conceitos de envelhecimento (quando se é jovem) se na prática, a consideração de preparar o próprio envelhecimento é arrasada por cognições tais como: quem envelhece é(são) o(s) outro(s).

Além da preocupação das políticas de saúde para com as doenças e incapacidades inerentes ao processo de envelhecimento, revela-se importante elaborar planos de intervenção que proporcionem estados psicológicos positivos às pessoas idosas de forma a que estas possam envelhecer com qualidade de vida e a apresentarem um bem-estar físico, bem-estar psicológico e bem-estar social. Ao longo destes parágrafos, foi possível corroborar que a pessoa idosa tem a potencialidade de avaliar a sua própria trajetória na construção de um envelhecimento ativo e integrado numa sociedade em constante transformação, mas para tal, é imperativo que o indivíduo se assuma como parte do processo de envelhecimento, em que o resultado (produto) final será destacado pela sua ação no decurso normal do desenvolvimento humano.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida: Definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa**. Edições Each, 2012.

ANTUNES, M. C. Educação e bem-estar na terceira idade. **Revista Kairós : Gerontologia**, v. 20, n. 1, p. 155-170, 30 mar. 2017.

ANTUNES, M. D. C. P.; MOREIRA, M. C. Educação intergeracional e envelhecimento bem sucedido. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 15, n. 1, p. 21–32, 13 jun. 2018.

ARAÚJO, L.; RIBEIRO, O.; PAÚL, C. Hedonic and eudaimonic well-being in old age through positive psychology studies: a scoping review. **Anales de Psicologia**, v. 33, n. 3, p. 568–577, 13 jun. 2017.

AREOSA, S. V. C. et al. Envelhecimento ativo: Um panorama do ingresso de idosos na universidade. **Reflexão e Ação**, v. 24, n. 3, p. 212-228, 7 dez. 2016.

BLESSMANN, E. J.; GONÇALVES, A. K. **Envelhecimento: equilíbrio, cognição, audição e qualidade de vida**. Porto Alegre: NEIE/UFRGS, 2015.

CABRAL, M. V.; FERREIRA, P. M. **Envelhecimento activo em Portugal: trabalho, reforma, lazer e redes sociais**. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2014.

CACHIONI, M. et al. Subjective and psychological well-being among elderly participants of a University of the Third Age. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 3, p. 340–351, maio 2017.

CHATURVEDI, S. K.; MULIYALA, K. P. The Meaning in Quality of Life. **Journal of Psychosocial**

Rehabilitation and Mental Health, v. 3, n. 2, p. 47–49, dez. 2016.

DÁTILO, G. M. P. A. et al. Envelhecimento e ser idoso: representações de idosos que frequentam a universidade aberta da terceira idade Unati - Marília. In: DÁTILO, G. M. P. A.; CORDEIRO, A. P. (Eds.). **Envelhecimento humano: diferentes olhares**. Marília: São Paulo: Oficina Universitária: Cultura Acadêmica, 2015. p. 45–67.

DÁTILO, G. M. P. A.; CORDEIRO, A. P. **Envelhecimento humano: diferentes olhares**. Marília: São Paulo: Oficina Universitária: Cultura Acadêmica, 2015.

DAWALIBI, N. W. et al. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 30, n. 3, p. 393–403, set. 2013.

DEL-MASSO, MA. C. S. Universidade aberta à terceira idade: percurso de uma história na UNESP. In: DÁTILO, G. M. P. A.; CORDEIRO, A. P. (Eds.). **Envelhecimento humano: diferentes olhares**. Marília: São Paulo: Oficina Universitária: Cultura Acadêmica, 2015. p. 19–39.

DGS. **Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025** Serviço Nacional de Saúde, , 2017.

DIENER, E.; OISHI, S.; TAY, L. **Handbook of Well-Being**. Salt Lake City: UT: DEF Publishers, 2018.

FARIA, M. C. **Florescimento, bem-estar e envelhecimento saudável**. Actas do 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. **Anais...** In: PROMOVER E INOVAR EM PSICOLOGIA DA SAÚDE. Lisboa: ISPA-Instituto Universitário, 2018

FAVE, A. D. et al. Promoting Well-Being in Old Age: The Psychological Benefits of Two Training Programs of Adapted Physical Activity. **Frontiers in Psychology**, v. 9, p. 828-841, 28 maio 2018.

FERREIRA, J. A.; MEDEIROS, T. Bem-estar psicológico em adultos de idade avançada: Um estudo em ilhas dos Açores. In: MEDEIROS, T. (Ed.). **(Re)Pensar as pessoas idosas no século XXI**. Ponta Delgada: Letras Lavadas, 2016. p. 195–220.

GABLE, S. L.; BROMBERG, C. Healthy social bonds: A necessary condition for well-being. In: DIENER, E.; OISHI, S.; TAY, L. (Eds.). **Handbook of Well-Being**. Salt Lake City: UT: DEF Publishers, 2018. p. 553–566.

HALAWEH, H. et al. Perspectives of Older Adults on Aging Well: A Focus Group Study. **Journal of Aging Research**, v. 2018, p. 1–9, 4 nov. 2018.

INE. **Tábuas de Mortalidade em Portugal**. Instituto Nacional de Estatística, 2019.

INGRAND, I. et al. Positive perception of aging is a key predictor of quality-of-life in aging people. **PLOS ONE**, v. 13, n. 10, p. 1-12, 3 out. 2018.

KIM, S. World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Assessment. In: MICHALOS, A. C. (Ed.). **Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research**. Dordrecht: Springer Netherlands, 2014. p. 7260–7261.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Qualidade de vida - aspetos conceituais. **Revista Salus-Guarapuava-PR**, v. 1, n. 1, p. 13–15, 14 jun. 2007.

KNAPPE, M. DE F. L. et al. Envelhecimento bem-sucedido em idosos longevos: uma revisão integrativa. **Geriatrics Gerontology Aging**, v. 9, n. 2, p. 66–70, 1 jun. 2015.

LAGES, A. et al. Social Well-Being Scales: Validity and Reliability Evidence in the Portuguese Context. **PSICOLOGIA**, v. 32, n. 2, p. 15–26, 28 dez. 2018.

LEITE, Â. et al. Psychological well-being and health perception: predictors for past, present and future. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 46, n. 3, p. 53–60, jun. 2019.

LI, C. et al. Influence of social participation on life satisfaction and depression among Chinese elderly: Social support as a mediator. **Journal of Community Psychology**, v. 46, n. 3, p. 345–355, abr. 2018.

LIMA, A. P. M. et al. Qualidade de vida sob a óptica da pessoa idosa institucionalizada. **Revista Brasileira em promoção da Saúde**, v. 29, n. 1, p. 14–19, 30 mar. 2016.

LIMA, Â. M. M. DE; SILVA, H. S. DA; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 27, p. 795–807, dez. 2008.

LOPES, L. M. P. Envelhecimento activo: uma via para o bem-estar. **Forum Sociológico**, n. 17, p. 65–68, 1 jan. 2007.

MANTOVANI, E. P.; LUCCA, S. R. DE; NERI, A. L. Associações entre significados de velhice e bem-estar subjetivo indicado por satisfação em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 2, p. 203–222, abr. 2016.

MARI, F. R. et al. The aging process and health: what middle-aged people think of the issue. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 1, p. 35–44, fev. 2016.

MARIN, M. J. S.; BERTASSIPANES, V. O envelhecimento e a questão da qualidade de vida. In: DÁTILLO, G. M. P. A.; CORDEIRO, A. P. (Eds.). **Envelhecimento humano: diferentes olhares**. Marília: São Paulo: Oficina Universitária: Cultura Acadêmica, 2015. p. 221–237.

MEDEIROS, T. **(Re)Pensar as pessoas idosas no século XXI**. Ponta Delgada: Letras Lavadas, 2016.

MENDES, J. As Tecnologias de Informação e Comunicação no Quotidiano Social da Pessoa Idosa: Breve Revisão Narrativa. **Interações: Sociedade e as novas modernidades**, n. 36, p. 100–112, 30 jun. 2019.

MIRANDA, L. C.; BANHATO, E. F. C. Qualidade de vida na terceira idade: a influência da participação em grupos. **Psicologia em Pesquisa**, v. 2, n. 1, p. 69–80, jun. 2008.

MONIZ, J. M. N. Saúde nas pessoas idosas. In: MEDEIROS, T. (Ed.). **(Re)Pensar as pessoas idosas no século XXI**. Teresa Medeiros ed. Ponta Delgada: Letras Lavadas, 2016. p. 95–111.

NASCIMENTO-SCHULZE, C. M. A categoria sabedoria nos estudos sobre representações sociais do envelhecimento: Uma revisão do conceito e de estudos relacionados. In: SILVA, A. O.; CAMARGO, B. V. (Eds.). **Representações sociais do envelhecimento e da saúde**. Natal: EDUFRN, 2017. p. 26–58.

NETO, J. T. M. et al. Bem estar subjetivo em idosos praticantes de atividade física. **Motricidade**, v. 8,

n. 2, p. 1097–1104, 9 set. 2012.

NIEBOER, A. P.; CRAMM, J. M. Age-Friendly Communities Matter for Older People's Well-Being. **Journal of Happiness Studies**, v. 19, n. 8, p. 2405–2420, dez. 2018.

OMS. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. United States of America: Organização Mundial de Saúde, 2015.

PELEGRINO, P. S. Saúde e envelhecimento. In: **Perspectiva biopsicológica do envelhecimento**. São Paulo: Secretaria estadual de assistência e Desenvolvimento Social : Fundação Padre Anchieta, 2009. p. 11–38.

PEREIRA, É. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira Educação Física Esporte**, v. 26, n. 2, p. 241–250, jun. 2012.

PINTO, J. M.; NERI, A. L. Trajectories of social participation in old age: a systematic literature review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 2, p. 259–272, abr. 2017.

SANTOS, F. D. S.; JÚNIOR, J. L. O Idoso e o Processo de Envelhecimento: Um estudo sobre a qualidade de vida na terceira Idade. **ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 8, n. 24, p. 34-55, 30 nov. 2014.

SELIGMAN, M. E. P. **Flourish: a visionary new understanding of happiness and well-being**. New York: Free Press, 2011.

SOUSA, L.; GALANTE, H.; FIGUEIREDO, D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 364–371, jun. 2003.

SOUZA, L. N. N.; CARVALHO, P. H. B.; FERREIRA, M. E. C. Quality of life and subjective well-being of physically active elderly people: a systematic review. **Journal of Physical Education and Sport**, v. 18, n. 3, p. 1615–1623, 30 set. 2018.

STEPTOE, A.; DEATON, A.; STONE, A. A. Subjective wellbeing, health, and ageing. **The Lancet**, v. 385, n. 9968, p. 640–648, fev. 2015.

STOBÄUS, C. D.; LIRA, G. A.; RIBEIRO, K. S. Q. S. Elementos para um envelhecimento mais saudável através da promoção da saúde do idoso e educação popular. **Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento**, v. 23, n. 2, p. 25–49, 2018.

TOMÁS, L. M. Qualidade de vida e bem-estar na velhice - inventariação crítica de um conceito fluído. In: MEDEIROS, T. (Ed.). **(Re)Pensar as pessoas idosas no século XXI**. Teresa Medeiros ed. Ponta Delgada: Letras Lavadas, 2016. p. 113–128.

TOV, W. Well-Being concepts and components. In: DIENER, E.; OISHI, S.; TAY, L. (Eds.). **Handbook of well-being**. Salt Lake City: UT: DEF Publishers, 2018. p. 43–57.

UNDP (ED.). **Human development indices and indicators: 2018 statistical update**. New York, NY, USA: United Nations Development Programme, 2018.

WARMOTH, K. et al. Older adults' perceptions of ageing and their health and functioning: a systematic review of observational studies. **Psychology, Health & Medicine**, v. 21, n. 5, p. 531–550, 3 jul. 2016.

WOOLMANN, P. G. A. et al. Associação entre a autopercepção do envelhecimento e a autopercepção da saúde. **Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento**, v. 23, n. 3, p. 95–110, 2018.

OS CUIDADOS COM O CUIDADOR DE IDOSOS

Data de aceite: 05/06/2020

Giselda Viera Eggres

Acadêmica do 5º semestre do Curso de Psicologia da Faculdade Integrada de Santa Maria – FISMA.

Graduação em Licenciatura Plena em Artes Plásticas pela Universidade Federal de Santa Maria (1986).

Pós-Graduação em Psicopedagogia Clínica e Institucional pela Universidade de Passo Fundo.

Tutora do Curso Disseminadores de Educação Fiscal-ESAF

Tutora do Curso Metodologia de Educação Fiscal-ESAF

Endereço eletrônico: giseldaeggres@yahoo.com.br

Juliana Marques Fagundes Tres

Acadêmica do 5º semestre do Curso de Psicologia da Faculdade Integrada de Santa Maria – FISMA.

Endereço eletrônico: julianamarquesftres@gmail.com

Katia Simone da Silva Silveira

Graduação em Psicologia pela Faculdade Integrada de Santa Maria – FISMA (2012),

mestrado pelo programa de pós-Graduação em

Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM (2014),

especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde (UFSM) e especialização em Psicologia Clínica com ênfase em Avaliação Psicológica pela Faculdade Mário Quintana – FARMAQUI.

Aperfeiçoamento em programa especial em formação pedagógica no Centro Universitário Filadelfia –UNIFIL.

Endereço eletrônico: katia.silveira@fisma.com.br

RESUMO: Este artigo teve como finalidade discutir algumas das necessidades e dificuldades enfrentadas por cuidadores de idosos, na realização de suas tarefas. Para atender o objetivo proposto realizou-se uma revisão da literatura não sistemática nas bases de dados científicos. Através dos dados, entende-se que cabe à Psicologia trabalhar com as estratégias e propostas de intervenções práticas necessárias, junto a estes cuidadores, no sentido de fornecer o suporte adequado para o manejo desta situação, assim como o bem-estar e saúde. Ressalta-se a importância do preparo destes cuidadores, que na maioria das vezes não possui qualquer tipo de formação para tal função. Portanto, acredita-se que este trabalho contribua para ampliar o olhar das pessoas que se disponibilizam a cuidar da população idosa, dando-lhes uma visão mais humanizada no desenvolvimento desta tarefa.

PALAVRAS CHAVES: Cuidadores. Idosos. Envelhecimento.

1 | INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população na atualidade tornou-se um fator de preocupação,

pois o número de pessoas com 60 anos ou mais, vem crescendo rapidamente, na proporção de 7,3 milhões entre 1980 e 2000, para 14,5 milhões em 2000. A estimativa é que o Brasil, até o ano 2025, seja o 6º país em número de idosos (World Health Organization - WHO, 2005). O que suscita uma análise minuciosa dos aspectos envolvidos no processo do envelhecimento. Dando um enfoque ao contexto do papel das pessoas que se dedicam a cuidar dos idosos, os chamados cuidadores, que na maioria dos casos, não se encontram preparados para lidar com os problemas advindos da idade avançada, como as doenças crônicas, que necessitam de um atendimento mais especializado por parte de quem cuida.

Nota-se que a perspicácia do cuidador a respeito do envelhecimento tem influência no seu modo de cuidar o idoso. Assim como a falta de preparo e atenção destes profissionais, influi na qualidade do atendimento dispensado aos mesmos e compromete a qualidade de vida do cuidador. Lima-Costa e Camarano (2008), reconhecem que este notório crescimento é resultado da alta taxa de natalidade constatada nos anos 50 e 60, em comparação à baixa taxa de natalidade dos dias atuais, o que altera consideravelmente a distribuição etária da população no Brasil. Outro fator influenciador nesse crescimento é a redução da mortalidade, o que pode ser percebido no aumento da expectativa de vida dos idosos. Ressalta-se também como fator preponderante, que a maior taxa de longevidade é do sexo feminino sobre o masculino. Assim como, são as mulheres que enfrentam maiores dificuldades nesta etapa da vida, decorrente principalmente da baixa situação econômica.

Em virtude disso, faz-se necessário pensar os serviços destinados a assistência aos idosos, pois para ofertar um bom atendimento, é de fundamental importância que o cuidador seja também cuidado, tendo um lugar para orientação, estudo, reunião, qualificação especializada, para que possa compartilhar suas dúvidas, angústias e anseios. Portanto este trabalho buscou discutir algumas das necessidades e dificuldades enfrentadas por cuidadores de idosos, na realização de suas tarefas.

2 | REVISÃO TEÓRICA

Diversas alterações acontecem com o passar do tempo e compõem as fases da vida do desenvolvimento humano. No caso dos idosos são mudanças que influenciam o seu estado funcional, o que faz surgir a imposição de um cuidador para ajudá-los nas atividades do cotidiano. A profissão de cuidador foi reconhecida há pouco tempo no Brasil. Duarte, Melo e Azevedo (2008) identificam que, a emergência do papel do cuidador como profissional é recente no país, tendo sido consolidada pelo Ministério do Trabalho e Emprego, por meio da inserção na Classificação Brasileira de Ocupações, sob o Código 5.162-10. Embora o crescimento da categoria, são raras as iniciativas da educação formal no sentido de contribuir para a formação

deste profissional.

É notória a necessidade de capacitação para o profissional que trabalha com o idoso, o ideal seria que tivesse conhecimento na área da saúde, bem como do processo de envelhecimento do corpo humano. Além disto, ainda compartilhasse seus conhecimentos com outros profissionais, facilitando assim o desempenho de suas funções no sentido de prestar um bom atendimento ao idoso e também minimizar o seu próprio estresse (AREOSA, S. V. C. et al., 2014). Ressalta-se que ainda os cuidadores dependem de vários aspectos, como por exemplo: leis que regulamentam suas tarefas, o suporte recebido, tipo de investimento realizado neste processo de formação e qualificação dos profissionais cuidadores.

Observa-se que em função do despreparo, da falta de recursos e de apoio na vida pessoal, o cuidador torna-se alvo de jornadas de trabalho significativamente estressantes, aliados a baixa remuneração, desgaste físico e emocional, bem como afastados, muitas vezes, do convívio social. Desta forma, os idosos acabam sendo afetados pela debilidade do cuidador, formando-se uma situação delicada em que ambos sofrem. Diante disso, torna-se imprescindível dispensar atenção e apoio no sentido de melhorar a qualidade do serviço prestado e a sua própria qualidade de vida (SCARPELLINI. M. et al., 2011).

Torna-se necessário realizar uma reflexão sobre o significado da palavra “cuidar”, que na língua portuguesa é traduzida como aplicar atenção, esmerar-se, preocupar-se, tratar-se. Partindo do princípio que cuidar é considerada uma atitude inerente ao ser humano, que desde o nascimento necessita de amparo e cuidados, levando em conta a Teoria de Winnicott (1982), que descreve esta relação fazendo a analogia de que o ato de cuidar na relação cuidador/cuidado, seja interpretado como um ambiente acolhedor e favorável que a “mãe suficientemente boa” promove ao seu bebê.

Estudos realizados com cuidadores revelam que eles não entendem o “cuidado com o idoso” como uma promoção de autonomia, de independência com aqueles idosos sem dependência (NERI; CARVALHO, 2002). O que contradiz a forma Winnicotina de que cuidar é promover um ambiente que favoreça o desenvolvimento, a independência e a autonomia do indivíduo.

Refletindo sobre o contexto do cuidador, nota-se que o mesmo aprende fazendo, e neste fazer vai tendo a percepção sobre si e sobre o idoso cuidado, e esta percepção vai servindo de indicador para o ato de cuidar.

3 | MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica, com base em materiais já elaborados, nos quais utilizou-se materiais impressos e selecionados como: livros, artigos, teses

e dissertações. A escolha destes deu-se em virtude das tecnologias disponibilizadas pela Internet, o qual traz vantagens para o problema de pesquisa, pois permite uma cobertura mais ampla das informações (GIL, 2010).

A pesquisa bibliográfica segundo Gil (2010), consiste numa revisão da literatura sobre as principais ideias que norteiam o trabalho científico, é nesta etapa que se recolhem dados e informações que foram utilizados para o desenvolvimento da proposta do tema escolhido para o trabalho, que deve ser minucioso buscando o conhecimento, que é a base fundamental para o todo de uma pesquisa.

Realizou-se uma busca, a partir das bases de dados: Pepsic, Scielo e BVSPsi. Utilizou-se os descritores: “Cuidadores”, “Idosos” e “Envelhecimento”, vinculados ao operador AND para associar os termos de busca. Após esta etapa, organizou-se a leitura com base nos cinco passos propostos por Gil (2010), que são a leitura do material, leitura exploratória, leitura seletiva, leitura analítica e leitura interpretativa, que facilitarão o processo de pesquisa e apropriação dos dados.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os desafios enfrentados por cuidadores de idosos

O estudo de Araújo et al (2013), tem como objetivo descrever o perfil dos cuidadores de idosos, bem como sua importância e principais dificuldades no ato de cuidar do idoso. Desta forma, faz-se necessário traçar o perfil destas pessoas (profissionais ou não) que se dedicam a este cuidado, visto que nesta fase do ciclo vital, são necessários alguns cuidados específicos. Dependendo do caso, alguns podem precisar apenas de companhia, outros podem estar acamados, ser cadeirante, tendo que ter um olhar mais acurado, por estes e outros motivos o profissional deve estar preparado para as demandas específicas de cada caso.

No envelhecimento, o corpo passa a sofrer certas disfunções, tendo reações reflexas mais lentas, a mente começa a dar sinais de falhas, emergem doenças crônicas, as quais levam a incapacidades. Neste contexto, surge a figura do cuidador, que é pessoa que presta cuidados a quem necessita por estar com limitações de ordem física ou mental. Portanto, há a necessidade de atender as demandas cotidianas dos idosos, proporcionando saúde, bem-estar, conforto, autonomia e independência (NUNES, D. P. et al., 2018).

Neste contexto, o cuidador deve ter disponibilidade para adequar sua vida às necessidades da pessoa a ser cuidada. Esta atividade demonstra ser uma tarefa desgastante, pois passa a desempenhar papéis que eram desenvolvidos de forma autônoma pelos idosos, como cuidados com a higiene, alimentação, medicação, etc (CARDOSO, L. et al. 2012).

Estudos apontam que vários fatores devem ser levados em conta no que diz respeito aos cuidadores, como as relações de gênero, escolaridade, situação conjugal, entre outros. Dados reforçados por Oliveira e colaboradores (2006), identificam que 70,3% dos cuidadores são mulheres, o que reflete o contexto histórico de que a mulher se dedica aos cuidados da casa, da família e ao homem cabe o papel de provedor.

Nunes et. al (2018), propôs uma classificação da necessidade de cuidado através das demandas identificadas, a qual oferece a possibilidade de direcionamento dos profissionais na execução de estratégias de cuidado para com o idoso. Visto o crescente envelhecimento da população e as consequências na saúde, como o agravamento de doenças crônicas, que causam a dependência das pessoas.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI (2006), apresenta um eixo norteador para os serviços de assistência e avaliação da capacidade funcional. Esta busca estabelecer o nível de independência para suas atividades do cotidiano e a partir disso pode ser determinado o tipo de auxílio que deverá ser prestado pela pessoa que recebe a denominação de cuidador, aprovado como profissão no Senado Federal no ano de 2012.

Os estudos realizados mostram que a maior parte dos cuidadores é do sexo feminino e possui vínculos familiares como o idoso, o que exige uma mudança de hábitos, costumes e rotina do cuidador, acarretando tensões, angústias e medos, sobrecarregando o cuidador, que poderá ignorar suas próprias vontades, passando a esquecer da pessoa a ser cuidada (CARDOSO, L. et al. 2012).

Cabe ressaltar que, fornecer cuidados é uma responsabilidade que deve ser dividida entre o Estado, a família e a sociedade, o que está previsto na Constituição Federal e no Estatuto do Idoso. Como destaca Araújo et al (2015), que o processo de envelhecimento é comum a todos os seres humanos, o que acarreta mudanças no corpo físico, mental e emocional, bem como requer um olhar direcionado para esta faixa etária da população, que cresce a cada dia, tornando-se uma questão de saúde pública, necessitando investimentos voltados a este setor.

Assim, percebe-se a necessidade de voltar a atenção ao profissional cuidador de idoso, fornecendo-lhes adequada formação para lidar com as dificuldades no cuidado dispensado. Ademais, levando em conta que a tarefa não é nada fácil, exige preparo e conhecimento, pois trata-se de desempenhar um trabalho complexo e delicado, que em algumas situações é realizado por uma pessoa da família, já em idade também avançada, por vezes com grau de escolaridade baixo e trabalhadores informais, fatores esses que influenciam diretamente no cuidado.

Areosa et al. (2014), distingue dois tipos de cuidadores: os formais e os informais. O cuidador formal, é um profissional de saúde que teve uma formação acadêmica, prestando serviços a domicílio e com remuneração, cumprindo as tarefas

orientadas pela família ou profissionais da saúde. Já os cuidadores informais, são familiares, amigos, vizinhos, pessoas próximas ao idoso, sem formação específica. Pontua-se que as cuidadoras formais, que recebem uma remuneração, são menos queixosas, mais compreensivas com o idoso, diferentemente das cuidadoras familiares (informais), que cuidam por obrigação, sentindo o peso da dependência do idoso como uma sobrecarga por passar o tempo todo em contato, o que gera estresse e desgaste do cuidador.

A partir dessas dificuldades, cabe aos profissionais da saúde planejar e implantar políticas públicas que forneçam amparo à família, direcionados à existência do cuidador, visto que a sobrecarga de trabalho contribuirá para o seu adoecimento, assim como a geração de conflitos entre cuidador e cuidado.

Pesquisas apontam efeitos negativos sobre o cuidador, tais como: as doenças psiquiátricas, uso de drogas psicotrópicas, doenças somáticas, estresse, isolamento social e tensão. Além desses aspectos negativos, ressaltam-se aspectos positivos nessa tarefa de cuidar, visto ser o cuidado uma troca de afetos, demonstrada no dar e receber, na geração de sentimentos como gratidão, reconhecimento e retribuição. O ato de cuidar é inato no ser humano, faz parte do instinto de autopreservação e também permeia o dia a dia dos cuidadores (NERI, 2002).

5 | CONCLUSÕES

Com esta análise, foi possível perceber alguns aspectos que envolvem o envelhecimento como um processo inato de transformações tanto físicas, quanto mentais e emocionais. O que leva o idoso a necessitar de cuidados especiais, sendo para isso indispensável o papel da pessoa que se dedica ao ato de cuidar.

O envelhecimento da população é um assunto de notória preocupação atualmente, uma vez que a longevidade se faz mais presente a cada dia. O que suscita um olhar e uma atenção voltados ao contexto das pessoas que se dedicam a desempenhar o papel de cuidador, uma vez que na maioria dos casos, não se encontram devidamente preparados para exercer adequadamente tal função. Especialmente nos casos dos idosos que estão acometidos de doenças crônicas, acamados e que necessitem de um atendimento especializado.

Assim, o foco passa a ser não somente o idoso, mas o cuidador que do mesmo modo necessita de cuidados, tendo um lugar onde possa ser escutado, orientado, qualificado, ou seja, no qual possa compartilhar suas angústias, medos, estresses e aflições vividos no dia a dia, no desenvolvimento de sua tarefa que não é nada fácil.

Percebeu-se que em função do despreparo, da falta de investimentos, de apoio na vida pessoal e profissional, da baixa remuneração, do desgaste físico e emocional, o cuidador fica exposto a longas jornadas de trabalho, o que acaba por

comprometer o serviço prestado, bem como sua própria saúde e qualidade de vida. Portanto, é de extrema importância uma rede de apoio, para dar suporte ao ato de cuidar, formada por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, agentes de saúde, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, entre outros profissionais da área da saúde. O amparo é fundamental para que o ser humano se sinta confortável. Além disto, o ser humano necessita de cuidados e de um ambiente acolhedor.

Alguns estudos apontam que este cuidado é assumido na maioria dos casos por mulheres, pertencentes a família do idoso e com baixa escolaridade. Assim sendo, apontaram para a importância de olhar com mais atenção para este setor, traçando estratégias e propondo políticas públicas voltadas a suprir as carências na formação do cuidador, bem como no cuidado consigo próprio.

Em virtude dos aspectos observados neste trabalho, acredita-se ser imprescindível a formação adequada destinada ao profissional cuidador, dado o rápido crescimento na taxa de longevidade da população mundial. Dessa forma, faz-se necessário mais pesquisas sobre o tema abordado, visto que há poucos estudos relacionados. Sendo assim, foi elaborado um folder com orientações básicas destinadas ao cuidador, no sentido de ajudá-lo nas tarefas cotidianas, objetivando melhorar a qualidade de vida deste profissional, os cuidados com o idoso e o cuidador.

Entendeu-se que existe também a necessidade do Psicólogo, no sentido de criar estratégias práticas, que auxiliem os cuidadores, fornecendo assim, um suporte adequado ao manejo da circunstância e também saúde e bem-estar ao idoso a ser cuidado. Ressalta-se a importância da formação deste profissional cuidador, para o desempenho de sua atividade, visto que é o responsável por proporcionar um bom atendimento, tendo como objetivo melhorar a qualidade de vida tanto do idoso, quanto a sua própria.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, F. N. F., FERNANDES, M. J. P. Perfil de Cuidadores de idosos no Brasil. **Congresso Internacional de Envelhecimento Humano – 4º CIEH**. Anais CIEH (2015) – Vol. 2, N.1. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD2_SA11_ID1826_25072015161043.pdf>. Acesso em 17 ago. 2019.

ARAUJO, J. S. et al. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Rev. bras. geriatr. gerontol.* [online]. 2013, vol.16, n.1, pp.149-158. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232013000100015&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em 17 ago. 2019.

AREOSA, S. V. C. et al., Cuidar de si e do outro: estudo sobre os cuidadores de idosos. **Psicologia, Saúde & Doenças**. Psic., Saúde & Doenças vol.15 no.2 Lisboa jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862014000200012> Acesso em 18 ago. 2019.

CARDOSO, L. et al.,. Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. Rev. esc. enferm. USP vol.46 no.2 São Paulo Apr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200033>. Acesso em 12 ago. 2019.

JESUS, I. T. M., ORLANDI, A. A. S., ZAZZETTA, M. S. Sobrecarga, perfil e cuidado: cuidadores de idosos em vulnerabilidade social. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rev. bras. geriatr. gerontol. vol.21 no.2 Rio de Janeiro Apr./Mar. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000200194&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 17 ago. 2019.

NUNES, D. P. et al.,. Idoso e demanda de cuidador: proposta de classificação da necessidade de cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Rev. Bras. Enferm. vol.71 supl.2 Brasília 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018000800844&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em 17 ago. 2019.

OLIVEIRA, S. K. et al. **Perfil dos cuidadores de idosos atendidos pelo projeto de assistência interdisciplinar a idosos em nível primário – PAINP – Londrina – PR**. v. 5 n. 2 (2006). Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5074>>. Acesso em 17 ago. 2019.

SAMPAIO, A. M. O. et al.,. Cuidadores de idosos: percepção sobre o envelhecimento e sua influência sobre o ato de cuidar Estudos e Pesquisas em Psicologia. Estud. pesqui. psicol. vol.11 no.2 Rio de Janeiro ago. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812011000200015>. Acesso em 18 ago. 2019.

SCARPELLINI, M. et al.,. A importância do cuidador de idosos na assistência ao idoso. **Revista Contexto & Saúde**. v. 11 n. 20 (2011): Jan-Jun. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1506>>. Acesso em 09 ago 2019.

SCHNEIDER, R. H., IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia (Campinas)**. Estud. psicol. (Campinas) vol.25 no.4 Campinas Oct./Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000400013>. Acesso em 10 ago 2019.

SILVA, J. A. A. Cuidando do cuidador: uma proposta para melhoria de vida de cuidadores e acamados. **Universidade federal do triângulo mineiro curso de especialização em atenção básica em saúde da família**. UBERABA/MG 2016. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/JULIANA-ANDRADE-AMUI.pdf>>. Acesso em 12 ago. 2019.

WINNICOTT, D. W. Os bebês e suas mães. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

APONTAMENTOS SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UM COMPARATIVO ENTRE MULHERES NEGRAS, BRANCAS E PARDAS

Data de aceite: 05/06/2020

Data de submissão: 26/03/2020

Bárbara Fernanda Marinho de Freitas

UNESP, Faculdade de ciências
Bauru - São Paulo

Letícia Fiuza Canal

UNESP, Faculdade de ciências
Bauru - São Paulo

<http://lattes.cnpq.br/6285596910033272>

Bruna Mendes Ballen

UNESP, Faculdade de ciências
Bauru - São Paulo

<http://lattes.cnpq.br/8632199184909939>

Sandro Caramaschi

Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho
Bauru/SP

<http://lattes.cnpq.br/4257800787252890>

RESUMO: Com base nas demandas encontradas em revisão da literatura, foi realizado um estudo para melhor compreender e acrescentar à discussão a relação entre o racismo e a violência obstétrica. Esse estudo pretende investigar se a violência racial está presente também no atendimento obstétrico em uma cidade do interior de São Paulo. Através da

aplicação de formulários que visam identificar tratamento diferenciado entre mulheres que se autodeclararam pretas ou pardas perante àquelas que se autodeclararam brancas.

PALAVRAS-CHAVE: Violência; Violência contra as mulheres; Racismo; Violência obstétrica.

NOTES ON OBSTETRIC VIOLENCE: A COMPARATIVE BETWEEN BLACK, WHITE AND BROWN WOMEN.

ABSTRACT: Based on demands surveyed on liter review, was made a study for better understanding and increasing the discussion about the relation between racism and violence obstetric. This study intent investigate if racial violence is also present in the obstetric care in a city inland São Paulo. Through the application of forms that objectives identify different care between women who self-declared black or brown that ones who self-declared white.

KEYWORDS: Violence; Violence against women; Racism; Violence obstetric.

1 | INTRODUÇÃO

Discussões sobre a importância de se trabalhar e refletir sobre a violência obstétrica são recorrentes e atuais no cenário político

brasileiro, mas para tratarmos de tal assunto antes é necessário discorrer sobre concepções de violência de forma geral. Segundo o Relatório mundial sobre violência e saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), lançado em 2002 violência pode ser definida como:

“uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha a possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”

lembrando que os danos causados por acidentes não são considerados como expressão de violência, mas a utilização de poder é, tendo-se como exemplo o uso de intimidações (WHO 2002). Apesar da definição exposta existem muitas concepções sobre violência, uma vez que ela é um fenômeno complexo como é retratado no seguinte trecho: “a violência é o resultado da complexa interação dos fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais” (Dahlberg.; Krug, 2006)

Uma das preocupações da OMS foi a associação de violência com políticas públicas (WHO,2002), isso se dá pois:

“é bem verdade que em sua origem e suas manifestações, a violência é um fenômeno sócio histórico e acompanha toda a experiência da humanidade. Portanto, ela não é, em si, uma questão de saúde pública. Transforma-se em problema para a área porque afeta a saúde individual e coletiva e exige, para sua prevenção e enfrentamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas de serviços peculiares ao setor” (Minayo, 2006)

portanto é bastante contraditório que o próprio sistema de saúde que deveria se integrar e trabalhar com os cuidados das vítimas de violência, além de sua prevenção (AGUIAR; D'OLIVEIRA 2010), seja no caso da violência obstétrica o próprio agressor.

As inúmeras violências às quais as mulheres são vítimas afetam e repercutem em vários aspectos na saúde da mulher, como o maior uso de drogas, problemas gastrointestinais e doenças sexualmente transmissíveis(SCHRAIBER et al, 2002). No entanto, existe uma modalidade de violência contra mulher que ocorre justamente em ambientes que são especializados em cuidar da saúde humana. Essa é a violência obstétrica, que é definida como toda conduta, ação ou omissão, realizada por profissional da saúde, que afete o corpo físico e/ou psíquico da mulher, além dos seus processos reprodutivos, essa violência pode se expressar por tratamento desumano, abuso de medicamentos ou até mesmo patologizar expressões normais da sexualidade feminina (MEDINA, 2009)

A tipificação da violência obstétrica como uma modalidade de violência entre outras sofridas por mulheres encontra grandes barreiras, uma delas é a qualificação de profissionais da saúde como agressores, situação a qual gera resistência ao assumir responsabilidades perante as agressões (Cielo; Carvalho et al, 2012). A violência obstétrica é muitas vezes silenciada porque as pessoas que a praticam

são justamente os profissionais da saúde, os quais são envolvidos em redomas de conhecimentos acerca do corpo humano, que muitas vezes desqualifica o próprio saber da pessoa atendida sobre si e os eleva na hierarquia de decisões e até mesmo os torna sujeitos não passíveis de culpa.

Vale descrever que grande parte dos atos violentos obstétricos encontram apoio no ambiente hospitalar da saúde em precarização no Brasil (AGUIAR; D'OLIVEIRA 2010). A não disponibilidade de recursos físicos e espaços adequados para um tratamento humano acabam servindo de respaldo para uma violência institucional e problemas de política pública.

Segundo a Legislação Venezuelana (VENEZUELA, 2004), violência obstétrica tem por definição dois espectros amplos de atuação: o físico e psíquico. No aspecto físico se refere a quaisquer práticas invasivas e que não respeitem a cronologia natural do parto. Já a parte psicológica refere-se ao atendimento desumanizado e discriminatório. Indicando como as variadas violências tomam matizes particulares quando se trata de grupos étnicos considerados minoritários nas estatísticas nacionais, com ênfase nesse trabalho com relação às mulheres negras (Grossi 1994).

Os dados sobre a saúde da mulher negra ainda são escassos e o movimento de negativa das violências ou de explicações de cunho socioeconômicas são uma constante tanto na literatura quanto no senso comum. Essa explicação que reduz o racismo a disparidade econômica é no mínimo questionável em face de resultados de pesquisas (CRUZ, 2004) evidenciadores de que mulheres negras recebiam menos anestesia em relação às brancas, a qualidade dos exames do pré-natal foram piores em mulheres negras, elas também receberam menos informações sobre os cuidados necessários na gravidez em relação às brancas. A permissão de um acompanhante na hora do parto foi quase o dobro para as mulheres brancas do que para as negras, houve uma clara discriminação no tratamento, e o racismo ficou evidente pois ocorria a distinção mesmo quando as entrevistadas negras e brancas tinham o mesmo nível de escolaridade e pertenciam à mesma classe social.

Em estudos de Cunha (2008) verificou-se dados que corroboram com a hipótese do tratamento discriminatório sofrido por mulheres negras, o estudo foi realizado a partir de uma pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro, com 9.633 mulheres, a coleta dos dados foi feita a partir de questionários, e a cor da pele foi definida pelas próprias entrevistadas. No estudo verificou-se que a não utilização de anestésicos era maior nas mulheres negras, assim como o fato de não conseguirem atendimento na primeira maternidade procurada e dificuldades no acesso ao pré-natal, independente do grau de escolaridade, ou seja na relação com os serviços de saúde, as desigualdades se reproduzem tanto no acesso a um pré-natal adequado quanto no momento do parto.

Essa pesquisa tem portanto o objetivo de verificar se acontece no atendimento obstétrico de uma cidade do interior no oeste paulista algum tipo de violência que esteja relacionada com o fato da mulheres ser negra, ou seja, se o racismo é um fator que aumenta a chance da violência obstétrica de ocorrer. A justificativa é que esse trabalho pode servir como forma de conscientização e aumento da percepção acerca da violência obstétrica e o racismo institucional sofrido por essas mulheres, além do mais a pesquisa também contribui para a ampliação dos direitos humanos das mulheres, principalmente no âmbito de saúde pública e da possibilidade de protagonismo do próprio parto.

2 | MÉTODO:

A pesquisa foi realizada através de formulários distribuídos online, feitos na plataforma Google e divulgados em grupos exclusivos de mulheres nas redes sociais. A amostra foi composta por 15 mulheres, sendo cinco autodeclaradas negras, cinco brancas e cinco pardas. As idades variaram de 17 a 36 anos e os atendimentos do pré-natal foram executados na rede pública e particular. Essas mulheres passaram por pelo menos uma gravidez para responder ao formulário.

A coleta de dados foi realizada no ano de 2017, no mês de julho. Para realizar a pesquisa, de aspecto transversal e quantitativo, foi utilizado como base uma versão em português do questionário estadunidense “do Abuse Assessment Screening” (REICHENHEIM, MORAES, HASSELMANN, 2000). Esse instrumento foi inicialmente criado para ser utilizado em âmbitos de saúde e ele foi traduzido e adaptado ao contexto e cultura brasileira, além de sofrer alterações futuras no conteúdo para que as questões específicas acerca do racismo e da violência obstétrica fossem abordadas. Solicitou-se que as participantes respondessem o formulário considerando a sua primeira gravidez, mesmo que tivesse tido outros filhos.

Os questionários foi criado e disponibilizado online por alunas do quarto termo do curso de Psicologia da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. A ética da pesquisa considerou os seguintes planos de atuação: elaborado com termos e linguagem especiais para abordar as usuárias, todas as respostas foram mantidas em sigilo e as identidades das entrevistadas permaneceram anônimas.

Segue abaixo o modelo de questionário que foi aplicado nos parâmetros anteriormente citados. No formulário existiam espaços para que as entrevistadas fizessem relatos sobre suas experiências, caso sentissem necessidade. Esses depoimentos também foram considerados na discussão dos resultados :

1) Como você se auto-declara quanto ao seu perfil étnico-racial?

a) Preto

- b) Pardo
- c) Indígena
- d) Branco
- e) Amarelo

2) Sua primeira gravidez foi em qual faixa etária ?

3) Seu acompanhamento médico do pré-natal na primeira gravidez foi realizado em rede hospitalar:

- a) pública (SUS)
- b) privada (planos de saúde ou clínicas particulares)
- c) não houve acompanhamento médico no pré-natal

4) Durante o trabalho de parto na sua primeira gravidez, os profissionais de saúde lhe deram liberdade para andar pelo ambiente?

- a) sim
- b) não

5) Você ficou em jejum (privada de comer qualquer alimento) durante o trabalho de parto na sua primeira gravidez?

- a) sim
- b) não

6) Você ficou sem beber água durante o trabalho de parto na sua primeira gravidez?

- a) sim
- b) não

7) Havia algum acompanhante - familiar, parceiro (a) ou amigo(a) - que permaneceu ao seu lado no momento do parto?

- a) sim
- b) não

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO:

A partir das respostas obtidas, realizou-se a análise dos dados por comparação entre os agrupamentos baseados no perfil étnico/racial autodeclarado.

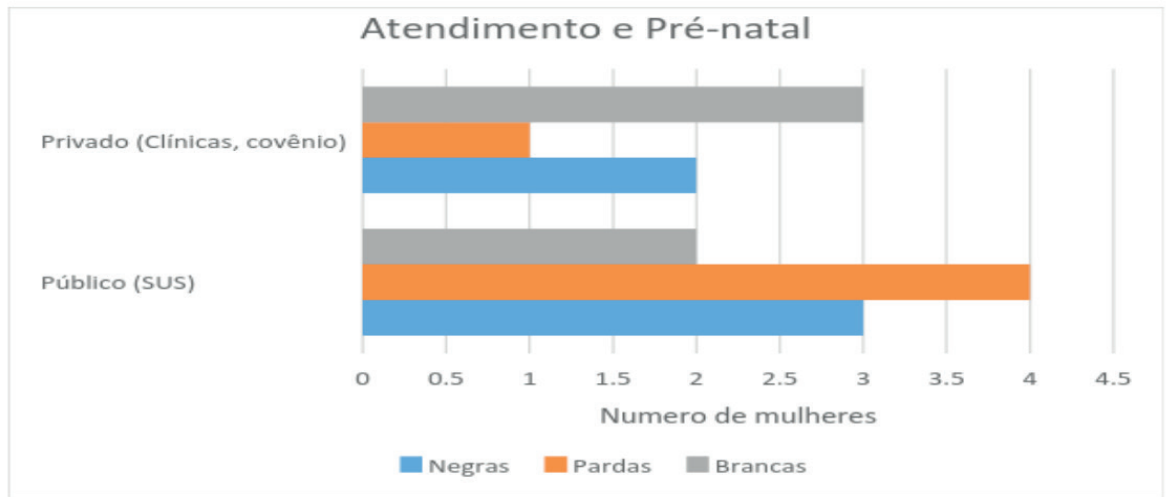


Figura 1. Gráfico comparativo entre agrupamento étnico-raciais com relação a atendimento de saúde

Pode-se observar que as mulheres pardas foram a maioria nos atendimentos e pré-natal pela rede pública de saúde, seguidas das mulheres pretas, enquanto na rede privada de saúde predominam mulheres brancas. O que pode indicar uma relação entre perfil étnico/racial, condições socioeconômicas e acesso à rede pública de saúde.

Outra variável analisada foi a idade das entrevistadas, que apresentou algumas diferenças relevantes ao se comparar os agrupamentos. É possível observar que as idades máximas as quais aconteceu a primeira gravidez são distintas: entre as mulheres brancas foi aos 36 anos; entre as mulheres pardas aos 26; e entre as mulheres pretas aos 28 anos. Essa quantificação pode ser relacionada a diferentes fatores, envolvendo também questões da individualidade e histórias das mulheres entrevistadas. No entanto, não se pode desconsiderar a possibilidade de que condições raciais influenciam nos mais diversos âmbitos na estrutura social e cultural vigente no Brasil. Áreas como oportunidades de emprego, condição socioeconômica, qualidade de vida e planejamento familiar são alguns dos aspectos que sofrem consequência do racismo institucional, que pode ser refletido na diferença etária no momento da primeira gravidez.

Faixa etária da primeira gravidez

Idades	Pretas	Pardas	Branças
17		2	
18	1		
19			1
21	1	1	
22	1	1	1
23			1

Figura 2. Tabela com faixa etária na primeira gravidez das entrevistadas

A variável idade também foi tratada nesta pesquisa em conjunto com a variável tempo de espera. Procurou-se estabelecer uma relação entre a idade e a espera, e visualizou-se que houve certo tempo de espera apenas com uma mulher preta de 21 anos na rede de saúde privada, cerca de 15 minutos, e com uma mulher parda de 17 anos na rede de saúde pública, mais de uma hora. Esses dados podem trazer à tona mais uma vertente do racismo institucionalizado, que se garante em uma negligência ao corpo feminino preto e/ou pardo no ambiente de saúde. Todavia, são necessários estudos mais aprofundados e com amostras mais significativas, os quais respaldam ou contradigam essa proposta.

Entrevistadas pretas

idade	tempo de espera	serviço de saúde
18	imediatamente	público
21	mais de 1 hora	privado
22	imediatamente	público
25	imediatamente	público
27	imediatamente	privado

Figura 3. Tabelas de relação idade, tempo de espera e serviço de saúde para mulheres pretas

Entrevistadas pardas

idade	tempo de espera	serviço de saúde
17	até 15 minutos	público
17	mais de 1 hora	público
21	imediatamente	privado
22	imediatamente	público
26	imediatamente	público

Figura 4. Tabelas de relação idade, tempo de espera e serviço de saúde para mulheres pardas.

Entrevistadas brancas

idade	tempo de espera	serviço de saúde
19	imediatamente	público
22	imediatamente	privado
23	imediatamente	público
28	imediatamente	privado
36	imediatamente	privado

Figura 5. Tabelas de relação idade, tempo de espera e serviço de saúde para mulheres brancas.

Já a questão que se refere permissão de andar durante o trabalho de parto apresentou valores de proibição nas amostras pardas e pretas. Segundo as recomendações da OMS, o caminhar no parto é natural e propicia alívio de dores para as parturientes.

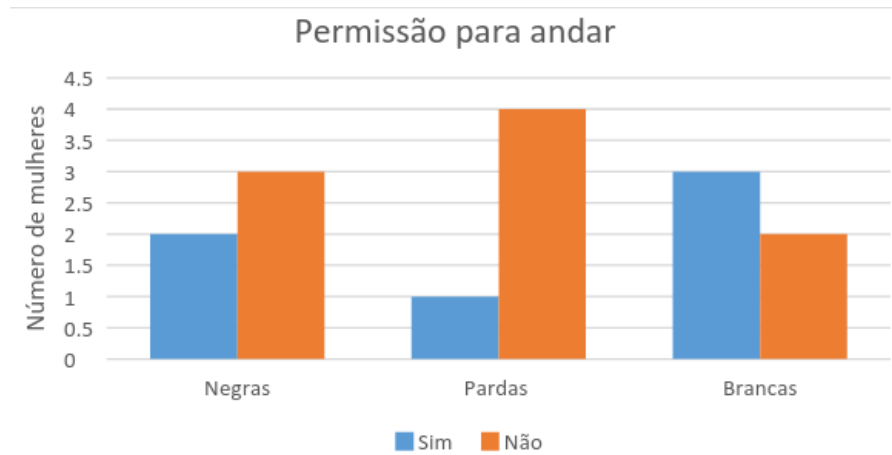


Figura 6. Gráfico sobre a permissão para andar no trabalho de parto

Sobre a proibição de ingerir alimentos e de beber qualquer tipo de líquido, novamente as mulheres pardas e pretas foram as que tiveram maior número de restrições. Também segundo a OMS, a ingestão de água e alimentos não interfere em procedimentos cirúrgicos ou clínicos, além de aumentar a resistência física da mulher em trabalho de parto.

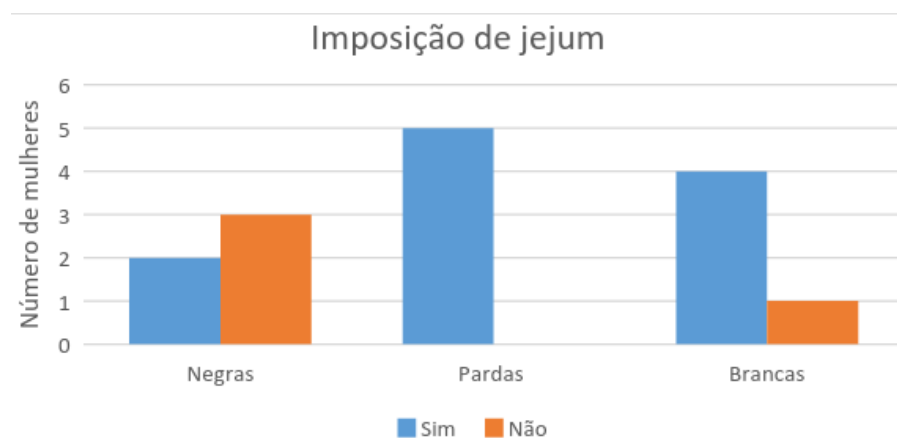


Figura 6. Imposição de jejum no trabalho de parto

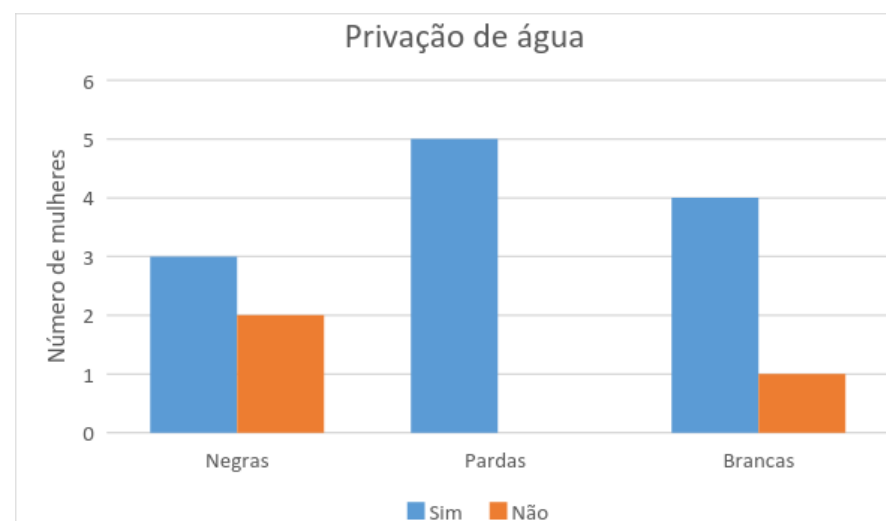


Figura 7. Privação de água no trabalho de parto

Por fim, acerca das questões distribuídas, foi possível distinguir que todas as mulheres brancas tiveram no momento do parto um acompanhante que não fosse da equipe médica, como parentes e parceiro (a). Já a amostra de mulheres pretas e pardas obtiveram os mesmos valores de negação a esse direito caracterizado por lei, já que não há impedimentos nos procedimentos a presença ou não de um acompanhante. Mesmo que houvessem pessoas acompanhantes da parturiente preta e parda, a presença das mesmas foi impedida na hora do parto pela equipe médica, segundo os depoimentos das entrevistadas.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível observar muitas semelhanças nos resultados entre mulheres pretas e pardas, o que levanta hipóteses de racismo institucional e a necessidade de maiores discussões acerca dos parâmetros para autodeclaração e identidade étnico/racial. Algumas respostas abertas ofereceram relatos de desconforto, sensação de abandono e evidente negligência por parte da equipe médica podendo ser categorizados como violência obstétrica. Seria de extrema importância e para aprofundamento da temática mais estudos relacionados, pesquisas com maior espaço amostral e de métodos distintos agregando mais dados e saberes à respeito e que assim contribuíssem para a inibição de violência obstétrica por parte dos profissionais de saúde, assim como maior compreensão das mulheres sobre essa modalidade de violência.

REFERÊNCIAS:

AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2010

CIELLO, C. Carvalho, C. Kondo, C. Delage, D. Niy, D. Werner, L. Santos, S. **Dossiê da Violência Obstétrica“Parirás com dor”**. Parto do Princípio, 2012.

CRUZ, Isabela Cristina Fonseca da. **A Sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para assistência de enfermagem**. Rev Esc Enferm USP, 2004.

CUNHA, E.M.G.P. **O recorte racial no estudo das desigualdades em saúde**. São Paulo em Perspectiva, v. 22, n. 1, 2008.

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. **Violência: um problema global de saúde pública**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 11, p. 1163-1178, 2006. p. 1163-1178

GROSSI, Miriam Pillar. **Novas/velhas violências contra a mulher no Brasil**. Estudos feministas, p. 473-483, 1994. p. 473-484, 1994.

MEDINA, Graciela. **Violência obstétrica. Revista de Derecho y Familia de las Personas.** Cidade de Rosário, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; KRUG, Etienne G. **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

REICHENHEIM ME, MORAES CL, HASSELMANN MH. **Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida.** Rev Saúde Públ [Internet]. 2000

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. **Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde.** Revista de Saúde Pública, v. 36, n. 4, p. 470-477, 2002.

VENEZUELA, **Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.** Gaceta Oficial 38.647. Disponível em: https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley_mujer%20%281%29_0.pdf

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 11, p. 1259-1267, 2006. p.1259-1267

ANÁLISE DOS COMPORTAMENTOS DE SUZANE VON RICHTHOFEN CARACTERÍSTICOS DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISSOCIAL

Data de aceite: 05/06/2020

Marcio Jorge Manoel Pinto

UNIGRAN / Curso de Psicologia

Dourados – MS

<http://lattes.cnpq.br/2173733400391599>

Rafael Alves Cioca

UNIGRAN / Curso de Psicologia

Dourados – MS

<http://lattes.cnpq.br/7014310541643997>

Rafael João Valentim Batista dos Santos

UNIGRAN / Curso de Psicologia

Dourados – MS

<http://lattes.cnpq.br/0013266134162722>

Silvia Mara Pagliuzo Muraki

UNIGRAN / Curso de Psicologia

Dourados – MS

<http://lattes.cnpq.br/2195604641981721>

RESUMO: O trabalho realizado se propõe a estudar o que a mídia brasileira relatou sobre o comportamento de Suzane von Richthofen, uma jovem que foi condenada pelo assassinato de seus pais o casal Manfred e Marísia Von Richthofen, em um julgamento que durou aproximadamente seis dias e acabou com a sua condenação no dia 22 de julho de 2006, a 39 anos de reclusão. Para se compreender o

comportamento de Suzane se utilizou o DSM-5, e o CID 10 para se identificar comportamentos apresentados pela condenada, que estão presentes em pessoas com TPAS (Transtorno de Personalidade Antissocial). Para se identificar os comportamentos apresentados por Suzane Von Richtofen que são característicos de pessoas com TPAS, foi realizada uma busca no Youtube de entrevistas concedidas pela condenada, além de uma busca no site de busca Google onde matérias de jornais e revistas virtuais que descrevem o caso, foram realizadas, bem como uma revisão da literatura nas bases de dados Scielo e Pepsi onde foram procurados artigos do ano de 2002 em diante, sendo que este foi o ano em que ocorreu o assassinato dos pais de Suzane. A dificuldade em identificar as pessoas com TPAS é um grande desafio para os psicólogos forense, porém a identificação do transtorno pode ajudar a Justiça a encaminhar os criminosos com este transtorno, para lugares apropriados dando-lhes o tratamento adequado. A busca pelos comportamentos apresentados por Suzane Von Richthofen, que se enquadram no que afirma o DSM-5 e o CID-10, como característicos de TPAS são um desafio, que mesmo 18 anos após o assassinato de seus pais continuam gerando especulações midiática pois alimentam a curiosidade da população

brasileira.

PALAVRAS CHAVE: Richthofen, Transtorno de Personalidade, TPAS, Antissocial.

ABSTRAT The research is intended to study what the Brazilian media reported about the behavior of Suzane von Richthofen, a young woman who was convicted of the murder of her parents, the couple Manfred and Marísia Von Richthofen, in a trial that lasted approximately six days and ended her conviction on July 22nd, 2006, to 39 years in prison. To understand Suzane’s behavior, the DSM-5 was used, and ICD-10 was used to identify behaviors presented by the condemned woman, which are present in people with APD or ASPD (Antisocial Personality Disorder). To identify the behaviors presented by Suzane Von Richtofen that are characteristic of people with APD, a Search on Youtube of interviews granted by the condemned, in addition to a search on the Google search site where articles of newspapers and virtual magazines describing the case, as well as a review of the literature in the databases of Scielo and Pepsii where articles from the year 2002 onwards were searched, and this was the when year suzane’s parents were murdered. The difficulty in identifying people with APD is a major challenge for forensic psychologists but identifying the disorder can help justice refer criminals with this disorder to appropriate places by giving them proper treatment. The search for the behaviors presented by Suzane Von Richthofen, which fit the what the DSM-5 and ICD-10 affirm, as characteristic of APD, it is still a challenge, which even 18 years after the murder, continues to generate media speculation, because it feeds the curiosity of the Brazilian population.

KEYWORDS: Introdução: Richthofen, Personality Disorder, ASPD, Antissocial.

Os sujeitos que apresentam Transtorno da Personalidade Antissocial (TPAS), segundo o Gabbard, (2016), são aqueles que normalmente evitam o tratamento psicológico e quando se encontram em terapia apresentam o comportamento de mentir, enganar, ameaçar, roubar ou agir de qualquer outra maneira falsa. Anteriormente estes indivíduos eram conhecidos como, “pessoas com transtorno de caráter”, “sociopatas”, ou ainda “psicopatas”.

Para Dalgalarrondo (2008), aqueles que possuem o TPAS são incapazes de construir uma interação afetiva ou amorosa verdadeira, são capazes de trapacear e prejudicar pessoas que nunca lhes fizeram mal, não possuindo consideração ou compaixão por estas. Para o autor as pessoas com TPAS, são indiferentes e insensíveis aos sentimentos dos outros, não respeitam normas, regras e nem cumprem obrigações sociais, apresentam baixa tolerância as frustrações, com isso tendem a se portar de forma agressiva e como consequência manifestam comportamento violento, podendo ser cruel e exibindo sadismo, sob este viés, não manifestam culpa, pelo contrário culpam outras pessoas.

O estudo se propõe a estudar o que a mídia brasileira relatou sobre o

comportamento de Suzane von Richthofen, que foi condenada pelo assassinato de seus pais o casal Manfred e Marisia Von Richthofen, em um julgamento que durou aproximadamente seis dias e acabou com a sua condenação no dia 22 de julho de 2006, a 39 anos de reclusão.

Além dos autores supracitados o DSM-5, e o CID 10 serão utilizados para identificar comportamentos apresentados pela condenada, que estão presentes em pessoas com TPAS.

MÉTODOS

Neste artigo, realizou-se uma revisão da literatura sobre os comportamentos apresentado pela Suzane Von Ritchthofen com maior enfoque naqueles que podem ser considerados característico de pessoas com TPAS. Foram pesquisadas, sobretudo, publicações desde a data do assassinato dos pais de Suzane nas bases Scielo e Pepsic além de buscas por matérias que foram publicadas on-line e revistas e jornais, sendo eu esta pesquisa foi realizada através do site de busca google.com.br. Ademais se pesquisou na plataforma de vídeos Youtube, entrevistas para se conhecer e caracterizar o comportamento da hoje condenada, onde foram utilizados os vídeos de maior visualização.

DISCUSSÃO

Com o intuito de facilitar a compreensão, das correlações será feita uma breve descrição do caso Suzane Von Richthofen, com as informações de Silva (2014). No dia 31 de outubro de 2002, Suzane, com dezenove anos idade, era uma universitária do curso de direito e com a ajuda de seu namorado Daniel Cravinhos, e o irmão dele Cristian Cravinhos, assassinaram seus pais, Marisia e Albert Von Richthofen. O casal foi assassinado em seu quarto enquanto dormia, com golpes de barra de ferro na cabeça deferidos pelos irmãos Cravinhos. Com o intuito de enganar a polícia eles simularam um latrocínio, em seguida Suzane e Daniel foram a um motel e se hospedaram na suíte presidencial comportamento que ressalta a falta de consciência e desprezo pela vida alheia

Para Bertoni e Lima (2016) o crime foi motivado pela não aprovação dos pais de Suzane do namoro com Daniel. Segundo a polícia o crime foi planejado por dois meses, e os policiais ficaram impressionado com a frieza dos três. Silva (2014) relata que depois de quatro anos no dia 22 de julho de 2006, Suzane e Daniel foram condenados a 39 anos de reclusão e seis meses de detenção e Christian a 38 anos de reclusão e seis meses de detenção.

As pesquisas realizadas na biblioteca eletrônica Scielo, não apresentaram

artigos sobre Suzane Von Richthofen quando o objeto de pesquisa foi nome Suzane, ou o sobrenome Richthofen, entretanto quando foi pesquisado o termo antissocial, surgiram 34 artigos, porém nenhum artigo relatou o caso estudado. Na pesquisa realizada no portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia, Pepsic, não foram encontrados resultados quando a busca foi realizada pelo nome Suzane e pelo sobrenome Richthofen, já na pesquisa sobre o termo antissocial, surgiram 14 artigos e nenhum citando Suzane Von Richthofen.

Nas pesquisas realizadas por meio do Google aparecerem muitas reportagens, onde optou-se por aquelas onde há identificação do autor da matéria. No youtube se buscou vídeos com maior número de visualizações, onde o vídeo com o título Suzane Richthofen Entrevista Completa com Gugu e Muito Mais, até às 17 horas do dia 09 de outubro de 2019, tinha 1.489.782 visualizações, no vídeo Domingo Espetacular mostra como Suzane von Richthofen foi recebida pela família do atual namorado, estava no dia 09 de outubro de 2019 às 17 horas com 1.373.544 visualizações, portanto se observa que o caso instiga a curiosidade pública. Sendo que nas entrevistas Suzane não apresenta remorsos, e se mostra tentando viver como se nada tivesse acontecido.

Segundo o DSM 5, TPAS “é um padrão de desrespeito e violação dos direitos dos outros” o que vem a ser o TPAS o CID 10 menciona as principais características do transtorno antissocial, onde se afirma que: “prevalece a indiferença pelos sentimentos alheios, podendo adotar comportamento cruel; desprezo por normas e obrigações; baixa tolerância a frustração e baixo limiar para descarga de atos violentos”.

Neste caso Suzane Von Richthofen apresentou, algumas destas características, ao não aceitar a proibição do namoro demonstrou baixa tolerância a frustração, ademais ao planejar o assassinato dos pais mostrou falta de vínculo afetivo, comportamento cruel, desprezo por normas, obrigações e baixo limiar para descarregar atos violentos. Sob este viés Barreiros (2019) afirma que durante o crime Suzane permaneceu na biblioteca e relata que “a jovem se mostrou fria e calculista ao logo desse período”.

O DSM-5 ainda traz alguns critérios para o transtorno de personalidade antissocial, portanto Suzane apresentou alguns comportamentos característicos, onde se observa o fracasso em se ajustar às normas sociais, que constituem em motivos de detenção, além de tendência à falsidade, pois a mesma mentiu várias vezes nos depoimentos, onde Barreiros (2019) ainda afirma que “A história é repleta de fingimentos, mentiras e versões distintas”. Outro fator foi o descaso pela sua segurança e pela segurança dos pais, pois ao cometer o crime arriscou a própria liberdade. A ausência de remorso ficou evidente no relato de Silva (2014), quando após o enterro a polícia foi até a casa de Suzane para uma vistoria e encontrou ela,

Daniel e amigos ouvido música e cantando alegremente a beira da piscina, outro relato que corrobora para ausência de remorsos foi proferido pelo delegado Daniel Cohen, “Não a vi derramar uma lágrima desde o primeiro dia”.

Morana (2006) ainda relata que as pessoas com TPAS podem adotar um comportamento criminal, não tendo empatia, portanto entendem os fatos, todavia não se importam; exibindo insensibilidade aos sentimentos alheios.

Segundo Barbosa (2019), em uma entrevista o jornalista Valmir Salaro afirmou que Suzane Von Ruchthofen, seduziu um médico e um promotor de justiça, onde se tem o seguinte relato “O promotor de justiça se apaixonou pela Suzane, no interior de São Paulo, e chegava a pedir para a diretora da cadeia tirar a Suzane da cela e levar para o gabinete que ele montou no Ministério Público como se fosse boate, com som, luz, lanche para ela”. Já o médico foi acusado por carcereiros e funcionários, de proteger Suzane. “Ele levava pastel para ela, levava ela na clínica dentro do presídio”, exemplificou. Estes fatos demonstram a grande habilidade de articulação de Suzane Von Ruchthofen.

CONCLUSÃO

Conforme análise dos artigos estudados os autores afirmaram que a Suzane apresentou TPAS quando apresentou desrespeito e violação dos direitos dos outros, que são comportamentos ressaltados como característicos do CID 10.

Embora a Suzane Von Ruchthofen, tenha apresentado vários comportamentos que se enquadram no que afirma o DSM-5 e o CID-10, como característicos de TPAS, não se pode confirmar apenas com matérias que Suzane Von Ruchthofen tenha o transtorno, todavia se faz necessária uma investigação profunda para que ela possa ser acompanhada e quando em liberdade não volte a cometer novos delitos.

REFERÊNCIAS

American Psychiatry Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5**. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

BARBOSA L. **Repórter revela que Suzane Von Ruchthofen seduziu promotor e médico na prisão, 12 de jul de 2019** disponível em: <https://www.jornalopcao.com.br/ultimas-noticias/reporter-revela-que-suzane-von-richthofen-seduziu-promotor-e-medico-na-prisao-196019/> acesso em: 07 de out de 2019

BARREIROS, I. **Caso Suzane Von Ruchthofen: o frio e calculista plano para assassinar os próprios pais**. 22 de set, 2019. Disponível em: <https://aventurasnahistoria.uol.com.br/noticias/reportagem/quem-e-suzane-von-richthofen-a-menina-que-matou-os-pais.phtml>. Acesso em: 08 de out. 2019.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artemed, 2008.

GABARD, G. O., **Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica**. Porto Alegre: Artemed, 2016.

LIMA, C.; BERTONI, F. **Caso Richthofen**. 12 de abr, 2016. Disponível em: <https://canalcienciascriminais.jusbrasil.com.br/artigos/323442322/caso-richthofen>. Acesso em: 08 de out. 2019.

MORANA, H C P; STONE, M.I H; ABDALLA-FILHO, E. Transtornos de personalidade, psicopatia e serial killers. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 28, supl. 2, p. s74-s79, out. 2006 . Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000600005&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 08 out. 2019.

Organização Mundial de Saúde. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artmed, 1993.

SILVA, A. B. B. **Mentes perigosas: o psicopata mora ao lado**. 2ª. Ed. São Paulo: Globo, 2014.

VIOLÊNCIA DE ESTADO NO BRASIL: UMA ANÁLISE PSICOSSOCIAL DAS NARRATIVAS E MEMÓRIAS COLETIVAS DOS CRIMES DE MAIO DE 2006

Data de aceite: 05/06/2020

Data de submissão: 06/03/2020

Ana Paula Stein de Oliveira

Universidade Metropolitana de Santos – UNIMES

Santos - São Paulo

<http://lattes.cnpq.br/0705111303243167>

Naiara Roberta Vicente de Matos

Doutoranda pelo Departamento de Psicologia Social – PUC/SP

São Paulo - São Paulo

<http://lattes.cnpq.br/5798802064395121>

RESUMO: O presente projeto procura entender a construção da dimensão ético-política da Memória Coletiva da Violência de Estado ocorridas no Brasil e das Narrativas de História de Vida do movimento Mães de Maio de 2006, a partir das categorias de análises da psicologia sócio-histórica. Precisamos entender como foram sendo constituídas as subjetividades dos sujeitos expostos a uma condição de “redemocratização ideologizada” (pois no Brasil as providências estatais - tais como a anistia e a justiça de transição - não suscitaram êxito). Busca-se investigar como a estrutura ético-política da ação da memória social a respeito das ações de Violência de Estado, implicam

na subjetividade das narrativas e das histórias de vida (retiradas do último livro publicado pelas mães) no presente. O que a maioria da sociedade compreende sobre Violência de Estado vem acompanhada da visão distorcida de “redemocratização ideologizada” e sabemos que sem atuação de Justiça de transição, a visão sobre a memória social do país torna-se distorcida. É preciso entender, onde o “esquecimento forçado” (silenciado) dessa história, cruza a esquina da resistência ou da luta pelo direito à memória, a verdade e a justiça? Esquecimento e memória estão imbricados. Toda memória revela o que não pode ser esquecido e esquece ou sufoca o que não pode ser revelado, daí não há dúvida de que toda memória é política e seletiva e de que esta seleção está relacionada ao uso político que fazemos dela. Esta investigação pretende analisar como a incorporação da dimensão subjetiva da memória da Violência de Estado implica/implicou em ações de luta por justiça social e/ou ações políticas das Mães de Maio de 2006, até mesmo para nos debruçarmos sobre alguns porquês da banalização e da disputa da atual memória social e política do Brasil.

PALAVRAS CHAVE: Violência de Estado, Memória Coletiva, Crimes de Maio, Subjetividade Revolucionária, Justiça de Transição.

STATE VIOLENCE IN BRAZIL: A PSYCHOSOCIAL ANALYSIS OF THE COLLECTIVE NARRATIVES AND MEMORIES ON THE CRIMES OF MAY 2006

ABSTRACT: This project seeks to understand the construction of the ethical-political dimension of the Collective Memory of State Violence that occurred in Brazil and of the Life History Narratives of the Mothers of May 2006 movement, based on the categories of analysis of socio-historical psychology. We need to understand how the subjectivities of subjects exposed to a condition of “ideologized redemocratization” were constituted (since in Brazil, state measures - such as amnesty and transitional justice - have not provoked success). We seek to investigate how the ethical-political structure of social memory action regarding State Violence actions, imply the subjectivity of narratives and life stories (taken from the last book published by the mothers) in the present. What the majority of society understands about State Violence is accompanied by the distorted view of “ideologized redemocratization” and we know that without transitional justice, the view on the country’s social memory becomes distorted. Is it necessary to understand, where the “forced forgetting” (silenced) of this story, crosses the corner of resistance or the struggle for the right to memory, truth and justice? Forgetfulness and memory are interwoven. Every memory reveals what cannot be forgotten and forgets or stifles what cannot be revealed, so there is no doubt that all memory is political and selective and that this selection is related to the political use we make of it. This investigation intends to analyze how the incorporation of the subjective dimension of the memory of State Violence implies/implied in actions in the fight for social justice and/or political actions of the Mothers of May 2006, even to address some of the reasons for trivialization and dispute of the current social and political memory of Brazil.

KEYWORDS: State Violence, Collective Memory, Crimes os May, Revolutionary Subjectivity, Transitional Justice.

1 | INTRODUÇÃO

Refletir sobre a violência de Estado requer, necessariamente, realizar uma espécie de genealogia econômica, política e sociocultural, para assim investigar como foi produzida uma determinada perspectiva sobre os chamados direitos humanos – perspectiva esta que, por sua vez, se liga diretamente a uma noção específica de Estado: o Estado de bem-estar social.

Segundo definição da Organização Mundial da Saúde, a violência é o uso intencional da força física ou poder, de forma real ou sob a forma de ameaça, contra uma pessoa, um grupo ou comunidade, que resulta ou tem grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, baixo desenvolvimento ou privação (KRUG, 2006).

Essa perspectiva do Estado como protetor de direitos nasce, historicamente, no

contexto europeu em que a aceleração do capitalismo produz um grande acirramento das desigualdades sociais. Se por um lado temos uma classe social que ascende e se beneficia com os processos de industrialização e urbanização, por outro vemos crescer grupos sociais excluídos do discurso e da garantia de cidadania – garantia esta, justamente, muitas vezes glorificada na transição do modo de produção feudal para o capitalista (Lima & Silveira, 2016).

A violência aparece como matriz do pensamento autoritário brasileiro e a presença dessa forte opressão, traduziu-se em uma dimensão subjetiva de nossa realidade com a constituição de sujeitos históricos marcados por processos de subordinação, cultura de terror, de medo, em um tecido social composto pelo genocídio dos povos originários, pela herança escravocrata, pelos arbítrios da ditadura varguista e por um passado autoritário civil-militar, passado este, ainda recalcado pelas dores do corpo social.

Entendemos que é necessário problematizar não só o passado ditatorial, mas principalmente as sequelas, os entulhos e as reminiscências autoritárias que ainda seguem afetando a nossa sociedade.

Em síntese, Enrique Padrós (2005) nos diz que o terrorismo de estado consiste na violência estatal, que viola o direito e extrapola a legalidade constitucional. Além das vias repressivas diretas, marcadas pela violação física, outros mecanismos foram utilizados, como o aparelho propagandístico, o aparato jurídico-legal, o aporte administrativo-estatal e a estrutura psicológica, todos esses foram utilizados para dar suporte a atividades clandestinas ou não, que visavam conseguir o controle daqueles que o questionaram.

Para isso, utilizando-se do “medo como uma das estratégias de dominação política” (Bauer, 2006, p. 122), o terrorismo estatal se estendeu e atingiu toda a sociedade brasileira (Padrós, 2005, p. 122-123).

Ao recordarmos a ditadura civil-militar brasileira, é fundamental destacarmos o apoio dos setores civis e de entidades empresariais, estes setores tornaram o terrorismo de Estado, um amplo modo repressivo, similar a um sistema estatal, que não se resumiu a conter corpos, repreender fisicamente seus inimigos, o que já é algo horrível e devastador.

As torturas, as perseguições deixam amplas marcas nos corpos dos que foram violados e também pelos traumas psíquicos causados aos seus familiares, e foram além, marcaram integralmente todo o tecido social.

O medo da clandestinidade e da violência estatal funcionou como um amortecedor da resistência e auxiliou a neutralizar algumas respostas da sociedade civil.

Tais posturas colaboraram para que o efeito psicológico da violência do Estado se tornasse onipresente e anônimo, preservando o governo das denúncias sobre as

violações de direitos humanos que lhe eram atribuídas, que somente na segunda metade da década de 1970 tornaram-se públicas, e algumas verdades, sendo reveladas ainda nos dias de hoje.

A tortura foi um método de aniquilação individual que gerou uma pedagogia baseada no medo e no terror. O ato de torturar nada mais é do que um exercício de poder. Poder que reflete em toda sociedade em forma de medo, silêncio e indiferença em relação ao outro torturado.

A violência da ditadura, portanto, não se restringiu às ações repressivas mais brutais, mas também semeou autoritarismo nas relações pessoais e grupais. A violência, “à diferença do poder, é muda; a violência começa onde termina a fala” (ARENDR, 2008c, p.331).

Para Hannah Arendt (2009), a força depende de formas de implementação, e as formas de implementação da força, como todos os demais instrumentos, aumentam e multiplicam a força.

Dessa forma, vemos que a tortura é uma prática social que “é encenada a três: o poder que tortura, o torturado e a sociedade” (Kehl, 2004, p. 59). No imaginário social é fácil relacionar os dois primeiros elementos com o ato da tortura, pois estão imbricados diretamente, já que vivenciam em loco o ato.

Entretanto, a sociedade assumiu um papel – de telespectadora dessas atrocidades, não demonstrando algum tipo de afetação com os sujeitos aniquilados e, muitas vezes, legitimando o governo ilegítimo e dizendo que tal fato ocorrera pois havia um motivo. Em vista do exposto, o corpo torturado sofre marcas atrozes, inscritas pela violência, pelo medo e pelos traumas da tortura.

Conforme Kehl (2004, p. 11), essa vivência tem a capacidade de separar o corpo e o sujeito (sujeito de vontade e ação), já que a relação entre torturador e torturado é permeada pela linguagem, indissociável do corpo, e que mantém a relação do sujeito com o mundo das representações, logo, o sujeito é aniquilado integralmente perante ao laço social, ou seja, a violência estatal deixa uma escritura no sujeito.

A questão que move esta pesquisa é indagar sobre características e a paisagem dos traços psicossociais nas narrativas dos familiares ligados ao período que seus filhos sofreram Violência de Estado (morte ou desaparecimento), para compreender suas repercussões psicológicas e se houveram transformações de suas necessidades em demandas (justiça social) ou direito garantido, portanto, categorizar toda a análise dentro da perspectiva crítica da psicologia sócio-histórica.

Passadas quase três décadas do fim da ditadura civil-militar, o Estado brasileiro pouco estabeleceu ações e parcerias com sociedades civis (sem a elaboração de políticas públicas vinculadas à este público, tanto dos que sofreram violência do passado quanto dos que sofrem no presente), quando deveria ter fornecido a

reparação psíquica (conforme o Relatório Preliminar da Comissão da Verdade), a implementação de dispositivos de apoio e a real atenção aos indivíduos e familiares, os quais foram/são afetados pelos efeitos da violência estatal.

Segundo definição da Organização Mundial da Saúde, a violência é o uso intencional da força física ou poder, de forma real ou sob a forma de ameaça, contra uma pessoa, um grupo ou comunidade, que resulta ou tem grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, baixo desenvolvimento ou privação (o conjunto dos efeitos diretos da violência, o número de homicídios é considerado indicador universal e utilizado como parâmetro de mensuração e de comparação entre regiões ou países, sendo atualmente o principal responsável pelos levados índices de mortalidade relacionados à violência na população mundial (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME [UNODC], 2011).

A morte violenta de jovens, sobretudo nos grandes centros urbanos, é um problema que vem desde a década de 1980 suscitando preocupações no cenário nacional, especialmente no que concerne aos homicídios. Dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2019) mostram um crescimento acentuado desse fenômeno que passa a ocupar o primeiro lugar entre as causas de mortes na faixa etária de 15 a 24 anos.

O Mapa da Violência (Waiselfisz, 2011) indica que, de 1998 a 2008, a vitimização de jovens por homicídios mais que duplicou quando comparada à vitimização de não jovens. Em 2008, a taxa de mortalidade foi de 53/100 mil habitantes para os jovens e 20,5 para não jovens.

Os trabalhos sobre a violência de Estado, especialmente sobre a tortura, violência policial, violência política, frequentam pouco o campo de produção no âmbito da saúde mental, embora sejam numerosos no âmbito dos Direitos Humanos, Política e História. Um novo âmbito de estudos vem se constituindo, que associa violência e saúde pública, com diversos trabalhos que abordam a saúde mental, cabendo destaque no cenário brasileiro, para o Centro latino-americano de Estudos sobre Violência, da FIOCRUZ.

Nasce aqui um emaranhado entre Estado, direitos humanos e desigualdades sociais, em que as políticas sociais são engendradas pelo Estado para combater as desigualdades sociais produzidas por essa mesma instituição.

2 | OBJETIVO GERAL

Esse projeto possui como objetivo principal colocar em debate os percursos dos fenômenos sociais gerados pela Violência de Estado no Brasil a partir de uma análise psicossocial das narrativas das Mães de Maio (Crimes de Maio de 2006) na

Baixada Santista, tendo como referência os conceitos de sofrimento ético-político, memória coletiva e justiça de transição.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Rascunhar um traço sobre a herança autoritária aos dias de hoje, que permanecem em nossa sociedade e representam muitos silêncios que não foram (re)significados.
- Construir um conjunto de documentos e dados científicos que possam ser utilizados para análise e discussão do papel do Estado e das forças de segurança pública em relação à população civil, e, particularmente, às populações socialmente vulneráveis.

3 | MÉTODO

A escolha do método será pelo materialismo histórico-dialético enquanto enfoque metodológico, pois o mesmo busca entender o modo humano de produção social da existência vinculando-se, portanto, a uma concepção de realidade, de mundo e de vida. Parte do pressuposto que o universo e tudo o que nele há tem existência material, concreta, e pode ser racionalmente conhecido. E esse conhecimento que é produzido pelo sujeito, reproduz o real em suas múltiplas determinações com o objetivo de superar a aparência mediata das coisas e atingir a sua essência.

De forma resumida, serão estabelecidos os seguintes procedimentos metodológicos:

- Análise de 5 histórias de Vida (narrativas), retiradas do livro publicado pelas Mães de Maio);
- Análise e discussão da literatura nacional sobre justiça de transição e direitos humanos;

Com isso, contribuir, de forma mais ampla, com a construção teórico-metodológica da Psicologia sócio-histórica, apresentar a perspectiva de método e de procedimentos metodológicos utilizados nas pesquisas sobre o desaparecimento de pessoas no período da democracia (Crimes de Maio de 2006); apresentar uma análise crítica com pesquisa metodológica “Narrativas de Histórias de Vida”.

Conhecer sua história e ter consciência dela pode ser um caminho para o desenvolvimento pessoal. A metodologia de História de vida é uma abordagem que utiliza a narrativa das vivências do sujeito para levá-lo a um processo de transformação.

Segundo Josso (2004, p.9) o sujeito pode “transformar a vida sócio-

culturalmente programada numa obra inédita a construir”. Esta transformação acontece, quando o sujeito toma consciência de si mesmo, encarando sua trajetória de vida, os investimentos, os objetivos, as experiências formadoras, os grupos de convívio, os valores, os comportamentos, as atitudes, as formas de redescoberta do sujeito em suas singularidades, o voltar-se para si mesmo, “o caminhar para si”, também implica em caminhar com o outro, que nos desafia a refletir sobre nossa própria existência no mundo.

Os métodos que tomam a narração dos sujeitos são considerados inovadores nas Ciências Humanas, pois consideram como um de seus instrumentos de pesquisa a subjetividade individual, oferecendo a oportunidade de dar voz aos sujeitos que pouco eram ouvidos ou tinham um pequeno espaço para expor-se.

A metodologia de História de Vida não é uma biografia, ou um “romance sobre a vida de alguém”, é uma metodologia que utiliza uma variedade de fontes e procedimentos de coleta de dados: documentos pessoais (autobiografias, diários, cartas, fotografias e objetos pessoais), e também entrevistas biográficas (neste caso escritas). A narração leva o sujeito a uma tomada de consciência, pois surge do conhecimento de si e de suas diferentes dimensões (pessoais, sociais e políticas) levando o mesmo a tomada de posições. (SOARES; SOBRINHO, 2012).

Em relação à abordagem (auto) biográfica, Josso (2004) afirma que é uma investigação científica, porque se relaciona à produção de conhecimentos experienciais dos sujeitos adultos em formação, segundo a autora, as histórias centradas na formação evidenciam, através da escrita narrativa, questionamentos das heranças, da continuidade e da ruptura, dos projetos de vida, dos múltiplos recursos ligados às aquisições de experiência e outros aspectos. Esse trabalho de reflexão da narrativa sobre a transformação de si (pensando, sofrendo, sensibilizando-se, imaginando, emocionando-se, apreciando, lutando) permite estabelecer a medida das mutações sociais e culturais nas vidas singulares e relacioná-las com a evolução dos contextos de vida individual e social. (JOSSO, 2004, 2010).

Segundo Souza (2006) a escrita narrativa estimula o sujeito a tomar decisões de forma consciente, por emergir do conhecimento e das dimensões intuitivas, pessoais, sociais e políticas impostas pelo mergulho interior, remetendo a constantes desafios em relação às suas experiências e às posições tomadas. Diversos questionamentos surgem na tensão dialética entre o pensamento, a memória e a escrita e se relacionam à arte de evocar, ao sentido estabelecido e à investigação sobre si mesmo, construídos pelo sujeito, como um investimento sobre a sua história, para ampliar o seu processo de conhecimento e de formação a partir das experiências.

Os autores acima citados enfatizam nos campos das ciências humanas as pesquisas com o método das Histórias de Vidas com (auto) biografias, mostrando

os aspectos metodológicos e teóricos.

Essa escolha teórica justifica-se, na medida em que o referido método nos permite abordar o fenômeno estudado por diversos aspectos, buscando compreender e estudar as suas relações e conexões, mantendo a complexidade do objeto pesquisado (Gil, 1987, p. 32), ou seja, nos permite compreender e analisar como as permanências autoritárias ainda afetam a nossa sociedade e como se perpetuam as ações das públicas que são (ou não) oferecidas às famílias de pessoas que foram assassinadas/desaparecidas. Para desenvolver a pesquisa serão adotados os procedimentos técnicos de nível exploratório, realizando a pesquisa de cunho bibliográfico e documental: análise dos relatos/narrativas do livro publicado pelas Mães de Maio (intitulado: *Mães de Maio – Memorial dos nossos filhos vivos – as vítimas invisíveis da democracia*).

4 | REFERENCIAL TEÓRICO

O lugar intersticial que a psicologia social ocupa no mapa das disciplinas científico-sociais faz dela um referencial teórico adequado para a compreensão dos processos de estudos sobre Memória Social. Embora seus debates sempre tenham sido marcados pela tensão entre o individual e o coletivo, hoje podemos afirmar que, sem desconsiderar o impacto que o contexto social tem sobre o comportamento humano ou a necessidade de reconhecer o papel da ação individual e coletiva na constituição dos processos sociais, a psicologia social proporciona um olhar próprio, uma visão que considera simultaneamente os processos sociais constituintes da subjetividade, as ações que constroem o sujeito social e a construção da realidade social, com especial interesse na dimensão subjetiva dos fenômenos sociais.

Os Crimes de Maio de 2006 foram alvo de diversas pesquisas, tendo sido já apontados resultados que indicam os agentes do Estado como os maiores perpetradores das ações que levaram à morte centenas de pessoas. Os dados, contudo, são ainda insuficientes, e uma análise psicossocial destes pode ajudar a elucidar as circunstâncias dos crimes e trazer à tona a questão da responsabilização do Estado na investigação dos delitos e na condenação de seus executores. Conforme relatos, os familiares das vítimas tiveram muitas vezes de atuar como investigadores para obter provas dos dados que eles já conheciam e defendiam, a fim de que suas reivindicações fossem escutadas.

De antemão, a partir dos dados de pesquisas anteriores, sabe-se sobre os Crimes de maio de 2006 que houve duas categorias de vítimas fatais: agentes do Estado e civis. Nesse sentido, chama a atenção o fato de os crimes contra os civis não terem sido investigados conforme estabelecem os trâmites jurídicos, cabendo aos familiares, muitas vezes, a apuração dos casos.

Enquanto nos casos relacionados aos agentes do Estado, vítimas também desse conflito, ocorreu investigação mais apurada, inclusive com a condenação dos culpados. Notamos, portanto, o Estado atuando, a partir de seus agentes, de maneira diferenciada no tratamento de civis, e, no presente caso, de uma população com situação financeira e social desfavorável.

Entre os dias 12 e 20 de maio de 2006 foram assassinadas, no estado de São Paulo, centenas de pessoas num processo que ficou conhecido como Crimes de Maio. No início do mês de maio desse ano, o governo do estado de São Paulo determinou a transferência de 765 presos para o presídio de segurança máxima de Presidente Venceslau, localizado a 620 km da cidade de São Paulo.

O objetivo da medida era isolar os líderes da facção criminosa conhecida como Primeiro Comando da Capital (PCC). No mesmo período foram levadas para o Departamento de Investigação sobre o Crime Organizado oito das principais lideranças do PCC e, no dia 13 de maio, trasladadas para cumprir pena sob o Regime Disciplinar Diferenciado (RDD)¹ na penitenciária de Presidente Bernardes. No dia anterior, 12 de maio, começou uma série de ataques – de acordo com a Secretaria de Segurança Pública do estado de São Paulo, promovidos pelo PCC como retaliação ao processo de traslado e tentativa de controle das ações da organização criminosa (Defensoria Pública do Estado de São Paulo, 2015). Como afirma Nagashi Furukawa, secretário de Gestão Penitenciária, durante o período dos Crimes de Maio:

Acredito que a origem da megarrebelião de 18 de fevereiro de 2001, como também dessa grande crise de maio de 2006, está ligada ao PCC. Não há dúvida alguma com relação a isso. Em 2001, a rebelião aconteceu logo depois da transferência dos líderes dessa organização criminosa para presídios mais rigorosos; em 2006 foi a mesma coisa. É claro que por trás disso existem problemas com os servidores públicos coniventes, que procuraram dar regalias para determinadas lideranças em troca de uma paz aparente. Eles foram sendo afastados pouco a pouco. Isso pode ter tido alguma influência, mas o ponto que determinou mesmo essas duas crises foi a movimentação da liderança do PCC (Miraglia e Salla, 2008).

No entanto, para entender a dinâmica da violência do período e o próprio discurso oficial sobre os ataques do PCC, é necessário também analisar a situação do sistema prisional e o papel dessa organização no interior do sistema.

O sistema prisional de São Paulo tem se caracterizado, por um lado, pela violência extrema, pela morte e pela violação sistemática dos direitos mínimos dos presos e, por outro, pelo arbítrio e descaso dos agentes do sistema na proteção e na distribuição do sistema de penalidades. As características do sistema, o aumento exponencial da população carcerária a partir de 1990 e a corrupção endêmica são elementos centrais para entender a origem e expansão do PCC nas prisões paulistas (Dias, 2011).

¹ O Regime Disciplina Diferenciado (RDD) é um mecanismo de cumprimento de sentença mais severo; entre as medidas, estão confinamento em cela individual e banho de sol de apenas uma hora por dia (Dias, 2011).

Como sustenta Dias, o ponto de inflexão desse processo de expansão e consolidação situa-se no ano de 2001, quando o PCC realizou uma demonstração pública de força ao promover a maior rebelião do país, que afetou 29 prisões no estado de São Paulo. Um novo momento dessa manifestação de força aconteceu em 2006, durante o mês de maio, quando o PCC organizou rebeliões e motins em pelo menos setenta prisões do estado e promoveu diversos ataques contra policiais e agentes da segurança pública, como analisaremos a seguir (Dias, 2011).

Assim, nota-se que a relação entre o PCC e a estrutura de segurança pública do estado de São Paulo é complexa e contraditória, porém de fundamental importância para entender a dinâmica e analisar o discurso oficial dos Crimes de Maio de 2006.

Mas o que a Memória Coletiva interessa para a Psicologia Social? A memória, embora seja comumente descrita como mecanismo de “registro” e “depósito” de informação, conhecimento e experiência, eis o que postula Elisabeth Jelin (2002): refere-se a lembranças e esquecimentos, narrativas e atos, silêncios e gestos. Ainda envolve um jogo de saberes e emoções; fraturas e vazios.

Maurice Halbwachs (1950/2004) – para quem as lembranças procedem da reconstrução do vivido – sublinha o caráter coletivo da memória. Sempre construída nos espaços de interação intragrupal e nas relações de pertencimento, a memória não deve ser compreendida como estrita e exclusivamente individual: as lembranças dependem do contexto social e resultam de um “processo de negociação” (Halbwachs, 1950/2004).

A rememoração pessoal, ainda que seja uma atividade singular, é determinada pelas contingências histórico-culturais. Segundo Félix Vázquez (2001), a memória corresponde a uma construção social, um produto cultural e uma ação política, simbolicamente constituída, estruturada a partir da linguagem e carregada de significados compartilhados. A recordação está, pois, enraizada em alicerces externos e se dá associada aos sistemas de ideias, valores, imagens, símbolos, afetos e pensamentos coletivos.

Como postula Paul Ricoeur (1913/2007), o ser humano é dotado de potencialidades mnemônicas, que lhe possibilitam “fazer memória”. A palavra – matéria-prima basilar da realização humana – garante que se construa, de forma artesanal, uma interpretação e se outorgue um sentido ao passado: estamos, nos termos de Jelin (2002), diante de uma “memória narrativa”, a saber, que comunica o vivido.

A elaboração de memórias pode ser uma forma de resistência à imposição do esquecimento como dispositivo institucional que apaga a experiência (Gagnebin, 2010). Embora a memória não seja plenamente confiável nem permanentemente autêntica e, em alguns casos, se apresente como uma disfunção das atividades mnésicas, uma espécie de “dano, fraqueza, lacuna”, o esquecimento pode ser

resultado de um mecanismo de coerção, que estabelece uma única forma de lembrar, inibindo outras possibilidades de recordação (Ricoeur, 1913/2007, p. 424).

A condição para que a lembrança seja reconhecida como tal é sua articulação com o passado e sua atualização e reconstrução no tempo presente (Ricoeur, 1913/2007). Segundo Nora (1984/1993, p. 9), a memória “é um fenômeno sempre atual, um elo vivido no eterno presente”. Jelin (2002), por sua vez, assinala que o passado rememorado se dá no aqui e agora, em função de um futuro que se anuncia.

Assim, podemos compreender o ato de recordar não somente como evocação e reconhecimento da lembrança, mas como um processo de ressignificação do passado que se configura a partir do momento atual e, ainda, do porvir. Eis, pois, o caráter aberto e provisório da memória.

REFERÊNCIAS

ABNT NBR 6024. **Informação e documentação: numeração progressiva das seções de um documento – apresentação**. São Paulo: Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2012.

ARENDRT, H. **Compreensão e Política (as dificuldades da compreensão)**. In: _____. Compreensão: formação, exílio, totalitarismo. Trad. Denise Bottman. São Paulo: Companhia das Letras, 2008a.

ARENDRT, H. **Humanidade e Terror**. In: _____. Compreensão: formação, exílio, totalitarismo. Trad. Denise Bottman. São Paulo: Companhia das Letras, 2008b.

ARENDRT, H. **Sobre a Violência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009a.

BAUER, C. S. **Avenida João Pessoa, 2050 - 3o. andar: terrorismo de Estado e ação de polícia política do Departamento de Ordem Política e Social do Rio Grande do Sul (1964-1982)** (Dissertação de mestrado). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2006.

BOSI, Ecléa. (1979/2004). **Memória e Sociedade: lembranças de Velhos**. São Paulo: T. A. Queiroz.
BOSI, Ecléa. (2003). **O tempo vivo da memória: ensaios em psicologia social**. São Paulo: Ateliê Editorial. Chauí, Marilena de S. (2005/2007). **Cultura e Democracia: o discurso competente e outras falas**. São Paulo: Editora Cortez.

BRASIL. Lei Nº 9.140, de 4 de dezembro de 1995. **Reconhece como mortas pessoas desaparecidas em razão de participação, ou acusação de participação, em atividades políticas, no período de 2 de setembro de 1961 a 15 de agosto de 1979, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, 1995.

BRASIL. Lei Nº 12.528, de 18 de novembro de 2011. **Cria a Comissão Nacional da Verdade no âmbito da Casa Civil da Presidência da República**. Diário Oficial da União, 2011.

CONTE, B. S. **Testemunho: reparação do trauma é possível?** In *Clínicas do testemunho: reparação psíquica e construção de memórias* (pp. 83-92). Porto Alegre, RS: Criação Humana, 2014.

DIAS, Camila Caldeira Nunes. **Da guerra à gestão: trajetória do Primeiro Comando da Capital**

(PCC) nas prisões de São Paulo. Revista Percurso, Curitiba, 10(2), jul.-dez. 2009.

_____. **Estado e PCC em meio às tramas do poder arbitrário nas prisões.** Revista Tempo Social, revista de sociologia da USP, São Paulo, v. 23, n. 2, 2011.

GAGNEBIN, Jeanne M. (2010). **O preço de uma reconciliação extorquida.** In: Edson Teles, & Vladimir Safatle (Orgs.), O que resta da ditadura? A exceção brasileira (pp. 177-186). São Paulo: Boitempo Editorial.

GAGNEBIN, Jeanne M. (2006/2009). **Memória, história, testemunho.** In: Jeanne M.

JELIN, E. (2002). **Las conmemoraciones: las disputas en las fechas infelices.** Madrid, España: Siglo XXI.

JELIN, E. & Langland, V. (2003). **Monumentos, memoriales y marcas territoriales.** Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.

HALBWACHS, M. (1925). **Les cadres sociaux de la mémoire [Los marcos sociales de la memoria].** Paris, Francia: Albin Michel.

HALBWACHS, M. (1950). **La mémoire collective [La memoria colectiva].** Paris, Francia: Presses Universitaires de France.

JOSSO, M.C. **Caminhar para si.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.

_____. **Experiências de vida e formação.** São Paulo: Cortez, 2004.

KEHL, M. R. **Três perguntas sobre o corpo torturado.** In I. Keil, & M. Tiburi (Org.), O corpo torturado (pp. 9-21). Porto Alegre, RS: Escritos, 2004.

KEHL, M. R. **Tortura e sintoma social.** In E. Teles, & V. Safatle (Orgs.), O que resta da ditadura (pp. 123-132). São Paulo, SP: Boitempo, 2010.

LIMA, Cezar Bueno; Silveira, Jucimeri Isolda. **Direitos Humanos e Política Social: instrumentos sociojurídicos não punitivos e mecanismos democráticos,** Revista de Filosofia Aurora, v. 28, n. 43, p. 147-66, 2016.

OCARIZ, M. C., RUDGE, A. M., SCIULLI, M. C. G., PEREIRA, M. L. I. E., & NAVARRO, N. C. **O trauma, a palavra e a memória na Clínica do Testemunho Instituto Sedes Sapientiae.** Percurso, 52. Recuperado de http://revistapercurso.uol.com.br/index.php?apg=artigo_view&ida=1099&ori=edicao&id_edicao=52, 2014.

PADRÓS, E. **Como el Uruguay no hay... terror de Estado e segurança nacional Uruguai (1968-1985: do Pachecato à ditadura civil-militar).** Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2005.

PINHEIRO, Paulo Sérgio. **O passado não está morto: nem passado é ainda.** In: Pinheiro, Paulo Sérgio et al. (Coords.). Continuidade autoritária e construção da democracia. Projeto integrado (Fapesp/cnpq/FFord). Relatório final, 4 v., 1999a. Disponível em: www.nevusp.org

_____. **Violência urbana e crime no Brasil: o caso de São Paulo.** In: Pinheiro, Paulo Sérgio et al. (Coords.). Continuidade autoritária e construção da democracia. Projeto integrado (Fapesp/cnpq/FFord). Relatório final, 4 v., 1999b. Disponível em: www.nevusp.org.

Piper I., Escobar, M., Fernández, R. & Raposo, P. (2006). **Memoria colectiva e identidades sociales: cuerpos, estéticas y espacios** (Programa de Investigación 1104). Santiago, Chile: Universidad

ARCIS.

RICŒUR, P. (1984/1987). **Tiempo y narración II. Configuración del tiempo en el relato de ficción** [A. Neira, Trad.; Título original: Temps et récit II. La configuration dans le récit de fiction]. Madrid, España: Cristiandad.

RICŒUR, P. (2001). **De la fenomenología al conocimiento práctico: paisaje intelectual de mi vida**. Archipiélago: Cuadernos de Crítica de la Cultura, 47, 31-40.

SAWAIA, B.B. e SILVA, D.H. **A subjetividade revolucionária: questões psicossociais em contexto de desigualdade social**. Psicologia sócio-histórica e desigualdade social: do pensamento à práxis. [Ebook]/ organizadores, Gisele Toassa, Tatiana Machiavelli Carmo Souza, Divino de Jesus da Silva Rodrigues. - Goiânia: Editora da Imprensa Universitária, 2019.

SOARES, A.M.F.; SOBRINHO, J.A.C.M. **Autobiografia e formação docente: caminhos e perspectivas para prática reflexiva**. Disponível em . Acesso em: 10/03/2013.

SOUZA, Jessé. **A elite do atraso: da escravidão à Lava Jato** / Jessé Souza. - Rio de Janeiro: Leya, 2017.

VÁZQUEZ, F. (2001). **La memoria como acción social: relaciones, significados e imaginario**. Barcelona, España: Paidós.

VÁZQUEZ, f. & muñoz, J. (2003). **La memoria social como construcción colectiva: compartiendo y engendrando significados y acciones**. En F.

VÁZQUEZ (Ed.), **Psicología del comportamiento colectivo** (pp. 189-258). Barcelona, España: Editorial de la Universitat Oberta de Catalunya.

AValiação DA QUALIDADE DE VIDA E MANIFESTAÇÕES PSICOSSOMÁTICA DO ESTRESSE EM TRABALHADORES DA SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 05/06/2020

Data de submissão: 07/03/2020

Gabrielly Gomes dos Santos

Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia
– Goiás.

<http://lattes.cnpq.br/5361519052778636>

Karine Rebelatto Muniz

Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia
– Goiás.

<http://lattes.cnpq.br/0864403205620026>

Hygor Lobo Neto Camargo Lopes

Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia
– Goiás.

<http://lattes.cnpq.br/7986996913249332>

Iracema Gonzaga Moura de Carvalho

Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia
– Goiás.

<http://lattes.cnpq.br/7311514287124905>

RESUMO: O trabalho é um eixo importante na sociedade atual e pode interferir na qualidade de vida e equilíbrio biopsicossocial do indivíduo, levando ao estresse e adoecimento. Esse estudo tem o objetivo avaliar como o ambiente de trabalho dos profissionais de saúde pode reverberar em desdobramentos psicossomáticos e na qualidade de vida dos mesmos. **Métodos:**

trata-se de uma revisão da literatura nas bases de dados LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PubMed (National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online) no período de 2015 – 2018. Foram utilizados associação dos descritores “estresse trabalhadores da área da saúde AND qualidade de vida” e “estresse trabalhadores da área da saúde AND manifestações psicossomáticas AND Brazil” e suas correspondentes em inglês. Foram encontrados 64 artigos, dos quais, após a leitura dos títulos e resumos, selecionou-se 40, já que os demais se repetiam na base de dados ou não atendiam aos critérios e objetivos do trabalho.

Resultados e discussão: A literatura aponta que o ambiente de trabalho desses profissionais, por seu nível de exigência e contexto de sofrimento presente, geram um grave estresse ocupacional e, por conseguinte, uma série de manifestações psicossomáticas. **Conclusão:** Nesse sentido, aprofundar os estudos nesse tema e buscar meios para amenizar essa situação são de suma relevância para que os profissionais apresentem melhor desempenho e menos prejuízos na sua saúde em geral. **PALAVRAS CHAVE:** Estresse, profissionais de saúde, manifestações psicossomáticas,

qualidade de vida.

QUALITY OF LIFE ASSESSMENT AND PSYCHOSOMATIC MANIFESTATIONS OF STRESS IN HEALTH WORKERS: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Work is an important axis in today's society and can interfere with the individual's quality of life and bio psychosocial balance, leading to stress and illness. This study aims to assess how the work environment of health professionals can reverberate in psychosomatic developments and in their quality of life. **Methods:** this is a literature review in the LILACS (Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences) databases, PubMed (National Center for Biotechnology Information, US National Library of Medicine) and SCIELO (Scientific Electronic Library Online) in the period 2015 - 2018. The descriptors "stress health workers AND quality of life" and "stress health workers AND psychosomatic manifestations AND Brazil" and their correspondents in English were used. Sixty-four articles were found, of which, after reading the titles and abstracts, 40 were selected, since the others were repeated in the database or did not meet the criteria and objectives of the work. **Results and discussion:** The literature points out that the work environment of these professionals, due to their level of demand and the context of present suffering, generate severe occupational stress and, therefore, a series of psychosomatic manifestations. **Conclusion:** In this sense, deepening studies on this topic and looking for ways to alleviate this situation are extremely important for professionals to perform better and less damage to their health in general.

KEYWORDS: Stress, health professionals, psychosomatic manifestations, quality of life.

1 | INTRODUÇÃO

Desde a industrialização, o trabalho se configura como eixo significativo na sociedade organizacional com impacto na vida cotidiana (AGUIAR, 2017). Nesse contexto, a qualidade de vida é definida como busca do equilíbrio biopsicossocial do trabalhador, considerando suas habilidades, necessidades e limitações, que interferem na produtividade e no bem-estar pessoal (NASCIMENTO, 2012). O desequilíbrio nessa relação, por diversos fatores, como longas jornadas, cobrança por bons resultados e ambientes inadequados pode gerar desde insatisfação profissional a exaustão, acarretando em estresse ocupacional e adoecimento desses colaboradores (VALERETTO, 2014).

O estresse se caracteriza por um processo fisiológico e psicológico que pode desencadear uma série de manifestações psicossomáticas prejudiciais à saúde. Em

geral, baseia-se em alterações inespecíficas do organismo a estímulos variados, a depender da interação entre o indivíduo e o contexto (BELANCIERI, 2004). É dividido em fases de alarme, resistência e exaustão (GOUVÊA, 2014).

A reação de alarme é quando o organismo, frente ao agente estressor, ativa mecanismos de defesa oriundos de ações hormonais, como alterações da frequência cardiorrespiratória e elevação da pressão arterial. Com a interrupção do estímulo, restauram-se os níveis hormonais e o equilíbrio. Contudo, se o estímulo for contínuo, dá-se início a fase de resistência em que é mantido o esforço de adaptação. Cronicamente, desencadeia-se a fase de exaustão, com colapso do organismo, esgotamento energético e sintomas específicos, como doenças cardiovasculares, ansiedade, depressão e distúrbios do sono. (BELANCIERI, 2004; GOUVÊA, 2014).

Ao ultrapassar os níveis adaptativos, surgem um conjunto de sintomas físicos, psíquicos e comportamentais, que interfere na capacidade de trabalho e qualidade de vida, denominada Síndrome de Burnout (ZOMER, 2017).

A saber, são eles: sintomas físicos (fadiga, dores musculares, distúrbios do sono, cefaleias, queixas gastrointestinais/cardiorrespiratórias, disfunções sexuais); psíquicos (falta de atenção, concentração e memória, lentificação do pensamento, labilidade emocional, baixa autoestima, depressão e ansiedade); comportamentais (negligência, agressividade, incapacidade para relaxar, perda da iniciativa, aumento do consumo de substâncias, comportamento de risco); e defensivos (isolamento, anedonia, absenteísmo) (KRUG, 2017).

Surge, assim, o conceito de manifestação psicossomática como alterações fisiológicas influenciadas por fatores emocionais (MELLO FILHO, 2010).

As profissões mais vulneráveis são àquelas relacionadas ao cuidado com a saúde já que o ambiente de trabalho, por si só, atua como agente estressor devido a convivência constante com situações de dor, sofrimento, angústia e tragédias. Além disso, exigem uma rotina diária de dedicação, com falta de valorização e sobrecarga de trabalho (ZOMER, 2017, ANDRADE, 2015).

Os prejuízos acarretados não se restringem às repercussões pessoais, mas também às profissionais, comprometendo de forma considerável o rendimento frente a pacientes e chefes de serviços (DE JESUS OLIVEIRA, 2014).

A promoção de bem-estar e saúde no ambiente profissional determina condições de trabalho agradáveis, seguras, estimulantes e gratificantes que influenciam na qualidade de vida (ANDRADE, 2015; DA SILVA, 2017).

Nesse sentido, existe uma relação causal direta entre qualidade de vida, prevalência do estresse e manifestações psicossomáticas quando relacionado a atividade desempenhada e ao ambiente de trabalho. Portanto, o levantamento dos dados acerca do tema é de grande relevância para que seja possível realizar a prevenção efetiva e garantir a qualidade de vida do profissional.

2 | OBJETIVO

Realizar uma revisão integrativa da literatura em relação à temática qualidade de vida, estresse e suas repercussões psicossomáticas de trabalhadores da área da saúde.

3 | MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, cujo levantamento bibliográfico foi realizado em pares, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine (PubMed) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

Foram utilizados a associação dos descritores “estresse trabalhadores da área da saúde AND qualidade de vida” e “estresse trabalhadores da área da saúde AND manifestações psicossomáticas AND Brasil” e suas correspondentes na língua inglesa “Stress health workers AND quality of life” e “stress health workers AND psychosomatic manifestations AND Brazil”

Foram incluídas publicações em português ou inglês que retratassem a temática da qualidade de vida do trabalhador brasileiro das áreas da saúde (medicina, enfermagem, biomedicina) no período de 2015 à 2018. Foram excluídas publicações em outros idiomas, fora do período determinado e os que, após a leitura dos títulos e resumos, não preenchiam os objetivos desse estudo.

4 | RESULTADOS

Através da associação dos descritores, foram encontrados um total de 64 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos, selecionou-se 40, sendo que os demais se repetiam nas base de dados ou não atendiam critérios do trabalho.

Outro dado importante é que a maioria dos achados dizem respeito a pesquisas por parte da psicologia e enfermagem, evidenciando o estresse nesse público e a escassez de estudos, especificamente, na área médica.

O quadro 1 apresenta os artigos mais relevantes encontrados.

Título do artigo	Origem/ano	Autores	Considerações/temática
Análise da capacidade no trabalho e estresse entre profissionais de enfermagem com distúrbios osteomusculares.	SCIELO 2017	PETERSEN, Rafael de Souza; MARZIALE, Maria Helena Palucci.	Todos os profissionais participantes declararam ter dores musculoesqueléticas, sendo que 55,1% relataram ter ao menos uma comorbidade osteomuscular associado as dores em região musculoesquelética.
Analyzing the concept of disruptive behavior in healthcare work: an integrative review	LILACS SCIELO 2016	OLIVEIRA, Roberta Meneses et al	Aborda condutas desrespeitosas adotadas por trabalhadores de saúde no contexto hospitalar, assim como os fatores internos e consequências de tal comportamento.
Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde: contribuições da análise de modelos combinados	SCIELO 2016	ARAUJO, Tânia Maria de et al	Demonstra os transtornos mentais mais comuns nos trabalhadores da saúde, assim como a prevalência de tais transtornos.
Burnout, clima de segurança e condições de trabalho em profissionais hospitalares.	LILACS 2015	ANDRADE, Alexsandro Luiz De et al.	Evidencia as relações existentes entre trabalho, burnout e clima de segurança entre trabalhadores de saúde em contexto hospitalar.
Cargas de trabalho em hospital psiquiátrico: repercussões para a saúde do trabalhador de enfermagem.	LILACS 2015	SILVA, Silvia Regina Carvalho de Souza et al.	Demonstra as repercussões do estresse laboral na qualidade de vida e formas de enfrentamento e prevenção do esgotamento psicológico no profissional.
Estresse Ocupacional e Resiliência Entre Profissionais de Saúde.	LILACS 2015	SOUSA, Viviane Ferro da Silva;	Principais fatores estressores: jornada de trabalho em plantão, associado a mais de um vínculo empregatício. Garante o suporte social como fator de proteção mais importante.
Indicators of burnout in Primary Health Care workers	LILACS SCIELO 2018	GARCIA, Gracielle Pereira Aires; MARZIALE, Maria Helena Palucci	Os profissionais de saúde da atenção básica apresentam sintomas de esgotamento pelo contexto de condições inadequadas de trabalho, com falta de recursos humanos e físicos.
Mindfulness for Healthcare Providers: The Role of Non-Reactivity in Reducing Stress.	PUBMED 2018	BENZO, Roberto P. et al.	A Redução do Stress Baseada na Consciência Plena (MBSR) tem um impacto profundo na percepção do estresse em trabalhadores da saúde.
Moral distress in physicians and nurses: Impact on professional quality of life and turnover.	PUBMED 2017	AUSTIN, Cindy L.; SAYLOR, Robert; FINLEY, Phillip J.	Analisa o grau de sofrimento moral e de rotatividade de profissionais devido a qualidade de vida profissional em médicos e enfermeiros de um hospital terciário.
O trabalho em serviço de emergência e os riscos psicossociais: repercussões para a saúde mental do enfermeiro.	LILACS 2016	ARAUJO, Priscilla Moutella Barroso.	Mesmo com estratégias de enfrentamento elaboradas pelo trabalhador, a saúde mental desse grupo encontra-se afetada, repercutindo na qualidade de vida e serviço desses.

Occupational stress management and burnout interventions in nursing and their implications for healthy work environments: A literature review.	PUBMED 2015	NOWROUZI, Behdin et al.	Relata formas de intervenções no local de trabalho a fim de melhorar a qualidade de vida de profissionais de enfermagem, destinadas a gerenciar estresse ocupacional e burnout.
Perfil dos profissionais de enfermagem de terapia intensiva de acordo com seu turno de trabalho, sono, cronotipo e qualidade de vida.	LILACS 2016	MORAES, Bruno Fernando Moneta et al.	Descreve qualidade de vida, de sono e uso de substâncias, de acordo com o turno de o perfil dos profissionais de enfermagem de terapia Intensiva.
Prevalence of Metabolic Syndrome among nursing personnel and its association with occupational stress, anxiety and depression	SCIELO 2016	RIBEIRO, Renata Perfeito et al	Descreve a prevalência de síndrome metabólica, ansiedade e depressão decorrente do estresse ocupacional em profissionais da saúde.
Psychosocial aspects of work and minor psychic disorders in nursing: use of combined models.	SCIELO 2018	PINHATTI, Evelin Daiane Gabriel et al	Avalia os aspectos biopsicossociais do trabalho e sua associação com distúrbios psíquicos menores entre profissionais de enfermagem.
Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem atuantes em setores críticos	SCIELO 2018	SOUZA, Verusca Soares de et al	Aborda a qualidade de vida de profissionais de enfermagem atuantes em setores críticos, como UTIs.
Satisfação, sobrecarga de trabalho e estresse nos profissionais de serviço de saúde mental	LILACS 2015	FERREIRA, Aldo Pacheco et al.	Os profissionais que atuam na área da saúde mental sentem-se de médio a pouco satisfeitos em relação à qualidade dos serviços oferecidos e ao trabalho realizado em equipe
The body speaks: physical and psychological aspects of stress in nursing professionals	LILACS 2016	RODRIGUES, Cláudia Cristiane Filgueira Martins.	A presença de ganho de peso, distúrbios do sono, cansaço mental e dores musculares são as doenças psicossomáticas mais frequentes na população.
Work-related mental and behaviour disorders in anesthesiologists	SCIELO 2015	ANDRADE, Gabriela Oliveira; DANTAS, Rosa Amélia Andrade	Evidencia a ocorrência de transtornos mentais e de comportamento ou sofrimento psíquico relacionados à atividade laboral em anesthesiologists.

Quadro 1. Artigos levantados sobre qualidade de vida do profissional de saúde.

5 | DISCUSSÃO

5.1 Abordagem Geral

Dentre os artigos analisados, comprovou-se que os profissionais de saúde, por todo o contexto ao qual são expostos, sofrem com um crescente processo de estresse e queixas físicas, biológicas e psicológicas (RIBEIRO, 2018).

Os autores, em geral, englobam os conceitos de estresse ocupacional como estímulos do ambiente de trabalho que, a depender da percepção do indivíduo, são considerados estressores e exigem uma resposta corporal frente a ele. Além disso, definem Burnout como um processo de cronificação do estresse frente ao ambiente de trabalho, com manifestações psicossomáticas típicas. (ANDRADE, 2019; RIBEIRO, 2018; VIDOTTI, 2018)

Em contexto nacional, os estudos que abordam esse tema trazem dados relevantes. Uma pesquisa realizada pela International Stress Management Association, aponta que 70% dos brasileiros sofrem as consequências do estresse em decorrência da atividade profissional (ISMA BR, 2015).

A partir dessa premissa torna-se relevante determinar as principais situações as quais esses indivíduos estão sujeitos e determinar, com base na literatura, possíveis métodos para modificar o patamar desse cenário e garantir a qualidade de vida do profissional, principalmente através de estratégias de enfrentamento que podem ser utilizadas (NOWROUZI, 2015).

5.2 Fatores Desencadeantes

Observa-se que nessas profissões existe uma relação direta do profissional com o processo de adoecimento, além da convivência com condições de sofrimento, dor, morte e desespero (PINHATTI, 2018).

Soma-se a isso, condições inadequadas e precárias de trabalho, excesso de tarefas que exigem responsabilidade, supervisão constante, carga horária exaustiva, mais de um vínculo empregatício e problemas de convivência dentro da própria equipe. (VIDOTTI, 2018; PINHATTI, 2018; SOUSA, 2015)

Uma das consequências dessas longas jornadas é a menor disponibilidade de tempo para recuperação física e emocional, lazer, atividade física, família e demais atividades que fazem parte da vida social do indivíduo (LUA, 2018).

Em consequência desses fatores, tem-se um profissional desgastado física e mentalmente, com comprometimento da saúde, do desempenho/atenção e da qualidade de vida em geral (PINHATTI, 2018).

O estresse está diretamente ligado ao processo de trabalho e a forma como o setor está organizado no desenvolvimento do trabalho (VIDOTTI, 2018). Em meio ao contexto de ansiedade, fadiga, depressão e falta de inteligência emocional, o próprio profissional pode adotar comportamentos destrutivos, em que se evidencia a violência, principalmente psicológica, desrespeito interpessoal e falta de colaboração entre a equipe (OLIVEIRA, 2016).

Observa-se ainda, que tal comportamento, advém de uma hierarquia entre médicos e enfermeiros que estão há mais tempo no serviço, com experiência

reconhecida e estabilidade no vínculo empregatício (OLIVEIRA, 2016).

5.3 Síndrome De Burnout: Sintomas Mais Prevalentes

De acordo com estudos, esses profissionais desenvolvem uma série de sintomas de ordem biológica e física: dores musculares, cansaço, diminuição da memória e atenção, cefaleia, alterações de peso, gastrointestinais/respiratórias e hipertensão (RODRIGUES, 2016; SILVA, 2015; MERCES, 2016).

As doenças psicossomáticas trazem como consequência a queda de produtividade, absenteísmo e dificuldade de desempenhar tarefas rotineiras, sendo as principais causas de afastamento dos trabalhadores, os ferimentos e envenenamentos, LER-DORT, seguido de doenças neurológicas e, psiquiátricas. (PINHATTI, 2018; PETERSEN, 2017)

Em um estudo realizado com 226 enfermeiros de um hospital do Paraná, 38,1% apresentavam síndrome metabólica, 68,1% tinham sintomas de ansiedade e 33,5% possuíam síndrome depressiva (RIBEIRO, 2015).

Em outras palavras, todo o entorno de desgaste que os profissionais da saúde sofrem gera uma série de prejuízos em diversas áreas da vida do indivíduo; daí a iminência em repensar o modo como se desenvolve as atividades desses profissionais (RIBEIRO, 2015).

5.4 Profissões Mais Afetadas

Na saúde as profissões que mais se destacam em relação ao estresse são: serviço social, biomedicina, enfermagem e medicina (AUSTIN, 2017).

Em relação a enfermagem, esta é considerada uma profissão de risco para o estresse ocupacional e Burnout através de problemas relacionados à organização e ao processo de trabalho (trabalho em turno, escassez de pessoal, falta de recursos materiais e autonomia, sobrecarga laboral, relacionamento interpessoal, desvalorização, baixos salários, grande responsabilidade e sobrecarga emocional) (ROSADO, 2015).

Outros estudos abrangem entre a área médica, a especialidade de anestesiologia como permeada de momentos potencialmente estressores que exigem um pleno estado de prontidão e vigilância, provocando elevados índices de sofrimento psíquico (AZEVEDO, 2017). Os principais motivos de insatisfação são: elevada carga horária e falta de regularidade/rotina com o padrão de trabalho definido por outros especialistas, associada a poucas perspectivas de ascensão profissional e difícil organização do tempo. (MAGALHAES, 2015)

5.5 Ambiente De Trabalho: Da Atenção Básica A Uti

Independente da complexidade do serviço prestado, os diversos ambientes

das unidades de saúde possuem fatores estressantes (ANDRADE, 2015; GARCIA, 2018).

Quanto a atenção primária, a falta de recursos humanos e físicos, a violência no ambiente de trabalho e a dificuldade de convivência entre a equipe, são os principais fatores que desgastam e levam a sobrecarga no trabalho (LEONELLI, 2017). Assim, há sinais de esgotamento e desgaste emocional, falta de realização profissional, relações interpessoais conflitantes e despersonalização. (GARCIA, 2018; PEGORARO, 2017)

Em relação aos serviços de emergência, os principais fatores seriam, a insuficiência de recursos humanos e materiais, com necessidade de improviso, ausência de manutenção dos equipamentos, associados a lotação nos serviços e usuários insatisfeitos. A partir disso, os profissionais queixam de aumento do estresse, irritação e somatização (PEGORARO, 2017).

Os serviços desenvolvidos em setores críticos e em UTIs exigem cuidados especializados em um tempo hábil, com necessidade de monitorização constante e tomada de decisão. Assim, os principais estressores são o exercício da profissão em plantões, que dificultam o cuidado com a própria saúde física e afetam a qualidade de sono e repouso. ((ARAUJO, 2016)

Apesar disso, a maioria dos profissionais avaliam a qualidade de vida como boa. (ARAUJO, 2016; SOUZA, 2018; FACHINI, 2017)

Um estudo realizado com 224 profissionais de 6 UTIs de Sorocaba e Campinas, concluiu que hábitos diários, condições de saúde, tempo de sono e o duplo vínculo empregatício alteram diretamente a percepção acerca da qualidade de vida (SILVA, 2015). Nesses profissionais, assim como em equipes de cirurgia e anestesiologia, a poluição sonora dos ruídos emitidos por monitores, ventiladores, alarmes, conversações, também é desencadeadora de estresse, alterações de humor, interferência na comunicação e desconcentração, contribuindo para maior risco de erros. (MAGALHAES, 2015)

5.6 Ciclo Sono-Vigília

Biologicamente, o ser humano apresenta um estilo de vida diurno com sono-vigília durante a noite. Porém, quando realizam plantões, esses profissionais invertem o ciclo natural e acarretam uma série de malefícios (SILVA, 2015).

O trabalho em outros turnos noturnos expõe os profissionais ao risco de distúrbios de sono, ocasiona o aumento da sonolência diurna e a diminuição do estado de alerta. (SIMÕES, 2017; MELLO, 2015) Além disso, a inversão do ciclo pode gerar déficits cognitivos, motores e psicológicos (aumento da ansiedade), com prejuízos a saúde física, mental e social do trabalhador (MELLO, 2015).

Assim, desenvolvem suas funções de forma ineficiente e estão mais susceptíveis

à ocorrência de acidentes de trabalho (SIMÕES, 2017).

Em um estudo realizado em um hospital do Paraná, 59,5% tiveram cansaço ou esgotamento frequente nos últimos 6 meses, sendo que 48,9% apresentaram dificuldades para dormir. Ao analisar a qualidade do sono, percebeu-se que 74,5% dos participantes apresentavam má qualidade de sono (SIMÕES, 2017).

Assim, tentar alternar plantões noturnos e diurnos e reduzir a carga horária de trabalho pode ser uma alternativa pra minimizar todos esses prejuízos (PINHATTI, 2018).

5.7 Transtornos Psicológicos/Psiquiátricos

No Brasil, os transtornos mentais ocupam o terceiro lugar entre as causas de concessão de benefícios pelo Instituto Nacional do Seguro Social (MORAES, 2016). Logo, tão importante quanto a avaliação do sono e da qualidade de vida, faz-se necessária a detecção de transtornos do humor, como o aparecimento de ansiedade, depressão, irritabilidade, angústia, tensão, confusão, fadiga, dificuldade de relacionamento, alteração do humor e prejuízo nas relações familiares (PEGORARO, 2017; OLIVEIRA, 2018).

Na área da saúde, tais transtornos são observados independente dos turnos de trabalho, alcançando médicos, enfermeiros e biomédicos. (OLIVEIRA, 2018).

Em um estudo realizado com 30 profissionais da enfermagem em Londrina, Paraná, foi verificado que a prevalência de distúrbios psíquicos foi de 32% dos profissionais, com manifestação através de irritabilidade, dificuldade de concentração, insônia, prejuízo na memória, entre outros, que geram insatisfação e capacidade reduzida para o trabalho (PINHATTI, 2018).

Outro estudo com 720 enfermeiros, em cinco municípios baianos, revelou a prevalência de transtornos de humor foi de 21,0% e esteve associada à alta exigência e ao desequilíbrio esforço-recompensa (BASTOS TEIXEIRA, 2015).

5.8 Uso De Substâncias

Sintomas de ansiedade e depressão são comuns entre profissionais da área. Sem a abordagem adequada, as somatizações tornam-se frequentes e podem encorajar o uso abusivo de drogas e álcool e até resultar em suicídio (MAGALHAES, 2015).

O uso de substâncias como a cafeína, pó de guaraná, energéticos é uma prática comum em pelo menos um terço os profissionais, principalmente pelos que referem menos de 8 horas de sono/dia, com o intuito de manter o nível de atenção e estado de alerta para não haver sonolência durante o turno da noite. Entretanto, a longo prazo, o hábito pode levar a distúrbios de saúde e sono (SILVA, 2015).

Em um estudo realizado com a equipe de enfermagem de UTIs de Sorocaba e Campinas, 35,71% referiram fazer uso de substâncias estimulantes e 8,93% admitiram fazer uso de substâncias indutoras do sono (SILVA, 2015).

5.9 Medidas Preventivas De Estresse

O controle do estresse visa a qualidade de vida dos trabalhadores e a melhoria do clima de segurança, com redução de acidentes de trabalho e melhoria da qualidade da prestação de serviços hospitalares (ANDRADE, 2019).

As principais medidas são: condições de trabalho satisfatórias, melhora no ambiente físico, palestras educativas sobre agentes estressores, seu enfrentamento e melhora das relações entre chefia e subordinados (PINHATTI, 2018). Além disso, pode-se implementar atividades de bem estar emocional, como formas de diálogos abertos e elaboração de políticas e avaliação rotineira, por parte da gestão hospitalar, acerca da dinâmica interpessoal nas equipes. (NOWROUZI, 2015; RIBEIRO, 2015; SOUZA, 2018; MERCES, 2016)

Uma das alternativas é o coping, caracterizado como medidas cognitivo-comportamentais que minimizam o estresse e promovem controle emocional. (PEGORARO, 2017; OLIVEIRA, 2018; BENZO, 2018).

Os principais fatores de resiliência são: satisfação com o trabalho, competência emocional e empatia com a equipe e usuários (SOUSA, 2015).

Outra estratégia é a criação de programas de terapias cognitivas comportamentais baseadas, por exemplo, no mindfulness, com o desenvolvimento de uma postura afetuosa e compreensiva frente as situações presentes, com um ambiente aberto ao diálogo na equipe. (SERRAO, 2018)

6 | CONCLUSÃO

Nota-se que os profissionais de saúde pelo ambiente e contexto adverso, apresentam um crescente estresse com redução significativa na qualidade de vida. A prevenção pode ser feita a nível individual – dedicar tempo à família, realizar atividades prazerosas, praticar atividades físicas – e a nível institucional – programas de saúde que envolvam estratégias de humanização do ambiente, apoio social e psicológico, além de estratégias de enfrentamento do estresse quando esse já estiver instalado.

Assim, é possível reestabelecer o equilíbrio entre vida pessoal e profissional, com o alívio de tensões e o combate ao estresse. Caso contrário, tanto a saúde quanto o rendimento dos profissionais podem ser gravemente comprometidos.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Carolina Villa Nova et al. **Cultura organizacional e adoecimento no trabalho: uma revisão sobre as relações entre cultura, burnout e estresse ocupacional.** Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, v. 6, n. 2, p. 121-131, 2017.
- ANDRADE, Alexsandro Luiz De et al. **Burnout, clima de segurança e condições de trabalho em profissionais hospitalares.** Revista Psicologia Organizações e Trabalho, v. 15, n. 3, p. 233-245, 2015.
- ANDRADE, Gabriela Oliveira; DANTAS, Rosa Amélia Andrade. **Work-related mental and behaviour disorders in anesthesiologists.** Rev. Bras. Anesthesiol., Campinas, v. 65, n. 6, p. 504-510, Dec. 2015
- ANDRADE, Karine Oliveira; ANDRADE, Priscila Oliveira; LEITE, Lincoln Feitosa. **Qualidade de Vida dos Trabalhadores da Área de Saúde: revisão de literatura.** Revista Científica do ITPAC, v. 8, n. 1, p. 1-5, 2015.
- ARAUJO, Priscilla Moutella Barroso. **O trabalho em serviço de emergência e os riscos psicossociais: repercussões para a saúde mental do enfermeiro.** 2016
- AUSTIN, Cindy L.; SAYLOR, Robert; FINLEY, Phillip J. **Moral distress in physicians and nurses: Impact on professional quality of life and turnover.** Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, v. 9, n. 4, p. 399, 2017
- AZEVEDO, Bruno Del Sarto; NERY, Adriana Alves; CARDOSO, Jefferson Paixão. **Occupational stress and dissatisfaction with quality of work life in nursing.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 26, n. 1, e3940015, 2017
- BASTOS TEIXEIRA, Carla Araújo et al. **Occupational stress among nursing technicians and assistants: coping focused on the problem.** Investigacion y educacion en enfermeria, v. 33, n. 1, p. 28-34, 2015.
- BELANCIERI DE FÁTIMA, Maria; BIANCO BORGATO CAPPO, Maria Helena. **Estresse e repercussões psicossomáticas em trabalhadores da área da enfermagem de um hospital universitário.** Texto & Contexto Enfermagem, v. 13, n. 1, 2004.
- BENZO, Roberto P. et al. **Mindfulness for Healthcare Providers: The Role of Non-Reactivity in Reducing Stress.** Explore, v. 14, n. 6, p. 453-456, 2018.
- DA SILVA, Jéssica Oliveira et al. **A correlação existente entre o estresse no ambiente de trabalho e doenças psicossomáticas.** Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente, v. 8, n. 2, p. 177-191, 2017.
- DE JESUS OLIVEIRA, Rosalvo; CUNHA, Tarcísio. **Estresse do profissional de saúde no ambiente de trabalho: Causas e consequências.** Caderno Saúde e Desenvolvimento, v. 4, n. 3, p. 78-93, 2014.
- FACHINI, Janaína Sortica; SCRIGNI, Adriana Vilma; LIMA, Rita de Cássia Gabrielli Souza. **Sofrimento moral de trabalhadores de uma UTI pediátrica.** Rev. Bioét. Brasília, v. 25, n. 1, p. 111-122, abr. 2017.
- GARCIA, Gracielle Pereira Aires; MARZIALE, Maria Helena Palucci. **Indicators of burnout in Primary Health Care workers.** Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 71, supl. 5, p. 2334-2342, 2018.
- GOUVÊA, Pollyna Bortholazzi; HADDAD, Maria do Carmo Lourenço; ROSSANEIS, Mariana Angela. **Manifestações psicossomáticas associadas à síndrome de burnout referidas por trabalhadores de saúde.** Saúde (Santa Maria), v. 40, n. 1, p. 47-54, 2014.

INTERNATIONAL STRESS MANAGEMENT ASSOCIATION – ISMA-BR. **Trabalho, stress e saúde: prevenindo o Burnout: da teoria à ação.** 2015.

KRUG, Suzane Beatriz Frantz et al. **Saúde do trabalhador: realidades, intervenções e possibilidades no Sistema Único de Saúde.** 2017.

LEONELLI, Luiz Bernardo et al. **Estresse percebido em profissionais da Estratégia Saúde da Família.** Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v. 20, n. 2, p. 286-298, June 2017.

LUA, Iracema et al. **Factors associated with common mental disorders among female nursing professionals in primary health care.** Psicol. Reflex. Crit., Porto Alegre, v. 31, 20, 2018.

MAGALHAES, Edno et al. **Prevalence of burnout syndrome among anesthesiologists in the Federal District.** Rev. Bras. Anesthesiol., Campinas, v. 65, n. 2, p. 104-110, Apr. 2015.

MELLO FILHO, Julio de. **Psicossomática hoje.** 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MELLO, Marco Túlio de et al. **Transtornos do sono e segurança do trabalho. Transtornos do sono e segurança do trabalho,** 2015.

MERCES, Magno Conceição das et al. **Burnout syndrome and abdominal adiposity among Primary Health Care nursing professionals.** Psicol. Reflex. Crit., Porto Alegre, v. 29, 44, 2016.

MERCES, Magno Conceição das et al. **Burnout syndrome and abdominal adiposity among Primary Health Care nursing professionals.** Psicol. Reflex. Crit., Porto Alegre, v. 29, 44, 2016.

MORAES, Bruno Fernando Moneta et al. **Perfil dos profissionais de enfermagem de terapia intensiva de acordo com seu turno de trabalho, sono, cronotipo e qualidade de vida.** 2016.

NASCIMENTO, Fabio et al. **A importância da qualidade de vida no trabalho e sua influência nas relações humanas.** Produções Acadêmico-científicas dos discentes da Faculdade Araguaia, v. 2, n. 2, p. 61-77, 2012.

NOWROUZI, Behdin et al. **Occupational stress management and burnout interventions in nursing and their implications for healthy work environments: A literature review.** Workplace health & safety, v. 63, n. 7, p. 308-315, 2015

OLIVEIRA, Ana Maria Neta de; ARAUJO, Tânia Maria de. **Situações de desequilíbrio entre esforço-recompensa e transtornos mentais comuns em trabalhadores da atenção básica de saúde.** Trab. educ. saúde, RJ, v.16, p. 243-262, Apr. 2018.

OLIVEIRA, Roberta Meneses et al. **Analyzing the concept of disruptive behavior in healthcare work: an integrative review*.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 695-704, Aug. 2016.

PEGORARO, Priscilla Brandão Bacci; SCHAEFER, Rafaela; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. **Psychic and moral exhaustion in primary care workers.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 51, e03257, 2017.

PETERSEN, Rafael de Souza; MARZIALE, Maria Helena Palucci. **Análise da capacidade no trabalho e estresse entre profissionais de enfermagem com distúrbios osteomusculares.** Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 38, n. 3, e67184, 2017.

PINHATTI, Evelin Daiane Gabriel et al. **Psychosocial aspects of work and minor psychic disorders in nursing: use of combined models.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 26, e3068, 2018.

RIBEIRO, Renata Perfeito et al . **Estresse ocupacional entre trabalhadores de saúde de um hospital universitário.** Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre , v. 39, e65127, 2018.

RIBEIRO, Renata Perfeito et al . **Prevalence of Metabolic Syndrome among nursing personnel and its association with occupational stress, anxiety and depression.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 23, n. 3, p. 435-440, June 2015 .

RODRIGUES, Cláudia Cristiane Figueira Martins; SANTOS, Viviane Euzébia Pereira. **The body speaks: physical and psychological aspects of stress in nursing professionals.** Revista de Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online, v. 8, n. 1, p. 3587, 2016.

ROSADO, Iana Vasconcelos Moreira; RUSSO, Gláucia Helena Araújo; MAIA, Eulália Maria Chaves. **Produzir saúde suscita adoecimento? As contradições do trabalho em hospitais públicos de urgência e emergência.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 20, n. 10, p. 3021-3032, Oct. 2015 .

SERRAO, Carla; ALVES, Sílvia. **Exploração da autocompaixão no contexto de um programa de mindfulness-based cognitive therapy.** Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Porto , n. spe6, p. 85-91, nov. 2018 .

SILVA, Jorge Luiz Lima da et al . **Fatores psicossociais e prevalência da síndrome de burnout entre trabalhadores de enfermagem intensivistas.** Rev. bras. ter. intensiva, SP, v. 27, n. 2, p. 125-133, June 2015.

SILVA, Silvia Regina Carvalho de Souza et al. **Cargas de trabalho em hospital psiquiátrico: repercussões para a saúde do trabalhador de enfermagem.** 2015.

SIMÕES, Julio; DE OLIVEIRA BIANCHI, Larissa Renata. **Prevalência da Síndrome de Burnout e qualidade do sono em trabalhadores técnicos de enfermagem.** Saúde e Pesquisa, v. 9, n. 3, p. 473-481, 2017.

SOUSA, Viviane Ferro da Silva; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. **Estresse Ocupacional e Resiliência Entre Profissionais de Saúde.** Psicol. cienc. prof., Brasília , v. 35, n. 3, p. 900-915, Sept. 2015.

SOUZA, Verusca Soares de et al . **Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem atuantes em setores críticos.** Rev Cuid, Bucaramanga , v. 9, n. 2, p. 2177-2186, Aug. 2018

VALERETTO, Fernanda Aparecida; ALVES, Dhyeysiane Freire. **Fatores desencadeantes do estresse ocupacional e da síndrome de burnout em enfermeiros.** Revista Saúde Física & Mental-ISSN 2317-1790, v. 3, n. 2, p. 1-11, 2014.

VIDOTTI, Viviane et al . **Burnout Syndrome and shift work among the nursing staff.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 26, e3022, 2018.

ZOMER, Francieli Bellettini; GOMES, Karin Martins. **Síndrome de burnout e estratégias de enfrentamento em profissionais de saúde: uma revisão não sistemática.** Revista de Iniciação Científica, v. 15, n. 1, p. 55-68, 2017.

O PAPEL DO PSICOPEDAGOGO FRENTE AOS DISTÚRBIOS E TRANSTORNOS CAUSADOS PELA ANSIEDADE

Data de aceite: 05/06/2020

Vanieli Aparecida Ferreira dos Santos

Universidade Candido Mendes – UCAM; Piracaia,
SP

<http://lattes.cnpq.br/5668656423928006>

RESUMO: Este estudo tem como principal objetivo sintetizar e analisar os diferentes transtornos e distúrbios causados pela ansiedade. A preocupação deste artigo é salientar para a necessidade do psicopedagogo, avaliar, diagnosticar os sintomas desde o início e assim contribuir para o encaminhamento psicoterápico antes mesmo deste sentimento transformar em (TAG): Transtorno da Ansiedade Generalizada, o qual compromete negativamente o processo educacional e o bem estar psíquico da saúde humana. Realizou-se pesquisas bibliográficas considerando as contribuições de autores como: Andrade (1998), Silva (2011), Cury (2014), entre outros. Concluiu-se a importância de conhecer diversos malefícios da ansiedade exacerbada, bem como a importância do psicopedagogo em atuar frente a esse conflito emocional, de forma multidisciplinar entre escola-família-sociedade. Constatou-se que essa mediação ameniza os

diversos anseios das crianças contribuindo para uma aprendizagem significativa à vida intelectual e cognitiva de todos os envolvidos.

PALAVRAS- CHAVE: Psicopedagogia. Ansiedade. Sintomas. Diagnóstico. Escola.

THE ROLE OF PSYCHOPEDAGOGUE IN FRONT OF DISTURBANCES AND DISORDERS CAUSED BY ANXIETY

abstract: This study aims to synthesize and analyze the different disorders and disorders caused by anxiety. The concern of this article is to highlight the need for the psychopedagogue, evaluate, diagnose the symptoms from the beginning and thus contribute to the psychotherapeutic referral even before this feeling turns into (TAG): Generalized Anxiety Disorder, which negatively compromises the educational process and the psychological well-being of human health. Bibliographic research was carried out considering the contributions of authors such as: Andrade (1998), Silva (2011), Cury (2014), among others. It was concluded the importance of knowing several harms of exacerbated anxiety, as well as the importance of the psychopedagogue in dealing with this emotional conflict, in a multidisciplinary way between school-family-society. It was found that

this mediation alleviates the different desires of children, contributing to a meaningful learning to the intellectual and cognitive life of all involved.

KEYWORDS: Psychopedagogy. Anxiety. Symptoms. Diagnosis. School.

1 | INTRODUÇÃO

Este artigo apresenta o sentimento da ansiedade, sintetizando suas causas e consequências negativas no processo de desenvolvimento pleno e cognitivo dos indivíduos desde a educação infantil. Traz como contexto amplo, o sentimento da ansiedade e conscientiza o papel do psicopedagogo para a necessidade do diagnóstico precoce a fim de evitar sintomas mais graves da TAG (Transtorno da Ansiedade Generalizada) e seus problemas relativos na aprendizagem ou fracasso escolar.

O artigo salienta que se a ansiedade (sentimento) não for diagnosticada nem intervinda em tratamento adequado para suprir os anseios as necessidades educacionais, ocasiona os mais diferentes transtornos e distúrbios resultados da falta desse cuidado, prejudicam a saúde mental e comportamental das crianças em fase infantil, comprometendo o desenvolvimento à vida social adulta.

Partindo destes princípios, construiu-se questões que nortearam este artigo:

- Quais os distúrbios e transtornos que a ansiedade (sentimento) podem causar negativamente à saúde consequência da (TAG) Transtorno da Ansiedade Generalizada?
- Qual o papel do psicopedagogo frente ao diagnóstico do TA que possa contribuir para o sucesso escolar, e o desenvolvimento pleno para a vida em sociedade?

O ser humano, desde seu nascimento, precisa se proteger diante das diversas situações vividas em seu cotidiano. As influências do ambiente físico e social do mundo, bem como as mudanças de situações reais do dia-a-dia, como idealizar a obrigação que se cobra no dever em ter ou ser, trazem consequências destas influências sociais, formando uma sociedade vitimada por transtornos ou distúrbios psicoemocionais de medo, anseios e incertezas.

A ansiedade é um transtorno para o desenvolvimento cognitivo e dificulta a aprendizagem interferindo negativamente à criança desde o ensino infantil maximizando o déficit de atenção e à intervenção no processo de aprendizagem. Daí a importância de estudar o grau mais elevado deste sentimento capaz de acometer a saúde mental conhecido como TAG, desencadeando outros transtornos de desenvolvimento comportamental, intelectual e cognitivo dos indivíduos. Assim, dada a relevância do quadro clínico, investigar o papel do psicopedagogo nas relações educacionais com os quais os professores, alunos, familiares e comunidade

estão inseridos é crucial, uma vez que entende-se a psicopedagogia como ponto de partida para o diagnóstico inicial dos sintomas dessa doença.

Conforme os psicólogos e autores Elliott e Smith (2015): “A ansiedade envolve sentimentos de inquietação, preocupação, apreensão e/ou medo e é o mais comum de todos os chamados distúrbios mentais.” Em outras palavras, os números de doenças decorrentes de ansiedade têm crescido ao longo dos anos. Em nenhum momento da história, a ansiedade afligiu mais pessoas do que atualmente.

“A vida nunca foi tão complicada como hoje. A semana de trabalho tem aumentado em vez de diminuir. Gerenciar famílias desfeitas e misturadas cria estresses crescentes. As telas dos computadores e noticiário trazem, em tempo real, os últimos horrores para sua sala de estar. Jornais, blogs, tweets e revistas registram crimes, guerras e corrupção. O terrorismo cruzou o mundo e alcançou novos níveis. Na mídia, o retrato dessas ‘pragas modernas’ inclui imagens coloridas com detalhes vivos sem precedentes. Temos que admitir o medo vende.” (Elliott; Smith. 2015)

Neste contexto, o objetivo proposto para este estudo é investigar como os profissionais de psicopedagogia institucional podem diagnosticar o transtorno da ansiedade que faz com que crianças desde as fases iniciais da educação infantil são vencidas pelo medo e agitação, impedindo-as negativamente de estudar ou interagir com os demais.

A fim de alcançar o objetivo, utilizaram-se como recurso metodológico pesquisas bibliográficas a partir da leitura, análise e avaliação diagnóstica de livros dos mais renomados autores que tanto contribuem para a educação ou bem estar da saúde mental: Cury, Rappaport, Freire, Brandão, Silva; entre outros.

2 | DESENVOLVIMENTO

As crianças nascem, crescem e se desenvolvem, bem como se constituem como indivíduos sociais, com características próprias físicas e emocionais. Por se interagirem no ambiente e convívio social do meio habitual, esses vínculos sociais, influenciados por fatores externos contribuem à formação humana do indivíduo, tanto de forma positiva ou negativa.

De todos os ambientes sociais, a escola é o lugar mais frequentado pela criança. É nessa organização institucional que os indivíduos desenvolvem cognitivamente sua inteligência múltipla e intelectual no período das “operações concretas” (RAPPAPORT, 1981), além do período das “operações formais” (DAVIS, 1982).

Problemas diversos relacionados à saúde aparecem sucessivamente anos após anos, considerados como crises reais que desestabilizam a mente e a integridade humana.

Entre tantos transtornos existentes a maioria é de resultados de uma ansiedade inicial depressiva despercebida, desconhecida, escondida entre os muros que

transpassam a escola. Sem o diagnóstico, e sem o tratamento precoce a fim de sanar ou amenizar esse distúrbio, dia após dia agrava-se cada vez mais em níveis elevados, resultam problemas sérios a saúde das crianças aos adultos, minimizando o desempenho global das crianças.

Para o Psiquiatra Dr. Augusto Cury (2012), a Síndrome do Pensamento Acelerado (SPA) é um problema de saúde resultado dos anseios desde a mais tenra infância em que as crianças demonstram estar com excesso de estímulos e informações, considera a ansiedade para o autor como o “mal do século XXI”:

“Nós adultos, cometemos um crime ao superestimular o processo de construção de construção de pensamentos. Não percebemos que as crianças precisam aprender a proteger a emoção, filtrar estímulos estressantes, desenvolver o prazer por meio de atividades físicas lúdicas, participar de processos criativos que envolvam melhor elaboração, como esporte, música, pintura e relacionamento com natureza. O erro pode-se confirmar ainda pelo de fato de muitos profissionais da educação fazerem diagnósticos incorretos. Ao se depararem com uma criança ou jovem desconcentrado, irritado, inquieto, com baixo rendimento escolar e frustrações, encaminham o paciente com (HD) hipótese diagnóstica; de hiperatividade ou transtorno de déficit de atenção em vez de (SPA).” (CURY, 2012).

O despreparo dos professores é visível pela forma de avaliação e análises que ocorre nas escolas, não é correto afirmar pelo aspecto “teórico rotineiro”, mas sim por fatores externos administrativos, nos quais é mais fácil esconder o problema real do que desafiar seu próprio “ego” em busca de conhecer as necessidades individuais das crianças e jovens.

“O psicopedagogo deve preocupar-se em aperfeiçoar as técnicas de diagnóstico, procedendo a investigação sistêmica do meio socioeconômico, do ambiente familiar, do nível de adaptação e aproveitamento escolar do aluno, além de suas características pessoais físicas como aptidões e capacidades específicas” (ANDRADE, 1998).

As crianças vítimas da ansiedade não conseguem lidar com regras, que desde muito cedo as acompanham em suas tarefas diárias, como horários padronizados, “oprimida” a cumprir deveres e obrigações em que conteúdos, são compartimentados numa visão bancária de educação, impostos de forma mecanizada (FREIRE, 1994).

O desejo de viver nesse mundo evidencia ser alarmante o contexto da incapacidade de lidar com tudo aquilo que se espera do futuro, do pensamento acelerado quando não evidencia realizações do passado multiplicado com os anseios do presente.

A avaliação da coordenação motora de crianças entre 3 e 8 anos já demonstram níveis de ansiedade primária que, na maioria das vezes, passa despercebido pelo professor em que mesmo alimentada, demonstram inquietação e a necessidade repetitiva de chupar as mãos, as próprias roupas, apontando pelo educador ou até mesmo pelos pais como uma situação comum nessa faixa etária.

Assim é também nos bebês de 0 a 12 meses, em que a “ansiedade inicial não alarmante” é observada no movimento labial repetitivo de chupar chupeta entre a necessidade de “andar com panos”, mantas ou “naninhas”, (WAGNER, 2013) como forma de saciedade e proteção pessoal.

A percepção da ansiedade tem como causa o excesso de pensamentos, anseios e idealizações físicas e emocionais, estes por sua vez, não são orientados para o tratamento adequado, transformando homens em almas oprimidas, depressivas e “sem esperança”.

“A própria situação concreta de opressão, a dualizar o eu do oprimido, ao fazê-lo ambíguo, emocionalmente instável, temeroso da liberdade, facilita a açãodivisória do ‘dominador’ nas mesmas proporções em que dificulta a ação unificaçãoindispensável a prática libertadora. Daí que seja este, igualmente, um eu dividido entre o passado e o presente iguais e o futuro sem esperança, que no fundo não existe. Um eu que não se reconhece sendo, por isto que não pode ter, no que anda vem, na futuridade que deve construir na união com o outros;” (FREIRE, 1994).

Silva (2011) estudou a “fobia escolar” e a “síndrome do pânico” como fatores agravantes da ansiedade na mente, onde sintomas refletem o medo exacerbado de ir para a escola e se interagir com a sociedade.

“O quadro se manifesta com mal-estar, podendo apresentar vômitos, dor de cabeça, dor de estômago, náuseas e tonturas na sala de aula [...]. A criança foca o assunto da escola sempre com medo, negativismo e pode chorar para não ir. Na escola é muito comum que ela se afaste dos coleguinhas, já que se sente muito desconfortável lá dentro [...]. Uma das formas de tratamento é terapia cognitiva comportamental (TCC), cuja abordagem ajudará a criança e/ou adolescente a pensar e agir de forma diferente, por meio de técnicas específicas às dificuldades de cada um” (SILVA, 2011).

Os professores da educação e a família podem e devem favorecer brinquedos como forma de intervenção a fim de suprir as necessidades da criança, amenizando, desta forma, a ansiedade confundida pelo prazer que a criança tem de chupar objetos, como chupetas, por exemplo, bem como movimentos de repetição com as pernas e os pés, ou no geral inquietação da coordenação motora involuntária.

A ansiedade também pode ser analisada durante a recreação, no momento da alimentação; para Brandão (2004), em seus estudos, a introdução a neurociência com a colaboração do Professor Silvio Carvalho de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP/USP), afirmam a existência de três perturbações importantes do comportamento alimentar: a obesidade, a bulimia e a anorexia nervosa, consequentemente associadas a ansiedade generalizada.

A sociedade impõe padrões fora da realidade das crianças e adolescentes, ao valorizar a imagem padronizada da massa magra corporal ou o excesso de peso, favorece a competição egoísta de ser melhor que os demais.

Ressalta-se a importância da avaliação nutricional das crianças, na qual os pais auxiliem de forma ininterrupta os pedagogos nas diferentes áreas, e estes por sua vez dialoguem com os profissionais da escola, observando como anda a alimentação dos seus filhos.

“A obesidade ansiosa deve ser controlada através da limitação dietética e pela redução das calorias associadas aos alimentos. Nessa etapa é extremamente necessário o apoio emocional e a modificação do comportamento no que se refere a ansiedade e depressão, que frequentemente acompanham a alimentação excessiva ou seu oposto” (BRANDÃO e CARVAIHO; 2004).

O psicólogo relata ainda que a bulimia é um distúrbio que ocorre na maior parte dos casos na fase adolescente para adulta, condicionada pela ansiedade associada, são exemplos: Términos de uma fase na vida do indivíduo, separação dos pais, mudança de escola, o fim de um namoro ou início do primeiro emprego; sequencial a entrevista para um contrato.

O período operatório concreto dos 8 a 12 anos apresenta-se uma percepção maior da ansiedade, por exigências ainda quanto do que se esperar do futuro: “o que vai ser quando crescer”, além de buscar a perfeccionismo nas tarefas e provas, o aluno sente as mudanças e transformações nos conteúdos nas etapas da aquisição da leitura e escrita.

“A criança sai da proteção parental direta e das aquisições estruturadas em planos lúdicas, para as realizações sociais exteriores com cobranças objetivas de realização. Necessita cumprir tarefas, cumprir horários, integram modelos de relações sociais, enfim, cobram-se lhes as etapas iniciais de nossa ideologia de cultura e realização” (RAPPAPORT, 1981- 1982).

De forma gravíssima, a ansiedade nessa faixa etária interfere negativamente o avanço na aprendizagem aparecendo outros novos sintomas, síndromes e transtornos. Destacam-se aqui neste estudo: a discalculia, a dislexia e disgrafia.

Só o fato de a criança ter que “aprender a ser”, “correr” na busca pelo autoconhecimento, já são motivos suficientes para despertar a ansiedade. O currículo extenso de conteúdos como a Língua Portuguesa, advinda da língua falada ou escrita, assim como a Matemática advertida pela dificuldade maior que outras disciplinas têm, o pensamento adquirido pelo medo do “não consigo fazer ou não consigo entender” já ocasiona vários distúrbios neurológicos em que um é interligado com o outro.

“Os alunos devem ser avaliados não pela repetição de dados, mas pela inventividade pela capacidade de raciocínio esquemático, pela ousadia. E além disso, se quisermos formar pensadores, deveremos avaliar um aluno fora do espaço de provas, durante as aulas, por sua interatividade, altruísmo, pro atividade, debate de ideias, discurso do pensamento, cooperação social” (CURY; 2014). -

O distúrbio da discalculia é uma má formação neurológica que provoca transtornos na aprendizagem de tudo o que se relaciona com números, como

realizar operações matemáticas, classificar, entender conceitos matemáticos ou sequências numéricas.

Neste caso, pode-se compreender que discalculia é um grau de distúrbio que advém da dislexia, por se apresentar no aluno a dificuldade para ler, escrever e soletrar. Já a disgrafia, o aluno não consegue escrever o que é solicitado pelo professor.

“A escola lhe será um ponto de múltiplas cobranças e realizações [...]. Se seu desenvolvimento físico, psicomotor, intelectual e afetivo é normal, estará apto para as batalhas, se atrasado ou perturbado, o mundo das letras será impenetrável frente às frustrações, estará frágil para os embates sociais e, frequentemente, só lhe restará o retorno a um infantilismo emocional, agravado pelas cobranças que não poderá atender” (RAPPAPORT IMPUTFIORI, 1982).

O papel do psicopedagogo convida o professor trabalhar com uma equipe multidisciplinar no intuito de ampliar a autoestima, valorizar as atividades desenvolvidas de forma dialógica, redescobrimdo conceitos, investigando as causas, avaliando os fatos as possíveis indagações.

A intervenção de jogos se apresenta como uma melhor opção para auxiliar na aprendizagem, a “visualização de seriação, classificação, habilidades psicomotora espacial e de contagem.” (SILVA, 2006).

De acordo com os estudos de Piaget (1969), o período das operações formais por volta dos 11 a 12 anos, que para ele representa a última aquisição mental, foi possível alavancar este artigo. Na compreensão da última aquisição, um conjunto de transformação que o indivíduo se “liberta do concreto”, assume um papel novo à realidade social inserida.

Na visão piagetiana, essa transição de um período a outro necessariamente provoca um desequilíbrio emocional:

“As modificações corporais e suas implicações para o comportamento de jovens ocupam um lugar secundário na proposta dele. Os problemas vividos pelos adolescentes, suas dúvidas, conflitos e angústias são deixadas em segundo plano, só merecendo análise quando expressão é parte de uma estrutura lógica subjacente” (RAPPAPORT IMPUTDAVIS, 1982).

A preocupação dos jovens com a forma e peso corporais impostos pela mídia social, reflete sintomas ansiosos, emocionais e físicos: exercícios em excesso, indução do vômito, uso regular de laxantes, distúrbios e emagrecimentos.

Para a avaliação psicopedagógica clínica desses alunos, os profissionais devem encaminhá-los para tratamento psicoterápico, sem deixá-los de abordar os pontos mais relevantes entre “positivo-expositivos” ou “negativo-evolutivos”, observando sua evolução no dia-a-dia escolar.

A anorexia nervosa advém do distúrbio da bulimia, o tratamento é de origem hospitalar, mas também é desencadeado pela ansiedade generalizada juntamente com o estresse, seus sintomas são, na maioria dos casos, o “medo de fracasso

na vida profissional, baixo desempenho escolar e o perfeccionismo”. (BRANDÃO; 2004).

É essencial o diagnóstico precoce da ansiedade e a descoberta inicial a estes sintomas a fim evitar o comprometimento severo do TA:

“[...] Os TA's interferem significativamente na vida do indivíduo diagnosticado e daqueles com quem ele convive, comprometendo suas atividades cotidianas, seus relacionamentos sociais e outras esferas da vida. Além disso, os transtornos da ansiedade apresentam baixos índices de remissão espontânea e tendem a se cronificar ou mesmo se desdobrar em outros transtornos psíquicos quando não tratados” (SOUZA, 2013).

Na intervenção da relação professor e aluno não se pode descartar alguns dos sintomas da ansiedade quando durante a observação do comportamento, demonstrarem vergonha em expressar sentimentos de forma verbal de comunicação linguística e isolamento social. “A timidez, o temperamento inibido, a ansiedade e o isolamento, bem como comportamento compulsivo, baixa autoestima e déficit cognitivo, podem ser associados como características negativas do mutismo seletivo”. (RIBEIRO; 2012).

Em contextos escolares, essas crianças sofrem prejuízos acadêmicos, porque com frequência não comunicam com os professores no que se refere às suas necessidades pessoais como, por exemplo, não “compreendendo uma tarefa de classe, não pedindo para ir ao banheiro” (DSM-IV-TR, 2012 p. 196).

A psicopedagogia, neste caso, poderá intervir em atividades lúdico-pedagógicas, por meio de brincadeiras, num ambiente onde a criança possa ganhar intimidade “sem pressão” para a fala, permitindo a comunicação de uma forma confortável (BALDWIN E CLINE, 1991; adapt. RIBEIRO, 2012 p. 33).

A violência familiar verbal ou física, como bullying; cada faixa etária constitui um conjunto indissociável e original, na qual a ansiedade ocorre de modo exacerbado. No entanto, “o educador precisa estar preparado para o acolhimento, funcionando como termômetro do conflito” (GALVÃO e WALLON, 2004).

Conforme os estudos de Vygotsky (1998), as atividades psíquicas são funções intelectuais psicológicas resultantes do processo de maturidade, no qual o professor psicopedagogo na área da instituição escolar deve assumir o papel como mediador para que a reprodução do conhecimento e o saber passem com o decorrer do tempo, aprimorados pela mente dos alunos.

“A missão dos educadores é preparar as novas gerações para o mundo em que terão que viver. Isso quer dizer proporcionando-lhes o ensino necessário para que adquiram as destrezas e habilidades que vão necessitar para seu desempenho com comodidade e eficiência, no seio da sociedade que enfrentarão ao concluir sua escolaridade” (SANTALÓ, 1996).

Segundo a Associação de Psiquiatria Americana (APA), os transtornos de ansiedade são vários e a principal característica deles, além da presença de

ansiedade, é o “comportamento de esquiva”, (SILVA, 2011) ou seja, a pessoa tende a evitar determinadas situações nas quais, a ansiedade exacerbada, pode deflagrar.

Destacam-se:

- Ataques de pânico, que podem evoluir para Transtorno do Pânico (TP);
- Fobia social ou a timidez, em que as pessoas percebem ameaças potenciais em situações sociais em exposição pública;
- Medos diversos ou fobia simples, cuja ameaça provém de estímulos específicos (animais, lugares fechado, chuvas, avião, etc.);
- O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), quando vivemos experiências traumáticas significativas (sequestro, perdas de entes queridos, acidentes, etc.);
- O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), eu se caracteriza por estado permanente de ansiedade, sem qualquer associação direta com situações ou objetos específicos;
- O Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), no qual a mente é invadida por pensamentos intrusivos e sempre de conteúdos ruins (obsessões), que desencadeiam rituais repetitivos e exaustos (compulsões), na tentativa de exercer tais ideias.

Todos esses transtornos possuem os mesmos “sintomas físicos (taquicardia, sudorese, tontura, cólica, náusea, falta de ar) e sintomas psíquicos” (inquietação, irritabilidade, sobressalto, insegurança, insônia, dificuldade de concentração, sensação de estranheza) (SILVA, 2011).

Neste contexto, a psicopedagogia traz como proposta um profundo conhecimento patológico teórico-prático, capaz de prevenir possíveis problemas de aprendizagem de ordem reativa, não somente na instituição escolar, mas, sobretudo, no âmbito familiar:

“Quando o psicopedagogo orienta os pais ou filhos em relação as atitudes promotoras da aprendizagem ou decorrentes dela. Essa orientação parece ser eficaz também numa situação em parceria com profissionais da área da saúde, pediatras e neurologistas, psicanalistas, quando se promove uma conscientização ampla do papel dos pais no desenvolvimento dos potenciais de seus filhos” (ANDRADE, 1998).

Para o autor, o atendimento psicopedagógico deve considerar três níveis de abordagens:

- O paciente (aspectos biológicos, afetivo e cognitivo);
- A família;
- A escola.

Esses campos institucionais fazem com que a psicopedagogia seja o nível clínico e institucional, da “arte médica” na qual conhecendo os sintomas físicos e mentais, prescreva os respectivos tratamentos e oriente, encaminhando quando

necessário.

Andrade (2009) intensifica que um diagnóstico bem sucedido e eficaz no tratamento pressupõe:

- A. Conhecimento das causas usuais das dificuldades frequentes relacionadas com as diversas capacidades e aptidões ligadas aos processos desenvolvidos pela escola ou família;
- B. Capacidade de observação, experiência suficiente, além de treinamento seguro para interpretar normas de comportamento e atitude como efeito de causas conhecidas;
- C. Método adequado que possibilitam pesquisa intercorrente, não de ponto observações;
- D. Conhecimento satisfatório de medidas a serem prescritas diante do determinado distúrbio, bem como dos recursos disponíveis.

Para conhecimento, existem dois tratamentos utilizados para transtornos da ansiedade, destacam-se as psicossociais e tratamentos farmacológicos. Para a psicossocial têm-se as técnicas cognitivo-comportamentais, (TCC) nas quais propõem avaliação realista, direcionada a resolver problemas atuais, modificando pensamento e comportamento. Já para os tratamentos envolvendo farmacêutica são indicados por psiquiatras infantis, que sabem qual medicamento e dosagem são mais adequados para cada tipo de TA.

De uma forma geral, o psicopedagogo deve ocupar o seu papel de “acolher”, diagnosticar, acompanhar e quando necessário “encaminhar as crianças ansiosas e suas famílias, igualmente necessitadas de apoio” (ASSIS, 2007). É crucial transformar as experiências de “medo e ansiedade em algo frutífero, caso contrário, só restará um estilo de vida conflitivo e padecedor”. “Sentir ansiedade é, sem dúvida, uma condição humana inerente a todos. No entanto, evitar adoecer por excesso dela é uma escolha que cada um pode fazer [...]” (SILVA, 2011).

Diante do exposto, é preciso revelar novas versões da vida, a partir da compreensão da própria identidade, num processo simulatório de reestruturação e construção do pensamento, caso contrário, só restará à resignação de viver um estilo de vida intermediada por apreensão e dor.

3 | CONCLUSÃO

Conclui-se que ansiedade é um sentimento que se não amenizado no início, se transforma em Transtorno da Ansiedade Generalizada. Este, por sua vez, ocasiona em muito outros distúrbios e transtornos da mente, comprometendo a saúde e a aprendizagem das crianças à vida adulta.

O psicopedagogo é um ser atuante com o intuito de observar, avaliar e encaminhar a psicoterapia quando for necessário, desde qualquer indício dos sintomas de ansiedade. É crucial que todos os profissionais da educação trabalhem em conjunto com a família, pois somente desta forma a psicopedagogia clínica e institucional servirá como catalizador social, mediatizando os conflitos e problemas existentes.

Constatou-se que o conhecimento clínico precisa ser aprimorado a todo tempo, assim, a necessidade do psicopedagogo de buscar capacitação profissional e, portanto, estar preparado para acolher diferentes moléstias educacionais, fazendo o diagnóstico correto, encaminhando crianças e/ou adultos para tratamento adequado a fim de suprir seus anseios de vida.

Desta forma, a escola, a família e a sociedade devem se unir, ter sensibilidade aos problemas dos alunos, pois cada instituição deve atuar como agente transformador da realidade, assegurar o prazer de todos os sentidos, em todas as fases do desenvolvimento humano, num tempo que só o amor pelo que se é, pelo que se faz pelo outro é capaz de se permitir.

O processo de ensino-aprendizagem desde a educação infantil é a forma mais complexa de viver, primeiro porque o outro possui suas experiências próprias catalisadas pelo contexto social do meio onde estão inseridos e, segundo, a infância tem de ser agradável e reconhecida pela escola ou âmbito familiar como uma etapa capaz de completar o homem em todo os seus processos, caso contrário, o medo, a frustração, o estresse e a tristeza vividos resultam numa sociedade “doente” e submissa frente aos padrões estabelecidos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Marcia. Siqueira. **Psicopedagogia Clínica: Manual de aplicação prática para diagnóstico de distúrbios do aprendizado**. Póluss Editorial. 1ª edição. SP, setembro de 1998;

ASSIS, Simone Gonçalves. **Ansiedade em crianças: um olhar sobre tratamentos da ansiedade e violência na infância**. Colaboração de Liana Furtado Ximenes, Joviana Quintas Avanci, Renata Pires Pesce – Série Violência e Saúde Mental Infanto-Juvenil. RJ. 2007;

BRANDÃO, Marcus Lira. **As bases biológicas do comportamento: Introdução à neurociência – Instituto de Neurociências e Comportamento (INEC)**. Capítulo IV – Controle da postura e comportamento; Capítulo V – Comportamento alimentar; Capítulo VI – Aprendizagem e memória; Capítulo X – Pensamento; Capítulo XI – Linguagem. 1ª ed. Editora Pedagógica Universitária. São Paulo. 2004;

CURY, Augusto. **Ansiedade: como enfrentar o mal do século. A Síndrome do Pensamento Acelerado: Como e por que a humanidade adoeceu coletivamente, das crianças aos adultos**. Editora Saraiva. 2014;

DMS-IV-TR – **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Tradução Cláudia Dorneles, 4ª edição revisada. Porto Alegre: Artmed, 2002;

ELLIOTT, Charles. H; SMITH Laura L. **Dominando a ansiedade para leigos. 1- Ansiedade. 2- Medo. 3- Estresses (psicologia). 4- Administração do estresse.** Editora Alta Brooks, Rio de Janeiro, 2015;

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido.** Paz e Terra. Rio de Janeiro, 1994;

GALVÃO, Isabel; WALLON, Henri: **Uma concepção dialética do desenvolvimento infantil.** 13ª ed. Petrópolis. Vozes, 2004;

PIAGET, Jean. **Seis estudos de psicologia.** Editora Forense. Rio de Janeiro. 1969;

RAPPAPORT, Clara. Regina; FIORI, Wagner. Rocha; DAVIS, Cláudia. **A idade escolar e a adolescência.** Volume 4. 1- Teorias do desenvolvimento. 2- A infância inicial: o bebê e sua mãe. 3- A idade pré-escolar. 4- A idade escolar e a adolescência. Editora Pedagógica e Universitária Ltda. São Paulo. 1981, 1982;

RIBEIRO, Célia. M. S. **Mutismo seletivo e ludoterapia/atividade lúdica – na perspectiva de profissionais ligados a educação.** Dissertação de Mestrado – Ciências da Educação na Especialidade de Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor. Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa. 2012;

SANTALÓ, L. A. **Matemática para não matemáticos. Didática da Matemática. Reflexões psicopedagógicas.** Artes Médicas. Porto Alegre. 1996;

SILVA, Ana. Beatriz. Barbosa. **Mentes Ansiosas: medo e ansiedade além dos limites. 1- Ansiedade. 2- Transtornos de ansiedade. 3- Livros eletrônicos.** Fontanar. Rio de Janeiro. Objetiva, 2011;

SOUZA, Sophie. V. C.; LAMBACH, Priscila. **Mutismo Seletivo: uma percepção ampliada sobre comunicar-se. Síndromes. Revista Multidisciplinar do Desenvolvimento Humano.** Ano 3. V. 1, p. 26-30. Editora Atlântica. São Paulo, 2013;

WAGNER, Luiz Garcia Teodoro. **O desenvolvimento infantil de 0 a 6 anos e vida pré-escolar.** Uberlândia. 2013;

VYGOTSKY, Liev Semiosnovich. **A Formação Social da Mente.** Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1998.

DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Data de aceite: 05/06/2020

Data de submissão: 19/05/2020

Tallys Newton Fernandes de Matos

Psicólogo. Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Professor de graduação e pós-graduação na Faculdade Plus. Fortaleza – Ce.

<http://lattes.cnpq.br/3413329240036879>

Ottorino Bonvini

Médico. Psiquiatra. Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Presidente e fundador do Movimento de Saúde Mental Comunitária MSMC. Foi Professor de Psiquiatria e Terapia Familiar na Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza – Ce.

<http://lattes.cnpq.br/0991823368423358>

José Manuel Peixoto Caldas

Médico. PhD em Sociologia pela Universitat de Barcelona (UB) e PhD em Políticas Públicas pelo Instituto Gino Germani (IGG). Docente na Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e Universidade de São Paulo (USP). João Pessoa – PB.

<http://lattes.cnpq.br/7612322297457083>

Ana Maria Fontenelle Catrib

Pedagoga. PhD em Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e PhD em Medicina Comunitária pela Universidade do Porto (UP). Docente na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza – Ce.
<http://lattes.cnpq.br/9948525011531885>

RESUMO: A humanidade apresenta dificuldade em lidar com as diferenças e dissonâncias desde os seus primórdios, o que resulta em uma elaboração de padrão de comportamento para determinado meio, recusando manifestações adversas como, por exemplo, a loucura, que teve diferentes interpretações ao longo da história e com a crise do modelo prevaleceu o discurso da “saúde mental”. Dessa forma, o objetivo geral deste trabalho foi investigar e analisar o diagnóstico e intervenção em saúde mental. O trabalho foi realizado mediante ao Relato de Experiência, cujo método foi o Estudo de Caso, utilizando como instrumento o roteiro de anamnese. A análise de dados aconteceu sobre a ótica da “análise de conteúdo”. Os resultados apontaram que o paciente tinha características do F20.6, transtorno de esquizofrenia na categoria simples. Sugerem-se possibilidades de atuação, como: o acompanhamento individual, o uso de antipsicóticos, a psicanálise, a constelação

familiar, treinamento de habilidades sociais, o behaviorismo e o humanismo. Por fim, é importante um trabalho multidisciplinar como forma de identificar outras variáveis para o benefício e saúde mental do indivíduo.

PALAVRAS-CHAVE: Esquizofrenia. Psiquiatria. Saúde Mental.

DIAGNOSIS AND INTERVENTION IN MENTAL HEALTH

ABSTRACT: Humanity has difficulty in dealing with differences and dissonances since its beginnings, which results in the development of a pattern of behaviour for a given environment, refusing adverse manifestations such as, for example, madness, which has had different interpretations throughout history and with the crisis of the model, the “mental health” discourse prevailed. Thus, the general objective of this work was to investigate and analyse the diagnosis and intervention in mental health. The work was carried out through the Experience Report, whose method was the Case Study, using the anamnesis script as an instrument. Data analysis took place from the perspective of “content analysis”. The results showed that the patient had characteristics of F20.6, schizophrenia disorder in the simple category. Possible ways of acting are suggested, such as: individual monitoring, the use of antipsychotics, psychoanalysis, family constellation, social skills training, behaviourism and humanism. Finally, multidisciplinary work is important as a way of identifying other variables for the individual’s mental health and benefit.

KEYWORDS: Schizophrenia. Psychiatry. Mental health.

1 | INTRODUÇÃO

A humanidade apresenta dificuldade em lidar com as diferenças e dissonâncias desde os primórdios, neste sentido, existe uma propagação do que é idealizado como algo comum, natural, formal, coerente com o momento histórico e/ou com os valores socioculturais, estabelecendo, assim, um sistema padrão de comportamento para determinado meio (CARDOSO; GALERA, 2011).

Essa propagação é uma forma de estabelecer a ordem social construída historicamente pela burguesia e enraizada no atual sistema capitalista. Tais formas de elaboração, por sua vez, buscam a civilização como estratégia de aditamento na busca pelo desenvolvimento social. Tal pressuposto é uma tentativa mascarada de inclusão através de valores contraditórios (GIOVANELLA; ESCOREL; LOBATO; *et al.*, 2012), como, por exemplo, o tratamento da loucura, que, em sua base inicial, fundamentada na intolerância e isolamento frente aos comportamentos dos doentes mentais, tendo no cárcere dos indivíduos uma opção para afugentar o diferente e proteger a sociedade através de asilos (CARDOSO; GALERA, 2011).

Na Antiguidade Clássica, através da filosofia grega, a loucura poderia ser considerada o oposto do princípio do bem, da virtude, do julgamento do que é certo ou errado e do desenvolvimento da consciência moral. Na Idade Média, as concepções de normalidade se deram através da igreja, sendo a rejeição das leis bíblicas e a possessão, posturas associadas à loucura. Na idade Moderna, estabeleceu-se o princípio da razão e pensamento fundamentando o olhar científico e identificando, por meio da medicina, que a loucura não passava de uma imaginação desagregada, surgindo, assim, diferentes abordagens e propostas de intervenção. Com isso, a loucura foi tomada por uma reforma humana médica positivista. Os locais de tratamento, chamados de asilos, foram criados como proposta de controle social, controle moral e possibilidade de cura. O louco era “infantilizado” e “culpabilizado” afim de que se obtivesse dele um retorno moral. Para alguns filósofos da época a proposta de intervenção era mais uma forma de controle social e ético do que uma proposta terapêutica (VICENTINO, 2004; FOUCAULT, 1978; FOUCAULT, 2000).

Na Idade Contemporânea, com a crise do antigo modelo de intervenção e reforma psiquiátrica, prevaleceu o discurso da “saúde mental” instituído como um discurso reformista. Este discurso propunha a substituição do discurso manicomial para concretizar, de uma vez por todas, a cientificidade e a humanização do tratamento no processo de gerenciamento da loucura. Isto possibilitou diferentes abordagens científicas na intervenção do paciente (PESSOTI, 1994).

Atualmente, a doença mental (oposto à saúde mental) pode ser considerada como a pandemia do século XXI, representando cerca de 12% de todas as doenças que acometem toda a população mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) especula um aumento de 15% de sua frequência até o ano de 2020. Adicionalmente, os transtornos mentais e comportamentais atingem, em algum momento da vida, uma em cada quatro pessoas em escala mundial. No Brasil, a tendência de uma pessoa apresentar tais desordens chega a ser de 31% a 50% até 2020 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002; DALGALARRONDO, 2008).

Neste sentido, estima-se que no mundo mais de 300 milhões de pessoas sofram com algum tipo de transtorno mental. Cerca de 800 mil pessoas cometem suicídio ao ano, sendo assim, a segunda principal causa de morte entre pessoas. Embora existam diferentes tratamentos para o sofrimento mental, menos da metade das pessoas afetadas tem acesso ao tratamento, ou seja, 90% dos casos não recebe tratamento. Destaca-se ainda que a depressão é a principal causa de incapacidade em todo o mundo e contribui de forma importante para a carga global de doenças (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANADA SAÚDE, 2018).

Naturalmente, os segredos do doente mental são as chaves significativamente relevantes para descobrir a origem dos sintomas, já que a irracionalidade do paciente é, na maioria das vezes, resultado de alguma experiência vivida que o

afetou drasticamente. A diferença do doente mental para as pessoas consideradas “normais” é a intensidade da reação a tal experiência, que acaba ocorrendo de forma exagerada. Esses doentes enfrentam severas dificuldades no meio social, e isso contribui para a piora do estágio da doença, dificultando a busca por tratamento (FIGUEREDO, TEONÓRIO, 2002; FERREIRA, 2010).

Neste sentido, existem diferentes abordagens que buscam compreender os significados e sentidos das manifestações do paciente. Tradicionalmente, pertence à “psicologia” e a “psiquiatria” a intervenção, compreensão e atuação terapêutica. Outras linhas e pensamento auxiliam na compreensão do sujeito, como a sociologia, filosofia e antropologia, porém com limitações (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Neste aspecto, será considerada apenas a “psiquiatria” como uma das ciências dedicadas à compreensão dos fenômenos psíquicos (DALGALARRONDO, 2008). Destaca-se, também, que as doenças psiquiátricas tradicionalmente são tratadas com uma abordagem biomédica baseada em evidências, mas atualmente outras abordagens integram vários elementos do contexto cultural da pessoa. Um exemplo disto são as abordagens integradas, na perspectiva sistêmica e “biopsicossocial” (KLEINMAN, 1980). Com isso, o objetivo geral do trabalho foi investigar e analisar o diagnóstico e intervenção em saúde mental.

2 | METODOLOGIA

O trabalho foi realizado mediante ao Relato de Experiência cujo método foi o Estudo de Caso, que é um processo específico para o desenvolvimento de uma investigação qualitativa, através de um quadro de paradigmas bem distintos, como o positivista, o interpretativo ou o crítico. Seu objetivo é o estudo de uma entidade bem definida: um programa, uma instituição, um sistema educativo, uma turma, uma pessoa ou uma entidade social. O estudo de caso visa conhecer em profundidade os “como” e os “porquês” que caracterizam o objeto de estudo, fazendo justiça à sua unidade e identidade própria. Ele utiliza, também, uma grande variedade de instrumentos e estratégias de coleta de dados. Tem um forte cunho descritivo que conduz a um profundo alcance analítico (COHEN; MANION; MORRISON, 2000).

Assumiram-se, dessa forma, duas posturas neste estudo: (1) interpretativa, procurando compreender como é o mundo do ponto de vista dos participantes, e (2) pragmática, cuja intenção fundamental é proporcionar uma perspectiva global, completa e coerente, do objeto de estudo do ponto de vista do investigador (COHEN; MANION; MORRISON, 2000).

Foi avaliado um paciente em situação de internamento em um Hospital Mental localizado no bairro Messejana, em Fortaleza, Ceará. O paciente do

sexo masculino tinha idade de 29 anos e estava na instituição há dois anos por comportamentos agressivos e perda do contato com a realidade. Foi utilizada como ferramenta principal o roteiro de anamnese, que, através de métodos desenvolvidos pela investigação multidisciplinar na exposição de perguntas ao cliente, permite-se uma aproximação e identificação da causa e sintoma por meio de um tipo de entrevista retrospectiva sob sua história de vida, buscando informações valiosas para o conhecimento da dinâmica afetiva. Neste estudo, o roteiro de anamnese se estruturou nos seguintes componentes: identificação do paciente, queixa principal, queixa secundária, sintomas, histórico da doença atual, histórico pessoal, histórico familiar, história patológica, exame psíquico e a hipótese diagnóstica (SANTOS, 2010).

Na estruturação dos resultados e discussão deste trabalho foi utilizada a “análise de conteúdo”. Este método se apodera de técnicas na investigação psicossociológica e de estudos das comunicações de massas. Neste estudo, seus métodos e técnicas incluíram respectivamente: a organização da análise, a codificação de resultados, as categorizações, as inferências e a informatização da análise das comunicações. Seu ponto de partida se configurou na organização por meio das fases envolvendo três polos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (BARDIN, 2009).

Ademais, o trabalho baseou-se em princípios éticos que objetivam o respeito, dignidade, igualdade e integridade do ser humano. Foi fundamento ético respeitar a identidade profissional a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas e grupos, apoiado nos valores embasados pela Resolução 466/12, dessa forma, o entrevistado será abordado por meio de abreviações para manter o sigilo de sua identidade. Foram realizadas cinco visitas com intervalo de 15 dias e duração de duas horas cada, durante três meses.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através da “Análise de Conteúdo”, por meio da “organização, codificação e categorizações”, foram estruturados 3 tópicos elementares que configuram o objetivo e sentido desta pesquisa. Os tópicos estão distribuídos posteriormente em: (1) A história do paciente, (2) Diagnóstico na perspectiva da psiquiatria, e (3) Intervenção para saúde mental.

3.1 A história do paciente

Paciente J.H., 29 anos, sexo masculino, solteiro, caucasiano, proveniente da cidade de Maranguape, auxiliar de serviços gerais afastado, encontrava-se internado

em um Hospital Mental no bairro Messejana em Fortaleza - Ceará há dois anos. O paciente relatou que se considerava louco, porque tinha medo da sociedade, era angustiado e ansioso, além de citar que tinha medo da morte e do escuro. Ao citar que tem medo do escuro ele declarou já ter se comunicado com “pessoas mortas”. Nesta comunicação ele relatou que uma destas “pessoas mortas” veio buscar ele para o mundo espiritual. Ele associava seu estado de loucura à agressividade de seu pai para com a sua mãe, considerando o pai como louco. Ele relata que descobriu que sua mãe fez uso de medicamentos para impedir seu nascimento (abortá-lo), pois frequentemente havia brigas e discussões entre seus pais tendo como principal motivo a gravidez indesejada.

J.H. relata que todos esses detalhes foram descritos por sua mãe para ele, tendo esta várias infecções no período da sua infância e gravidez, e submetendo-se a tratamentos médicos frequentes. Descreveu, também, que não gostava de brincar com os amigos e preferia estar em casa descansando ao passo que a rotina se limitava de casa à escola. Ele disse sentir-se traumatizado e afirmava que sua doença não tem cura. Para agravar sua situação, ele mencionou que no período de sua adolescência tentaram executar sua vida em duas situações: (1) quando estava em um bar “bebendo cachaça” (sic.), e (2) em uma festa quando o namorado de uma amiga tentou executá-lo por ciúmes. Ele complementou que gosta de mulheres casadas.

Ao falar de sua vida sexual, ele declarou que teve o primeiro contato com a atividade sexual aos 14 anos através da masturbação, enquanto se lembrava de sua primeira namorada. Após o fim do relacionamento, citou que dificilmente se masturbava. Apesar de ter curiosidade e iniciativa em uma relação homoafetiva, mencionou que teve medo e desistiu antes de começar o ato sexual. Relatava sentir saudades de seu primeiro namoro, mas que não gostava mais de namorar. Ele acha que o primeiro namoro o deixou traumatizado em relação aos demais, por isso seus relacionamentos duravam pouco, no máximo 10 dias. Ele relatou que sofreu um acidente de moto e se submeteu a uma cirurgia, achando que sua “cabeça” estava diferente. Após o acidente, ele disse ter engordado 20 quilos e seus pensamentos foram descritos como tristeza e desmotivação para realizar outras atividades. Quando o acidente ocorreu ele tinha apenas 16 anos e estava jogando futebol, até que a bola foi para o outro lado da rua e, ao atravessar esta, uma moto bateu nele.

Aos 18 anos começou a trabalhar, porém está desempregado. Durante 10 meses ele afirmou ter recebido um valor simbólico oferecido pelo governo e depois pelo INSS, por 12 meses, e que o motivo de ter deixado esse emprego devia-se ao fato que queimava muito as mãos com o uso das máquinas, além de não ter uma boa relação com os colegas. J.H diz que sempre trabalhou para ajudar a família e mencionou que o pai trabalhava muito para auxiliar os filhos. Eles residem na

zona rural e, atualmente, sua irmã busca seu direito a aposentadoria por ele ser “portador” de “doença mental”.

Ele finalizou as sessões tratando sobre a relação com seus irmãos, que era conflituosa, e rodeada por brigas e discussões, tendo o dinheiro como principal causa, citando, também, que o irmão mais velho matou uma pessoa em uma “bebedeira”, o que o levou a ficar em pendência com a justiça; falou, em seguida, sobre o momento no qual ele ingeriu substâncias para cometer suicídio, como o “chumbinho” (veneno para matar rato); por fim, ele declarou que não usava nicotina, porém, ao ver seu pai usando, aderiu ao vício. Concluiu as sessões relatando que foi internado porque surtou e teve ataques agressivos contra outras pessoas, sem nenhum motivo plausível.

3.2 Diagnóstico na perspectiva da psiquiatria

O diagnóstico psiquiátrico é fruto de uma corrente que se estabeleceu a partir do século XIX. A nova definição clínica é baseada em hipóteses verificáveis através de características e manifestações biológicas específicas com base no avanço da pesquisa farmacológica e eliminação de viés cultural e social, uniformizando as observações e possibilitando a exclusão de outras distribuições e prevalências (CÂMARA, 2007). Porém, existem outras abordagens psiquiátricas que integram a dimensão cultural e sistêmica, como a Etnopsiquiatria.

Neste aspecto, as doenças psiquiátricas tradicionalmente eram tratadas com uma abordagem biomédica baseada em evidências. Atualmente, há outras abordagens na integração da variabilidade diagnóstica por meio do contexto da pessoa, integrando assim uma perspectiva sistêmica e biopsicossocioespiritual. Neste sentido, a Etnopsiquiatria dirige sua metodologia na investigação de questões sociais, no estudo das mentalidades e no universo do homem, procurando compreender as formas comportamentais e sistemas de crenças em seus diferentes níveis de significados. Ela busca diagnósticos individuais e coletivos, compreendendo assim a resolução destes nos recursos fornecidos pela própria cultura (LAPLANTINE, 1994; BRAUNSTEIN, 2013).

Por conseguinte, a anamnese em psiquiatria se dá por meio da procura do paciente com um conjunto de queixas, ordenando sintomas através de perguntas adicionais, então se formula uma hipótese diagnóstica e a confirmação se dá através de sinais específicos ou marcadores biológicos. Em seguida, o paciente será conscientizado da doença, sua evolução e malefícios, sendo convidado a interromper este curso fatídico através de um tratamento específico, concluindo o ato médico (PAGLIOSA; ROS, 2008). Esse diagnóstico se fundamenta também em parâmetros estatísticos e mensuração de quadros que costumam aparecer em prevalência, estabilidade, complexos sintomáticos e efeitos na linha de vida do

doente (KRAEPELIN, 2006).

Para compreender as características citadas, o laudo psiquiátrico da instituição enquadrrou seu discurso na patologia determinada pela Organização Mundial de Saúde, estabelecida pela CID-10, como forma de identificação do transtorno e estabelecimento de uma compreensão acerca dos acontecimentos relatados. O paciente tinha características do F20.6, transtorno de esquizofrenia na categoria simples, a qual pode ser descrita como a perda gradual e insidiosa do impulso e da ambição. Nesta modalidade o paciente se afasta do contato com outras pessoas e frequentemente abandona o emprego e hábitos sociais. Recomenda-se cautela na realização do diagnóstico, pois esta condição patológica não é particularmente responsiva à medicação, e este rótulo pode piorar a condição do paciente (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

É importante compreender que existe uma complexidade de fatores na construção simbólica deste sujeito que possibilitam diferentes formas de atuação e manifestação de sinais e sintomas oriundos de um sofrimento psíquico. Outros pontos que merecem destaque são a influência da cultura, e das classes sociais através de ritos e tabus, dentre outros que movimentam a subjetividade através de interesses dinâmicos (LAPLANTINE, 1994). Destaca-se, por exemplo, que tais atitudes historicamente construídas por J.H. é fruto de uma relação, representação dinâmica e sistêmica estabelecida dentro do seu contexto familiar, oriundo de tensões e diferentes formas de elaboração de conflitos. Seu comportamento transmite uma ideia de respostas aos estímulos no meio cultural que lhe foi estabelecido.

No retorno às concepções psiquiátricas, outra situação assimilada é o modelo de estresse-diátese, entendendo que os indivíduos de famílias com perturbações psicológicas influenciam o desenvolvimento de transtornos mentais, mesmo com fatores pré-dispostos ou com uma vida sadia, o que pode ser exemplificado pela agressividade dos pais de J.H. e pela percepção de rejeição vivenciada com a tentativa de aborto. Essa relação de agressão desenvolve uma personalidade vulnerável ao estresse e a perturbação e na organização do ego que, em J.H., se manifestou através da percepção de se achar louco. Essas características são descritas na esquizofrenia com uma tonalidade de sentimentos, incluindo a perplexidade, terror, senso de isolamento e ambivalência esmagadora (KAPLAN, SADOCK, 2016).

A psicoimunologia adiciona na esquizofrenia conceitos relacionados a causas biológicas, como infecção na gravidez, ingestão de medicamentos abortivos, entre outros que podem ser motivos relevantes no desenvolvimento da doença, o que pôde ser observado em J.H., cuja mãe tentou abortá-lo através de medicamentos. Nesse período, o feto pode ter inúmeras anomalias que se refletem após seu

nascimento. A maior incidência de complicações pré-natais, perinatais e neonatais em pacientes esquizofrênicos apoiam o trauma como fator casual. Corroborando essa informação, em seu discurso, J.H. relata que teve várias infecções quando criança (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Neste aspecto, compreendemos que há uma dupla vinculação elaborada no período da gravidez, através da dúvida da mãe de “ter” ou “não-ter”, o filho. Esta relação ambígua e o envolvimento com a ingestão de medicamentos esta relacionada com a dupla comunicação da mãe, que pode ter sido percebida no nível inconsciente do filho e que pode ter um efeito esquizofrenogênico (BATESON, JACKSON; HALEY, 1956).

Na dupla comunicação não se consegue distinguir qual das mensagens deve ser descartada e qual deverá ser considerada, a dúvida conduz a um impasse, fazendo com que se perceba a realidade pela ótica da dupla vinculação. Estas mensagens são simultâneas, contraditórias e confusas. A vivência desse processo chega a atingir níveis intoleráveis (BATESON, JACKSON; HALEY, 1956).

De acordo com Bateson e colaboradores (1956), o esquizofrênico é fruto dessa modalidade de comunicação. Fruto de um contexto relacional ameaçador, confuso e imobilizante. Isso pode levar o indivíduo constantemente a confundir o literal e o metafórico. O único caminho encontrado por este indivíduo, membro de uma família envolvida por longo período nesse tipo de comunicação, pode ser justamente à esquizofrenia.

É através da doença que sua confusão pode ser expressa, sem medo de atacar diretamente aquilo que o ataca, como no caso de J.H. (BATESON, JACKSON; HALEY, 1956).

Na esquizofrenia, os distúrbios no processo de pensamento se referem à linguagem e ideias que são estabelecidos em experiências anteriores, assim, a explicação para o paciente que tinha medo de sair de casa se relacionava a eventos de morte e brigas armazenados em sua memória, por meio da linguagem estabelecida em seu discurso parental. Da mesma forma, isso pode ser refletido na dificuldade de namorar por achar que as garotas tinham medo dele. Esse medo pode ser compreendido como uma manifestação e transferência de suas experiências e relações familiares (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013; KAPLAN, SADOCK, 2016).

A esquizofrenia também tem como características a transferência de discursos que são estabelecidos no ambiente familiar, o que se reflete no desenvolvimento do hábito de fumar do entrevistado, que aderiu ao vício depois do contato com o pai como fumante (KAPLAN; SADOCK, 2016; KRAEPELIN, 2006).

Por fim, destaca-se que ao citar que tem medo do escuro e ter se comunicado com “pessoas mortas”, J.H. retoma a uma das características que compõe a essência

da esquizofrenia. Relatou ainda que na comunicação as “pessoas mortas” veio buscar ele para o mundo espiritual. Tais características podem ser compreendidas como um delírio na percepção onde há influência ou passividade através de vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa. Isso direciona o paciente para transtornos do pensamento e sintomas negativos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

3.3 Intervenção para saúde mental

Sugere-se, como tratamento, o acompanhamento individual durante o período de hospitalização, a fim de diminuir o estresse do indivíduo, ajudando-o a estruturar suas atividades diárias com orientação prática, dirigida aos temas de situação vital, automanutenção, qualidade de vida, emprego e relacionamentos sociais. O acompanhamento individual como proposta de intervenção possibilitará também a educação e reinserção reelaborando novas vivências (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

Adicionalmente, em casos extremos, são sugeridos o uso de antipsicóticos, que são utilizados como tranquilizadores e visam a realização do tratamento físico e clínico do paciente em suas lesões orgânicas. Outras formas são os tratamentos psicossociais, como a terapia comportamental, buscando novas maneiras de reforçamento social, interpessoal, autossuficiência e habilidades práticas. Há também as terapias em grupo que focalizam planos, problemas e relacionamentos na realidade do paciente (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

A psicanálise é uma alternativa de intervenção que se dá através da análise e tem como finalidade um trabalho investigativo sobre o autoconhecimento, possibilitando lidar com o sofrimento e criar mecanismos de superação para as dificuldades e o desenvolvimento da autonomia. Uma característica essencial do trabalho psicanalítico é o deciframento do inconsciente e a integração de seus conteúdos na consciência. Esta abordagem foi desenvolvida pelo psiquiatra alemão Sigmund Freud e se estrutura na busca pela saúde mental (GARCIA-ROSA, 1985).

Outra abordagem é Constelação Familiar que busca criar “esculturas vivas” reconstruindo a árvore genealógica, permitindo localizar e remover bloqueios do fluxo amoroso de qualquer geração ou membro da família. Ela busca potencializar e expandir o olhar sobre o sistêmico incluindo os conflitos “intra” e “extra” relacionais. Nesta abordagem, a pessoa é vista como parte do sistema, estendendo a compreensão de sistema enquanto campos mórficos ou morfogenéticos com emaranhamentos e padrões de repetição relacionados ao sofrimento existente no “campo”, que vão além das representações dos pais e da família (BRAGA, 2009).

Por fim, o treinamento de habilidades sociais é fundamental porque possibilita

a forma de atingir a sobrevivência e independência do indivíduo aprofundando relacionamentos socialmente gratificantes. Reforça-se a psicoterapia individual, como behaviorismo ou humanismo, alinhado ao treinamento de habilidades sociais na busca por uma compreensão de seu potencial como indivíduo, não importando suas inquietações, hostilidades e seus comportamentos peculiares. Tais propostas visam à eficácia terapêutica de maneira a melhorar a qualidade e expectativa de vida do paciente (KAPLAN, SADOCK, 2016). Por fim, destaca-se que as intervenções postas neste tópico envolvem aspectos biopsicossociais na construção integrativa da saúde mental do sujeito.

4 | CONCLUSÕES

Pode-se compreender que o caso analisado transmite uma dinâmica complexa de discurso contraditório, desordem cronológica na linguagem estabelecida, medo, tensão, alienação na tomada de decisões, frequência de questionamentos sobre a vivência mal elaborada e ausência de afirmação. Tais características têm relação com a dinâmica familiar que se apresenta, segundo o discurso do analisado, desestruturada e construída frente a conflitos, disputas de poder e fenômenos mal resolvidos. Esses conflitos refletem um conjunto de acontecimentos historicamente construído naquele ambiente tendo origem nas dificuldades de estabelecimento da lei parental, representadas simbolicamente na conduta dos filhos.

É interessante observar durante o discurso dos acontecimentos que há uma fixação em períodos que os problemas se repetem e a alternativa ilusória de eliminação rápida, como forma de resolução. Isso pode ser exemplificado na gravidez indesejada, na tentativa de suicídio e no término de namoros. De fato, há valores do coletivo familiar que se expandem para o meio social, colocando em risco outras pessoas nesse entrelaço e formulando um ciclo de mal-estar.

Neste aspecto, é importante destacar que o diagnóstico pode implicar também tais sinais e detalhes desta história para que a própria intervenção clínica vá além da sua supressão. Trata-se de extrair a peculiaridade e o que afeta. Ou seja, é este dizer acerca dele mesmo e de sua história, seus sofrimentos numa situação singular.

Isso redireciona o sujeito que está em falta para sua inquietação. Essa falta está direcionada ao amor, e sua consequência é o vazio. É por causa dessa falta que o sujeito passa a se utilizar de artifícios para apaziguar imaginariamente e/ou simbolicamente o vazio, ou seja, o que pode ser um comportamento problema também é uma manifestação do sofrimento. Isso não significa que o sujeito está com uma doença mental específica, mas com representações variadas de situações do seu histórico de vida que possibilitaram uma conduta.

Com isso, é importante destacar um trabalho multidisciplinar como forma de identificar outras variáveis para o benefício e saúde mental deste indivíduo assim como outros diagnósticos.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)**. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BRAGA, A. L. A. Psicopedagogia e constelação familiar sistêmica: um estudo de caso. **Rev. psicopedag.**, São Paulo, v. 26, n. 80, p. 274-285, 2009.

BRAUNSTEIN, A. **Classificar em Psiquiatria**. México: Siglo XXI, 2013.

BATESON, G.; JACKSON, D.J.; EWEKLAND, J. (1956) Toward a theory of schizophrenia. In: CALLIL, V. L.L, **Terapia familiar de casal**. São Paulo: Summus 1987, p. 29-30.

BATESON, G.; JACKSON, D.J.; EWEKLAND, J. **Toward a theory of schizophrenia**. United States, Behavioral Science, v. 1, n. 4, p. 251-264, 1956.

CÂMARA, F. P. A construção do diagnóstico psiquiátrico. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 10, n. 4, p. 677-684, 2007.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 3; p. 687-691, 2011.

COHEN, L.; MANION, L.; MORRISON, K. **Research methods in education**. Londres: Routledge, 2000.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FERRARI, I. F. Agressividade e violência. **Psicologia clínica**, Rio de Janeiro, V. 18, n. 2, p. 49-62, 2006.

FERREIRA, E. P. A separação amorosa: uma abordagem psicanalítica. **Psicanálise & barroco em revista**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 56-97, 2010.

FIGUEIREDO, A. C.; TENÓRIO, F. O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. **Revista Latino Americana de Psicopatologia**, Rio de Janeiro, v., n. 1, p. 29 – 43, 2002.

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

FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000.

GARCIA-ROSA, L. A. **Freud e o inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

- GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A. I. (Orgs). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.
- KAPLAN, H.; SADOCK, B. **Compêndio de psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2016.
- KLEINMAN, A. **Patients and Healers in the Context of Cultures: An Exploration of Boderland between Anthropology and Psychiatry**. Berkeley/Los Angeles: University of California Press, 1980.
- KRAEPELIN, E. **A demência precoce**. Lisboa: Climepsi, 2006.
- LAPLANTINE, F. **A descrição etnográfica**. São Paulo: Terceira Margem, 2004.
- LAPLANTINE, F. **Aprender Etnopsiquiatria**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.
- LIMA, C. A.; TOCANTINS, F. R. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 62, p. 367-373, 2009.
- LOWY, M. **Ideologias e ciência social: elementos para uma análise marxista**. São Paulo: Conferências Pronunciadas na Pontifica, 1991.
- MONTEIRO, F. J.; MADEIRA, T. Considerações sobre doença mental e comunicação social. **Análise Psicológica**, Lisboa, Vol. 25, n. 2, p. 97–109, 2007.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, OPAS. **Folha informativa - Depressão**. Brasília DF: OPAS/OMS, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095. Acesso: 02 de abril de 2019.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: OMS, 2002.
- PAGLIOSA, F. L.; ROS, M. A. O relatório de Flexer: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Santa Catarina, v. 4, n. 32, p.492-499, 2008.
- PESSOTI, I. **A Loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.
- PHILLIPS, A. **Louco para ser normal**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista brasileira de fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, 2007.
- SANTOS, S. S. C., *et al.* Elaboração de prontuário do residente em uma instituição de longa permanência para idosos. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 725-731, 2010.
- VICENTINO, C. **História geral**. São Paulo: Scipione, 2004.

AS DIFERENTES FACES DA ANSIEDADE: COMPREENSÕES A PARTIR DA ANÁLISE COMPORTAMENTAL

Data de aceite: 05/06/2020

Amanda Cybelle da Silva Amaral

Graduanda do curso de Psicologia da Autarquia de Ensino Superior de Arcoverde – Escola Superior de Saúde de Arcoverde – AESA-ESSA.

Amanda Moreira Bezerra

Graduanda do curso de Psicologia da Autarquia de Ensino Superior de Arcoverde – Escola Superior de Saúde de Arcoverde – AESA-ESSA.

Érica Alessandra Barbosa Silva

Graduanda do curso de Psicologia da Autarquia de Ensino Superior de Arcoverde – Escola Superior de Saúde de Arcoverde – AESA-ESSA.

Fagner da Silva Medeiros

Graduando do curso de Psicologia da Autarquia de Ensino Superior de Arcoverde – Escola Superior de Saúde de Arcoverde – AESA-ESSA

Giselle Bezerra dos Santos Araújo

Licenciada com Bacharel em Educação Física pela AESA-ESSA e Pós-graduanda em Treinamento Esportivo pela FIP. Graduanda do curso de Psicologia da Autarquia de Ensino Superior de Arcoverde – Escola Superior de Saúde de Arcoverde – AESA-ESSA.

Luana Kelle Ferreira Pereira

Graduanda do curso de Psicologia da Autarquia de Ensino Superior de Arcoverde – Escola Superior de Saúde de Arcoverde – AESA-ESSA.

Giliane Cordeiro Gomes

Psicóloga graduada pela UPE. Doutoranda em Psicologia pela UFPE. Mestra em Psicologia pela UFPE. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pela ESUDA – *Campus* Recife. Docente do Curso de Psicologia da AESA-ESSA

RESUMO: Introdução: Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil é o país com a maior taxa de pessoas com transtornos de ansiedade no mundo e o quinto em casos de depressão. Segundo MARTINS, CARRILHO, et al., (2016), a ansiedade pode, porém, tornar-se disfuncional, trazendo prejuízos funcionais e sociais ao indivíduo, passando a ser designada patológica. XIMENES e NEVES (2018), diz que, muitos estudiosos do assunto consideram a ansiedade o mal da atualidade, por julgarem que a sociedade moderna em que vivemos encontra-se em um ritmo frenético de mudanças, sejam elas tecnológicas, econômicas e/ ou sociais. Lopes (2018) ressalta que o aumento de casos de transtorno de ansiedade pode ser pela falta de planejamento cotidiano ou até mesmo algum trauma no passado, desestrutura familiar e algum tipo de abuso físico ou psicológico. XIMENES e NEVES (2018) ressaltam a importância de uma avaliação psicológica, que por intermédio de suas técnicas, pode contribuir

para uma investigação e melhor compreensão desses transtornos, corroborando na indicação do melhor tratamento terapêutico, uma vez que foram descartadas, através de uma avaliação médica, causas orgânicas, bem como o uso de substâncias ou de medicações que mimetizam sintomas ansiosos. A ansiedade pode ser considerada, de modo geral, como uma classe de respostas operantes e respondentes sob controle de determinados estímulos. As classes respondentes da ansiedade podem ser definidas enquanto respostas eliciadas por um estímulo aversivo, condicionado ou incondicionado. [...] e comportamentos motores públicos, fundamentalmente os de fuga/esquiva. (HESSEL, BORLOTI & HAYDU, 2012; VALENÇA, 2014). RODRIGUES (2018), o transtorno de ansiedade social (TAS), também conhecido como fobia social (FS), é uma condição em que o indivíduo se esquiva de situações sociais pelo receio de ser avaliado negativamente. (VALENÇA, 2014), Pressupõe-se então que, comportamentos de fuga/esquiva de estímulos sociais aversivos, como humilhação ou embaraço foram amplamente estabelecidos no repertório destes indivíduos e são mantidos pela retirada ou adiamento de tais estímulos. SILVIA E SAVOIA (2017), geralmente, o tratamento psiquiátrico é realizado dentro do ambiente natural do paciente

Objetivo: Identificar as principais fases da Ansiedade e da fobia Social a partir da Análise do Comportamento. Metodologia: Estudo de revisão de literatura com abordagem qualitativa, no período de 2016 à 2018, foi realizada busca de artigos sobre: Transtornos de Ansiedade e Transtorno de Ansiedade Social (TAS), a busca foi realizada na Scientific Electronic Library

Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os critérios de inclusão foram artigos completos publicados entre 2016 e 2018 em língua portuguesa. Foram excluídos os artigos com apenas os resumos disponíveis, em outros idiomas e com publicação anterior à 2016, foram incluído sete artigos completos para a fundamentação do estudo. Resultados e discussões: Os artigos científicos analisados evidenciam a complexidade que envolve os transtornos de ansiedade e o transtorno de ansiedade social, a relação de pessoas acometidas com tais patologias e a dificuldade de um convívio social saudável. Skinner (1957) compartilha desta tese ao afirmar que grande parte do que fazemos não é para obter reforços positivos, mas sim para evitar consequências aversivas. Conclusão: Percebe-se que na sociedade atual os transtornos relacionados ansiedade é notoriamente um fator adoecedor da humanidade, uma vez que pessoas acometidas pelo os mesmo se esquivam de um convívio social, apresentando assim medos, fobias e reações fisiológicas que os impossibilitam de ter uma vida social, familiar e profissional ativa. Para tanto a ansiedade social apresenta-se de forma a ser consideradas “normais”, como a timidez. Já o TAS se constitui como uma “patologia”, tendo assim a necessidade de um olhar clínico e um problema a ser tratado na saúde mental. Ainda há muito o que compreender e o que produzir sobre este fenômeno tão complexo. Faz-se necessário uma abordagem multiprofissional e sistematizada, que atuem nas várias esferas de tratamento ao indivíduo integral, como um todo,

biopsicossocial para uma melhor resposta clínica e maior qualidade de vida.

PALAVRAS - CHAVE: Transtorno de Ansiedade Social; Fobia Social; Análise Comportamental.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1998), o Brasil é o país com a maior taxa de pessoas com transtornos de ansiedade no mundo. Ximenes e Neves (2018), dizem que, muitos estudiosos do assunto consideram a ansiedade o mal da atualidade, por julgarem que a sociedade moderna em que vivemos encontra-se em um ritmo frenético de mudanças, sejam elas tecnológicas, econômicas e/ou sociais. De modo semelhante Lopes (2018), ressalta que o aumento de casos de transtorno de ansiedade pode ser pela falta de planejamento cotidiano ou até mesmo algum trauma no passado, desestrutura familiar e algum tipo de abuso físico ou psicológico.

Nesse contexto, Coelho e Tourinho (2008) assinalam que a ansiedade tem sido geralmente definida como um estado emocional desagradável acompanhado de desconforto somático, que guarda relação com outra emoção - o medo. Esse estado emocional é geralmente relacionado a um evento futuro e, às vezes, considerado desproporcional a uma ameaça real. Observa-se que o desconforto presente na ansiedade costuma ser descrito pelo senso comum por meio de sensações físicas tais como “frio na barriga”, “coração apertado”, “nó na garganta”, “mãos suadas” e é, além disso, sentido como “paralisante” (ZAMIGNANI; BANACO, 2005).

Segundo Martins et al (2016), a ansiedade pode trazer prejuízos funcionais e sociais ao indivíduo, passando a ser designada patológica. Assim, em termo analítico comportamentais, adquire o status de queixa clínica quando se intensifica a relação do indivíduo com eventos aversivos em suas múltiplas possibilidades de interação (ZAMIGNANI; BANACO, 2005).

Ximenes e Neves (2018), ressaltam a importância de uma avaliação psicológica, que por intermédio de suas técnicas, pode contribuir para uma investigação e melhor compreensão desses transtornos, corroborando na indicação do melhor tratamento terapêutico. Dentre as possibilidades psicoterapêuticas a Análise do Comportamento configura-se, segundo Coelho e Tourinho (2008) como uma abordagem psicológica que busca realizar: a análise das variáveis envolvidas nos quadros psiquiátricos, com ênfase nas respostas de esquiva e eliminação de estímulos ansiogênicos; a observância de outras variáveis ambientais relevantes; a compreensão das relações operantes não verbais, das contingências que incluem um estímulo pré-aversivo, um estímulo aversivo e uma resposta “emocional” eliciada pelo pré-aversivo.

Desse modo, segundo Coelho e Tourinho (2008) a análise skinneriana é tomada como ponto de partida, visto que constitui a referência em que outros textos analítico-comportamentais se fundamentam. Em diferentes momentos, essa abordagem aponta que:

(a) um estímulo pré-aversivo elicia respostas fisiológicas emocionais; (b) essas respostas emocionais podem elas mesmas adquirir funções aversivas; (c) um outro efeito da exposição às contingências que produzem ansiedade (estimulação aversiva com pré-sinalização) consiste da redução na taxa de resposta antes mantida por reforço positivo (a supressão condicionada); e (d) um estímulo verbal pode vir a adquirir a função eliciadora da resposta fisiológica (emocional), a partir de uma associação com o estímulo eliciador incondicionado (p. 172).

A ansiedade pode ser considerada, de modo geral, como uma classe de respostas operantes e respondentes sob controle de determinados estímulos. As classes respondentes da ansiedade podem ser definidas enquanto respostas eliciadas por um estímulo aversivo, condicionado ou incondicionado e comportamentos motores públicos, fundamentalmente os de fuga e/ou esquiva. (HESSEL; BORLOTI; HAYDU, 2012; VALENÇA, 2014).

Considerando o comportamento de fuga e/ou esquiva, Rodrigues (2018), salienta que o Transtorno de Ansiedade Social (TAS), também conhecido como Fobia Social (FS), é uma condição em que o indivíduo geralmente emite o comportamento de esquiva de situações sociais pelo receio de ser avaliado negativamente. Valença (2014), pressupõe-se então que, comportamentos de fuga/esquiva de estímulos sociais aversivos, como humilhação ou embaraço foram amplamente estabelecidos no repertório dos indivíduos com TAS e são mantidos pela retirada ou adiamento de tais estímulos.

Se houver a possibilidade de emissão das respostas de fuga do estímulo condicionado e/ou fuga do incondicionado, essas respostas tornam-se mais prováveis de serem emitidas do que as que levariam à produção de estímulos reforçadores positivos. Caso não haja a possibilidade de respostas de fuga e esquiva, o efeito reflexo da estimulação condicional paralisa a emissão de respostas operantes que produzem o estímulo reforçador positivo. A esta descrição da ansiedade do uso o nome de 'supressão condicionada.' (ZAMIGNANI; BANACO, 2005, p. 83).

Skinner (1957) compartilha desta tese ao afirmar que grande parte do que fazemos não é para obter reforços positivos, mas sim para evitar consequências aversivas. Desse modo, ao que se refere ao repertório do indivíduo, suas ações, ou esquiva das mesmas ao atingirem determinados juízo crítico postos pela psicopatologia tradicional, como “sofrimento clinicamente significativo” ou “prejuízo no funcionamento social, familiar, profissional ou em outras extensões importantes da vida do indivíduo” a estas situações a American Psychologia Association - APA, (2014), são classifica como característica de um transtorno e assim, deve constituir alvo de intervenção clínica.

A análise que apresenta aqui consiste, portanto, de uma revisão teórica, baseada em artigos e capítulos de livros que abordam a ansiedade sob o enfoque da Análise do Comportamento. Os textos analisados são ilustrativos de explicações analítico-comportamentais que enfatizam diferentes aspectos do fenômeno, ou

diferentes relações que podem dele participar. Os tópicos a seguir descrevem os principais tipos de Transtorno de Ansiedade, porém ressalta-se que a compreensão de que a Análise do Comportamento é uma forma de compreender o fenômeno estudado.

Análise do Comportamento

O processo comportamental é explicado na Análise do Comportamento, por meio da descrição das relações do indivíduo e seu meio ambiente. Sendo assim, Skinner (1970) define o ambiente a partir dos eventos do universo capazes de afetar o organismo, assim, quando o ser passa por esses eventos externo, mudanças fisiológicas ocorrerão no indivíduo devido ao efeito do evento ambiental. Assim, o organismo modificado, age sobre o ambiente que, finalmente, é modificado por tais ações. Como sugerido por Skinner (1989), nenhum atendimento acerca do que está ocorrendo dentro do corpo, por mais completa que seja, irá explicar as origens do comportamento, de modo que o que advém dentro do corpo humano não é o início. Para tanto, podemos considerar, que o comportamento não é o efeito do que incide dentro do organismo, opostamente, é objeto de estudo por si mesmo.

Brito e Cerarino (2016), afirmam que é importante destacar que na perspectiva skinneriana, a ênfase está nas relações funcionais entre os eventos ambientais antecedentes e consequentes (e.g., internos ou públicos) e as respostas (e.g., internas ou públicas).

Transtorno de Ansiedade – TA

Segundo dados da Organização Mundial De Saúde (OMS), a prevalência do Transtorno de Ansiedade (TA) mundialmente é de 3,6 %, tendo um aumento mensurável quando voltamos o olhar a realidade de nosso país. No Brasil esses dados se sobre saem, de maneira que o TA está coevo em 9,3% da população, tendo assim um maior número de pessoas acometidas pelo o mesmo. Muitos dos casos de TA desenvolvem-se na infância e tendem a persistir na vida adulta quando não tratados (APA, 2014).

O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-V) apresenta o TA como uma perturbação que compartilham características de medo e ansiedade excessiva e agitações comportamentais relacionadas a eles. Medo é a resposta emocional à ameaça iminente percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura. Segundo Barbosa (2004), “as pessoas ansiosas tendem a esquivar-se de situações que evocam a ansiedade. A esquiva é um comportamento natural dos organismos resultante dos reforçadores que são amplamente liberados pelo contexto sócioverbal” (p. 164).

Sendo assim se faz necessário compreender o que é o TA. De maneira sucinta

compreende-se a ansiedade como um sentimento de medo vago e desagradável que se apresenta como tensão decorrente de uma antecipação do perigo e, portanto, esquiva de algo desconhecido. Enquanto o TAs, seria esse medo e ansiedade com um grau mais elevado, podendo ainda ter perturbações comportamentais. Segundo Fernandes et al (2017) esses transtornos diferem entre si nos objetos e situações que induzem ao medo, à ansiedade ou ao comportamento de esquiva e a ideação cognitiva associada. Ou seja, o TA diverge da ansiedade enquanto sua intensidade e o tempo de persistência além do tempo de desenvolvimento tido como normal. Em uma outra direção, há trabalhos que sugerem a importância de mudar as contingências (aversivas) ambientais envolvidas na instalação e manutenção da ansiedade (QUEIROZ; GUILHARDI, 2001).

Transtorno de Ansiedade de Separação

O transtorno de Ansiedade de Separação é marcado pelo aparecimento da ansiedade de maneira excessiva quando se tem um distanciamento dos responsáveis, seja os pais ou cuidadores, esse processo pode vir a persistir por no mínimo quatro semanas. Esse sentimento traz a criança ou adolescente (fase mais propensa ao desenvolvimento deste transtorno) um sofrimento exacerbado e prejuízos consideráveis em diversas áreas de suas vidas.

Para Marques, Paula e Souza (2018), no momento em que a criança precisa ir para escola, ou os cuidadores saírem para trabalhar, o sentimento de desamparo e temor começa a tomar conta dos mesmos, podendo causar grande aflição. Segundo Phillip (2016), uma forma de identificar um caso de ansiedade extrema é estar atento ao que a criança evita, como por exemplo, quando o medo se torna uma justificativa constante para não realizar alguma atividade. Para Queiroz e Guilhardi (2001) a necessidade da modelagem como um recurso no processo educacional pode ajudar na diminuição de resposta de fuga/esquiva possível para o tratamento e, conseqüentemente, na diminuição da ansiedade

Mutismo Seletivo (MS)

De acordo com DSM-5 (APA, 2014), o Mutismo Seletivo (MS) foi definido como um transtorno de ansiedade social, e os critérios para o diagnóstico do MS, indicados, são: fracasso persistente em falar em situações sociais específicas, perturbação que interfere na realização educacional ou ocupacional ou na comunicação social, a duração da perturbação é de no mínimo um mês, é aparentemente raro, sendo encontrado em menos de 1% dos indivíduos vistos em contextos de Saúde Mental.

As possíveis causas do mutismo seletivo apresentam-se de várias maneiras, mas o que se pode afirmar é que este transtorno “é entendido como o resultado de conflitos psíquicos não resolvidos, no qual a criança atribui um significado

inconsciente para o ato de falar” (YANOF, 1996, apud CAMPOS; ARRUDA, 2014, p. 18). Assim, vale ressaltar, que a criança não opta em deixar de falar, mas a mesma não se sente segura para se comunicar em determinados espaços e situações.

Apesar do DSM-5 (APA, 2014) especificar os critérios para o diagnóstico do MS, vale a pena ressaltar que é complexo avaliar um quadro que explicita esse transtorno, atrapalhando muitas vezes o diagnóstico por profissionais e familiares, devido à disparidade de manifestação do transtorno. O enredamento para o diagnóstico se deve ao fato dos indivíduos acometidos por tal transtorno apresentarem uma grande variante na manifestação comportamental.

Fobia Específica

Para compreender a fobia específica, uma de suas características, é que tanto o medo quanto a ansiedade estão ligados à presença de uma circunstância ou objeto particular, que pode ser chamado de estímulo fóbico. Ou seja, os objetos ao qual o sujeito teme ou os conjuntos das situações mostram-se como especificadores.

Enquanto a maneira de diagnosticar a fobia específica, considera-se que tanto o medo quanto a ansiedade é desproporcional em relação ao perigo real apresentado pelo objeto ou situação ou mais intenso do que é considerado necessário.

O sofrimento causado deve ser clinicamente significativo, ou o indivíduo deve apresentar prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida (APA, 2014).

O indivíduo acometido pela fobia específica, vale-se da evitação como meio elementar para solucionar o problema. Sua vida está centrada em medos irrealistas e angustiantes. A pessoa consegue explicar racionalmente seus medos, porém reconhece que os mesmos são responsáveis apenas ou parcialmente por seus sentimentos.

Transtorno de Ansiedade Generalizada

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é um transtorno psiquiátrico que se caracteriza pela preocupação excessiva. De acordo com o DSM-5 (APA, 2014), para o diagnóstico do TAG, a preocupação excessiva deve durar pelo menos seis meses e ser acompanhada de pelo menos três dos seguintes sintomas: inquietação, irritabilidade, perturbação do sono, tensão muscular e/ou dificuldade de concentração.

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) encontra-se entre os transtornos mentais mais achados na clínica e, apesar de primeiramente fosse visto como um transtorno leve, ultimamente avalia-se que o TAG é uma doença crônica, adjunta à comorbidades consideravelmente altas e a altos custos individuais e sociais. O estudo de Vasconcelos, Lôbo e Neto (2015), verificou uma alta taxa de

comorbidade entre TAG e Depressão Maior (53,7%), Distímia (21%) e depressão recorrente (14,6%), além de uma alta comorbidade com risco de suicídio (54,8%).

Transtorno de Ansiedade Social (TAS)

Segundo Muller (2015), o Transtorno de Ansiedade Social (TAS) é o transtorno de ansiedade mais corriqueira e oferece altas taxas de prevalência, com prejuízos funcionais importantes, impetrando abordagens terapêuticas de extensa duração em casos de maior gravidade.

De acordo com a DSM-5; APA, (2014), indivíduos com TAS manifestam um medo excessivo e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho.

Em contrapartida Garcia (2015), nos traz que o transtorno de ansiedade social apresenta como característica marcante um padrão de comportamento evitativo de situações sociais. Ou seja, não é só medo (o fisiológico) que tem influências sobre o indivíduo, mas a influência ambiental também vem trazer muitas influências sobre o mesmo, de modo que se desenvolver um comportamento evitativo social que vai muito além do que a mesma é capaz de controlar. Skinner (1986), explica que quando um determinado evento do ambiente age sobre o organismo, algo acontece dentro dele; o organismo, em seguida, age sobre o meio ambiente, e certas consequências se seguem.

Assim podemos reafirmar o que nos assegura Skinner (1957) quando diz que os estímulos emocionais não eliciam apenas as respostas, mas estabelecem disposições para o comportamento; essas disposições compreendem uma parte prática do campo da emoção. O resultado é uma mudança na probabilidade de que o organismo venha a se comportar de uma determinada forma e, essa mudança pode não ser acompanhada pelas respostas fisiológicas musculares ou glandulares, classicamente encaradas como emoções.

Transtorno de Pânico (TP)

O Transtorno de Pânico distinguir-se pelos episódios espontâneos e inesperados de ataques de pânico, momentos de medo intenso ou desconforto. Esses ataques são seguidos por sintomas somáticos ou cognitivos.

Segundo a APA (2014), esses ataques podem ser, palpitações; sudorese; tremores; sensações de falta de ar; sensações de asfixias; náuseas; sensação de tontura; medo de perder o controle ou enlouquecer; calafrios ou ondas de calor.

Sendo assim, as mudanças desadaptativas no comportamento representam as tentativas de minimizar ou evitar os ataques de pânico ou suas consequências. Os exemplos incluem a esquiva [...] esquiva de situações agrofóbicas, como sair de casa, usar transporte públicos ou fazer compras. (APA, 2014)

CONCLUSÃO

Percebe-se que na sociedade atual os transtornos relacionados ansiedade é notoriamente um fator adoecedor da humanidade. Compreende-se que as pessoas acometidas pela ansiedade tendem a apresentar o comportamento de esquiva do convívio social, apresentando assim medos e reações comportamentais que os impossibilitam de ter uma vida social, familiar e profissional ativa. Assim, o TA se constitui como uma psicopatologia, tendo assim a necessidade de um olhar clínico e um problema a ser tratado na saúde mental. Ainda há muito o que compreender a partir dos aspectos da análise comportamental e o que produzir sobre este fenômeno tão complexo, porém já entende-se que alguns aspectos indispensáveis para a estratégia psicoterápica desta abordagem, tais como: a análise de variáveis envolvidas nos quadros psiquiátricos, como as contingências ambientais, estímulos aversivos e respostas emocionais eliciadas, dando ênfase à compreensão do comportamento de esquiva. Faz-se necessário uma abordagem multiprofissional e sistematizada, que atuem nas várias esferas de tratamento ao indivíduo integral, como um todo, biopsicossocial para uma melhor resposta clínica e maior qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

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

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais V**. Tradução de M. I. C. NASCIMENTO, P. H. MACHADO, R. M. GARCEZ, R. PIZZATO; S. M. M. ROSA. Porto Alegre: ARTMED. 2014. (Trabalho original publicado em 2013).

BARBOSA, C. Ansiedade: Possíveis intervenções na Análise do Comportamento. In M. Z. S. BRANDÃO, F. C. S CONTE, F. C. BRANDÃO, Y. K. INGBERMAN, V. M. SILVA; S. O. OLIANE (Eds.), **Sobre comportamento e cognição**: Vol. 13 (pp. 163-167). Santo André, SP: ESEtec, 2004.

BRITTO, I. A. G. de S.; CESARINO, A. M. Análise do Comportamento e o Fenômeno Emocional. **Fragmentos de Cultura**. Goiânia. v. 26, n.2 p. 187-196, abr/jun. 2016.

COÊLHO, N. L., TOURINHO, E. Z. O Conceito de Ansiedade na Análise do Comportamento. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 21(2), 171-178, 2008.

HEssel, A., BORLOTI, E. B., HAYDU, V.B. O pensar e o sentir numa análise comportamental da ansiedade. Em C. V. B. B. PESSOA, C. E. COSTA M. F. BENVENUTI (Orgs), **Comportamento em foco**, vol.13, pp.283-292. 2017

LOPES, K., SANTOS W. L. Transtorno de ansiedade. **Rev Inic. Cient. Ext.** 1(1):4550, 2018.

MARQUES, N. G. F.; PAULA, T. C. S.; SOUZA, A. P. Terapia Cognitivo-Comportamental no Tratamento do Transtorno de Ansiedade na Infância. **Rev. Conexão Eletrônica** – Três Lagoas, MS – Volume 15 – Número 1 – ano, 2018.

MARTINS, M. D. A. (Eds.). **Clínica Médica**. 2.ed. Barueri: Manole, v.6, 2016.

MULLER, J. L.; TRENTINI, C. M.; ZANINI, A. M. & LOPES, F. M. Transtorno de Ansiedade Social: um estudo de caso. **Contextos Clínicos**, v.8, n.1, janeiro-junho 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE -OMS. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID10**: diretrizes diagnósticas e de tratamento para transtornos mentais em cuidados primários. Porto Alegre: Artes Médicas;1998.

RODRIGUES, M. D. da S. Transtorno de Ansiedade Social no Contexto da Aprendizagem Baseada em Problemas: **Revista Brasileira De Educação Médica** 66 43 (1): 65 – 71; 2019.

SKINNER, B. F. **The experimental analysis of behavior**. American Scientist, vol. 45 (4), pp. 343-371, 1957.

SKINNER, B. F. **Verbal behavior**. New York: Applenton-Century, 1957.

SKINNER, B. F. **Ciência e Comportamento Humano**. Trad. J. C. TODOROV; R. AZZI. Brasília: UnB/FUNBEC. 1970. (Trabalho original publicado em 1953).

VALENÇA, A. M. (2014). Psicopatologia e diagnóstico. Em NARDI, A. E.; QUEVEDO, J.; SILVA, A. G. DA. (Orgs.), **Transtorno de Ansiedade Social: Teoria e clínica** (pp. 49-55). Porto Alegre: Artmed.

XIMENES, C. R.; NEVES, G. M. B. Transtornos de ansiedade: importância da avaliação psicológica no diagnóstico e tratamento: **Revista Uni-RN**, Natal, v.18, n. 1/2, p. 121-138, jan./dez. 2018.

ZAMIGNANI, D. R., BANACO, R. A. Um Panorama Analítico-Comportamental sobre os Transtornos de Ansiedade. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. Vol. VII, nº 1, 077-092, 2005.

DEMANDAS POR MEDIAÇÃO DE CONFLITOS NAS DISCUSSÕES AGRESSIVAS NO *FACEBOOK* DOS ALUNOS DE PSICOLOGIA

Data de aceite: 05/06/2020

Data de submissão: 05/02/2020

Carmen dos Santos Godoy Ura

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – Unesp, Faculdade de Ciências,
Departamento de Psicologia
Bauru – SP

<http://lattes.cnpq.br/4497531472552747>

Bruna Elisa Baroni

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – Unesp, Faculdade de Ciências,
Departamento de Psicologia
Bauru – SP

<http://lattes.cnpq.br/8097969051526438>

Sandro Caramaschi

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – Unesp, Faculdade de Ciências,
Departamento de Psicologia
Bauru – SP

<http://lattes.cnpq.br/4257800787252890>

Jose Tadeu Acuna

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – Unesp, Faculdade de Ciências,
Departamento de Psicologia
Bauru – SP

<http://lattes.cnpq.br/1030046833513476>

Marianne Ramos Feijó

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – Unesp, Faculdade de Ciências,
Departamento de Psicologia
Bauru - SP

<http://lattes.cnpq.br/2394858284625316>

RESUMO: Atualmente a rede social virtual *Facebook* é um recorrente meio de comunicação, utilizado constantemente pelas pessoas, com maior destaque aos jovens. Nos ambientes online, as mensagens têm as mesmas funções das presenciais, apresentando, porém, simbologia e ferramentas próprias das interações virtuais gerais, e ainda específicas de cada site. Os conflitos são também parte das interações, inerentes ao convívio humano, logo estão também presentes nas relações virtuais. No presente trabalho foi feito um levantamento com alunos dos cursos de Psicologia de uma Universidade pública do interior do estado de São Paulo sobre presenciar ou envolver-se em discussões agressivas no *Facebook*, por meio de um questionário fechado e de uma pergunta final aberta. As respostas confirmaram a relevância da rede *Facebook* no cotidiano das pessoas e a frequência de disputas e agressões digitais. A mediação de conflitos e os diálogos restaurativos foram indicados como possíveis

ferramentas para lidar com as demandas daqueles que se envolvem com conflitos em redes virtuais, tal como o *Facebook*.

PALAVRAS CHAVE: rede social, comunicação, conflitos, mediação de conflitos.

MEDIATION REQUEST ON OFFENSIVE WRANGLE ON *FACEBOOK* AMONG PSYCHOLOGY STUDENTS

ABSTRACT: Nowadays the virtual social network Facebook is important tool in most people's everyday life, especially the younger ones. The communication is presente in every interaction context. In online environments, the messages have the same functions as face-to-face ones, however, presenting characteristic virtual symbology and tools. Conflicts are also part of interactions, inherent in human conviviality, as so, they are also present in virtual interactions. The present study surveyed the demands of psychology students from a public University of the countryside of São Paulo who witnessed or engaged in aggressive discussions on Facebook through a closed questionnaire, with an open ended question. The responses confirmed the relevance of the Facebook network in people's daily lives and the existence of demands for dealing with disputes inside the online network. Conflict mediation is a possible tool for dealing with the demands of those involved in conflicts in virtual networks, such as Facebook.

KEYWORDS: social network, communication, conflicts, mediation.

1 | INTRODUÇÃO

É notável o número de diálogos que se desdobram em polarizações de pensamento e opiniões, as quais geram situações de conflito que podem levar à violência verbal, definida como um comportamento agressivo e caracterizada pelo uso de xingamentos, isolamento, ou qualquer outra agressão ou ação que cause desconforto emocional na outra parte, podendo inclusive evoluir para discussão fora das redes, e até mesmo para o rompimento de relações pessoais. Por isso questionou-se se existe demanda para o uso de diálogos restaurativos e de técnicas como a mediação (VASCONCELOS, 2008), portanto de meios pacíficos de tratamento dos conflitos agressivos nas redes sociais, em particular, no *Facebook*.

Neste sentido, o objetivo deste trabalho foi coletar as informações dos universitários acerca das demandas de quem presencia ou envolve-se em discussões agressivas tendo o *Facebook*, e, as relações sociais digitais, como contexto de estudo.

A justificativa para realização de tal estudo é que discussões hostis com o uso de violência verbal no *Facebook* tem sido observadas no cotidiano das pessoas. Vasconcelos (2008) entende que discussões acirradas, com ofensas são fontes

de angústia, tanto para os sujeitos envolvidos, quanto para os que presenciam. No presente estudo entende-se que o cotidiano complexo de relações universitárias inclui interações por meio do uso de mecanismos de comunicação pessoal e virtual-global, portanto através das redes sociais na internet e envolve disposições (e posições) diversas. Os conflitos, por sua vez são esperados em qualquer grupo humano, o que não implica, necessariamente, em violência (VASCONCELOS, 2008).

Com o propósito de investigar esses fenômenos, quais sejam, os conflitos e a atuação das pessoas diante dos mesmos, na internet foi feito um levantamento de demandas desses alunos, que presenciaram ou vivenciaram situações de discussão no *Facebook*, visando propor o uso de técnicas de mediação de conflitos em tais situações.

Não foi encontrado na literatura científica nenhum outro trabalho que investigue essas demandas. Buscou-se pelas palavras-chave “conflitos” e “redes sociais” nas bases de dados Scielo e CAPES e os artigos relevantes encontrados foram de Mirzuchi (2006), que faz um histórico do estudo de redes sociais, investigando como o comportamento humano é influenciado, Amaral (2011), que investiga as especificidades e ferramentas próprias que mediam as

interações em redes sociais virtuais e Recuero (2009), que identifica características gerais desse meio virtual de interação.

As relações sociais são inerentes à existência de nossa espécie, são fundamentais para a vivência em sociedade e envolvem a comunicação, definida por Watzlavick como:

Atividade ou inatividade, palavras ou silêncio, tudo possui um valor de mensagem, influencia outros e estes outros que, por sua vez, não podem não responder a essas comunicações estão, portanto, comunicando também. Deve ficar claramente entendido que a mera ausência de falar ou de observar não constitui uma exceção (...). Tampouco podemos afirmar que a comunicação só acontece quando é intencional, consciente ou bem-sucedida, isto é, quando ocorre uma compreensão mútua. (WATZLAWICK, 1967, p. 45).

É evidente, segundo o autor supracitado, a impossibilidade de não haver comunicação durante a transmissão de uma mensagem. Mesmo em silêncio, uma pessoa comunica. Com o avanço tecnológico da e na sociedade, criou-se novos meios, com novas ferramentas para que a comunicação ocorra à distância, especialmente na rede social *Facebook*, campo de estudo da pesquisa relatada no presente trabalho. As relações nesses meios virtuais também obedecem às leis sociais que regem as relações no ambiente físico, mas tem sido observadas diferenças e mudanças no posicionamento de algumas pessoas, pelo fato de se encontrarem “atrás da tela”, portanto com a sensação de proteção ou de preservação da integridade física.

O interesse pelo estudo das redes sociais, nas quais a comunicação se dá, é anterior ao aparecimento dos recursos digitais, pois Mizruchi (2006) traçou um histórico das possíveis origens do estudo de redes sociais, focando-se principalmente na sociologia estrutural, *segundo a qual estruturas sociais, restrições e oportunidades são vistas como afetando mais o comportamento humano do que as normas culturais ou outras condições subjetivas* (MIZRUCHI, 2006, p. 73).

Mizruchi (2006) analisa a evolução dos estudos das redes de interação social entre indivíduos presencialmente e seu rápido avanço ao longo das três décadas anteriores à sua publicação, pontuando realizações e problemas não resolvidos na abordagem de redes¹. A justificativa para realização de tal trabalho é o aumento significativo das análises de rede nas últimas três décadas, demonstrada pela multiplicação de pesquisas sugerindo que redes sociais influenciam no comportamento de sujeitos e grupos, o que também proporciona o aumento das críticas dirigidas a elas. Os objetivos do artigo são primeiramente apresentar um breve panorama da literatura de rede em três áreas - centralidade e poder; subgrupos da rede, e relações interorganizacionais - com intuito de demonstrar os avanços que têm ocorrido nessas áreas, para então discutir três questões que têm sido fonte de controvérsias teóricas - a relação entre a análise de redes e a teoria da escolha racional, o papel das normas e da cultura e a questão da agência humana.

O autor supracitado, discorre ainda sobre os fundamentos gerais do estudo das redes, chamado análise de redes, segundo o qual:

O princípio básico da análise de redes é que a estrutura das relações sociais determina o conteúdo dessas relações. Os teóricos das redes rejeitam a noção de que as pessoas são combinações de atributos, ou de que as instituições são entidades estáticas com limites claramente definidos (MIZRUCHI, 2006, p. 73).

Além disso, segundo o mesmo autor, *o princípio básico da teoria das redes é que a posição de um agente numa estrutura social tem impacto significativo sobre seu comportamento e bem-estar* (MIZRUCHI, 2006, p. 73). Dentre as estruturas de rede citadas pelo autor referenciado, a não hierárquica - aquela na qual todos os indivíduos interagem entre si, com ou sem mediação de um único sujeito - é a que melhor representa a estrutura da rede social virtual *Facebook*, pois cada perfil tem livre acesso ao conteúdo dos outros, não seguindo um sistema hierárquico de acesso a outras pessoas.

No entanto, apesar da rede social virtual obedecer a estrutura básica da comunicação interpessoal, ela apresenta também especificidades e ferramentas próprias que mediam as interações que nela ocorrem. Isso é explorado por Amaral (2011), que relaciona os meios que as redes sociais disponibilizam - uso de imagens com intuito humorístico/sarcástico e ícones interativos sinalizando aprovação

¹ Análise de redes permite visualizar um fenômeno através de sua rede de relações, que é usualmente representado graficamente por nós e arestas ligados.

ou desaprovação, como os *memes*² e botões de curtidas no *Facebook* - com a polarização em grupos que interagem entre si, criando muitas situações de disputas de interesses por espaço de visualização na rede, podendo gerar tratamento discriminatório entre os diferentes grupos na própria forma de se expressar.

A autora supracitada tece críticas considerando questões sobre a escolaridade dos participantes e as relaciona com o pertencimento de classes sociais. Em seu estudo, pontua que é recorrente a ironização de um grupo de pessoas, que tem melhores condições socioeconômicas para cursar níveis educacionais mais elevados, para com outro grupo de indivíduos considerados pertencentes a uma outra classe econômica. Amaral (2011) indica, que é comum piadas e chacotas, ressaltando os erros gramaticais, a diminuição e desvalorização social, devido justamente aos erros de português cometidos. Neste sentido, a autora concluiu que nos diversos espaços da internet, os quais incluem subgrupos dentro de determinada cultura com dimensões sociais, de gênero, sexualidade, preferências artísticas; não são alheios às experiências fora dela. Existe, portanto, uma disputa simbólica no espaço da rede entre diferentes identidades e grupos que se reúnem por meio das ferramentas de agrupamento de tópicos das redes sociais utilizando uma linguagem característica.

Recuero (2009), avalia a comunicação mediada pelo computador e identifica como características gerais desse meio, o privilégio do anonimato, o distanciamento físico entre os integrantes; a persistência das interações, e o privilégio do tempo em relação ao som e ao vídeo. Isto significa que na rede virtual é possível a criação de uma identidade própria para essa interação, como o perfil do *Facebook*, o qual o usuário preenche com dados que não necessariamente correspondem à realidade, que as interações não precisam acontecer no momento em que a mensagem foi emitida ou lida, mas posteriormente, mantendo assim a interação persistente no tempo: publicada textualmente.

Em relação à última característica a autora supracitada ainda destaca que *as ferramentas textuais possuem limitações que influenciam as conversações como, por exemplo, a dificuldade do uso de linguagem não verbal e a dificuldade de negociação de turnos* (HERRING, 1999 apud RECUERO, 2009, p.120), uma vez que *a mediação pelo computador impõe barreiras tecnológicas para a interação que a comunicação face-a-face não possui* (RECUERO, 2009, p.120). Além disso, Recuero (2009) assim como Amaral (2011), destaca como o uso de recursos próprios das redes sociais virtuais modelam as interações e mostra que a grande diferença entre essas últimas e outras formas de comunicação mediadas pelo computador é o modo como os primeiros permitem a visibilidade e a articulação das redes sociais e a manutenção dos laços sociais estabelecidos no espaço offline.

² Ícone amplamente compartilhado e reconhecido por usuários da rede virtual global.

Dessa forma, é preciso conhecer as especificidades de cada meio de interação proporcionado pelo intermédio do computador, sendo que *a grande diferença entre sites de redes sociais e outras formas de Comunicação Mediada pelo Computador é o modo como os primeiros permitem a visibilidade e a articulação das redes sociais, a manutenção dos laços sociais estabelecidos no espaço offline* (RECUERO, 2009, p.121).

Partindo para a caracterização do conflito, como polos de contrariedade surgidos nas interações em decorrência das diferenças individuais, que em manifestações extremas chegam ao uso de violência, fenômeno esse que identificamos nas discussões agressivas nas redes sociais, Vasconcelos (2008) afirma que o conflito não é premissa de prejuízo psicológico ou físico, é um dado comum à convivência em sociedade, afinal, a diversidade de ideias e posicionamento compõe a cultura humana. Sobre esse aspecto:

A consciência do conflito como fenômeno inerente à condição humana é muito importante. Sem essa consciência tendemos a demonizá-lo ou a fazer de conta que não existe. Quando compreendemos a inevitabilidade do conflito, somos capazes de desenvolver soluções autocompositivas. (VASCONCELOS, 2008, p. 19).

Ainda segundo o autor supracitado, o conflito, visto desta forma, não será solucionado ou extinguido, mas o que se pode fazer, para melhor conviver, é abdicar de ofensas e/ou outras formas violentas que podem ocorrer por disputas pontuais. Este é um trabalho diário, de comunicação e escuta ativas e requer que todas as partes envolvidas desejem ou queiram evitar contendas e agressões. O autor classifica três elementos constitutivos do conflito interpessoal, são eles, a relação interpessoal entre os envolvidos, o problema objetivo (o que se está disputando efetivamente) e a trama ou processo (contexto em que se desenvolveu a relação até se formar a disputa).

A mediação de disputas segundo esse autor é um método, porque baseia-se num complexo interdisciplinar de conhecimentos científicos, que abrange a comunicação, a psicologia, a sociologia, a antropologia, o direito e a teoria sistêmica. É definida como:

um meio geralmente não hierarquizado de solução de disputas em que duas ou mais pessoas, com a colaboração de um terceiro, o mediador - que deve ser apto, imparcial, independente e livremente escolhido ou aceito-, expõem o problema, são escutadas e questionadas, dialogam construtivamente e procuram identificar os interesses comuns, opções e eventualmente, firmar um acordo (VASCONCELOS, 2008, p.32).

Existem modelos de mediação focados no acordo, que priorizam o problema entre as partes. Há também modelos focados na relação, que por sua vez, buscam a transformação da relação entre as partes em disputa, por meio do diálogo a mediação de conflito estabelece um contexto de acordo, que não necessariamente

beneficia alguma parte. Neste caso, os/as mediadores/as orientam os participantes a respeito da inerência do conflito nos relacionamentos, fortalecendo as partes em e a expressão de suas demandas, para que possam dar continuidade por conta própria nos ajustes futuros que a relação e o convívio demandarem. Em relação a aplicação, Vasconcelos (2008) afirma que *as mediações focadas na relação obtêm melhores resultados nos conflitos entre pessoas que mantêm relações permanentes ou continuadas. A sua natureza transformativa supõe uma mudança de atitude em relação ao conflito* (VASCONCELOS, 2008, p. 36).

Dentre as práticas que não priorizam a solução da disputa, há a chamada Mediação Circular Narrativa, cujo foco, além do cuidado com as relações, é a mudança de significados. Em situações em que haja preconceito, as técnicas narrativas utilizadas em mediação podem favorecer reflexões e ampliação de olhares por parte dos envolvidos, o que por sua vez pode colaborar com a desconstrução de estereótipos que afetam sobremaneira alguns grupos, cuja vida é marcada pela inequidade no acesso aos direitos e à convivência social (LIMA et al., 2017).

As várias técnicas de mediação de conflitos descritas por Vasconcelos (2008) - focadas no acordo ou na relação - fazem-se importantes diante de pessoas em disputas, para evitar a judicialização das mesmas e o uso da violência. Há técnicas e diálogos como os restaurativos, cujo propósito é tratar traumas sociais e restaurar pessoas e relações, envolvidos em agressões e outras formas de atos infracionais, cujos contextos devem ser compreendidos. Neste caso, a reparação é priorizada e não somente a responsabilização e a punição do agressor, sem atenção à quem foi agredido ou lesado.

2 | MÉTODO

A estratégia escolhida para coleta de dados que pudessem ajudar a responder à questão inicial proposta: *Seria aplicável a mediação de conflito nas disputas e contendas nas redes sociais, em particular, no Facebook?* foi um questionário que respeita as diretrizes éticas de anonimato, não presencial, aplicado virtualmente por meio de um link, inserido na plataforma Formulário Google cujas as respostas são tabuladas automaticamente via comando com sete questões fechadas e uma aberta, totalizando oito questões, aplicado de maneira não-presencial, pela internet. O link de acesso às perguntas e emissão de respostas foi enviado a grupos de WhatsApp formados por alunos de Psicologia de uma Universidade Pública do interior de São Paulo.

O questionário (Anexo 1) foi composto por 7 questões fechadas e uma aberta, visando identificar: a) se os participantes possuem contas ativas no *Facebook* b) se entram com frequência em suas contas c) se já presenciaram ou d) participaram de discussões agressivas e) que causas atribuem a essas discussões (cinco causas

propostas pelos autores e a possibilidade de incluir uma resposta aberta)f) acredita que a mediação de conflitos beneficiaria os usuários em conflito g) faria uso da mediação e) em que outros contextos faria uso da mediação (aberta). Cabe pontuar que o instrumento de coleta seguiu diretrizes metodológicas propostas por Carrara (2014)

Enviou-se o link para o acesso ao questionário para 209 pessoas, dispostas em 3 grupos de whats. Obteve-se retorno de 36 pessoas.

Quanto aos Participantes, a escolha de uma amostra composta apenas por alunos de Psicologia, sem distinção de gênero, classe social, idade ou ano da Psicologia o qual está cursando, foi feita baseada na própria experiência das pesquisadoras, que já presenciaram discussões agressivas dentro de grupos de Psicologia da rede social *Facebook*.

No procedimento de análise de dados gerados pelas perguntas fechadas, foram agrupadas as respostas iguais por questão (somatória) e foram calculados percentuais. Já para as questões abertas foi feito agrupamento de grandes grupos de respostas.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O *Facebook* é uma ferramenta de comunicação e interação social online, que além de usado pela maioria dos respondentes - 97,2%, a quantidade de tempo gasta nele pelos participantes é sempre superior a uma vez por semana.

Constatou-se que o contato com conflitos nesse meio virtual é bastante expressivo, pois um terço dos respondentes participou de discussões agressivas e 97,2% as presenciaram. Dessa forma, inferimos a existência de demandas de reparação de danos pelos usuários que presenciam e se envolvem em discussões agressivas, bem como de preparo das pessoas para lidarem futuramente com disposições diversas e divergentes, sem que isso leve a uma discussão agressiva.

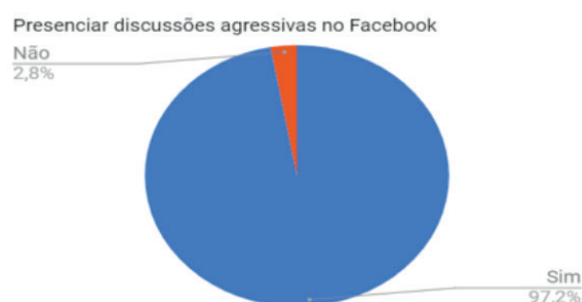


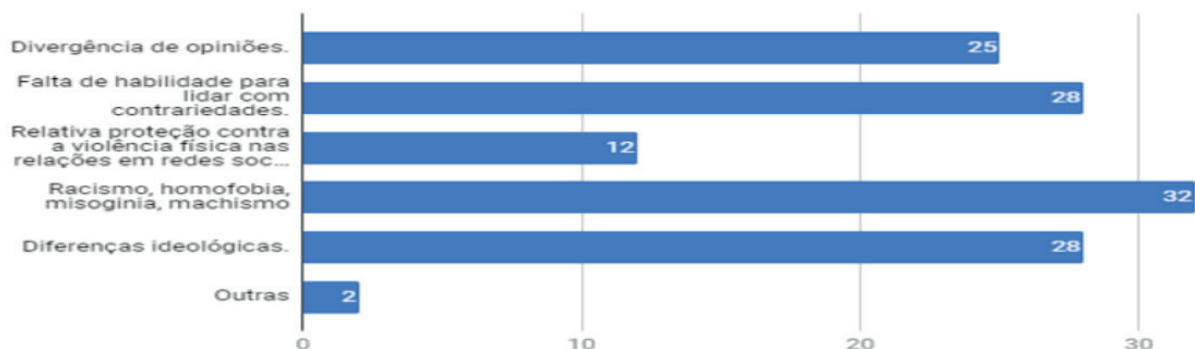
Figura 1 - Respostas em relação a ter presenciado discussões agressivas no *Facebook*. Fonte: Elaborado pelos autores



Figura 2 - Respostas em relação a ter participado de discussões agressivas no *Facebook*. Fonte: Elaborado pelos autores

As causas atribuídas às discussões agressivas em redes sociais propostas no questionário (Figura 3) apresentaram pelo menos um terço das aprovações dos respondentes, sendo *racismo, homofobia, misoginia e machismo*, a categoria mais expressiva, presente em 88,9% das respostas.

Obtiveram-se duas respostas abertas, “Fogo no cu” e “Falta de interpretação de texto”, que sugerem, respectivamente a existência e dificuldades individuais na relação com as divergências e dificuldades no sistema comunicativo de emissão e recepção da resposta.



Visou-se ainda obter informações acerca das disposições dos participantes em relação à técnica de mediação de conflitos (Figuras 4 e 5). Um pouco mais da metade dos respondentes, 55,6%, não declinam o uso da Mediação de conflitos nos casos tratados e 61,1% dos mesmos têm uma probabilidade não nula de aderir à Mediação de conflitos no caso de envolverem-se em discussões agressivas no *Facebook*, fato que indica a confiança de um possível público na técnica.

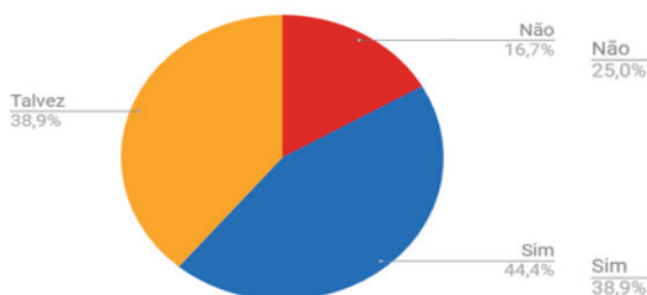


Figura 4 - Respostas em relação a considerar a mediação de conflitos como um meio de amenizar as discussões agressivas no *Facebook*.
Fonte: elaborado pelos autores.

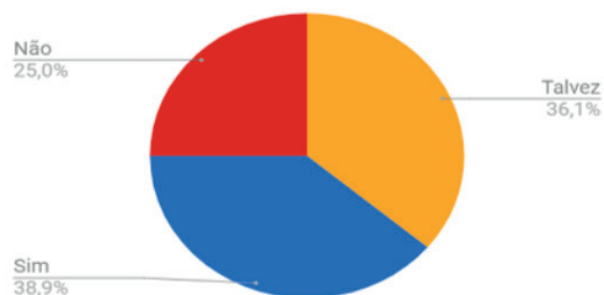


Figura 5 - Respostas em relação a fazer uso da mediação de conflitos como um meio de amenizar as discussões agressivas no *Facebook*.
Fonte: elaborado pelos autores.

As repostas cursivas referentes a outros contextos nos quais os participantes fariam uso da Mediação de conflitos puderam ser agrupadas em sete categorias específicas (Tabela 1). As seis primeiras categorias podem ser um reflexo do fato

dos alunos de psicologia conheceram os contextos nos quais usualmente aplica-se a Mediação de conflitos, enquanto a última delas remete justamente a causa mais indicada pelos respondentes.

Classe de respostas	Total de respostas	Exemplos
Conflitos familiares	4	Conflitos na vida pessoal, principalmente com familiares;
Conflitos nos relacionamentos amorosos	4	Nossa em todas, relacionamento amoroso, familiar, amizades, república, etc;
Conflitos entre amigos e colegas de república	5	Conflitos nas relações familiares, de amizade e no ambiente de trabalho;
Conflitos entre vizinhos	2	conflitos com vizinhos;
Conflitos no trabalho	4	Conflitos em família, vizinhos, no trabalho, amigos, etc;
Disputas jurídicas	4	Em conflitos que envolvam questões legais e que tenham um tempo específico para que se chegue a uma resolução;
Reivindicações dos movimentos sociais (coletivos) - envolvendo gênero, raça, orientação sexual, hierarquias	2	Sobre feminismo e política; Discussões em que existem hierarquias, como professor x aluno, ou falácias que tentam explorar argumentos de autoridade na discussão de um determinado tema;
Outras respostas (respostas amplas, não especificadas e não contempladas pelas categorias anteriores)	12	Conflitos em gerais (sic); Quando tenho que tomar uma decisão e há dois caminhos opostos sobre, por exemplo: fazer faculdade fora ou dentro da minha cidade natal;

Tabela 1 - Agrupamento das respostas dissertativas sobre outros usos da Mediação de conflitos

Dessa maneira, acredita-se que o presente trabalho contribui para expandir as possibilidades de Mediação de conflitos, atingindo outro contexto de comunicação, que embora virtual é muito relevante no cotidiano atual.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante aos resultados, considera-se que é relevante o estudo de aplicações da mediação de conflitos em situações mediadas por ferramentas virtuais de comunicação, pois existem disputas e agressões nesse meio que tem formas específicas de interação.

Há pouca produção que relaciona a mediação a contextos virtuais de comunicação, é preciso investigar sobre conflitos em redes sociais, pois as pessoas interagem cotidianamente nesse meio, o qual pode fornecer modelos para o desenvolvimento de comportamentos violento.

As fragilidades do presente estudo são ter se limitado a um grupo de estudantes de psicologia de uma universidade, portanto relativamente homogêneo no que diz respeito a escolaridade e acesso ao conhecimento sobre a Mediação de

Conflito na graduação. O estudo visou introduzir as principais autoras ao universo da pesquisa acadêmica, com os recursos que puderam dispor em quatro meses de duração da disciplina de Metodologia Científica. Espera-se que esse pequeno trabalho estimule a produção de novas investigações considerando populações mais heterogêneas e a posterior realização de alguma ação de mediação ou de uso de diálogo restaurativo com pessoas que se envolveram ou entraram em contato como disputas ou agressões digitais.

Acredita-se que a divulgação do estudo e das técnicas de mediação e de diálogos restaurativos em universidades e em outros setores da sociedade, podem reduzir a violência nas redes sociais e contribuir para a restauração de danos causados por agressões, disputas sem respeito às diferenças e outros meios inadequados de lidar com os conflitos entre pessoas e grupos. Uma vez que a mediação tem meios para capacitar os sujeitos a expressarem-se de forma não violenta em suas interações com o meio social.

REFERÊNCIAS

AMARAL, A. **Redes sociais, linguagem e disputas simbólicas**. ComCiência, Campinas, n 131, 2011. Disponível em: <<http://comciencia.scielo.br/pdf/cci/n131/a09n131.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

CARRARA, K. **Iniciação científica**: um roteiro comentado para estudantes. 1. Ed. São Paulo: Avercamp, 2014.

LIMA, F.I.A. de; GAMBARTI, A.E.T.V., FEIJÓ, M.R.; CAMARGO, M.L.; CARDOSO, H.F. A influência da construção de papéis sociais de gênero na escolha profissional. **Dôxa: Revista Brasileira de Psicologia em Educação**. v.19, n.1, jan./jun 2017. Disponível em <https://periodicos.fclar.unesp.br/doxa/article/view/10818> Acesso em: 02 mar 2020.

MIZRUCHI, M. S. **Análise de Redes Sociais: avanços recentes e controvérsias atuais**. RAE, Michigan, v. 46, n. 3, jul./set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v46n3/v46n3a13.pdf>> Acesso em: 18 jul. 2017.

RECUERO, R. **Diga-me com quem falas e dir-te-ei quem és**: a conversação mediada pelo computador e as redes sociais na internet. FAMECOS: *mídia, cultura e tecnologia*, Porto Alegre, n. 38, abr. 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=495550194016>> Acesso em: 18 jul. 2017.

VASCONCELOS, C. E. *O conflito na perspectiva da mediação*. In: **Mediação de Conflitos e práticas restaurativas**: modelos, processos, ética e aplicações. São Paulo: Métodos, 2008. p. 19 – 34.

VASCONCELOS, C. E. *Mediação de conflitos e o novo paradigma da ciência*. In: **Mediação de Conflitos e práticas restaurativas**: modelos, processos, ética e aplicações. São Paulo: Métodos, 2008. p. 73 – 79.

VASCONCELOS, C. E. *Modelos de mediação: Modelos focados no acordo e Mediação*

Transformativa. In: **Mediação de Conflitos e práticas restaurativas**: modelos, processos, ética e aplicações. São Paulo: Métodos, 2008. p. 85 - 88.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J.; JACKSON, D. **Pragmática da Comunicação Humana**: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. São Paulo: Cultrix, 1967. p. 45.

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO

Discussões no *Facebook*

O presente questionário visa identificar as demandas das pessoas que passam por ou presenciam discussões, exclusão ou ofensa por ter determinado posicionamento na rede social *Facebook*

1) Possui conta no *Facebook*?

2) Com que frequência acessa sua conta:

- a) Raramente
- b) Uma vez ao mês
- c) Uma vez por semana
- d) Até 3x na semana
- e) Mais de 3x na semana
- f) Todo dia

3) Já presenciou alguma discussão ofensiva no *Facebook*?

4) Já participou de alguma discussão ofensiva no *Facebook*?

5) A que atribui as causas das discussões agressivas no Facebook? Assinale quantas desejar.

- a) Divergência de opiniões.
- b) Falta de habilidade para lidar com contrariedades.
- c) Relativa proteção contra a violência física nas relações em redes sociais comparadas às relações presenciais.
- d) Racismo, homofobia, misoginia, machismo
- e) Diferenças ideológicas.

f) Outras, quais?

6) Acredita que o uso de mediação de conflitos poderia minimizar os atritos entre aqueles que discutem agressivamente no Facebook? (Acredita que esses conflitos possam ser melhor direcionados/ resolvidos através sessão(ões) presencial(is) com um mediador (mediação de conflitos)?)

7) Você faria uso da mediação de conflitos?

8) Se respondeu sim à questão acima, em qual circunstância além de conflitos em redes sociais você lançaria mão desse recurso?

RESTRIÇÃO DE FRUTOSE NA DIETA E A PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO RESISTIDO COMO ESTRATÉGIA PROMOTORA DA SAÚDE EM INDIVÍDUOS COM ESTEATOSE HEPÁTICA NÃO ALCOÓLICA

Data de aceite: 05/06/2020

Data Submissão: 27/02/2020

Carolina Cristina de Freitas

Universidade de Franca
Franca-SP

<http://lattes.cnpq.br/5913251081596252>

Raquel Alves dos Santos

Universidade de Franca
Franca-SP

<http://lattes.cnpq.br/2114239143359508>

Marina Garcia Manochio-Pina

Universidade de Franca
Franca-SP

<http://lattes.cnpq.br/4004198585216269>

RESUMO: A doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA) é uma manifestação da síndrome metabólica, sendo caracterizada pelo acúmulo de gordura no fígado. O elevado consumo de gorduras, açúcares e o sedentarismo podem levar à progressão da doença. Mundialmente a prevalência da DHGNA é cerca de 20% na população. O consumo de frutose tem aumentado consideravelmente nos últimos anos, especialmente na forma de xarope de milho, em bebidas adoçadas e alimentos processados com adição de frutose, junto à

incidência da obesidade. Estudos indicam que a frutose pode ser um carboidrato com alto potencial obesogênico quando comparado a outros açúcares, pois seu metabolismo influencia a lipogênese de novo mais fortemente que o excesso de gordura na dieta, sendo a lipogênese de novo a anormalidade central da DHGNA. A frutose promove o aumento de triacilgliceróis nos hepatócitos, e alterações no perfil lipídico que quando associados a uma resposta inflamatória poderá desenvolver resistência insulínica. Modificações no estilo de vida continuam ser a terapia fundamental no seu tratamento, com a inclusão de uma dieta equilibrada e exercícios físicos. Vários estudos têm indicado que o exercício físico promove a diminuição nos índices das aminotransferases, triglicerídeos intra-hepáticos e peso corporal.

PALAVRAS-CHAVE: Esteatose hepática, frutose, obesidade.

FRUCTOSE RESTRICTION IN THE DIET AND THE PRACTICE OF RESISTIVE EXERCISE AS A STRATEGY OF HEALTH PROMOTER IN INDIVIDUALS WITH NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE

ABSTRACT: Nonalcoholic fatty liver disease

(NAFLD) is a manifestation of metabolic syndrome and is characterized by fat accumulation on the liver. High intake of fats, sugars and physical inactivity can lead to this disease progression. The worldwide prevalence of NAFLD is about 20% in the population. The fructose consumption has increased considerably in recent years, especially in corn syrup form, in sweetened drinks and processed foods with added fructose, along with the incidence of obesity. Studies indicate that fructose may be a carbohydrate with high obesogenic potential when compared to other sugars, since its metabolism influences lipogenesis *de novo* more strongly than the excess of dietary fat, and lipogenesis *de novo* is the central abnormality of NAFLD. Fructose promotes the increase of triglycerides in hepatocytes, and changes the lipid profile that when it is associated to an inflammatory response may develop insulin resistance. Lifestyle modifications remain the fundamental therapy in this treatment, in addition of a balanced diet and exercise. Several studies have indicated that exercise promotes a decrease in aminotransferase, intrahepatic triglyceride and body weight indices.

KEYWORDS: Hepatic steatosis, fructose, obesity.

1 | INTRODUÇÃO

1.1 Doença Hepática Gordurosa Não Alcoólica (DHGNA)

A DHGNA foi pela primeira vez descrita em 1980. A população de descendência hispânica apresenta maiores taxas da doença quando comparadas a outras populações (JENNINGS; FASELIS; YAO, 2017), sendo mais comum nos países ocidentais industrializados. Nos Estados Unidos, estudos reportaram a prevalência da DHGNA de 10 a 46% da população, e de 3 a 5% de esteatose hepática não alcoólica em estudos que realizaram biópsia. Mundialmente, a prevalência da doença é de 6 a 35% (média de 20%) (LAZO, et al., 2013). A genética, especificamente os polimorfismos no gene PNPLA3, pode explicar a diferença entre as diferentes populações (JENNINGS; FASELIS; YAO, 2017).

Doença hepática gordurosa não alcoólica é uma definição que se refere à presença de esteatose hepática quando não há causas secundárias para o acúmulo de gordura (exemplo: consumo de álcool, hipotireoidismo, drogas etc). A DHGNA pode progredir para cirrose ou diretamente para carcinoma hepatocelular (HCC) e é provavelmente uma causa importante para cirrose criptogênica. A DHGNA é subdividida em fígado gorduroso não alcoólico (HGNA) e esteato hepatite não alcoólica (EHNA). Na primeira, a esteatose hepática está presente sem evidência de inflamação, enquanto na segunda forma a esteatose hepática está associada à inflamação hepática, que histologicamente não é distinguível da esteatose hepática alcoólica. Recentemente, outros acrônimos têm sido usados para descrever a doença, como BASH (ambos alcoólica e não alcoólica doença hepática), DASH

(droga associada a esteato hepatite), CASH (quimioterapia associada a esteato hepatite), PASH (PNPLA3 associada a esteato hepatite).

Os maiores fatores de risco para a DHGNA são os mesmos componentes da síndrome metabólica (obesidade central, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia e resistência insulínica), sendo hoje considerada “de fato” ser um componente hepático da síndrome metabólica. Outros fatores têm sido associados com a progressão da doença como a idade avançada, diabetes mellitus, níveis séricos elevados de aminotransferases, presença de balonismo, degeneração de hialina e fibrose pela biópsia, índice de massa corporal (IMC) ≥ 28 kg/m², índice elevado de gordura visceral, o que leva em conta a circunferência de cintura, IMC, níveis de triglicerídeos e lipoproteína de alta densidade e elevado consumo de álcool (BELLENTANI, 2017).

Pacientes com DHGNA possuem uma dieta inadequada que pode ser quantitativamente e qualitativamente melhorada. Embora a melhor dieta para o tratamento de DHGNA não foi estabelecida, a perda de peso é benéfica. A atividade física vigorosa (corrida) em relação à atividade moderada promove benefícios metabólicos e bioquímicos assim como histológicos (RATZIU, 2017).

Modificações no estilo de vida continuam ser a terapia fundamental no tratamento da DHGNA, porém a intervenção no estilo de vida mais adequado ainda é controverso. Um estudo avaliou o efeito dos tipos e intensidade de atividade física e dieta na função hepática em pacientes com DHGNA. Uma meta análise avaliou o efeito das intervenções dos tipos de dietas e exercícios na função hepática em pacientes com DHGNA. A atividade física melhorou as aminotransferases (ALT, AST), gordura intra hepática, e peso corporal. De acordo com o tipo de exercício, o aeróbio comparado ao exercício resistido não mostrou nenhuma melhora nos parâmetros hepáticos, embora a atividade de intensidade moderada a elevada mostrou ser mais benéfica comparada ao de intensidade baixa a moderada ou de alta intensidade. Intervenções combinadas exercício e dieta mostraram diminuição do ALT e melhora na pontuação da DHGNA. Dietas com quantidade moderada de carboidratos mostraram mudanças similares nas enzimas hepáticas comparadas a dietas com baixa e moderada quantidade de gordura. Em conclusão a atividade física isolada ou combinada com a intervenção dietética melhora as enzimas séricas e gordura hepáticas. O exercício manifestou melhoras nos triglicerídeos intra hepáticos mesmo com a ausência de perda de peso (KATSAGONI, et al., 2016).

Um estudo comparou a modificação do estilo de vida de pacientes com DHGNA com os efeitos de liraglutide, um peptídeo semelhante ao agonista do glucagon 1 que induz a perda de peso e menor inflamação nesses pacientes. Foram randomizados numa dieta supervisionada com restrição de 400kcal por dia, com exercícios com intensidade moderada (200 minutos por semana) para induzir a perda de > 5% de

peso ou 3mg diárias de liraglutide durante 26 semanas. Ambos os grupos tiveram reduções similares de peso, gordura e rigidez hepática, ALT e AST, e resistência insulínica, concluindo que a liraglutide usada uma vez ao dia é tão eficaz quanto a modificação no estilo de vida na diminuição da esteatose hepática em pacientes com DHGNA (KHOO, et al., 2017).

1.2 Dhgna E Frutose

O consumo de frutose tem aumentado consideravelmente nos últimos anos, especialmente na forma de xarope de milho, em bebidas adoçadas e alimentos processados com adição de frutose. Vários estudos têm associado o alto consumo de frutose com alterações metabólicas, como DHGNA e má absorção de frutose, entre outras patologias (RIVEROS; PARADA; PETTINELLI, 2014).

A frutose em excesso favorece o desenvolvimento de DHGNA, devido sua indução de lipogênese de novo, à inflamação hepática, estresse celular, e liberação de mediadores pelo e o agravamento da patologia. Uma alta quantidade de frutose induz a proteína de frutofosforilação, esta é uma reação não enzimática e é sete vezes mais rápida que a glicação pela glicose, além de que a frutose é capaz de gerar cem vezes mais quantidades de ROS comparadas à glicose (JEGATHEESAN; DE BANDT, 2017).

Segundo Softic; Cohen; Kahn (2016) DHGNA é uma manifestação hepática da síndrome metabólica. Os lipídios hepáticos podem ser derivados do consumo energético, esterificação plasmática de ácidos graxos livres ou lipogênese hepática de novo (DNL). A DNL é aumentada em pacientes com DHGNA, enquanto a contribuição da gordura dietética e ácidos graxos livres plasmáticos para a gordura hepática não é significativamente alterada. A importância da lipogênese de novo na DHGNA ainda está sendo estabelecida em estudos com ratos com *knockout* dos genes envolvidos no processo. A frutose dietética aumenta os níveis de enzimas envolvidas na DNL ainda mais fortemente que o elevado consumo de gordura dietética.

Muita das propriedades do metabolismo da frutose é particularmente a lipogênica. A frutose é absorvida pela veia portal e devolvida para o fígado em concentrações muito maiores quando comparadas a outros tecidos. Ela aumenta os níveis protéicos de todas as enzimas da DNL durante a sua conversão em triglicerídeos. Adicionalmente a frutose auxilia a lipogênese na definição da resistência insulínica devido ao fato de que a frutose não requer insulina para seu metabolismo, e isto diretamente estimula o *SREBP1c*, o regulador mais importante da DNL. A frutose também leva à depleção de ATP e supressão da oxidação dos ácidos graxos mitocondriais, resultando num aumento da produção das espécies reativas de oxigênio. Além disso, a frutose promove estresse ER e formação de

ácido úrico, insulina adicional em vias independentes levando à DNL (SOFTIC; COHEN; KAHAN, 2016).

Conforme Tappy, et al. (2017) A frutose é um açúcar natural (sacarose) ou industrial (xarope de milho). Ele tem um conteúdo calórico similar à glicose e alto poder adoçante. Todas as células humanas podem utilizar a glicose como substrato de energia, e a maioria também podem utilizar ácidos graxos. Em contraste, a maioria das células não pode usar a frutose diretamente, este substrato precisa primeiramente ser convertido em lactato, glicose, ou ácidos graxos pelo fígado e rins. As células destes três órgãos expressa um conjunto de enzimas frutolíticas: frutoquinase, aldolase B, e trioquinase, quem convertem a frutose em duas trioses fosfato. Desde que não exista feedback negativo na atividade destas enzimas frutolíticas, a ingestão de frutose é quase que completamente e imediatamente metabolizada no intestino e fígado. Quando uma grande quantidade de frutose é ingerida, órgãos esplâncnicos são cobertos com uma superprodução de triose fosfato, que estes primeiramente são liberados na circulação sistêmica na forma de lactato e glicose. Quando estas vias se tornam saturadas, a frutose é convertida em ácidos graxos através da lipogênese de novo, e novamente sintetizada em ácidos graxos e secretada no sangue como lipoproteínas de baixa densidade, triglicerídeos, ou temporariamente armazenadas como triglicerídeos intra hepáticos.

O destino metabólico da ingestão de frutose depende do gasto energético corporal. Em condições de descanso, a oxidação da glicose e do lactato são limitadas pelo baixo gasto energético corporal, e o excesso de consumo de frutose leva a um aumento moderado de saída de glicose esplânica durante o jejum, a concentração de triglicerídeo sanguíneo pós prandial e elevar as concentrações de lipídios intra hepáticos. Durante o exercício, a energia corporal liberada é alta, assim a frutose, glicose e lactato sintetizados através da glicose são essencialmente oxidados pelo músculo esquelético (TAPPY, et al., 2017).

Evidências sugerem que a frutose pode ser uma causa no desenvolvimento da resistência insulínica em associação com a indução a hipertrigliceridemia. Experimentos com animais e humanos têm mostrado esta relação quando estes são alimentados com dietas com alto teor de frutose e sacarose. Um link entre o aumento de consumo de frutose e a elevação do ácido úrico confirma como um potencial o risco para desenvolvimento da síndrome metabólica, e resistência insulínica pode estar casualmente relacionada ao desenvolvimento de hipertensão (DORNAS, et al., 2015).

A síndrome metabólica é um conjunto de desordens metabólicas que incluem intolerância a glicose, resistência insulínica, obesidade central, dislipidemia, e hipertensão. A frutose é um açúcar altamente lipogênico, com severos efeitos metabólicos no tecido adiposo, que tem sido associado à etiopatogenia de vários

componentes da síndrome metabólica. A enzima 11 β -HSD1 aumenta a produção de glicocorticóide nos adipócitos, sendo a chave na patogênese da obesidade central e da síndrome metabólica. Um estudo com ratos suplementados com 10% de frutose, durante nove semanas, e foi detectado características da síndrome metabólica, como a hipertrigliceridemia e hipertensão além de altos níveis plasmáticos de corticoesterona no tecido adiposo branco epididimal. O aumento da frutose no consumo dos ratos mostrou um importante aumento na produção de oxidantes em relação os ratos controles. Em paralelo no adiposo branco epididimal dos ratos que receberam frutose foi achado uma alta expressão de H6PD e 11 β -HSD1, e taxas de NADPH/NADP⁺. Os resultados do estudo confirmam que o excesso de frutose se instala adiposo branco epididimal favorecendo a produção de glicocorticóide através do aumento da expressão de H6PD fornecendo NADPH para aumentar a expressão de 11 β -HSD1, tornando esse tecido uma fonte potencial extra-adrenal de corticoesteróide sob estas condições experimentais (PRINCE, et al., 2017).

De acordo com Baena, et al. (2017) a frutose líquida está associada à prevalência do diabetes mellitus tipo 2 e obesidade. Estudos de intervenção sugeriram que indivíduos metabolicamente desajustados são mais responsivos a frutose líquida que indivíduos saudáveis. Num estudo, foi determinado se o consumo da dieta obesogênica ocidental por ratos são mais responsivas às alterações induzidas pela suplementação de frutose líquida (LFS). A dieta ocidental aumentou o consumo dietético dos animais, gordura visceral hepática, peso corporal, triglicerídeos plasmáticos e hepáticos, colesterol, e marcadores inflamatórios na gordura visceral hepática. LFS não alterou o consumo dietético, gordura visceral hepática ou peso corporal, porém aumentou de maneira significativa os triglicerídeos plasmáticos e hepáticos, níveis de colesterol. Estas mudanças associadas com o aumento da expressão do PPAR γ e CD36 hepáticos foram observadas nos ratos alimentados com a dieta ocidental e relacionados com o aumento de fosforilação de mTOR induzida pela LFS. Além disso, LFS na dieta ocidental induziu grande redução da proteína IRS2 no fígado e uma significativa diminuição na sensibilidade insulínica. LFS em ratos induz o crescimento de gordura visceral hepática e obesidade, impede a sinalização e a sensibilidade insulínica corporal sem alterar o consumo energético.

Elevadas quantidades de frutose na dieta altera a expressão de genes envolvidos no metabolismo lipídico, considerando que o fígado e o tecido adiposo branco desenvolvem a função de manutenção da homeostase de nutrientes. Um experimento em ratos alimentados com uma suplementação de 10% p/v de solução de frutose durante 5 semanas, demonstrou aumento da expressão de mRNA de *FAS*, *SCD1*, e diminuição dos níveis de *ATGL* e *HSL*. Embora os níveis de *ChREBP*, *DGAT-2*, *ATGL* e *HSL* mRNA tenham sido restabelecidos próximo ao normal, os níveis de *FAZ* e *SCD1* tende a ficar num nível básico em jejum. A

expressão de mRNA de *SREBP-1c*, *PPAR-γ* e *LPL* não mudaram em nenhuma das situações, mas o *CD36*mRNA diminuiu expressivamente no grupo suplementado. Em conclusão, estes resultados demonstraram que os genes envolvidos no metabolismo lipídico do tecido adiposo branco epididimal em ratos variam de acordo com diferentes condições de jejum após um longo período de consumo de frutose (LI, et al., 2017).

1.3 Dhgna E Exercícios Resistidos

Atividade física tem um papel central no tratamento de doenças metabólicas, mas a sociedade moderna impõe muitas barreiras para atividades físicas. Na década passada tem despertado o interesse pelo treinamento intervalado de alta intensidade (HIIT), alegando benefícios para a saúde similares ou até superiores ao treinamento contínuo de intensidade moderada (MICT), apesar do tempo de treinamento reduzido. Conforme a segurança do HIIT se tornou comprovada, esta modalidade passou a ser usada em populações clínicas (CASSIDY, et, al., 2017).

De acordo com Cassidy, et. al (2017) o HIIT pode ser descrito como intervalos curtos de uma atividade vigorosa intercalado com períodos de baixa atividade ou descanso, o que induz uma resposta fisiológica aguda. A maioria das intervenções tem usado intervalos de alta intensidade entre um e quatro minutos. O objetivo do HIIT é acumular atividade em uma intensidade que o participante não estaria apto a sustentar períodos prolongados, então o tempo de recuperação deveria ser suficiente para permitir um intervalo subsequente a ser completado na intensidade desejada. A duração da sessão do HIIT tende a ser ≥ 20 minutos, o que na verdade se compara as recomendações de MICT, em termos de duração. Existe também uma sub categoria do HIIT que é caracterizado de 10 a 30 segundos de duração e de intensidades que excedem 100% $V.O_2peak/V.O_2peak$, por exemplo, exercício em uma carga de trabalho que está acima da capacidade máxima aeróbia. Esta modalidade também é chamada de treinamento intervalado de sprint, no entanto não tem sido testado substancialmente em populações clínicas. A maioria das modalidades de HIIT envolvem bicicleta, caminhada e corrida, a maioria realizada em bicicletas ergométricas, esteiras, entre outros equipamentos.

Adaptações moleculares têm sido identificadas no músculo esquelético com o HIIT. O HIIT tem mostrado recrutar uma maior proporção de fibras musculares comparado ao MICT, o que pode explicar uma melhora aumentada na regulação da glicose com a prática do HIIT.

O HIIT induz uma moderada perda de peso (0,5-4 kg) em adultos com doenças metabólicas. Quando comparada ao MICT, o HIIT não apresenta benefícios adicionais para a terapia de perda de peso, no entanto, o HIIT reduz a massa

corporal gorda em média 1-3 kg, mesmo se o peso corporal permanece estável, contribuindo também para reduções significativas na gordura visceral e hepática. Estes dados são importantes considerando que a deposição de gordura aumenta os riscos cardiovasculares e disfunções metabólicas. Ainda não se sabe se o HIIT é mais viável para a perda de gordura em relação ao MICT, todavia, o HIIT é capaz de induzir mudanças corporais positivas em adultos com doenças metabólicas.

Em circunstâncias onde o HIIT não é viável, considerado inseguro ou não bem tolerado pelo indivíduo, o MICT é efetivo para benefícios à saúde. No entanto, há uma grande adaptação cardiovascular positiva no HIIT a qual mostra ser benéfica à população com complicações cardiovasculares. Para obter o melhor benefício clínico do controle glicêmico e função cardiovascular, o HIIT deve ser adjunto a uma restrição energética (CASSIDY, et al., 2017).

Estudos indicam que a frutose pode ser o carboidrato com o maior potencial obesogênico comparado a outros açúcares. Neste contexto, o fígado parece ser o órgão chave para o entendimento dos efeitos deletérios à saúde promovidos pelo consumo de frutose. A frutose promove complicações no metabolismo da glicose, acúmulo de triacilglicerol nos hepatócitos, e alterações no perfil lipídico, que associados a uma resposta inflamatória e alteração no estado redox, irá implicar uma resistência insulínica sistêmica. A prática de exercício aeróbico, treinamento de força ou a combinação de ambos é essencial para atenuar as complicações desenvolvidas pelo consumo da frutose, podendo reverter estes parâmetros, principalmente pela melhora da circulação, do tecido adiposo e reduzindo a inflamação. Contudo, a prática de atividade física é uma ferramenta essencial para atenuar as desordens obesogênicas caudadas pelo consumo de frutose (PEREIRA, et al., 2017).

Segundo Motta, et al. (2017) um estudo avaliou os efeitos de treinamento de alta intensidade intervalado (HIIT) em um modelo alimentar com frutose. Ratos machos foram alimentados por 18 semanas com as seguintes dietas: controle (C: 5% do total de energia com frutose), frutose (F: 55% do total energético de frutose). Na 10ª semana, com um período adicional de oito semanas os grupos foram divididos em não treinados (NT) e HIIT, totalizando quatro grupos: C-NT, CHIIT, F-NT, F-HIIT. No final do experimento, o consumo de frutose no grupo F-NT levou a um aumento da pressão arterial sistólica, triglicerídeos plasmáticos, resistência insulínica com intolerância à glicose, e menor sensibilidade insulínica. Também foi observado esteatose hepática, hipertrofia nos adipócitos, e diminuição da expressão gênica *PPAR*-gamma e *FNDC5* neste grupo F-NT. Esses resultados foram acompanhados pela diminuição da expressão gênica do fator 1 nuclear respiratório e transcrição do fator A mitocondrial (marcadores de biogênese mitocondrial), *PPAR* α e peroxisome proliferator-activated receptor alpha e *CPT1* (marcadores de beta oxidação). Os grupos C-HIIT e F-HIIT melhoraram todos esses dados. Em conclusão, os ratos

alimentados com a dieta a base de frutose no grupo HIIT melhoraram a massa muscular, pressão arterial, metabolismo de glicose e triglicerídeos plasmáticos. O fígado, tecido adiposo branco, e músculo esquelético foram modulados positivamente pelo HIIT, indicando este como um tratamento coadjuvante para doenças afetadas por esses tecidos.

Hashida, et al. (2017) relatou que a atividade física é a terapia principal para DHGNA. Uma pesquisa na literatura foi realizada com a finalidade de comparar os efeitos do consumo de energia dos exercícios aeróbios e resistidos. Para o exercício aeróbio, a média eficaz do protocolo foi de 4,8 equivalentes metabólicos (METs) por 40 minutos a sessão, 3 vezes na semana durante 12 semanas. Para o exercício resistido, a média eficaz do protocolo foi de 3,5 METs por 45 minutos a sessão, 3 vezes na semana durante 12 semanas. Ambos melhoraram o quadro da esteatose, embora a porcentagem de VO₂ máximo e o consumo de energia foi significativamente menor no grupo de exercício resistido em relação ao aeróbio (50% [45–98] vs. 28% [28–28], $p = 0.0034$; 11,064 [6394–21,087] vs. 6470 [4104–12,310] kcal/total, $p = 0.0475$). Este estudo pode indicar um possível link entre o exercício resistido e o metabolismo lipídico no fígado.

Num estudo foram comparados os efeitos de 12 semanas de treinamento resistido (RT), HIIT, e (MICT), em homens sedentários e obesos com DHGNA. O principal objetivo foi avaliar os efeitos terapêuticos de diferentes modalidades de exercícios para o tratamento da doença. A gordura hepática diminuiu de maneira semelhante nos três grupos de treino (-14,3% vs. -13,7 vs. -14,3%) sem mudanças significativas no peso e na gordura visceral. Os níveis de expressão gênica da síntese de ácidos graxos diminuíram significativamente nos monócitos. A rigidez hepática diminuiu somente no grupo HIIT (-16,8%). A mudança na rigidez foi associada com a função fagocítica da célula Kupffer restaurada e níveis diminuídos de inflamação como a leptina e ferritina. Os benefícios parecem ser independentes do peso e redução de gordura visceral, e foram adquiridos através da modulação do metabolismo do ácido graxo *in vivo* e condições inflamatórias relacionadas à obesidade (OH, et al., 2017).

Atividade física pode reduzir o acúmulo de gordura e riscos cardiovasculares entre pacientes com DHGNA. Um estudo realizado com indivíduos obesos com DHGNA submetidos a realizar exercícios vigorosos e moderados por um ano, tiveram o triglicerídeo intra-hepático diminuído de maneira significativa nos dois grupos de atividade física comparado ao grupo controle, sendo que no grupo que realizou atividade vigorosa ou moderada foi significativamente menor (@ 2,39%) comparado ao grupo controle. Estes resultados sugerem que a intervenção com exercícios por 12 meses induziram uma redução no acúmulo de gordura hepática, obesidade abdominal e pressão arterial após um ano de intervenção ativa (ZHANG,

et al, 2016).

Conforme Keating, et al. (2017) exercícios aeróbios regulares reduzem a adiposidade visceral e gordura hepática, embora, nem todos os indivíduos estão aptos a aderir a essa modalidade de atividade física. Treinamento de resistência progressivo (PRT) pode ser uma terapia alternativa, mas as evidências existentes são limitadas. Foi realizada uma análise sobre a eficácia do PRT (três vezes por semana durante oito semanas), em indivíduos adultos sedentários com sobrepeso e obesidade. Os resultados não mostraram diferença significativa na quantidade de gordura hepática ou abdominal entre os grupos, no entanto houve um aumento de massa muscular no grupo PRT.

Os tratamentos farmacológicos para EHNA são limitados. Acredita-se que intervenções no estilo de vida são eficazes para reduzir as características da EHNA, embora o efeito de exercícios regulares, independente da mudança na dieta, não é claro. Um estudo com pacientes sedentários com EHNA foram submetidos a 12 semanas de exercícios (bicicleta e treinamento resistido). Os resultados mostraram que as doze semanas de exercícios foram capazes de reduzir o triglicerídeo hepático, gordura visceral, triglicerídeos plasmáticos e γ -glutamyltransferase. Não houve nenhuma mudança nos marcadores circulatórios de inflamação ou fibrose. O exercício sem a perda de peso afeta alguns, mas não todos os fatores associados à EHNA, devido á este fato a atividade física deve ser considerada parte da estratégia do tratamento desta patologia associadas à perda de peso. (HOUGHTON, et al., 2017).

De acordo com Romero-Gomez; Zelber-Sagi; Trenell, (2017) a intervenção no estilo de vida pode ser útil em todos os espectros de pacientes com DHGNA. A dieta mediterrânea pode reduzir a gordura hepática sem a perda de peso e é o padrão mais recomendado para DHGNA. Ela é caracterizada pela redução de ingestão de carboidratos, especialmente os açúcares e carboidratos refinados (40% das calorias vs.50-60% numa dieta típica de baixa gordura), e o aumento de ácidos graxos monoinsaturados e ômega 3 (40% das calorias vs. até 30% de uma dieta típica de baixa gordura). Evidências clínicas apóiam firmemente a modificação do estilo de vida como terapia primária para o cuidado da DHGNA e EHNA, e isto deve ser acompanhado pela implementação de estratégias para evitar o relapso e ganho de peso novamente.

REFERÊNCIAS

BAENA, et al. (2017). **Liquid fructose in Western-diet-fed mice impairs liver insulin signaling and causes cholesterol and triglyceride loading without changing calorie intake and body weight.** *Journal of Nutritional Biochemistry.* 40:105-115.

- BELLENTANI, (2017). **The epidemiology of non-alcoholic fatty liver disease.** *Liver International.* 37:S1:81–84.
- CASSIDY, et al. (2017). **High-intensity interval training: a review of its impact on glucose control and cardiometabolic health.** *Diabetologia.* 60(1):7-23.
- DORNAS, et al. (2015). Health Implications of High-Fructose Intake and Current Research. *Advances in Nutrition.* 13;6(6):729-37.
- HASHIDA, et al. (2017). **Aerobic vs. resistance exercise in non-alcoholic fatty liver disease: A systematic review.** *Journal of Hepatology.* 66(1):142-152.
- HOUGHTON, et al. (2017) **r Lipids and Visceral Adiposity in Patients With Nonalcoholic Steatohepatitis in a Randomized Controlled Trial.** *Clinical Gastroenterology and Hepatology.* (1):96-102.e3.
- JEGATHEESAN; DE BANDT. (2017). Fructose and NAFLD: The Multifaceted Aspects of Fructose Metabolism. *Nutrients.* 3;9(3).
- JENNINGS; FASELIS; YAO (2017). NAFLD-NASH: an under-recognized epidemic. *Current Vascular Pharmacology.*
- KATSAGONI, et al. (2016). Effects of lifestyle interventions on clinical characteristics of patients with non-alcoholic fatty liver disease: A meta-analysis. *Metabolism.* 68:119-132.
- KEATING, et al. (2017). Effect of resistance training on liver fat and visceral adiposity in adults with obesity: A randomized controlled trial. *Hepatology Research.* 47(7):622-631.
- KHOO, et al. (2017). Comparing effects of weight loss by liraglutide with intensive lifestyle modification on hepatic steatosis, inflammation and stiffness, and insulin resistance in obese Asians with non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD). *Endocrine Abstracts.* 49 OC11.4.
- LAZO, et al. (2013). **Prevalence of nonalcoholic fatty liver disease in the United States: the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994.** *American Journal of Epidemiology.* 1;178(1):38-45.
- LI, et al. (2017). Response of genes involved in lipid metabolism in rat epididymal white adipose tissue to different fasting conditions after long-term fructose consumption. *Biochemical and Biophysical Research Communications.* 4;484(2):336-341.
- MOTTA, et al. (2017). **Treating fructose-induced metabolic changes in mice with high-intensity interval training: insights in the liver, white adipose tissue and skeletal muscle.** *Journal of Applied Physiology.* 11:jap.00154.2017.
- OH, et al. (2017). **High-Intensity Aerobic Exercise Improves Both Hepatic Fat Content and Stiffness in Sedentary Obese Men with Nonalcoholic Fatty Liver Disease.** *Scientific Reports.* 22;7:43029.
- PEREIRA, et al. (2017). **Fructose Consumption in the Development of Obesity and the Effects of Different Protocols of Physical Exercise on the Hepatic Metabolism.** *Nutrients.* 20;9(4).
- PRINCE, et al. (2017). **Fructose increases corticosterone production in association with NADPH metabolism alterations in rat epididymal white adipose tissue.** *Journal of Nutritional Biochemistry.* 46:109-116.
- RATZIU (2017). Non-pharmacological interventions in non-alcoholic fatty liver disease patients. *Liver International.* 37 S1:90-96.

RIVEROS, M. J.; PARADA, A., PETTINELLI, P. (2014). Fructose consumption and its health implications; fructose malabsorption and nonalcoholic fatty liver disease. *Nutricion Hospitalaria*. 1;29(3):491-9.

ROMERO-GOMEZ; ZELBER-SAGI; TRENELL. (2017). Treatment of NAFLD with diet, physical activity and exercise. *Journal of Hepatology*. 2017 Oct;67(4):829-846.

SOFTIC; COHEN; KAHAN. (2016). Role of Dietary Fructose and Hepatic De Novo Lipogenesis in Fatty Liver Disease. *Digestive Diseses and Science*. 61(5):1282-93.

TAPPY. (2017). Health Implications of Fructose Consumption in Humans. Sweeteners: Pharmacology, Biotechnology, and Applications. *Part of the series Reference Series in Phytochemistry*. 1-26.

ZHANG, et al. (2017). Long-term effect of exercise on improving fatty liver and cardiovascular risk factors in obese adults: A 1-year follow-up study. *Diabetes Obesity Metabolism*. 19(2):284-289.

UMA ANÁLISE DA OBRA NIETZSCHIANA A PARTIR DA LÓGICA SIMBÓLICA DE MÁRIO FERREIRA DOS SANTOS

Data de aceite: 05/06/2020

Data de submissão: 20/05/2020

Tiago Teixeira Vieira

Centro Universitário Salesiano – UniSales

Vitória – Espírito Santo

<http://lattes.cnpq.br/5637689653432135>

RESUMO: O artigo pretende discorrer sobre a Lógica Simbólica no tocante a questões filosóficas retratadas nos “Temas Nietzscheanos”. Delinear-se-á uma análise do prólogo da obra *Assim Falava Zaratustra* a partir da dialética-simbólica. A relevância deste trabalho consiste na possibilidade de uma alternativa hermenêutica, por intermédio do pensamento filosófico ferreiriano aplicado a obra Nietzscheana. Tem por objetivo analisar a obra nietzschiana a partir da Lógica Simbólica de Mário Ferreira dos Santos, mediante a metodologia dialética-simbólica. Pretende-se identificar a função dialética-simbólica como metodologia, concatená-la ao pensamento ferreiriano, e por fim, aplicá-la à obra nietzschiana. Para isso, foi realizada uma pesquisa, no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), com as seguintes

palavras-chaves: “Simbólica” e “Simbolismo”, e posteriormente empreendida uma revisão de literatura a partir das obras ferreirianas. Aplicado o método a obra, conclui-se que, o simbolismo permeia o prólogo da obra *Assim Falava Zaratustra*.

PALAVRAS-CHAVE: Lógica Simbólica. Dialética-Simbólica. Simbolismo. Símbolos.

AN ANALYSIS OF THE NIETZSCHIEAN WORK BASED ON THE SYMBOLIC LOGIC OF MÁRIO FERREIRA DOS SANTOS

ABSTRACT: The paper intends to discuss Symbolic Logic with regard to philosophical issues portrayed in “Nietzschean Themes”. An analysis of the prologue of the work *Thus Said Zarathustra* will be outlined from the Symbolic Dialectics. The relevance of this work consists in the possibility of a hermeneutic alternative, through the ferreirian philosophical thought applied to the Nietzschean work. Its objective is to analyze the Nietzschean work from the Symbolic Logic of Mário Ferreira dos Santos, by means of the dialectic-symbolic methodology. The aim is to identify the dialectic-symbolic function as a methodology, to concatenate it with Ferreirian thought, and finally, to apply it to the Nietzschean work. To this end, a research was carried out on the portal of periodicals of

the Coordination for the Improvement of Higher Level Personnel (CAPES), with the following keywords: “Symbolic” and “Symbolism”, and later a literature review was undertaken from the Ferreirian works. Applying the method to the work, it is concluded that, the symbolism permeates the prologue of the work *Thus Said Zarathustra*.

KEYWORDS: Symbolic Logic. Dialectic-Symbolic. Symbolism. Symbol.

1 | INTRODUÇÃO

Muitas são as interpretações acerca da filosofia nietzschiana, porém parece haver uma certa concordância, no que tange a existência da perenidade dialética na obra nietzschiana, evidenciado em Apolo e Dionísio, dois deuses presentes na mitologia grega. Em concordância com esta linha hermenêutica encontra-se o filósofo brasileiro Mário Ferreira dos Santos, estudioso das obras de Friedrich Nietzsche e autor de uma vasta obra filosófica publicada no Brasil. Para se estudar a obra Nietzschiana, a fim de entendê-la, é imperativo uma chave de leitura lógica, capaz de dar sentido a conexões textuais, que transcende ao próprio sentido imediato do texto, ou seja, que sobrepuja o sentido conceitual da palavra (CARVALHO, 2007).

Mário Ferreira dos Santos, além de estudante da obra nietzschiana também era filósofo, e como pensador desenvolveu uma filosofia baseada no simbolismo dialético, de onde foi proposto o tema do presente artigo, a saber: uma análise filosófica da obra nietzschiana a partir da lógica simbólica de Mário Ferreira dos Santos. Para toda interpretação é preciso uma chave de leitura, neste sentido este trabalho pretende responder à pergunta: Como analisar a obra nietzschiana a partir da Lógica Simbólica de Mário Ferreira dos Santos?

Para responder a esta questão foi proposto como objetivo geral: Analisar a obra nietzschiana a partir da lógica simbólica de Mário Ferreira dos Santos. Para realizar esta análise foram propostos três objetivos específicos, a saber: (1) Identificar a função da Dialética-Simbólica como um componente interpretativo no campo filosófico; (2) Concatenar a Lógica Simbólica ao pensamento de Mário Ferreira dos Santos; e (3) Aplicar o método Dialético-Simbólico a obra nietzschiana “*Assim Falava Zarathustra*”. Para cumprir o objetivo geral apresentar-se-á uma análise processual, de modo que, os três objetivos específicos tornar-se-ão uma etapa do procedimento. Então, adido a uma revisão de literatura, analisar-se-á a obra nietzschiana, com a aplicação das lentes metodológicas de Mário Ferreira dos Santos.

2 | A FILOSOFIA DE MÁRIO FERREIRA DOS SANTOS

Mário Ferreira dos Santos foi um filósofo, autor de mais de quarenta volumes publicados, cerca de dez mil páginas, contendo todo o arcabouço filosófico,

perpassando da ética à teoria do conhecimento. Mário Ferreira dos Santos nasceu em 3 de janeiro de 1907, na cidade de Tietê, no estado de São Paulo. Seu pai era dono de uma companhia teatral itinerante. Mário foi matriculado, ainda menino, em um colégio jesuíta. Em 1930 formou-se em Direito na Faculdade de Direito de Porto Alegre. A partir de 1947 passou a dedicar-se exclusivamente a filosofia, trabalho que durou a partir daí 25 anos de sua vida, quando faleceu em 11 de abril de 1968 (DOS SANTOS, 2016).

A filosofia de Mário Ferreira dos Santos pode ser equiparada, em forma e rigor de análise, a qualquer filosofia universal. Seu método filosófico, partia dos problemas aparentemente simples para os mais complexos. Ele aspirava construir uma Enciclopédia das Ciências Filosóficas. Este projeto foi dividido em três blocos: uma introdução com dez obras, a parte principal que contém sua obra prima chamada “Filosofia Concreta” e a última parte que é a aplicação da Filosofia Concreta as questões filosóficas universais. A ordem da Enciclopédia, parece não ser muito exata pois o Tratado de Simbólica, por vezes considerado parte da Enciclopédia, em algumas edições era publicada como obra à parte. Mário Ferreira dos Santos encontrou dificuldades para publicar suas obras, deste modo, montou sua própria editora, sendo ele mesmo quem escrevia, publicava e vendia suas obras de porta a porta (DOS SANTOS e AZEVEDO, 2015).

A ética cristã, para Mário Ferreira dos Santos, é universal. Essa concepção aproximou-o a doutrina cristã e a Nietzsche. Deste acercamento desenvolveu-se uma nova abordagem a filosofia nietzschiana. Deste modo, Mário Ferreira dos Santos, passou a desenvolver características apodícticas, uma vez que, considerava a filosofia uma ciência rigorosa, e só aceitava o que poderia ser demonstrado e não o que era provável (DOS SANTOS e AZEVEDO, 2015).

Mário Ferreira dos Santos pode ser estimado como um dos maiores expoentes da história intelectual brasileira, este levou o pensamento de língua portuguesa a uma universalidade supratemporal. A obra de Mário não tem similar, suas influências como Santo Tomás, Nietzsche, Pitágoras, Leibniz, Platão e Proudhon se harmonizam. Sobre Mário Ferreira dos Santos foi dito (CARVALHO, 2007, p. 59):

Absolutamente incomparáveis, a sociologia de Gilberto Freyre, o pensamento jurídico e político de Miguel Reale, a obra crítica e historiográfica de Otto Maria Carpeaux e a filosofia de Mário Ferreira dos Santos são os pontos mais altos alcançados pelo pensamento brasileiro no seu esforço de cinco séculos para erguer-se à escala do universalmente humano.

A filosofia de Mário Ferreira dos Santos é uma selva fechada que ainda não foi devidamente explorada, a qualidade de um filósofo não se mede pela quantidade de artigos, livros que escreveu, mas pela qualidade e relevância dos textos, no caso de Mário Ferreira dos Santos, ele conseguiu agregar tanto qualidade, como quantidade (CARVALHO, 2015b).

3 | A SIMBÓLICA

Antes de adentrar à análise da obra nietzschiana é imperioso, primeiramente, submergir-se ao mundo da Simbólica, a fim de, desbravar e percorrer uma trilha parcamente difundida na contemporaneidade. Temas relativos ao simbolismo são poucos publicados atualmente, sobretudo no Brasil. Para verificar este fato, realizou-se uma pesquisa no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), no dia 16 de abril de 2020, com as palavras-chaves: “simbólica” e “simbolismo”, restrito ao período de 2016 à 2020, considerando apenas os artigos revisados por pares. Constatou-se que: (1) em cinco anos foram publicados 292 artigos, uma média de 58,4 artigos por ano; (2) Restringindo-se a pesquisa as áreas da filosofia, religião e psicanálise este número reduz para 123 artigos, o que resulta em uma média anual de 24,6 artigos publicados. Diante disso, constata-se que o volume da produção acadêmica a respeito da simbólica e do simbolismo é comedido, constituindo-se um possível grande campo a ser investigado.

Para embrenhar-se ao assunto da Simbólica é inescusável partir do particular para o geral ou do simples para o complexo, e a pergunta elementar que emerge é: o que é a simbólica? Para atender a esta demanda é fundamental desbravar alguns conceitos. Um conceito é um fato físico ou abstrato. A simbólica, tende a ser conceituada como abstrata e de igual modo como ponto de equilíbrio (CARRAHER, 2008; CARVALHO, 2015a).

Os símbolos são imagens, vibrações, objetos ou corpos que representam o mundo real, porém suas conexões se dão por meio subliminares. O estudo dos símbolos faz-se pela ciência e emprega como fundamento a analogia. O símbolo torna-se, por meio da ciência, um instrumento para acessar o inconsciente conectando-se à realidade do universo, podendo apresentar significados diferentes dependendo do contexto em que se está inserido (VIGO, 2016). Por exemplo, para o matemático, para o químico, para o psicanalista, o exegeta, o historiador das religiões e para o filósofo o símbolo terá significados diferentes. O símbolo é expressão de duas vias, de um lado o sentido literal, imediato, físico; de outro lado, o sentido oculto, fidedigno, existencial e ontológico. O símbolo está em toda parte, e em certo sentido, tudo é símbolo de alguma coisa (RICOEUR, 2011).

Para realizar uma hermenêutica da filosofia de Mário Ferreira dos Santos contextualizar-se-á o símbolo e a simbólica de forma mais precisa. O símbolo *symbolon*, neutro, origina-se de *symbolê*, cujo significado é aproximação. É onde se consegue uma justaposição perfeita. Disto, origina-se a ideia do equilíbrio entre o sol e a lua. Etimologicamente a origem do símbolo está indicada no prefixo *syn*, com, e *bolê*, referindo-se a um círculo, bola ou moeda, reportando-se a moeda como sinal de troca, aquilo que aponta para uma outra coisa. Destarte, é possível verificar que o símbolo faz referência a um outro, de tal modo que, apresenta-se no

lugar de outro. Assim, o símbolo é uma representação, é algo que substitui, fazendo referência ao substituído (SANTOS, 2007a).

Mário Ferreira dos Santos (2007a) ao definir o que é símbolo esclarece, também, o que não é. Uma divisa, empresa, tenção, mostra ou indício não são símbolos. (1) A divisa não é porque não substitui, é uma figura que indica uma intenção, por exemplo, um brasão, o ideal de um partido não são símbolos, mas uma divisa. (2) Empresa é um sinal que traz a memória o passado. (3) Mostra é a manifestação de parte e não do todo. (4) A tenção é um pensamento de pretensão de ação futura e (5) o indício é algo que aponta para alguma coisa, mas não substitui, assim como as nuvens apontam para a chuva (SANTOS, 1965).

Embora o símbolo não seja uma divisa, empresa, tensão, mostra ou indício, é um sinal. O que é um sinal? é tudo o que aponta para outra coisa que tem relação por natureza ou por convenção, neste sentido, o símbolo está no lugar de alguém ou de alguma coisa, sendo assim, o símbolo é um sinal. O sinal é o gênero, e o símbolo é a espécie. Porém, é bom elucidar que, todo símbolo é um sinal, no entanto, nem todo sinal é um símbolo. O símbolo, necessariamente, tem que repetir alguma coisa do simbolizado. Os símbolos podem assumir determinadas características, a saber: a polisignificabilidade, a polissimbolizabilidade, a gradatividade, a fusionabilidade, a singularidade, a substituibilidade, a universalidade e a função simbólica (SANTOS, 2007a).

Características	Significado
Polissignificabilidade	ocorre quando um símbolo se refere a vários simbolizados, como exemplo se tem a cruz, que pode significar morte e, também, o cristianismo.
Polissimbolizabilidade	ocorre quando um simbolizado contém vários símbolos, por exemplo, o cristianismo possui vários símbolos como: a cruz e o peixe.
Gradatividade	ocorrer quando há uma escala de pior para melhor símbolo possível, por exemplo, no cristianismo há vários símbolos, no entanto, uns se sobressaem sobre os outros.
Fusionabilidade	ocorre quando há uma fusão do símbolo com o simbolizado, como exemplo podemos citar o próprio Deus e o Ser Supremo. Ser supremo só pode ser quem é Deus, neste caso houve uma fusão do símbolo com o simbolizado.
Singularidade	ocorre quando o símbolo tem significado único como por exemplo, Ser Supremo sempre será Deus.
Substituibilidade	ocorre quando vários símbolos e simbolizados podem ser substituídos mutuamente. Por exemplo, a cruz pode simbolizar tanto a morte, como o cristianismo, o peixe pode simbolizar tanto o cristianismo como o zodíaco.
Universalidade	ocorre quando todas as coisas existentes são simbolizadas, por exemplo, o fato é simbolizado pelo conceito, a prática é simbolizada pela teoria e o número é simbolizado pelo numeral.
Função Simbólica	ocorre quando acontece a função analógica e explicadora e oferece uma via explicativa.

Tabela 1: Características do símbolo.

Fonte: Tabela criada pelo Autor.

Os *símbolos* são utilizados por deficiência, como por exemplo, a dificuldade de alcançar uma realidade que está além da capacidade do intelecto. Porém, podem ser utilizados, também, por proficiência, deste modo, é possível transmitir o intransmissível. O símbolo encontra-se na arte, na linguagem, nos sons, nas intenções e nos juízos. É possível vê-lo nas religiões, nos templos, tornando-se, deste modo, uma linguagem universal (SANTOS, 2007b). A *Simbólica* constitui-se como o estudo do nascimento, desenvolvimento, vida e morte dos símbolos. A simbólica consolida-se como disciplina filosófica, uma vez que, considera as coisas, na forma como se apresentam, em seu estado fenomenológico, como um apontar para algo ao qual elas se referem (SANTOS, 2007b).

A *Lógica* estuda os pensamentos como pensamentos, e ao esvaziar-se de seus conteúdos, com a finalidade de estudá-los, tem-se a lógica formal. A lógica formal é a ciência dos pensamentos como formas, ou seja, apenas do pensamento, esvaziado do conteúdo. Neste sentido, a lógica é o primeiro elemento para se chegar ao conhecimento. As categorias lógicas não dão conta da realidade, por isso, é necessário o uso do método dialético quando se trata de um estudo da Lógica. Esta é, e sempre será usada pela ciência, neste sentido, onde há ciência, há lógica. Portanto, na construção simbólica, tem-se a Simbólica como uma ciência que busca a lógica dos símbolos (SANTOS, 1966; SANTOS, 2007b; CASSIRER, 2017).

Toda a construção simbólica tem por objetivo alcançar a *Matese*. A Simbólica é a disciplina que permite o uso do método dialético-simbólico a fim de aproximar-se a *Matese*. Para isso, é necessário classificar os objetos e os sujeitos, identificando-os, de forma analógica. Após, deve-se verificar a ambivalência, a hierarquia e as referências que o objeto/fato engendra. Dessarte, é possível classificá-los em positivo ou negativo, superior ou inferior. Ulteriormente a esta classificação, é necessário diferenciar este objeto/fato em alegoria, metáfora, quimera ou simbólica. Sendo uma simbólica, construir-se-á uma semântica e uma sintaxe simbólica, de modo, a se criar um sistema, que é a linguagem das interpretações simbólicas, com conteúdo eidético, neumático e arquétipo. Dentro desta simbólica é absorvida as linguagens filosóficas, científicas e artísticas. Ao conseguir unificar essas três linguagens, ter-se-á a metalinguagem chamada *Matese*. Toda construção e estudo sobre a simbólica contém sentido se pensado na *Matese* (SANTOS, 2009).

Esta construção matética apresenta sentido se observado as palavras e verificado a expressividade dos seus conceitos. Nesta acepção, há uma diferença entre o conceito e a palavra de expressão. O conceito é produto de uma operação mental e a palavra é o enunciado desta operação, é um sinal verbal. Como sinal, pode ser colocado à disposição do método dialético-simbólico, a fim de, percorrer a construção matética. Portanto, não se pode confundir conceito com o enunciado verbal e nem com o fato em si. Os conceitos fundamentam os fatos, mas, no conceito há a abstração do fato. No conceito se perde alguns elementos do fato. O fato está no tempo e no espaço. O conceito, por conseguinte, possui existência

no pensamento. Nesta continuidade, o fato é intuitivo e o conceito um pensamento (SANTOS, 2010).

Como disse o próprio Mário Ferreira dos Santos (1965, p. 21):

É na analogia do ser, analogia que se revela no existir, que iremos fundar a nossa visão dialética antinomista, capaz de mostrar que no pensamento dos homens havia e há um nexos capaz de oferecer um ponto de partida, e seguro, para investigações mais amplas e mais proveitosas.

4 | O SIMBOLISMO NA OBRA NIETZSCHIANA

A obra nietzschiana está permeada de simbolismo. Versado em grego e hebraico, Nietzsche, foi um grande estudioso das Sagradas Escrituras e dos mitos gregos, sua filosofia detém uma dialética a partir dos deuses gregos, a saber: Apolo e Dionísio. Apolo, é a tese, corresponde a parte da razão, ligado a mente humana e a tudo aquilo que é ordenado, trata-se de uma correspondência ideal, onde tudo se harmoniza, de modo que, evidencia a perfeição do estado das coisas, nesta concepção, liga-se ao intelectualismo e a filosofia hegeliana (SANTOS, 1958). Por outro, lado tem-se o deus grego Dionísio, que corresponde a antítese, é o oposto de Apolo. É o deus que representa a vazão e o saciamento da vontade, é guiado não pelo que é racional, mas sim, por aquilo que é sentido, nisto tem-se o caos. Esta antítese corresponde aquilo que não é possível controlar, trazendo a ideia de um mundo real, ou seja, um mundo onde há desarmonia, evidenciando a imperfeição e o voluntarismo, inclinando-se, então, a filosofia de Schopenhauer (SANTOS, 2008).

Para Mário Ferreira dos Santos (2007a) ocorre uma fusão entre Apolo e Dionísio. Esta fusão realça a filosofia nietzschiana que concede princípios da maneira correta de viver a vida, fornecendo um novo elemento, que é chamado por Nietzsche de amor *fati*, ou seja, amor pela vida. Este amor pela vida é a síntese entre Apolo e Dionísio. Nesta perspectiva, Nietzsche aparece como um místico simbolista, desde suas primeiras obras da juventude, no entanto, este misticismo era ainda inconsciente. O filósofo, parece não dar conta de sua posição estética diante do transcendente. Em *Gaya Scientia* o misticismo ainda inconsciente começa a se desabrochar. Em *Assim falava Zaratustra*, Nietzsche, apresenta-se como profundamente místico, e ao que tudo indica, um místico maduro e consciente de sua mística, isso pela complexidade de sua obra. Em *Vontade de Potência* o misticismo nietzschiano é perceptível até mesmo para os leitores novatos (DOS SANTOS e AZEVEDO, 2015).

A mitologia grega faz parte da filosofia nietzschiana, assim como também faz parte, da obra hegeliana. O método mais recomendado, para se trabalhar a mitologia em filosofia, é o lógico-dialético, observa-se essa lógica dialética na obra nietzschiana de modo evidente, a saber (GLCKNER apud THIBODEAU, 2015, p. 168):

...a forma particular na qual se exprime de maneira sistemática, esta visão de mundo pantrágica tem sido lógico-dialética. O panlogismo pode, portanto, ser designado como o destino da filosofia hegeliana.

Prosegue Thibodeau (2015, p. 168):

O lógico-dialético é o nome que Serpa havia dado a este empreendimento; é o nome que definirá o projeto ou o programa filosófico visando reencontrar e, por assim dizer, conduzir ao conceito de verdade, esta ideia da tragédia.

É perceptível que Thibodeau classifica a pantragedia (lógico-dialético) como um método, para compreender o mundo. E é este método dialético que Nietzsche utiliza para desenvolver sua obra, a partir de sua cosmovisão. Nietzsche, parece que profetizou, disse que, chegaria o tempo em que surgiriam institutos, nos quais se viveria (como artista-místico) e se ensinaria (como filósofo-cientista) o que ele entendia por viver e ensinar. Ele especulava a possibilidade da criação de cátedras especiais para interpretar “Zaratustra”. Segundo o próprio autor, Zaratustra deve ser interpretado, ou seja, o texto não trabalha com o fenomenológico (com o que é aparente), mas com o simbólico, ou seja, com o que está oculto (SANTOS, 1958).

5 | AS APTIDÕES HUMANAS PERANTE O SÍMBOLO

Conforme Mário Ferreira dos Santos (2007a) o ser humano pode ter três aptidões diante do símbolo. Nestas aptidões destaca-se a função a partir da área de atuação, a saber, o artista, o filósofo e o cientista. Diante do símbolo, cada um destes terá uma função diferente, a saber:

- A. o *artista* sente e vive o símbolo: para o artista o símbolo se apresenta com formas. De modo formal, ele passa a sentir a presença do símbolo, a internalizá-lo e a vivê-lo, de modo a teatralizá-lo, como um verdadeiro artista, ou seja, evidenciando o fator estético.
- B. o *filósofo* interpreta o símbolo: o filósofo, observa o símbolo, não no sentido de dar acessibilidade para outros, mas buscando entendê-lo. O filósofo não sente a presença do símbolo, não internaliza, no sentido de incorporá-lo. O filósofo, observa-o em uma relação de sujeito – objeto, de tal modo que, tenta entrar no símbolo a fim de entendê-lo e interpretá-lo. Deste modo, busca atinar a conexão transcendente entre o símbolo e o simbolizado.
- C. o *cientista* traduz o símbolo: o cientista não sente, não vive, mas como o filósofo, ele observa o símbolo, no entanto, não absolve o símbolo, apenas o traduz.

Nietzsche está, neste caso, para um artista e filósofo, e o Mário Ferreira dos Santos está para um cientista em busca de uma tradução. Nesta acepção, Nietzsche, utiliza um método onde impõe-se sobre o filósofo, a tarefa de experimentar suas forças internas, por meio do seu próprio corpo (sentir) na dimensão biológica, neste

sentido, já não é mais o filósofo, mas o esteta (MENDONÇA, 2018).

6 | A METODOLOGIA

A análise delimitar-se-á ao universo do Prólogo da obra *Assim Falava Zaratustra*. O método utilizado é o dialético-simbólico. Este propõe-se a interpretar os significados dos símbolos fundamentando-se na analogia. Para compreender a aplicabilidade deste método, será imperativo entender que, a analogia é a existência de um caráter observado entre dois termos ou duas espécies. É a síntese do semelhante e do diferente. É uma chave de apreensão da realidade. É o que é, nem completamente idêntico, nem completamente diferente. Deste modo, é assegurado a pluralidade na unidade (VALE, 2014).

Na metodologia dialético-simbólica, a analogia aparece de modo dialético, pois, nela, está contida a dimensão ontológica e epistemológica. O esteta-místico trabalha esta dualidade, no entanto, para dar sentido ao metafísico e ao transcendente é necessário que haja uma ligação entre o símbolo e o simbolizado, via analogia, de modo que, seja intrínseco ao simbolizado, o realce das características qualitativas. Por outro lado, tem-se algo análogo, extrinsecamente ao objeto, o que configura uma metáfora guiada pela dimensão quantitativa, ou seja, estética. Toda analogia ontológica é dialético-simbólica (SANTOS, 1963).

Nesta condição, a dimensão simbólica capta o simbolizado, por meio da adaptação, porém, nem tudo que é adaptado é simbólico. Por exemplo, uma imitação pode ser algo análogo e ontologicamente adaptado, porém, diante do objeto, será classificado por acomodação. No entanto, para ser simbólico, o objeto deve ser adaptado ao simbolizado pela assimilação de forma passiva, de tal modo que, absorva todo o simbolizado em si. Essa adaptação, que acontece por assimilação, faz com que o símbolo participe do simbolizado e vice-versa. O simbolizado é o ente ausente e o símbolo o presente, sendo o símbolo o referente, e o simbolizado o referido. Nesta perspectiva, a presença refere-se, obrigatoriamente, a algo que é (ser), já que, a presença de nada, é nada. A presença sempre é, sempre será um ser. Neste sentido, toda presença é ontológica e afirmativa (SANTOS, 1963; SANTOS, 2007a).

Portanto, o método dialético-simbólico, propõe-se a identificar uma analogia que seja intrínseca ao objeto observado, de modo que, seja símbolo e não uma metáfora. Deve ressaltar as características qualitativas e possibilitar a transcendência em relação ao objeto, de modo que, não seja uma epistemologia, mas sim uma ontologia. Nesta ontologia, o símbolo deve se adaptar ao simbolizado, assimilando as características do simbolizado passivamente, quando isso acontece, desenvolve-se uma interação entre o símbolo e o simbolizado (SANTOS, 2007a).

7 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O prólogo de *Assim Falava Zaratustra*, será analisado a luz do método dialético-simbólico, que se segue (NIETZSCHE, 2014, p. 13):

Quando Zaratustra completou trinta anos, abandonou sua pátria e o lago de sua pátria e foi para a montanha. Ali, durante dez anos, alimentou-se de seu espírito e de sua solidão, sem deles se fatigar.

Mas, um dia, finalmente, transmutou-se-lhe o coração e, de manhã, ao levantar-se com a aurora, pôs-se ante o sol e assim falou:

- Grande astro! que seria de tua felicidade se te faltassem aqueles a quem iluminas?
- Há dez anos ascendes até a minha caverna e ter-te-ias cansado de tua luz e deste trajeto, se não estivéssemos lá, eu, minha águia e minha serpente.

Os resultados após a análise por meio da aplicação da metodologia dialético-simbólica foi a seguinte:

- A. identificamos nove símbolos no primeiro parágrafo. A análise para confirmar a condição de símbolo foi aferir a cada palavra do texto atributos das características simbólicas. Após a aferição constatou-se que as seguintes palavras continham características simbólicas, a saber: dez, trinta, quarenta, pátria, lago, montanha, aurora, astro, caverna, águia, serpente.
- B. Os onze símbolos possuem uma conotação dialético-simbólica. (1) O numeral *dez* refere-se dialeticamente a completo (2), O numeral *trinta* refere-se à idade do místico; (3) o numeral *quarenta* à mudança radical; (4) A *pátria* refere-se ao convívio; (5) o *lago* aponta para a paz; (6) a *montanha* para altitude, elevação ou contemplação; (7) a *aurora* acena para a recepção de luz; (8) o *astro* para a soberania; (9) a *caverna* à hospedagem; (10) a *águia* à metafísica; e (11) a *serpente* à realidade terrena.
- C. Os onze símbolos apresentam características da adaptação, a saber: a assimilação, a passividade e a absorção.
- D. A participação do simbolizado com o símbolo dá-se da seguinte maneira: (1) o ciclo completo (*dez*) participa por plenitude; (2) a idade do místico (*trinta*) participa pela maturidade; (3) A mudança radical (*quarenta*) participa por mudança de estado; (4) o convívio (*pátria*) participa pelas relações humanas; (5) a paz (*lago*) participa pela tranquilidade; (6) a altitude (*montanha*) participa pela aproximação a divindade; (7) a recepção da luz (*aurora*) participa como a iluminação, (8) a soberania (*Astro*) participa como o portador e transmissor da iluminação; (9) a hospedagem (*caverna*) participa como abrigo e limitação; (10) a metafísica (*águia*) participa pela transcendência a realidade terrena, e a (11) realidade terrena (*serpente*) participa pela sabedoria vivencial.

E. Ao analisar os símbolos em sua interação com o simbolizado, utilizando as lentes da dialética-simbólica, temos os seguintes significados: (1) *Dez* significa a conclusão plena de um ciclo necessário para adentrar a iluminação; (2) *Trinta* significa que Zaratustra chega à maturidade; (3) *Quarenta* é a soma da maturidade com plenitude significado a entrada de Zaratustra ao transcendente; (4) *Pátria* significa que Zaratustra rompe com seus laços afetivos rumo a reflexão solitária; (5) *Lago* significa que Zaratustra parte da paz do seu lar para uma terra desconhecida, ou seja, ausenta-se da zona de conforto; (6) *Montanha* significa que Zaratustra chegou a um lugar sagrado; (7) *Aurora* significa que Zaratustra recebe a iluminação; (8) *Astro* significa que quem o iluminou foi Deus; (9) *Caverna* significa o lugar da ignorância que é o corpo humano; (10) A *Águia* aponta para o espírito humano; (11) A *Serpente* assinala para à alma, à psique humana.

Para melhor entendimento da verificação empreendida acima classificar-se-á a análise conforme tabela 2.

Símbolo	Dialética	Adaptação	Participação	Significado
Trinta	idade do místico	assimilação - passiva - absorção	maturidade	Zarastustra torna-se maduro
Pátria	convívio	assimilação - passiva - absorção	relações humanas	abandona suas relações humanas - solidão
Lago	paz	assimilação - passiva - absorção	tranquilidade	Deixa a paz e entra em um caminho estranho,
Montanha	altitude	assimilação - passiva - absorção	aproximação de Deus	lugar sagrado
Aurora	recepção de luz	assimilação - passiva - absorção	iluminação	Recebe a iluminação
Astro	Acima dos homens	assimilação - passiva - absorção	fornecedor de luz	Deus
Dez	Completo	assimilação - passiva - absorção	Plenitude	ciclo da vida completado
Quarenta	mudança radical	assimilação - passiva - absorção	mudança de estado	fim de uma era
Caverna	hospedagem escura	assimilação - passiva - absorção	não entende	Corpo humano
Águia	metafísica	assimilação - passiva - absorção	transcende a realidade terrena	Espírito
Serpente	realidade terrestre	assimilação - passiva - absorção	Esta fixado a realidade terrena	Alma - psique

Tabela 2: Classificação simbólica.

Fonte: Tabela criada pelo autor

Tendo a clareza dessa análise poder-se-á traduzir a experiência de Zaratustra substituindo o símbolo pelo simbolizado, deste modo, temos o seguinte texto:

Quando Zaratustra amadureceu, se desapegou de suas relações pessoais, do seu conforto e de sua segurança rumo ao desconhecido até chegar a um nível acima dos homens, a um lugar sagrado. Ali, durante um período de vida completo, alimentou-se do teu elo de ligação com o transcendente e se desligou do elo de ligação com o imanente, sem deles se fatigar.

Mas, um dia, finalmente, transmutou-se-lhe o coração e, de manhã, ao levantar-se com a iluminação que o atingira, pôs-se ante Apolo e assim falou:

- Grande Deus! Que seria de tua felicidade se te faltassem aqueles a quem iluminas?
- Há um período de vida completo ascendes até o meu corpo e ter-te-ias casando de tua luz e deste trajeto, se não estivéssemos lá, eu, meu espírito e minha consciência.

Considerando a dialética-simbólica, ao versar sobre os temas nietzschianos, não se pode perder de vista que, Nietzsche possuía uma vasta cultura bíblica e o simbolismo, por ele empregado em sua obra, é permeado do imaginário religioso, a saber:

A. *Trinta*: ao se referir a idade de trinta anos Zaratustra não alude a idade cronológica do corpo humano, mas a idade mística. Há uma relação com o ternário, realidade de três ciclos completos de tempo. Jesus foi batizado e iniciou o seu ministério com 30 anos, no *Tarot* significa o enforcado, o traído, assim como Cristo foi traído por trinta moedas (SANTOS, 2007b).

B. *Pátria*: tem o sentido de onde nasceu, a lugar de origem dos pais, assim como Abrão saiu de sua pátria como está registrado em Gênesis 12.1-8 (BÍBLIA DE JERUSALÉM, 1985):

Iahweh disse a Abrão: "Sai da tua terra, da tua parentela e da casa de teu pai, para a terra que te mostrarei. [...] partiram para a terra de Canaã, e lá chegaram. Abrão atravessou a terra até o lugar santo de Siquém, no Carvalho de Moré. [...] Dali passou à montanha, a oriente de Betel, e armou sua tenda, tendo Betel a oeste e Hai a leste. Construiu ali um altar a Iahweh e invocou seu nome.

Não se pode negar que a passagem acima possui muita semelhança com o prólogo de Zaratustra. Deixar a pátria e subi a montanha, possui um ultimato divino, conforme se encontra em Êxodo 34, a saber: "Ninguém subirá contigo, e não se verá ninguém em toda a montanha" (BÍBLIA DE JERUSALÉM, 1985). Tem-se em Abrão e Moisés o fator solidão, na montanha diante da divindade, assim como foi com Zaratustra (SANTOS, 1958).

A. *Montanha*: a montanha tem sentido de estar em nível superior, de evolução e diferenciação, assim como Abrão subiu a montanha e armou sua tenda, assim como Moisés subiu o monte Sinai e recebeu os Dez Mandamentos. A filosofia é uma subida, é a escada, a ponte ou o caminho a um patamar superior, ou seja, ao transcendente. A *Matese*, neste seguimento, é a suprema verdade, que se torna a divindade (SANTOS, 2000). Diante disto, a eleva-

ção a um nível superior foi exigida de Zaratustra. Precisou deixar o lugar comum para elevar-se e conectar-se ao transcendente.

B. Aurora: A Aurora é a iluminação, assim como Moisés foi iluminado, por ter falado com Deus, assim, Zaratustra foi iluminado ao falar com o Astro (divindade), como segue o relato bíblico, registrado no pentateuco, no livro de Êxodo 34.29-35 (BÍBLIA DE JERUSALÉM, 1985):

Quando Moisés desceu da montanha do Sinai, trazendo nas mãos as duas tábuas do Testemunho, sim, quando desceu da montanha, não sabia que a pele de seu rosto resplandecia porque havia falado com ele. Olhando Aarão e todos os filhos de Israel para Moisés, eis que a pele de seu rosto resplandecia; e tinham medo de aproximar-se dele [...] Quando Moisés entrava diante de *lahweh* para falar com ele, retirava o véu, até o momento de sair. Ao sair, dizia aos filhos de Israel o que lhe havia sido ordenado, e os filhos de Israel viam resplandecer o rosto de Moisés. Depois Moisés colocava o véu sobre a face, até que entrasse para falar com ele.

A. Dez: é o símbolo da completude, a soma do quaternário, que significa a completude de todas as coisas ($1+2+3+4=10$). Moisés recebeu os Dez Mandamentos (decálogo) no monte Sinai (montanha). Zaratustra subiu a montanha com trinta anos e ficou ali, por um período de dez anos, ou seja $30+10=40$ (BULLINGUER, 1990).

B. Quarenta: O quaternário é o número das coisas temporais, do tempo e do mundo cósmico. O quarenta é a soma da unidade, do binário, do terciário e do quaternário multiplicado pelo próprio quaternário ($1+2+3+4 = 10 \times 4 = 40$). Há uma simbologia relacionada aos 40 anos do povo hebreu no deserto, antes de chegarem à terra de Canaã e os 40 dias de jejum, de Jesus Cristo, no deserto (ALMEIDA, 2018). O trinta somado ao dez promoveram Zaratustra a um terceiro nível de elevação. A um contato visual, auditivo e sinestésico com o transcendente, portanto, a uma mudança radical (BULLINGUER, 1990).

C. O Sol: Em diversas culturas, o sol, como astro, representa um deus, pois une a luz, energia, poder sobressaindo-se em relação aos outros astros, destacando-o com soberania e força (JUNG, 2011). Zaratustra reconhece essa soberania quando chama o Astro de “grande”.

D. Serpente: na cultura bíblica a serpente aponta para a atração, sedução, astúcia, posicionando-se como inimiga do homem e fonte de maldição. Nisto abarca-se os paradoxos internos do ser humano. A serpente, neste sentido, pode fazer alusão a alma humana, no que diz respeito, a suas vontades e desejos (LURKER, 1993). Zaratustra relaciona o paradoxo da liberdade que permite realçar voos (águia) e da prisão que faz arrastar-se (serpente). A águia, neste sentido, aponta para o elevar-se ao transcendente, e a serpente, faz-se imanente, de tal modo que, traga o pó, confirmando a realidade prisional da condição humana ao fenomenológico.

E. *Caverna*: a caverna na simbologia bíblica indica o lugar de contato com Deus. Foi na caverna que Elias ouviu a voz de Deus conforme relatado no livro de 1º Reis 19.8-13 (BÍBLIA DE JERUSALÉM, 1985). Relacionado ao corpo humano, tem-se que a caverna aponta para o lugar onde acontece o diálogo entre o imanente e o transcendente, isto é, no corpo humano. Os raios do Astro, descem, e alcançam a caverna de Zaratustra, isto é, o seu corpo.

8 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário trazer à tona a seguinte problemática: Como analisar a obra nietzschiana a partir da lógica simbólica de Mário Ferreira dos Santos? pois foi este problema que norteou o presente trabalho. Para responder esta questão foi proposto um objetivo geral, que de fato é o ápice da pesquisa, e para aproximar-se a este cimo, foi proposto três objetivos específicos que serviram como metas, ou degraus, para alcançar o objetivo específico. Deste modo, para solucionar o problema proposto seguiu-se as três etapas denominadas de objetivos específicos. No primeiro momento, identificou-se a função da Lógica Simbólica como um componente filosófico e científico; em segundo momento, concatenou-se a Lógica Simbólica ao pensamento de Mário Ferreira dos Santos e no terceiro e último momento, interpretamos o simbolismo na obra nietzschiana utilizando a metodologia dialética simbólica. O trabalho conseguiu alcançar estes objetivos propostos.

Embora haja críticas, quanto as ideias Nietzschianas sobre religião, o filósofo brasileiro, Mario Ferreira dos Santos, traz à tona uma nova perspectiva a respeito da filosofia nietzschiana, de modo que, ao fazer a análise filosófica utilizando o método dialético-simbólico constata-se uma profundidade mística simbólica robusta. Incluindo a estética, o simbolismo e a mística. Este tripé sustenta uma filosofia da religião nietzschiana, porém, agora em uma outra perspectiva totalmente mística. A mística nietzschiana não é de fácil assimilação pois está abrigada em fatores simbólicos, isso se dá porque além de ser um místico, Nietzsche, apresenta-se, também, como um esteta (SANTOS, 1958).

A Estética permeia a obra nietzschiana *Assim falava Zaratustra*. Floresce ao constatar uma raiz perenemente afetiva, a saber: (1) a validação da linguagem simbólica, (2) a presença da angústia em cada frase, (3) a crise que separa e ao mesmo tempo une o simbolizado ao símbolo. Deste modo, na obra nietzschiana, o símbolo fala. Quando Nietzsche dá voz ao símbolo torna-se um esteta, ou seja, um artista. Ao fazer o símbolo falar, transcende-se ao próprio símbolo, e ao transcendê-lo, valida-se o místico. Assim, Nietzsche, torna-se, um místico-esteta. O símbolo em Nietzsche se revolve em um instrumento que aponta para o oculto, deste assinalar floresce a simbólica.

Neste sentido, Nietzsche, ao transcender o símbolo rumo ao oculto, está em busca de algo. Ele busca no transcendente (como místico), aquilo que é (o ser), sem deixar a vida imanente (como esteta). Nesta dialética, a obra nietzschiana tenta fazer uma conexão entre a humanidade e a divindade, entre o transcendente e o imanente, entre Apolo e Dionísio, entre a estética e a mística. Neste caminho místico, percorrido por Nietzsche, constata-se a possibilidade de sentir esteticamente o simbolizado, por meio dos símbolos (SANTOS, 1958). O simbolizado está oculto, mas o símbolo o faz revelar-se e ser sentido (JUNG, 2011).

Portanto, este trabalho contribuiu para, em certo sentido, tentar desbravar a possibilidade de uma nova interpretação da filosofia nietzschiana a partir da Lógica Simbólica. Para, também, apresentar o método ferreiriano como possibilidade hermenêutica alternativa, sendo corroborado como um campo de pesquisa que poderá ser cultivado. A obra ferreiriana é uma selva a ser explorada. Neste sentido, a pesquisa sobre a Simbólica utilizando o método dialético-simbólico poderá ser estudada e aplicada em toda a obra nietzschiana, em outros autores, inclusive aplicando o método a própria obra ferreiriana. Além disso, poderá ter aplicações em outras áreas de conhecimento humano como na psicanálise.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Abraão de. **O significado dos números da Bíblia**. Rio de Janeiro: CPAD, 2018.

BÍBLIA. Português. **Bíblia de Jerusalém**. Edição Revista e Ampliada. São Paulo: Paulus, 1985.

BULLINGUER, E. W. **Como entender y explicar los números de la Biblia**. Barcelona: Editorial Clie, 1990.

CARRAHER, David W. **Senso Crítico: do dia-a-dia às ciências humanas**. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

CASSIRER, Ernst. **Filosofía De Las Formas Simbólicas**. Tomo I. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica, 2017.

CARVALHO, Olavo de. **A dialética simbólica: estudos reunidos**. 2ª ed. Campinas: Vide Editorial, 2015a.

_____. **O futuro do pensamento brasileiro: Estudos sobre o nosso lugar no mundo**. 2ª ed. São Paulo: É Realizações, 2007.

_____. **O jardim das aflições: De Epicuro à ressurreição de César**. 3ª ed. Campinas: Vide Editorial, 2015b.

DOS SANTOS, Roger Moura. **A via simbólica na fundamentação da Mese de Mário Ferreira dos Santos**. 2016. Dissertação de Conclusão de Curso (Programa de Pós-graduação em Filosofia) - Universidade Federal da Paraíba, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/9570>>. Acesso em 28 nov. 2018.

DOS SANTOS, Roger Moura; AZEVEDO, Edimilson Alves de. Mário Ferreira dos Santos leitor de Nietzsche. **Problemata International Journal of Philosophy**, Paraíba, v. 6, n. 2, p. 405-429, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.7443/problemata.v6i2.25408>>. Acesso em 15 nov. 2018.

JUNG, Carl Gustav. **Símbolos da Transformação**. 7ª ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

LURKER, Manfred. **Dicionário de figuras e símbolos bíblicos**. São Paulo: Paulus, 1993.

MENDONÇA, Samuel. **Aristocratic Education in Nietzsche**. Rockville: Global South Press, 2018.

NIETZSCHE, Friedrich. **Assim falava zaratustra**: um livro para todos e para ninguém. 7ª ed. Tradução de Mário Ferreira dos Santos. Petrópolis: Vozes, 2014.

RICOEUR, Paul. Il simbolo e il mito: a cura di Ilario Bertoletti. **Hemeneutica**, italian, v. 18, p.417-429, 2011. Disponível em: <<http://search-ebshost-com.ez120.periodicos.capes.gov.br/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=67505419&lang=pt-br&site=ehost-live>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

SANTOS, Mário Ferreira dos. **Filosofia concreta**. São Paulo: É Realizações, 2009.

_____. **Grandezas e Misérias da Logística**. São Paulo: Matese, 1966.

_____. **Lógica e dialética**. São Paulo: Paulus, 2007b.

_____. **Métodos Lógicos e Dialéticos III**. 3ª ed. São Paulo: Logos, 1963.

_____. **O homem que nasceu póstumo**. 2ª ed. São Paulo: Logos, 1958.

_____. **Pitágoras e o tema do número**. São Paulo: Ibrasa, 2000.

_____. **Teoria geral das tensões**. São Paulo: Logos, 1965.

_____. **Tratado de simbólica**. São Paulo: É Realizações, 2007a.

SANTOS, Viviane Martins dos. O universo apolíneo e dionisíaco da tragédia grega no pensamento de Nietzsche. **Existência e Arte**, São João Del Rei, n. 4, jan - dez 2008. Disponível em: <<https://ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/existenciaearte/Edicoes/4.../viviani.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2018.

THIBODEAU, Martin. **Hegel e a Tragédia Grega**. São Paulo: É Realizações, 2015.

VALE, Joelson Lima. **A retórica simbólica**: Implicações de Mário Ferreira dos Santos à pragmática do direito. 2014. Dissertação de Conclusão de Curso (Programa de Pós-graduação em Direito) – Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal de Pernambuco, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/26268>>. Acesso em 28 nov. 2018.

VIGO, Elisabetta. **Corso di Simbologia per principianti**. D'autore, 2016.

O USO DO SMARTPHONE ENQUANTO TECNOLOGIA MÓVEL NA APRENDIZAGEM À LUZ DA TEORIA HISTÓRICO CRÍTICA

Data de aceite: 05/06/2020

Data de submissão: 02/03/2020

Joaquim Ferreira da Cunha Neto

Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Educação Faculdade de Ciências e Tecnologia, UNESP/Campus de Presidente Prudente
Presidente Prudente- SP
<http://lattes.cnpq.br/9732689973876161>

RESUMO: Este trabalho tem por objetivo principal refletir a utilização das tecnologias móveis na aprendizagem à luz da Teoria Histórico Crítica. A metodologia a ser utilizada é a revisão literária em textos consagrados da literatura da área pesquisada, como o processo de busca, análise e descrição de um corpo de conhecimento. A tecnologia vem despertando novos modelos de percepção e linguagem, criando novas formas de pensar e (con)viver, alterando assim as relações entre os homens, principalmente as Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC). O *smartphone*, enquanto Tecnologia Digital Móvel, uma categoria dentro das TICs, alterou toda a forma de comunicação e informação, convergindo diversas funcionalidades (ferramenta que possibilita navegar pela internet, acessar diversos

aplicativos, além de realizar outras ações como ouvir músicas, tirar fotos, produzir vídeos, etc.) e se fazendo onipresente, este aparato móvel apresenta inúmeras possibilidades que podem ser utilizadas a favor do ensino-aprendizagem. Nesse sentido, a Teoria Histórico Crítica vem contribuir com o processo ensino-aprendizagem, pois propicia ao educando uma aprendizagem significativa, promovendo suas capacidades psíquicas, a socialização do saber sistematizado, promovendo a promoção humana, alterando seus comportamentos para se colocarem conscientemente no âmbito social. Destarte, percebemos que a tecnologia móvel *smartphone* é uma auxiliar muito importante no processo de ensino, cabendo às instituições de ensino proporem currículos bem elaborados; aos professores serem interessados em compreender e aceitarem esta tecnologia como ferramenta de aprendizagem, visto que os alunos já utilizam e a estes não cabem serem passivos, mas buscarem constantemente novos conhecimentos.

PALAVRAS-CHAVE: *Smartphone*. Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC's). Teoria Histórico Crítica.

THE USE OF SMARTPHONE AS MOBILE TECHNOLOGY IN LEARNING IN THE LIGHT OF CRITICAL HISTORICAL THEORY

ABSTRACT: This work has as main objective to reflect the use of mobile technologies in learning in the light of the Critical Historical Theory. The methodology to be used is the literary review in renowned texts of the literature of the researched area, such as the process of searching, analyzing and describing a body of knowledge. Technology has been awakening new models of perception and language, creating new ways of thinking and (con) living, thus changing the relationships between men, especially Information and Communication Technologies (ICT). The smartphone, as a Mobile Digital Technology, a category within ICTs, changed all forms of communication and information, converging several functionalities (a tool that makes it possible to browse the internet, access various applications, in addition to performing other actions such as listening to music, taking photos, producing videos, etc.) and becoming ubiquitous, this mobile device presents numerous possibilities that can be used in favor of teaching-learning. In this sense, Critical Historical Theory comes to contribute to the teaching-learning process, as it provides the student with meaningful learning, promoting their psychic abilities, the socialization of systematized knowledge, promoting human promotion, changing their behaviors to place themselves consciously in the social sphere. Thus, we realize that mobile smartphone technology is a very important aid in the teaching process, and it is up to educational institutions to propose well-designed curricula; for teachers to be interested in understanding and accepting this technology as a learning tool, since students already use it and they do not have to be passive, but constantly seek new knowledge.

KEYWORDS: *Smartphone*. Information and Communication Technologies (ICT's). Critical Historical Theory.

1 | INTRODUÇÃO

A sociedade moderna vivencia a era da conexão, da informação ultra veloz, da mobilidade e a onipresença da comunicação humana por meio dos aparatos tecnológicos, desencadeando novas formas de interação e comunicação em ambientes “online”. Nesse sentido, há uma vertente do uso cada vez mais crescente e acelerado de aparelhos móveis, como o celular, o *smartphone*, o tablet, iPhone, iPad, entre outros, que com a mobilidade e o fácil acesso às informações em qualquer lugar, com alcance amplo a qualquer hora, se conectando de forma fácil e rápida a outros dispositivos móveis, localizando pessoas, produtos e serviços personalizados, impulsionaram essa tecnologia móvel a estruturar e crescer rapidamente para se adaptar as necessidades dos usuários.

No entanto, essa situação transformou-se de forma radical com a propagação

dos celulares, principalmente com a introdução no mercado do iPhone, em 2007, da Empresa Apple. Após essa revolução tecnológica, o celular não mais se limitou a ser um aparelho telefônico, mas sim, passou a ser considerado um computador de bolso com variadas funções e aplicabilidades pelo acesso à internet (ZUIN & ZUIN, 2018).

Diante desse cenário, é inevitável que essas mídias apareçam na escola, pois o *smartphone*, enquanto um “computador de bolso”, desde cedo se faz presente no cotidiano das crianças e intrinsecamente no dos pais e responsáveis, seja como forma de entretenimento ou “babá” (disciplinador) (SILVA, 2013). E a escola, enquanto espaço de construção do conhecimento, necessita saber e compreender com quais fins os alunos utilizam essas mídias móveis e como potencializar esses aparatos tecnológicos como ferramentas de aprendizagem.

Türcke (2010) afirma que é necessário o uso das tecnologias na educação com a perspectiva de modificar a forma de ensino e aprendizagem, deixando de formar meramente consumidores de informações, mas passando a formar produtores de cultura e conhecimentos essenciais a formação humana.

Todavia, esta nova linguagem tecnológica da qual a criança está inserida e articulada, deve ser bem vista e aceita pelo professor, pois sua utilização, mediada, intervinda e intencionada pelo docente, pode conduzir o processo de ensino na direção de melhorias e avanços, como uma ferramenta que conduz e cria estratégias de ensino-aprendizagem, por meio de um letramento digital.

Este artigo tem como tema O uso das tecnologias moveis na aprendizagem à luz da Teoria Histórico Crítica. Assim, o intuito do presente trabalho é promover uma reflexão do uso das tecnologias móveis na aprendizagem à luz da Teoria Histórico Crítica. A metodologia a ser utilizada é a Revisão Sistemática da literatura, enquanto fundamentação teórica, em textos consagrados da literatura da área pesquisada, pois compreende como uma forma de aprofundar o conhecimento, por meio da análise e reconstrução de teorias, realidades, leis e discussões, identificando a influência dos meios tecnológicos e os reflexos que o *smartphone*, enquanto mídia móvel traz a criança.

Neste contexto, a presente temática aqui levantada se faz pertinente na medida em que se propõe a não permitir que a tecnologia torne-se um objeto estranho para o professor, que se vê rodeado e acostumado a currículos enlatados, grades curriculares, ao conservadorismo tecnológico, e à ordem explicadora dos conhecimentos (RANCIÈRE, 2004).

2 | AS TIC'S NA EDUCAÇÃO

Acessar a internet, fazer ligações, usar as redes sociais, checar e-mails, falar ao telefone, assistir televisão, enviar mensagens para pessoas do outro lado do país ou até mesmo do planeta, são atividades que nem sempre fizeram parte do cotidiano ou mesmo imaginariam existir nossos antepassados. Entretanto, atualmente nos adaptamos a essa sociedade vista tecnológica, no qual a velocidade da informação é cada vez intrínseca e universal.

Vivenciamos em nossos dias uma grande transformação e revolução na forma de comunicação e como processo de transmissão e processamento. Levy (1999) refere-se a essas mudanças devido a um impacto das novas tecnologias da informação e comunicação sobre a sociedade e a cultura, (res) significando os novos hábitos dos indivíduos do mundo. Essas transformações tecnológicas devem ao rompimento das barreiras econômicas, culturais e sociais, na rápida e espantosa globalização.

Esse fenômeno da globalização, está permitindo acesso, seja real ou virtual, a todo tipo de informação e comunicação das camadas da sociedade. Kenski (2012) afirma que as chamadas Tecnologias da Informação e Comunicação são o resultado da fusão de três vertentes técnicas: a informática, as telecomunicações e a eletrônica, criando um “encantamento no meio educacional à medida que se descortinou um mundo de novas possibilidades, principalmente em relação aos conceitos de espaço e distância”.

As tecnologias de informação e comunicação (TIC's) exercem um papel cada vez mais importante na forma de nos comunicarmos, aprendermos e vivermos. As Tecnologias da Informação e Comunicação referidas como TIC's são consideradas como sinônimo das tecnologias da informação (TI). Contudo, é um termo geral que frisa o papel da comunicação na moderna tecnologia da informação.

Kenski (2012) define as TIC's como o “processo de produção e uso dos meios baseados no uso da linguagem oral, da escrita e da síntese entre som, imagem e movimento, como vídeo, televisão, computador e telefones celulares”. Tais tecnologias possuem suas próprias lógicas, linguagens e maneiras particulares de comunicar-se, evoluem com muita rapidez e estão em permanente mudança, modificando as formas de ensinar e aprender, possibilitando o protagonismo do aluno no processo de construção de conhecimento, e melhorando a qualidade da aprendizagem.

Os alunos transformaram-se radicalmente com a globalização e a “super” evolução das TIC's, significando que não são os mesmos para os quais o sistema educacional foi criado e que essa nova produção de conhecimento, no encurtamento do tempo e do espaço, gera uma nova transmissão de informações e produção do

conhecimento (PRENSKY, 2011).

Para Moran (2012), as TICs permitem melhoria da qualidade na educação, mas não de forma pragmática, mas sim qual função dos professores nessa educação contemporânea e a mudança de antigos modelos de aprendizagem: da transmissão e reprodução para a construção de conhecimento. Pensando, não se pode inserir as TICs no processo educacional sem a mínima intenção e respeito as especificidades do ensino e da própria tecnologia para garantir o seu bom uso e (re) pensar metodologias para utilizar esses equipamentos no processo de ensino e aprendizagem.

Das tecnologias da informação e comunicação presentes na vida do sujeito, a internet e o *smartphone* são os que mais se disseminam e conseqüentemente, os mais utilizados. Esse novo comportamento humano redefinido por uma infinidade de informações, altera a sociedade como um todo, pois a comunicação passa a assumir um espaço ainda mais privilegiado na vida social. Novas visões de mundo determinam a formação de uma nova sociedade, integralizada pela tecnologia (MORAN, 2012).

2.1- O *Smartphone* Enquanto Tecnologia Móvel

Celulares são verdadeiros computadores portáteis interligados na internet, com inúmeros recursos internos, capazes de filmar, tirar fotos, produzir montagens, gravar o áudio que o usuário desejar, além de oferecer uma grande variedade de acesso aos aplicativos, programas criados por pessoas jurídicas para atender necessidades de todo tipo, inclusive, educativas (LOPES, PIMENTA, 2017).

O *smartphone* enquanto tecnologia móvel tem impulsionado e massificado o acesso à tecnologia devido ao seu baixo custo e acessibilidade a pessoas pertencentes às classes de baixa renda (CETIC.BR, 2018).

A convergência midiática promove na educação a ampliação e diversificação dos processos de comunicação e interação; produção e disseminação de informações e conhecimentos; acesso a conteúdos digitais em qualquer lugar e horário, eliminando limites de tempo e espaço; e, principalmente, diferentes

No contexto brasileiro, além de ser o dispositivo mais difundido, o telefone celular é, em muitos casos, a única opção de acesso à Internet para população, estando presente em áreas em que há maior dificuldade de acesso à banda larga fixa e a outros dispositivos. Isso ocorre, sobretudo, entre a população economicamente menos favorecida e que vive em áreas rurais, a qual dispõe de menor diversidade de alternativas de conectividade. Esse cenário representa, por um lado, a inserção de parcela da população no mundo on-line. No entanto, o uso exclusivo do telefone celular impacta as atividades realizadas e, conseqüentemente, o potencial desenvolvimento de habilidades múltiplas por crianças e adolescentes (CETIC.BR,

2017)

A UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura) em suas Diretrizes de políticas da UNESCO para a aprendizagem móvel (2013) opta por adotar uma definição ampla para os *smartphones*, enquanto aparelhos móveis, reconhecendo simplesmente que são digitais, facilmente portáteis, de propriedade e controle de um indivíduo e não de uma instituição, com capacidade de acesso à internet e aspectos multimídia, e podem facilitar um grande número de tarefas, particularmente aquelas relacionadas à comunicação.

Difícil encontrar uma pessoa que não tenha um aparelho ou uma criança que não teve ou tem contato com o aparato, demonstrando como essa tecnologia está permeada na sociedade. O *smartphone* acaba se tornando uma extensão do corpo humano, visto que guardar números, datas, eventos, entre outros fatores, não se faz mais importante, pois esse aparato guarda mais informações com quantidade e qualidade do que a própria anatomia do corpo, funcionando como uma reserva do componente cerebral, confiando plenos poderes e armazenando a totalidade de quem somos (MACHADO, 2014).

Acredita-se que a criação de novos espaços voltados para as práticas educacionais mediadas pelas linguagens das tecnologias móveis favorece a elevação dos níveis de educação do Brasil. Pelo seu caráter portátil, tais tecnologias propiciam atividades, que podem envolver professores e alunos e demais atores educativos que podem interagir na busca de novas aprendizagens e conhecimentos (ZUIN & ZUIN, 2018).

Dessa maneira, os *smartphones* são aparelhos que fazem parte deste grupo das tecnologias digitais da informação e comunicação, possuindo ferramentas que podem auxiliar no processo de ensino-aprendizagem, permitindo e promovendo uma a interatividade entre aluno, conhecimento e com o professor, contribuindo para se ter uma sociedade conectada, colaborativa, responsável e crítica.

Professor e aluno tornam-se parceiros nesta incessante busca do aprender, pois as novas tecnologias da informação se relacionam diretamente com a ideia de emancipação humana, do desenvolvimento da criatividade, da autocritica, da autonomia e da liberdade responsável (ALMEIDA & PRADO, 1999).

2.2- O Smartphone À Luz Da Teoria Histórico Crítica

Segundo Duarte (2003), Vygotsky foi uns dos grandes estudiosos que desenvolveu a Teoria Histórico-Cultural a partir dos pressupostos de Marx, onde o desenvolvimento do ser humano está condicionado às interações estabelecidas no meio social, ou seja, para que um sujeito se desenvolva, se faz necessário que ele aproprie da cultura material e intelectual produzida historicamente pela humanidade. Essa apropriação depende da forma como o sujeito em desenvolvimento estabelece

com o ser mais desenvolvido, da transmissão de signos, símbolos, culturas e relações sociais que ampliem a linguagem e o pensamento humano.

Na sociedade moderna, o homem divide espaço com as máquinas, e as relações constituídas por ambos se tornam cada vez mais inseparáveis. Em cada atividade do cotidiano, como em casa, no trabalho, na escola, nos parques, em diversos espaços e ambientes sociais, a tecnologia possui seu lugar de utilidade, sendo, muitas vezes, uma necessidade e realidade. Permeia em nossa mente, uma impossibilidade de imaginar a sobrevivência do homem sem a tecnologia atualmente.

O modo frenético como crianças, jovens e adultos consomem tecnologias e mídias nesse modelo de sociedade atual, comprova que a era digital revolucionou e revoluciona o comportamento, os sentimentos, a educação, o modo de viver, ser e pensar dos indivíduos (SILVA, 2013).

Saber utilizar essas tecnologias móveis com foco no ensino e aprendizagem, em particular o *smartphone*, é uma necessidade fundamental para o desenvolvimento pedagógico efetivo, para que o estudante consiga avançar de nível de conhecimento real para um nível de conhecimento potencial de aprendizagem. Dessa maneira, a tecnologia integrada é importante no ambiente escolar, fazendo significado ao educando, pois é uma prática social que vivencia no cotidiano. Mas para a reflexão teórica ser integrada dentro da sala de aula, se faz necessário que professores e alunos tenham uma apropriação crítica dos conteúdos escolares para transformar a vida do estudante e da sociedade em sua totalidade (GASPARIN, 2012).

Para a Psicologia Histórico-cultural, o método dialético trata das leis mais gerais do desenvolvimento da natureza, da sociedade e do pensamento humano, assim, tendo em vista a complexidade humana, acredita-se que a aplicação desse instrumental metodológico na escola possibilitará aos educadores a apreensão dos fenômenos humanos e sociais na sua concretude, ou seja, na sua verdadeira forma de existir e se manifestar (VIOTTO FILHO, 2007).

Assim, pensemos o *smartphone*, enquanto objeto cultural simbólico, como um instrumento metodológico, no qual possibilita o educador compreender seus alunos, reconhecendo-os como síntese de múltiplas determinações biológicas, históricas e sociais, superando as visões naturalizantes e positivistas sobre a criança, mas de forma concreta (VIOTTO FILHO, 2007).

Viotto Filho (2007) apud Vygotsky (1996) afirma que a dialética é fundamental, seja pra explicitar e apresentar a interdependências entre os fenômenos naturais, humanos e sociais e que a fonte de desenvolvimento humano funda-se na unidade e luta de contrários, ou seja, cada fase na história gera sua fase contrária e precisa ser compreendido na escola, dada a complexidade de relações que lá são estabelecidas e que estão diretamente relacionadas com o desenvolvimento dos educandos.

Vygotsky (1996) defende que a psicologia precisa desvelar, ir além da aparência externa dos fenômenos, sua origem e natureza, mas ir atrás da verdadeira relação dessa manifestação externa, analisando os processos e descobrindo como o *smartphone* se manifesta verdadeiramente na escola, para que o educador possa compreender o sujeito humano numa perspectiva de totalidade, mas que de modo algum queira oferecer a solução definitiva, a verdade absoluta para a questão do desenvolvimento humano na escola.

O Ser humano vai se tornando cada vez mais humano à medida que vai se apropriando dos objetos (materiais e simbólicos) construídos pela humanidade e torna esses objetos “órgãos de sua individualidade” (OLIVEIRA, 1996). Ainda, esse ser humano constrói coletivamente seu desenvolvimento na Atividade Social, pois à medida que se apropria do mundo natural, social, tecnológico e histórico, seus pensamentos, linguagem, consciência, sentimentos e comportamentos moldam esse desenvolvimento humano.

Neste sentido, o ponto de partida para a aprendizagem e a apropriação de conteúdos de forma completa, é a realidade social ampla, tornando e compreendendo o professor e o aluno como agentes sociais, e a aprendizagem como prática social, como forma de solucionar algum problema dessa prática social, onde os estudantes se apropriam do conhecimento e conseguem sintetizá-los, mas de forma diferenciada, em outro nível de conhecimento. (GASPARIN, 2012).

Vygotsky (1990) aponta para atividade criadora do homem, aquela em que se cria algo novo, como a criação de imagens e ações que pertencem a esse quadro criador ou combinatório., combinando elementos da experiência anterior, erigindo novas situações e novos comportamentos. A imaginação é a base de toda essa atividade criadora, manifestando-se em campos da vida cultural, científica e técnica. Tudo que nos cerca (mundo da cultura) foi feita pelas mãos humanas, produto da imaginação e da criação humana que nela baseia.

Nesse sentido, conforme Vygotsky (1990), a tecnologia móvel *smartphone* pode ser considerada uma atividade criadora, pois enquanto uma invenção tem por elementos tomados pela realidade e cristalizados como fato de experiência da pessoa a qual criou esse objeto.

O *smartphone* propicia a criança, ao contato com inúmeras informações, uma riqueza de experiências, quanto mais viu, ouviu e vivenciou, mais ela sabe e assimilou, mais produtiva e significativa será sua imaginação. A imaginação é uma condição totalmente necessária à atividade mental humana, servindo a nossa experiência, onde precisa ser completada, realizada num artefato, tomando uma forma, como o *smartphone*, para integrar, de maneira objetiva a produção coletiva. (VYGOTSKY, 2009).

Leontiev (1978) aponta que é no encontro do aluno com os objetos culturais,

que pode ser o objeto “*smartphone*”, que mesmo não proporcionado pela escola, mas sim decorrente dos educando que lá se encontram, e dependendo da interação e mediação que esse professor fará a partir desse objeto, o sujeito encontrará os motivos sociais das suas necessidades e, colocar-se-á em ação, em atividade. Entende-se que o educando, não pode ser visto como um mero objeto que precisa adaptar-se às condições da escola e da sociedade; “ele deve ser reconhecido a partir de sua atividade, nas relações que estabelece com os bens simbólicos e materiais que lhe são possibilitados, desenvolvendo-se e satisfazendo suas necessidades nesse processo” assumindo assim a posição de sujeito no processo de aprendizagem e apropriação da cultura, como produto e produtor de sua história e da história da sociedade da qual faz parte (VIOTTO FILHO, 2007).

Baumam (2001) define o dispositivo móvel (*smartphone*) como o objeto cultural da era da instantaneidade, permitindo aos sujeitos, estar em contato uns com os outros, por meio de chamadas telefônicas, mensagens de texto, câmera, música, aplicativos, jogos digitais e internet. Há de alguma forma uma imanência de um sistema cultural no uso dos dispositivos tecnológicos, com a “convergência de vários sistemas de signos operando de uma forma não prevista que, em algum momento, se estabelece por conta de suas práticas de consumo” que vão muito além da posse de bens, originando novos modos de ser e de viver que interagem com a construção de subjetividades, afinal os objetos consumidos são cultura e, no processo de consumo e uso, se constroem novos significados.

Nessa perspectiva, a apropriação dos objetos culturais, principalmente a linguagem, apresenta-se como fundamental para se compreender os sujeitos sociais em processo de desenvolvimento. No processo de comunicação, mediado por signos, como o *Smartphone*, as funções psicológicas superiores passam por uma etapa externa de desenvolvimento, para depois se tornar função específica e interna do sujeito, pois, toda função psíquica superior foi externa por ter sido social antes que interna; a função psíquica [de um indivíduo] propriamente dita era antes uma relação social de duas pessoas [do indivíduo com o outro]. O meio de influência sobre si mesmo é inicialmente o meio de influência sobre os outros [...] o meio de influência dos outros é o meio de influência sobre o indivíduo (VIGOTSKY, 1990).

O processo de aprendizagem se dá desde já, pois é na aprendizagem que possibilita a criança se desenvolver na orientação, na interação com outro. A escola deve criar necessidades para a atividade de estudo, de leitura de escrita e de amor (ou ódio) ao conhecimento (VYGOTSKY, 2009). Dessa forma, precisamos criar condições reais do objeto, bem como o *Smartphone*, para os alunos aprenderem, fazendo-os avançarem ao desenvolvimento, saindo do nível atual do conhecimento (atividade autônoma) e passando-os ao Nível de Zona de Desenvolvimento Potencial, construída na escola, as quais são imprescindíveis para que o sujeito

possa desenvolver um tipo de consciência diferenciada e crítica, que avance à consciência de senso comum, normalmente desenvolvida na vida cotidiana, fora da escola.

Assim, na tentativa de compreender a importância da apropriação dos elementos históricos e culturais construídos pela humanidade, como fundamentais no processo de desenvolvimento e humanização dos sujeitos, passa a ser fundamental considerar a relação entre aprendizagem e desenvolvimento:

Tal apropriação, se significativa, possibilitará aos profissionais da educação, instrumentos teóricos e metodológicos fundamentais para se rever o currículo, as disciplinas, a avaliação, carga-horária, conteúdos, material didático-pedagógico, estratégias de ensino, processos de aprendizagem, dentre outras questões, próprias da educação e da escola, diretamente relacionadas ao processo de desenvolvimento e humanização dos sujeitos (VIOTTO FILHO, 2005).

Logo, a relação entre processo de desenvolvimento e aprendizagem, poderá possibilitar aos educadores condições diferenciadas para se compreender os estudantes, possibilitando uma visão mais ampla e dinâmica do processo de desenvolvimento desses sujeitos, com vistas à construção de intervenções educativas mais coerentes com realidade histórica e social e, portanto, coerente com as necessidades concretas dos alunos presentes na escola, levando-os a consciência crítica e tal qual a humanização atingir este sujeito em sua plenitude.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em se tratando de informação e comunicação, as diversas possibilidades tecnológicas surgiram como uma alternativa da era moderna, facilitando os modos da educação com a inserção dos computadores nas escolas, aprimorando e permitindo o uso da tecnologia pelos alunos, visto que o acesso a informações e a realização de diversas tarefas inerentes à vida humana, além de qualificar os professores por meio da criação de redes e comunidades virtuais.

Desta maneira, as Tecnologias Digitais constroem e reconstroem todo ato do ser humano, influenciando até mesmo a sua forma de construção da identidade (MARQUES, 1999). Fonseca apud Straubhaar e LaRose (2013) diz que a infraestrutura de telecomunicação combinada com tecnologias de computação pode ser considerada o sistema nervoso central da comunicação contemporânea, denominada “*Smartphone*”.

As tecnologias digitais móveis, por serem altamente portáteis e relativamente baratas, ampliaram enormemente o potencial e a viabilidade da aprendizagem personalizada. Além disso, à medida que aumentam a quantidade e a diversidade de informações que os aparelhos móveis podem coletar sobre seus usuários, a tecnologia móvel torna-se capaz de melhor individualizar a aprendizagem. Os

smartphones, nos diversos aparelhos nos bolsos de milhões de pessoas, podem oferecer aos estudantes maior flexibilidade para avançar em seu próprio ritmo e seguir seus próprios interesses, aumentando potencialmente sua motivação para buscar oportunidades de aprendizagem (UNESCO, 2013).

Nesse sentido, a escola enquanto instituição cultural e promotora de ações sociais, culturais e históricas, deve criar necessidades reais de aprendizagem, como: estudar, ler, escrever, e potencialmente ir além do conhecimento superficial, mas incorporando aquisições da humanidade, desenvolvendo uma consciência crítica dos sujeitos que ali convivem, não apenas repetindo aquilo que é considerado importante por uma parte da sociedade, mas torna-la melhor, estabelecendo um diálogo entre cultura e educação (LEONTIEV, 1978).

O sujeito se apropria desse objeto, por meio do instrumento simbólico *smartphone*, e através da mediação de outro sujeito, no caso o professor com o aluno, provoca transformações, modifica o comportamento e o desenvolvimento humano, resultando em aprendizagem por meio de objetos culturais. Infelizmente nossa educação por não atender essa sistematização de relações entre o sujeito e os objetos culturais, resulta que nem todos se apropriem do mesmo nível esperado dos fenômenos culturais, difundindo uma única visão como integradora de humanização, visto que a criança por meio da comunicação e da relação com outros homens aprende por meio de aptidões (LEONTIEV, 1978).

A escola por sua vez, enquanto instituição social deve criar esse espaço de relação orgânica, essência e estável à relação do educando durante o período de escolarização, transformando-os em verdadeiramente comunidade, os desenvolvendo de forma livre, consciente, democrática, de forma que sua relação não seja obrigatória, acidental ou até mesmo forçada (VIOTTO FILHO, 2014).

Logo, cabe à educação avaliar as práticas culturais desenvolvidas, bem como os educadores resguardarem os valores que possibilitam o desenvolvimento humano, um sistema de educação que lute pela ideologia, ampliando e promovendo um desenvolvimento intelectual e multilateral, com criticidade, promovendo projetos educacionais que superem as relações preconceituosas e saibam valorizar os conhecimentos provenientes das diferentes culturas existentes, de forma a tornar os indivíduos atores sociais, protagonistas da própria história e cidadãos emancipados, em uma escola justa, igualitária e acima de tudo DEMOCRÁTICA sobre todas as manifestações da sociedade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria E. B. & PRADO, Maria E. B. B. **Um retrato da informática em educação no Brasil**. 1999. In: <http://www.proinfo.gov.br>. Acesso em: 12 de agosto de 2019.

BAUMAN, Zygmunt. *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
LEONTIEV, Alexis. *O desenvolvimento do psiquismo*. Lisboa: Horizonte, 1978. Página: 261-284.

CETIC.BR. **Pesquisa Sobre o Uso das Tecnologias de Informação e Comunicação nos Equipamentos Culturais Brasileiros 2018**. Disponível em: < https://www.cgi.br/media/docs/publicacoes/1/tic_cultura_2018_livro_eletronico.pdf >. Acesso em 28 de agosto de 2019.

_____. **Pesquisa Sobre o Uso das Tecnologias de Informação e Comunicação nas Escolas Brasileiras Educação 2017**. Disponível em: <https://www.cgi.br/media/docs/publicacoes/2/tic_edu_2017_livro_eletronico.pdf>. Acesso em 28 de agosto de 2019

DUARTE, N. **A individualidade para-si**: contribuição a uma teoria histórico-social da formação do indivíduo. Campinas, Autores Associados, 1993.

FONSECA, Ana Graciela M. F. da. **Aprendizagem, mobilidade e convergência**: Mobile Learning com Celulares e *Smartphones*. Rev. Elet. do Prog. de Pós-Graduação em Mídia e Cotidiano, n.2, p. 256 – 283, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.ppgmidiaecotidiano.uff.br/ojs/index.php/Midecot/article/viewFile/42/48>>. Acesso em: 21 agosto 2019.

GASPARIN, J. L. **Uma didática para a pedagogia histórico-crítica**. 5. Ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2012

KENSKI, Vani Moreira. *Educação e tecnologias: Um novo ritmo da informação*. 8. ed. Campinas: Papyrus, 2012. p. 15-25.

LEONTIEV, A. N. **O desenvolvimento do psiquismo**. Lisboa: Livros Horizonte, 1978.

LÉVY, P. *Cibercultura*. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2000.

LOPES, Priscila Almeida; PIMENTA, Cintia Cerqueira Cunha. O uso do celular em sala de aula como ferramenta pedagógica: Benefícios e desafios. *Revista Cadernos de Estudos e Pesquisa na Educação Básica*, Recife, v.3, n.1, p.52-66, 2017. CAP UFPE.

MACHADO, Helena. **Tecnologias que incriminam**. Olhares de reclusos na era do CSI. Coimbra: CES/Almedina, 288 pp, 2014.

MORAN, José. **Novas tecnologias e mediações pedagógicas**. Campinas, SP. Papyrus, 2012.

OLIVEIRA, B. **O trabalho educativo**: reflexões sobre paradigmas e problemas do pensamento pedagógico brasileiro. Campinas: Autores Associados, 1996.

PRENSKY, M. **From digital nativesto digital wisdom**: hopefulelessays for 21st Century learning. Thousand Oaks: Corwin, 2011.

RANCIÈRE, Jacques. **Aux bords du politique**. Paris: Gallimard, 2004.

SILVA, Delcio B. As principais tendências pedagógicas na prática escolar brasileira e seus pressupostos de aprendizagem. Disponível em: http://www.ufsm.br/lec/01_00/DelcioL&C3.htm Acesso em: 14 de setembro de 2019.

TÜRCKE, C. **Sociedade excitada**: filosofia da sensação. Campinas: Editora da Unicamp, 2010.

UNESCO. **Policy Guidelines for Mobile Learning**, publicado em 2013 pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), 7, place de Fontenoy, 75352

Paris 07 SP, France.

VIOTTO FILHO, I. A. **Psicologia Escolar e Psicologia Social-Comunitária**: diálogos para a construção de uma perspectiva crítica de atuação do psicólogo na escola. Tese (Doutorado em Educação/Psicologia da Educação) – Programa de Psicologia da Educação, PUC/SP, São Paulo, 2005.

VIOTTO FILHO, I A. **Psicologia Histórico-cultural**: algumas contribuições para a ação do educador numa escola em transformação. Revista Educere et educare, v.I, 2007, UNIOESTE/PR.

VIOTTO FILHO, I.A.T.; **Pensando a escola pública como comunidade**: contribuições teórico-críticas da filosofia de agnes heller. In: Stela Miller; Maria Valéria Barbosa; Sueli Guadalupe de Lima Mendonça. (Org.). Educação e Humanização: as perspectivas da teoria histórico-cultural. 1ed. Jundiaí: Paco Editorial, 2014, v.1, p. 7-244.

VYGOTSKY, L.S. **La imaginacion y el arte em la infância (ensayo psicológico)**. Madrid: Akal, 1990.

VYGOTSKY, L.S. **Teoria e Método em Psicologia**. S. Paulo: M. Fontes, 1996.

VYGOTSKY, Lev S. **Imaginação e criação na infância**: ensaio psicológico: livro para professores/ Lev Semionovich Vygostsky. São Paulo: Ática, 2009. 135 p.

ZUIN, Vânia Gomes; ZUIN, Antônio Álvaro Soares. **O CELULAR NA ESCOLA E O FIM PEDAGÓGICO**. Educ. Soc., Campinas , v. 39, n. 143, p. 419-435, jun. 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302018000200419&lng=pt&nrm=i>. Acessado em: 21 de setembro de 2019.

A TÉCNICA DE MINDFULLNES ALIADA A TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE RECAÍDAS EM PACIENTES COM IDEAÇÃO SUICIDA

Data de aceite: 05/06/2020

Felippe Henrique Nascimento

Centro Universitário Braz Cubas
fhnpsicologia@gmail.com

Valdir de Aquino Lemos

Centro Universitário Braz Cubas

Fábio Guedes de Souza

Centro Universitário Braz Cubas

RESUMO: As abordagens baseadas na *Mindfulness*, tem sido bastante utilizado nos estudos da psicologia atualmente. Sua origem deu-se no contexto das práticas budistas, que passaram a fazer parte da clínica contemporânea a partir dos estudos e programas de redução de estresse, sendo aplicada de maneira mais ampla dentro da psicologia, neste estudo como tratamento de indivíduos em risco de comportamento suicida, com base na Terapia Cognitiva Baseada no *Mindfulness* - MBCT. Assim, o objetivo do presente estudo é descrever e discutir sobre a eficácia da terapia cognitivo comportamental associada a técnica de *Mindfulness* na melhora de pensamentos suicidas. O método utilizado para a construção deste estudo foi por meio da

pesquisa bibliográfica, utilizou-se, 20 livros, 45 artigos, 5 estudos e 5 sites para a construção do trabalho, através dos quais foram analisadas as variáveis psicológicas envolvidas nos pensamentos suicidas e como a técnica de *Mindfulness* contribui para melhora dessas variáveis. Os resultados do presente estudo mostram que existem evidências que a prática de regular de *Mindfulness*, pode contribuir para prevenção e tratamento de diversos transtornos, além disso acredita-se que a técnica de *Mindfulness* é contribuidora, para tratamento de pensamentos suicidas, agindo diretamente nos níveis de estresse, ansiedade e comportamento agressivo e impulsivo, variáveis de grande influência para o comportamento suicida. Porém destaca-se que a técnica só deve ser utilizada em pacientes que estejam estáveis ou seja pacientes que não estejam em crise. Com base nos resultados, conclui-se que o uso da Terapia Cognitiva Comportamental aliada a técnica de *Mindfulness* no tratamento e prevenção de recaídas de pacientes suicidas, é uma útil ferramenta, na redução dos sintomas em pacientes com ideação suicida visto que a técnica auxilia a tornarem-se mais conscientes dos seus padrões de pensamentos automáticos e reconhece-los apenas como pensamentos, ou seja, uma visão subjetiva da realidade, o que

contribui para uma melhor compreensão de seus processos mentais, assim sendo possível alterá-los.

PALAVRAS-CHAVE: Suicídio; Terapia cognitivo comportamental; Mindfulness.

1 | INTRODUÇÃO

Os desenvolvimentos contemporâneos nas psicoterapias estruturadas podem ser considerados como tendo ocorrido em três fases. A primeira fase ocorreu na década de 1960 e consistiu na aplicação sistemática da teoria da aprendizagem comportamental aos transtornos emocionais, inicialmente medos específicos e fobias e, posteriormente, agorafobias e fobias sociais (EYSENCK *et al*, MARTIN, 1987).

A segunda fase foi uma mudança para modelos cognitivos, em particular, a Terapia Cognitiva (TC) de Judith Beck reuniu uma série de técnicas comportamentais e cognitivas com o objetivo de se concentrar na maneira como os pensamentos, imagens e interpretação de eventos de uma pessoa contribuem para o aparecimento e manutenção dos distúrbios emocionais e comportamentais (JUDITH BECK, RUSH, SHAW *et al*, 1979; WILLIAMS, 1992).

Originalmente aplicada à depressão, a abordagem agora é usada com uma ampla gama de diferentes problemas, incluindo transtorno de estresse pós-traumático, distúrbios alimentares, hipocondria, transtorno de pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, fobia sociais, ansiedade generalizada e comportamento suicida (HAWTON, SALKOVSKIS, KIRK *et al.*, 1989).

A terceira e mais recente fase ainda está nos estágios iniciais de desenvolvimento. Os novos tratamentos que estão sendo desenvolvidos mantêm a estrutura associada às fases comportamentais e cognitivas anteriores e a ênfase na avaliação da eficácia do tratamento, mas incorporam elementos como filosofia dialética, *mindfulness*, aceitação, relacionamento e espiritualidade (BORKOVEC, 2002; ROEMER; ORSILLO, 2002). Uma característica dessas terapias de “terceira geração” é a disposição de aprender com as abordagens orientais da mente e do corpo.

Em particular, muitos ensinam a meditação da *mindfulness* como um aspecto central da abordagem. A adição desses elementos representam uma modificação importante, levando a terapia comportamental e cognitiva a uma fase de desenvolvimento qualitativamente diferente (HAYES, 2002; HAYES *apud* WILSON, 2003).

Ambas foram usadas para subgrupos específicos de pacientes que são vulneráveis ao comportamento suicida.

A MBCT, embora não tenha sido projetada especificamente para direcionar o

risco de suicídio, foi desenvolvida para reduzir o risco de recaída na depressão maior cronicamente recorrente, um dos grupos de maior risco para o suicídio (LINEHAN, 1993a).

Até o momento, ainda está em curso qual o papel que a técnica em *mindfulness* pode ter fora dos grupos clínicos específicos para a qual a MBCT foi projetada. Assim o objetivo do presente estudo é descrever e discutir sobre a eficácia da terapia cognitivo comportamental, associada à técnica de *mindfulness* na melhora e prevenção de recaída em pacientes com ideação suicida.

2 | TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

A terapia cognitiva comportamental é um modelo de processamento de informações. Cognitivo refere-se a como um indivíduo interpreta e atribui significado às suas experiências. Como seres humanos, estamos continuamente tentando dar sentido às nossas experiências internas e externas para os propósitos de sobrevivência e apego.

A forma como digitaliza o ambiente e escolhe os significados do atributo estímulo é variável de pessoa para pessoa e baseada em aprendizagens e crenças passadas. Ao longo do desenvolvimento, adquire-se crenças sobre nós mesmos, outros, sobre meio ambiente e o futuro. Beck, A. *et al*, (1979) refere-se a essas crenças que têm durabilidade e rigidez ao longo do tempo como crenças centrais. Beck, J. (2005) categoriza as crenças centrais com base no senso individual de sua amabilidade, valor e controle.

Essas categorias de crenças centrais podem ser adaptativas ou mal adaptativas, dependendo das experiências de longo prazo com pessoas e situações significativas. Assim, crenças centrais mal adaptativas seriam associadas a crenças de falta de amor, inutilidade e desamparo. Novas informações são processadas no momento com base no equilíbrio entre as crenças centrais adaptativas e mal adaptativas entre essas três categorias (BECK, J. 2005).

Os indivíduos que crescem em um ambiente predominantemente negativo provavelmente desenvolverão mais a mal adaptativa do que as crenças centrais adaptativas. Essas crenças centrais, quando ativadas por eventos associados no momento, influenciam a objetividade e, assim, colorem como interpreta-se à experiência no presente. Assim, os pensamentos ou interpretações no presente não são iguais aos fatos, mas estão sujeitos a mudanças com novas informações (BECK, J. 2005).

Quando se está funcionando bem no momento presente, crenças centrais adaptativas são proeminentes na percepção consciente e determinam, de maneira

positiva, como experimenta o ambiente e atribuí significado a novas informações. No entanto, sob estresse, uma crise ou um início agudo ou recorrência de um distúrbio psiquiátrico, nossas crenças centrais mal adaptativas surgem à consciência e têm um impacto negativo na forma como digitaliza o ambiente e processa novas informações. Quando ativadas, as crenças centrais mal adaptativas moldam novas informações para se ajustarem à atual crença mal adaptativa do núcleo, tornando-as mais fortes. As crenças centrais mal adaptativas persistentes são a base, em parte, da maioria das psicopatologias; no entanto, a TCC reconhece o impacto de fatores biológicos e genéticos, particularmente no caso de grandes doenças mentais (BECK, J. 2005).

A teoria cognitiva ensina que as emoções, respostas fisiológicas e comportamentos são produto do pensamento no momento presente. As interpretações espontâneas e não premeditadas associadas a eventos específicos no presente são referidas como pensamentos automáticos. Quando os pensamentos automáticos são interpretações errôneas de eventos atuais, Beck se refere a então como pensamentos automáticos disfuncionais.

Se, em determinada situação, um indivíduo tem o pensamento automático disfuncional, “eu sou um perdedor”, essa interpretação é provavelmente devida à ativação da crença central mal adaptativa “eu sou incompetente”. Os produtos do pensamento automático disfuncional, “eu sou um perdedor”, podem incluir tristeza, ansiedade, aumento da atividade do sistema autônomo e um desejo de evitar as pessoas (BECK, J. 2005).

A teoria cognitiva também ensina que emoções, respostas fisiológicas e comportamento influenciam o pensamento e crenças. Estudos mostraram que pessoas deprimidas têm dificuldade em acessar memórias positivas de experiências passadas e sucessos passados. (BECK, J. 2005).

Como os pacientes deprimidos tendem a se retirar e se isolar, eles perdem oportunidades de obter informações que possam fornecer um entendimento mais equilibrada de si mesmos. (BECK, J. 2005).

Assim, existem múltiplas interações entre pensamentos, sentimentos, reações fisiológicas e comportamentos, como mostrado na Figura 1:

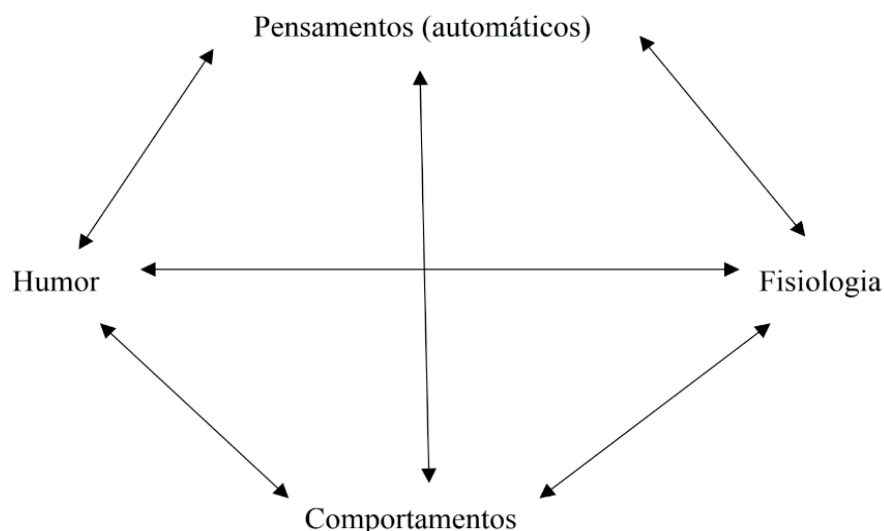


Figura 1 - Interações Cognitivas dos Pensamentos (TCC). Adaptado (Matthews,2012).

A função da terapia cognitiva é reduzir reações emocionais negativas, respostas fisiológicas angustiantes e comportamentos autodestrutivos, modificando pensamentos automáticos disfuncionais, inicialmente, seguindo-se a modificação de crenças centrais mal adaptativas. Pensamentos automáticos disfuncionais são desafiados quando o paciente procura evidências contra os pensamentos negativos e/ou faz com que o paciente identifique explicações alternativas em uma dada situação. As crenças centrais mal adaptativas são modificadas através de um processo chamado “trabalho de crença”, que será revisado mais adiante no capítulo (BECK, J. 2013).

As crenças subjacentes mal adaptativas são reveladas pela observação de padrões de pensamentos automáticos disfuncionais através de múltiplas situações no presente. Embora o enfoque principal da TCC seja a focalização de pensamentos automáticos disfuncionais, crenças centrais mal adaptativas, emoções negativas, respostas fisiológicas angustiantes e comportamentos de autodestruição também se tornam alvos para o tratamento (BECK, J. 2013).

No caso de um paciente deprimido, que estava evitando os outros por medo de ser criticado, as estratégias de ativação comportamental permitiram-lhe descobrir que havia várias pessoas apoiadoras disponíveis para ele, o que resultou em uma diminuição acentuada em seu medo e ansiedade (BECK, J. 2013).

Assim, a intervenção comportamental teve um impacto positivo tanto no pensamento negativo quanto nas emoções negativas. De acordo com Beck, A. et al, (1979), a fim de alcançar uma mudança duradoura de nosso sofrimento emocional e comportamentos autodestrutivos, as intervenções cognitivas e comportamentais são necessárias para alterar as crenças centrais subjacentes do mal adaptativo.

Além de pensamentos automáticos disfuncionais e crenças centrais mal adaptativas, há dois outros aspectos problemáticos da cognição, crenças

intermediárias mal adaptativas e erros na lógica. Em vista do fato de que a consciência das crenças centrais mal adaptativas cria um sofrimento emocional, o indivíduo desenvolve e implementa estratégias compensatórias cognitivas ou crenças intermediárias mal adaptativas a fim de impedir que as crenças centrais mal adaptativas sejam ativadas. As crenças intermediárias mal adaptativas consistem em regras ou suposições que guiam as interações com os outros e com o ambiente (BECK, J. 2003).

Essas regras ou suposições assumem uma forma de declarações “se... então...” que assumem uma valência positiva ou negativa. Por exemplo, um paciente com uma crença central, “eu sou incompetente” pode desenvolver uma crença intermediária mal adaptativa, “Se eu evitar cometer erros, minhas fraquezas não serão vistas pelos outros” (forma positiva). Alternativamente, “Se eu não executar perfeitamente, vou falhar” (forma negativa) (BECK, J. 2013).

Em situações estressantes, as formas negativas são mais proeminentes. Do ponto de vista do tratamento, é importante identificar as crenças intermediárias mal adaptativas de um paciente, uma vez que elas contribuem para seus comportamentos autodestrutivos. Frequentemente, há comportamentos mal adaptativos correspondentes associados às crenças intermediárias mal adaptativas (BECK, J. 2013).

Beck, J. (2011) refere-se a esses comportamentos como estratégias compensatórias. Como as crenças intermediárias mal adaptativas, as estratégias compensatórias servem à função de impedir que as crenças centrais mal adaptativas sejam ativadas. No exemplo acima, “Se eu evitar cometer erros, minhas fraquezas não serão vistas pelos outros”, uma estratégia compensatória comportamental típica pode ser o perfeccionismo.

Um paciente tentaria fazer seu trabalho com perfeição ou evitar a ativação de sua crença central “eu sou incompetente”. Embora o desempenho perfeito tenha valor em muitas situações, quando o perfeccionismo se torna um estilo de vida, ele pode limitar sua experiência e interferir na conquista de metas baseadas em valor. Erros na lógica são os aspectos problemáticos finais da cognição a serem abordados.

Os erros mais comuns na lógica incluem: leitura da mente (suposição de que os outros estão reagindo negativamente sem evidência suficiente); super generalização (eventos específicos definem a vida em geral); pensamento de tudo ou nada (os eventos são vistos em uma das duas categorias extremas excludentes); personalização (assumir a responsabilidade por resultados negativos sem considerar outros fatores contribuintes); e pensamento catastrófico (experiências ou eventos são interpretados em termos dos piores resultados possíveis) (BECK, J. 2013).

Erros na lógica também contribuem para o processamento incorreto de

informações e, assim, levam a interpretações errôneas de eventos e experiências no presente (BECK, A. 2010).

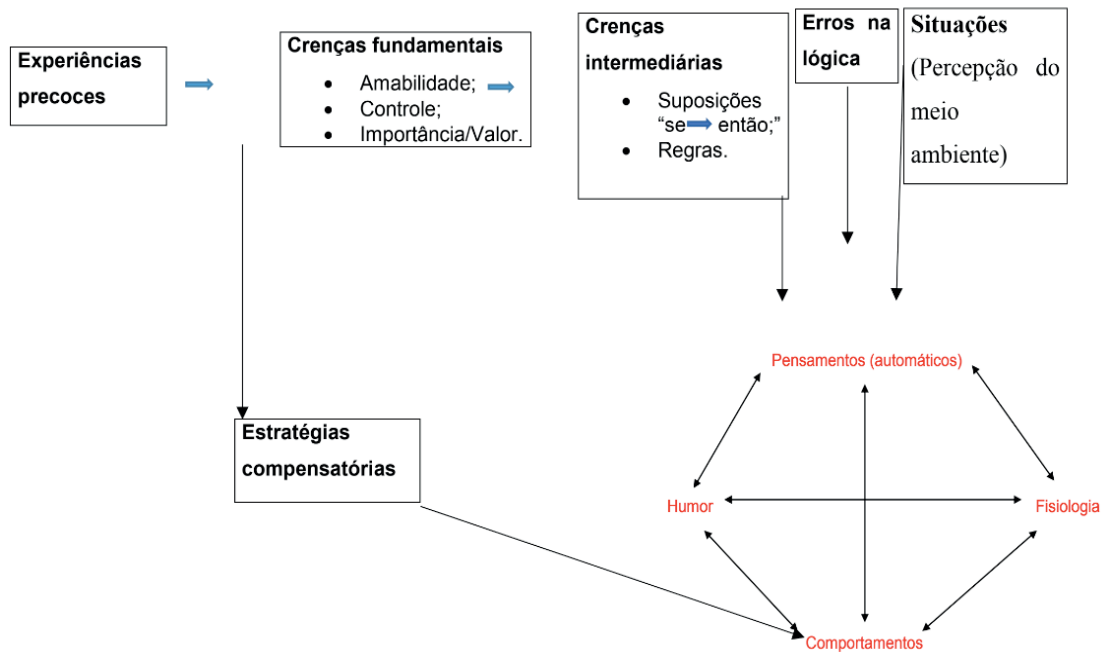


Figura 2 - Modelo da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC). Adaptado (Matthews, 2012).

A figura 2 resume o que foi revisado até o momento. A terapia cognitiva começa ajudando os pacientes a ver as relações entre pensamentos, sentimentos, respostas fisiológicas e comportamentos em uma variedade de situações no presente (ilustradas em vermelho). À medida que os padrões de interpretações emergem, o terapeuta e o paciente desenvolvem uma formulação de caso com o objetivo de identificar crenças centrais, crenças intermediárias e estratégias compensatórias baseadas em uma análise das interpretações de múltiplas situações presentes e baseadas em uma revisão de provável contribuição negativa de experiências do passado (ilustradas em preto).

Uma vez identificada a crença central do indivíduo, o foco da terapia está em modificar as crenças centrais mal adaptativas subjacentes Beck, J. (2011) descreve esse processo como “Crença”. No caso de um paciente com uma crença central, “eu sou um fracasso”, o terapeuta primeiro faria o paciente reinterpretar a crença mal adaptativa em termos menos severos, “Ter fraquezas não significa que eu seja um fracasso total”. Em seguida, o terapeuta faz o paciente identificar evidências contra a crença mal adaptativa ou antiga e apoiar a nova crença: “Minhas avaliações no trabalho são boas, mas não perfeitas”. Finalmente, o terapeuta faz com que o paciente identifique evidências que sustentem a antiga crença, mas com uma reinterpretação: “Embora eu tenha deficiências, eu sou mais do que minhas fraquezas”.

3 | TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL ALIADA À TÉCNICA MINDFULNESS NO TRATAMENTO DE PACIENTES SUICIDAS

Os desenvolvimentos recentes nas psicoterapias estruturadas podem ser considerados como tendo ocorrido em três fases. A primeira fase ocorreu na década de 1960 e consistiu na aplicação sistemática da teoria da aprendizagem comportamental aos transtornos emocionais, inicialmente medos específicos e fobias e, posteriormente, agorafobia e fobias sociais (EYSENCK *apud* MARTIN, 1987). Entretanto, a Terapia baseada na técnica *Mindfulness* se mostrou eficiente no tratamento de pacientes suicidas e deve ser tratada com ênfase.

O Que é a Técnica *Mindfulness*?

Thich Nhat Hanh (1991) usa o termo *mindfulness* “para se referir a manter a consciência de alguém viva para a realidade presente” e, de acordo com a tradição oriental mais experiencial, ilustra isso ainda mais através do uso de exemplos e histórias de ensino. Tome, por exemplo, uma atividade comum, como lavar a louça.

Se, enquanto limpa os pratos, se pensa apenas no que temos que fazer a seguir, apressando-nos através deles para tirá-los do caminho, então não está ciente do que faz enquanto o faz. Ao fazer a próxima atividade, o mesmo se aplica: mentes continuam a estar em outro lugar. “Assim, somos sugados para o futuro - e somos incapazes de viver um minuto de vida” (Thich NHAT HANH, 1991, p. 5).

O perigo desse modo “piloto automático” é que velhos hábitos de pensamentos, emoções e sensações corporais podem ser desencadeados e escalados, sem que uma pessoa tenha consciência disso até que se torne difícil lidar com a habilidade.

Por outro lado, o treinamento da Terapia *Mindfulness* (TM) visa ensinar às pessoas uma nova maneira de prestar atenção: de propósito, a cada momento e sem julgamento (KABAT-ZINN, 1990). Ela nos ensina a lidar com mais habilidade com o que acontece, em vez de se deixar levar por coisas diferentes de como estão agora. Isso envolve um modo diferente daquele em que normalmente opera-se; em que a realização de metas domina (por exemplo, “terminar os pratos”).

Em vez disso, um modo diferente é amostrado, no qual a primeira resposta à problemas (sejam problemas no mundo ou problemas com a regulação emocional) é fazer uma pausa, focalizar conscientemente em cada momento presente, para ver claramente o que está acontecendo. Quando isso é feito, nos tornamos mais conscientes da frequência com que nossas reações imediatas baseadas no afeto tendem a aumentar em vez de diminuir os problemas (KABAT-ZINN, 1990).

A prática da *Mindfulness* deriva de uma longa tradição filosófica rotulada na prática oriental, embora práticas semelhantes possam ser encontradas em outras tradições religiosas, por exemplo, na tradição cristã contemplativa. Nos últimos tempos, os médicos consideraram a aplicação dessas práticas em pacientes com

uma ampla gama de dificuldades, desde dor crônica até transtorno de personalidade borderline (KABAT-ZINN, 2017).

A Terapia Cognitiva Baseada no *Mindfulness* (MBCT), têm uma base crescente de evidências para a sua eficácia, cuja discussão está além do foco deste tópico, como exemplos: (BOHUS, HAAF, SIMMS *et al.*, 2003; BOHUS, HAAF, STIGLMAYR, 2000; KOERNER *apud* DIMEFF, 2000). KOONS, ROBINS, TWEED *et al.*, 2001; LINEHAN, ARMSTRONG, SUAREZ *et al.*, 1991; LINEHAN, DIMEFF, REYNOLDS *et al.*, 2002; LINEHAN, SCHMIDT, DIMEFF *et al.*, 1999; RATHUS *apud* MILLER, 2002; VERHEUL, VAN DEN BOSCH, KOETER *et al.*, 2003; MBCT: MA *apud* TEASDALE, no prelo; TEASDALE, SEGAL, WILLIAMS *et al.*, 2000; MINDFULNESS: BAER, 2003).

Os comportamentos para suicidas estão presentes em 69-80% dos indivíduos que preenchem os critérios para transtorno de personalidade borderline (CLARKIN, WIDIGER, FRANCES *et al.*, 1983; COWDRY, PICKAR, *apud* DAVIES, 1985; GUNDERSON, 1984). Além disso, as taxas de suicídio em indivíduos que preenchem os critérios para transtorno de personalidade limítrofe são entre 5 e 10% e o dobro quando consideradas apenas aquelas com história de comportamento suicida (FRANCES, FYER *apud* CLARKIN, 1986).

É nesse contexto que a *Mindfulness* aparece, como um dos quatro módulos de habilidades (regulação emocional, eficácia interpessoal, tolerância à angústia e atenção plena), cada um direcionado a superar alguns dos déficits centrais experimentados pelos pacientes suicidas (LINEHAN, 1993b). Embora todos os quatro módulos sejam considerados importantes, a *Mindfulness* é um tema que percorre todos os quatro e, portanto, é revisado brevemente entre cada um deles.

As habilidades de “O que” e “Como” da *Mindfulness*.

Dentro do módulo *mindfulness*, os pacientes são ensinados três habilidades de *mindfulness* e três habilidades de “O que” e “Como”. As habilidades «o que» são aquelas habilidades a serem praticadas para se tornarem mais conscientes. Eles são observados focalizando o que está presente no momento atual e percebendo, descrevem usando palavras para descrever aquilo que é observado e participam tornando-se um com a experiência do momento atual (KABAT-ZINN, 2017).

Observar envolve aprender a ver claramente o que está surgindo em cada momento, tanto no mundo externo (visões, sons, tato) quanto no “mundo interno” (pensamentos, emoções e sensações corporais). Descrever envolve o uso da linguagem para colocar em palavras o que é experimentado. (TEASDALE, 2016)

Tem a vantagem de “articular” uma experiência com a maior precisão possível, mas também tem o perigo de introduzir construtos e interpretações que podem obscurecer a visão da realidade como ela é. Por exemplo, após um exercício em que os participantes da aula foram solicitados a observar o som, um participante,

quando solicitado a receber feedback, relatou “Ouvi o som do tênis de mesa sendo jogado ao lado” (a sessão estava acontecendo em um Centro de lazer) (KABAT-ZINN, 2017).

Outro relato: “Eu ouvi o som dos pesos na sala de musculação ao lado.” Note que nenhum deles, estritamente falando, estava descrevendo precisamente o que eles haviam observado. Em vez disso, eram interpretações de sons observados (um som rítmico). Nesse caso, uma das interpretações estava correta (a sala de pesos ficava ao lado). O fato de estar correto, no entanto, não faz da declaração uma observação ou uma descrição. Uma descrição mais cuidadosa seria “quando ouvi o som rítmico, o pensamento de que a sala de pesos estava ao lado veio em minha mente” (KABAT-ZINN, 2017).

A suposição da abordagem *mindfulness* é que muitas das dificuldades da vida vêm de fazer um vínculo muito rápido entre a observação “bruta” da realidade empírica e interpretações ou suposições automáticas sobre ela. Um dos objetivos em aprender esta habilidade é aumentar a consciência desta tendência, e então notar como, em contextos desagradáveis, pode levar a aflição aumentada. Naturalmente, isso geralmente é mais fácil de fazer inicialmente em um estado de espírito mais calmo (TEASDALE, 2016).

Participar é a terceira habilidade “o que”. Envolve tornar-se “em um” com o momento presente. Tal “unicidade” pode ser melhor ilustrada pela experiência comum de se envolver em uma atividade para que o tempo pareça passar rapidamente - praticar esportes, ouvir música, assistir a um filme. Nessas ocasiões, é provável que tenhamos participado totalmente da atividade (KABAT-ZINN, 2017).

O objetivo para os pacientes e terapeutas aqui é facilitar a participação plena no momento atual. Os clientes geralmente têm essa experiência quando se envolvem em autoflagelação, pensamentos suicidas ou outros comportamentos problemáticos. Em tais circunstâncias, a tarefa é ajudar os clientes a mudar o que estão praticando, para atividades que são mais eficazes a longo prazo (KABAT-ZINN, 2017).

Além das habilidades de “o que”, há três habilidades que se aplicam ao “como” para estar atento. A primeira é praticar sem julgamento; Deixar ir pensamentos, emoções, situações boas ou ruins e simplesmente descrever ou experimentar esses eventos como eles são. Julgamentos, neste contexto, referem-se particularmente a juízos de valor (se uma situação ou pensamento é considerado “bom” ou “mau”) (KABAT-ZINN, 2017).

A tarefa aqui é notar julgamentos de valor e deixá-los ir. A segunda é praticar “*one-mindfully*”. Essencialmente, isso significa fazer uma tarefa de cada vez (e se você notar sua mente vagando por outros pensamentos ou tarefas para acompanhá-la suavemente de volta ao foco do momento). A terceira habilidade “como” é ser

eficaz. Em outras palavras, concentre-se em fazer o que funciona, agindo da forma mais habilidosa possível nessa situação, em vez de desejar que a situação fosse outra do que é (TEASDALE *et al*, 2016).

Apresentar essas habilidades aos clientes pode ser um desafio e, muitas vezes, o terapeuta novato se afastará dessa tarefa por temer que os clientes considerem a tarefa muito abstrata, desafiadora demais ou espiritual demais. Todos esses são, é claro, julgamentos ou interpretações do terapeuta e, como tal, tornam-se oportunidades para os terapeutas praticarem as próprias habilidades (TEASDALE *et al*, 2016).

Assim como no ensino de qualquer habilidade, no entanto, o paciente precisa ser apresentado com uma lógica coerente e motivado para aplicar a nova habilidade. Uma maneira de fazer isso é fazer uma pergunta (tanto de pacientes quanto de terapeutas): quanto tempo é gasto mentalmente no passado ou no futuro? Até que ponto gastar tempo no passado e no futuro reduz ou aumenta o sofrimento? (TEASDALE, 2016).

Para aqueles com passado traumático e futuros aparentemente sem esperança, este é um grande problema. Ao se tornar mais atento, mais presente no momento atual, a experiência é de uma sensação crescente de que os processos de atenção não precisam estar no piloto automático o tempo todo. Como os pacientes muitas vezes sentem-se à mercê de seus processos de atenção automáticos e reativos, podem estar muito motivados a aprender qualquer habilidade que auxilie nesse processo (KABAT-ZINN, 2017).

É importante enfatizar duas coisas aqui, para pacientes e terapeutas. Primeiro, aprender essa habilidade não é fácil (embora possa parecer simples). Segundo, a Mindfulness não é projetada para fazer uma pessoa se sentir melhor ou mais relaxada. Pelo contrário, é projetada para ajudar uma pessoa a permanecer no momento presente e, a partir dessa perspectiva, lidar com o que está surgindo no momento presente da maneira mais eficaz possível (KABAT-ZINN, 2017).

Terapia-cognitivo Baseada em *Mindfulness*

A Kabat-Zinn desenvolveu uma abordagem baseada em *Mindfulness* para reduzir o estresse no Centro Médico da Universidade de Massachusetts em Worcester, Massachusetts (KABAT-ZINN, 1990, 1994; KABAT-ZINN, LIPWORTH, BURNEY *et al*, 1986; KABAT-ZINN, MASSION, KRISTELLER *et al*, 1992). Seu programa de oito semanas, duas horas e meia por semana havia sido originalmente desenvolvido para lidar com pessoas com dor física crônica, mas depois expandido para receber encaminhamentos de muitos médicos cujo estresse dos pacientes estava exacerbando significativamente uma ampla gama de condições físicas e psicológicas.

Vários ensaios abertos e randomizados mostraram que a abordagem pode

alcançar tantas mudanças quanto as melhores psicoterapias estruturadas (BAER, 2003), mas a um custo muito reduzido, uma vez que o treinamento de *Mindfulness* é baseado em classes.

As habilidades de *mindfulness* são ensinadas por um instrutor que tem uma prática diária de meditação em *mindfulness*. Para os participantes, envolve cultivar as habilidades com a prática diária de meditação em casa. Essa prática envolve aprender a concentrar a atenção em um único objeto (como a respiração ou partes do corpo) (KABAT-ZINN, 2017).

Mais tarde, a mesma qualidade de consciência não julgadora é usada para atender qualquer coisa que surja na experiência momento à momento. Desta forma, os participantes tornam-se conscientes do modo como a sua mente está frequentemente no “piloto automático”, reagindo relativamente “descuidadamente” a eventos, como a mente tenta evitar alguns resultados ou se apega a outros, e reage catastróficamente quando as coisas correm mal (KABAT-ZINN, 2017).

Uma pesquisa explorou como a abordagem de Kabat-Zinn pode ser aplicada à prevenção de recaída para depressão maior e pensamentos suicidas (MA *apud* TEASDALE, no prelo; SEGAL, WILLIAMS, TEASDALE, *et al.*, 1996; SEGAL, WILLIAMS E TEASDALE, 2002; TEASDALE, 1999; TEASDALE, SEGAL e Williams, 1995; TEASDALE, SEGAL, WILLIAMS *et al.*, 2000; WILLIAMS, TEASDALE, SEGAL *et al.*, 2000). A Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* (MBCT) incorpora técnicas cognitivas na abordagem *mindfulness* de Kabat-Zinn.

Após uma entrevista preliminar individual, os pacientes participam de oito aulas de duas horas. O objetivo da MBCT é (a) aumentar a conscientização dos pacientes sobre a experiência presente, momentânea, e (b) encorajar os pacientes a se tornarem conscientes de como estão se relacionando com sua experiência. A prática é dada em como perceber a tendência de julgar o momento à momento e a experiência de saber se é apreciado ou não. Tal julgamento dá origem ao apego a algumas experiências (estabelecendo desapontamento quando a experiência se desvanece) e aversão aos outros (estabelecendo tentativas de evitar a experiência e a frustração quando a evitação falha).

Os pacientes recebem ampla prática em aprender a trazer sua atenção de volta ao presente, usando um foco na respiração como uma “âncora”, sempre que percebem que a atenção foi desviada para fluxos de pensamentos, preocupações ou falta geral de consciência.

Consciente de onde a atenção está sendo “retirada”, os pacientes aprendem a ter uma perspectiva mais ampla de sua experiência. A lição de casa é dada a cada semana, até uma hora por dia, para realizar pelo menos 6 dias por semana. Estas são principalmente auditares da prática da *Mindfulness*, bem como prática de generalização. Evidência a preliminar para a eficácia da MBCT na redução de

pensamentos suicidas é encorajadora (MA *apud* TEASDALE, no prelo; TEASDALE, SEGAL, WILLIAMS *et al*, 2000).

Tende a se auto-perpetuar. Terceiro, esses hábitos muitas vezes levam a piora do humor - um efeito de “deslizamento de terra”. Em quarto lugar, há uma alternativa: estar mais atento, por isso somos capazes de nos dar a possibilidade de liberdade de escolha sobre como pensar e agir (em vez de ser guiado, pelo piloto automático, por velhos hábitos estabelecidos) (KABAT-ZINN, 2017).

A MBCT assume que há características comuns a todos os distúrbios emocionais, incluindo tendências suicidas: o que é prejudicial e uma combinação de não-percepção (hábitos antigos podem ser iniciados) mais julgamento (o desejo constante de que as coisas sejam diferentes) que dá origem a tentativas ruminativas de problema resolvido (KABAT-ZINN, 2017).

Estendendo isso à ideação suicida, supomos que muito da insuportável “dor psíquica” experimentada por pessoas suicidas surge de suas tentativas de reduzir, mudar ou consertar sua dor e dos pensamentos que surgem quando tais tentativas fracassam. O foco da MBCT na conscientização e modificação desses processos, e não na mudança de conteúdo, pode ser particularmente apropriado para pacientes suicidas (TEASDALE *et al*, 2016).

Ao contrário da terapia cognitiva, a MBCT não se propõe a conduzir experimentos para verificar a verdade da conversa interior, mas encoraja a pessoa a observar os pensamentos à medida que eles vêm e vão, ficar curiosos sobre eles, vê-los surgindo e desaparecendo, e observar quais emoções e sensações corporais elas originam (KABAT-ZINN, 2017).

Tomar consciência dos pensamentos, sentimentos e sensações corporais desta forma, sem julgá-los, reagir a eles, ou tentar suprimi-los, ou agir instantaneamente com base neles, dá tempo para que surja uma perspectiva diferente, uma perspectiva que pode envolver novas informações que haviam sido previamente inundadas pela tentativa de evitar ou reagir ao pensamento (KABAT-ZINN, 2017).

Por que adaptar esta abordagem à pessoas com risco de comportamento suicida?

Há uma série de razões pelas quais a atenção plena pode ser considerada uma abordagem útil para se adaptar ao tratamento de indivíduos suicidas. Em primeiro lugar, a ligação entre o comportamento suicida e a depressão sugeriria a potencial utilidade de explorar a aplicação da MBCT para a depressão em pacientes suicidas. Em segundo lugar, a *Mindfulness* faz sentido teórico e conceitual como uma intervenção, dado o que se entende sobre os processos que levam ao pensamento e comportamento suicida. Ambos serão explorados com mais detalhes.

Comportamento suicida e depressão estão intimamente ligados. A depressão em comportamento suicida é grave mas não fatal (aquela proporção de comportamento

suicida que seria removida se a depressão fosse tirada do quadro) é de 80 por cento (BEAUTRAIS, JOYCE, MULDER *et al*, 1996). Dado o aumento do risco de suicídio associado ao comportamento suicida na depressão, particularmente naqueles com curso crônico, a prevenção eficaz de recaída e recorrência na depressão maior é um desafio central no gerenciamento geral do risco de suicídio.

Além disso, tornou-se cada vez mais claro que o manejo da depressão precisa se expandir além de simplesmente lidar com o episódio agudo e se concentrar na prevenção de recaída e recorrência. Dados sugerem que pacientes deprimidos experimentarão uma média de quatro episódios depressivos maiores em toda a vida, com duração de 20 semanas cada (JUDD, 1997).

Isso significa que uma grande contribuição para os riscos associados à depressão maior (incluindo o comportamento suicida) é que, além de ser uma condição com alta taxa de incidência, também é uma condição caracterizada por recidiva, recorrência e cronicidade. Da mesma forma, é possível que, uma vez que um episódio de comportamento suicida tenha ocorrido, novos episódios possam ser mais facilmente desencadeados, análogo aos fenômenos de *kindling* que aumentam o risco de depressão recorrente (VAN HEERINGEN, HAWTON *apud* WILLIAMS, 2000).

A maioria dos modelos de comportamento suicida identifica uma série de características comuns, uma consideração que irá iluminar os usos potenciais da *Mindfulness*. O componente central da maioria dos modelos é a presença de intensa dor psicológica, muitas vezes relacionada a questões de perda, derrota, rejeição ou todos os três.

No contexto de altos níveis de afeto decorrentes de tais eventos, há uma ausência de percursos de fuga percebidos ou iniciados pelo sofredor ou de fato iniciados por outros, isto é, uma ausência de apoio social. A presença de altos níveis de afeto na ausência dos meios de fuga ou resgate leva a um sentimento de impotência e desesperança e, muitas vezes, à sensação de que a situação é insuportável e intolerável; um contexto em que o suicídio pode parecer mais viável como uma solução (O'CONNOR, 2003; O'CONNOR *apud* SHEEHY, 2000; WILLIAMS *apud* POLLOCK, 2001).

A experiência da própria dor psicológica e a capacidade de gerar e / ou extrair ajuda de outras pessoas são afetadas por vários processos cognitivos. Os indivíduos aflitos são mais propensos a experimentar preconceitos de atenção, de modo que eles são mais sensibilizados para sinais que indicam derrota ou perda ou outros temas compatíveis com seu humor atual angustiado. A identificação de tais sinais pode levar à ativação ou exacerbação automática do afeto negativo. A *Mindfulness* pode ser útil aqui para interromper a automaticidade desse processo; aumentar o conhecimento do indivíduo sobre essa ativação pode diminuir o impacto da própria

ativação (WATKINS *apud* TEASDALE, 2001).

Um aspecto da ativação de estados negativos de humor, em particular na depressão, que tem sido considerada relevante em processos suicidas é a ruminação, um estilo de pensamento que tem um autofoco repetitivo e recorrente em particular em torno dos sintomas, suas causas e consequências. A ruminação pode ser particularmente importante no processo suicida de duas maneiras. Primeiramente, a ruminação tem se mostrado experimentalmente importante na manutenção da memória super geral (WATKINS *apud* TEASDALE, 2001).

A memória super geral, em que indivíduos demonstram uma dificuldade repetida em recordar aspectos detalhados de sua memória autobiográfica, tem sido repetidamente mostrada como uma característica de indivíduos que se envolveram em comportamentos suicidas e está ligada à má resolução de problemas nesses indivíduos (EVANS, WILLIAMS, O'LOUGHLIN *et al*, 1992; WILLIAMS *apud* BROADBENT, 1986).

A ruminação pode, portanto, diminuir a probabilidade de que rotas alternativas de escape sobre o suicídio sejam identificadas. Em segundo lugar, a ruminação também pode afetar a disposição do indivíduo em resolver seus problemas (LYUBOMIRSKY, TUCKER, CALDWELL *et al*, 1999) e a capacidade de processamento executivo disponível para solucionar problemas (WATKINS *apud* BROWN, 2002).

Com o passar do tempo, esses processos internos ruminativos podem se tornar mais evidentes no desencadeamento do comportamento suicida do que nos eventos estressantes. Isto seria apoiado pelo trabalho de Joiner *apud* Rudd (2000), demonstrando que o comportamento suicida em múltiplas tentativas é menos associado a eventos estressores externos que, pela primeira vez, tentam.

Esses processos ruminativos podem ser afetados por tratamentos de *mindfulness* de várias maneiras. Em primeiro lugar, uma ênfase inicial nos programas de terapias cognitivas e MBCT é a identificação da tendência que muitas pessoas têm de estar no piloto automático a maior parte do tempo. Começar identificando essa automaticidade é importante (KABAT-ZINN, 2017).

Essa tendência de estar no piloto automático torna as pessoas vulneráveis ao comportamento suicida particularmente em risco, porque elas não estão cientes da ativação de pensamentos negativos e da escalada catastrófica das emoções por pequenas mudanças de humor até que seja tarde demais (KABAT-ZINN, 2017).

Em segundo lugar, a *Mindfulness* concentra-se em maneiras pelas quais as pessoas podem aprender a manter o foco de sua atenção em face da tendência da mente vagar constantemente. Esse aspecto da abordagem é muito importante por causa da necessidade de ensinar aos pacientes uma maneira de lidar habilmente com aqueles momentos em que sua mente está refletindo sobre temas negativos (TEASDALE, 2016).

O objetivo é perceber, sem julgamento, onde a atenção se foi quando a mente vagueia, e tomar uma decisão deliberada sobre se é onde você quer que a mente esteja. É uma consciência maior que é ensinada, ao invés da suposição de que existem lugares bons e ruins para a mente ser e estar (KABAT-ZINN, 2017).

Finalmente, a MBCT torna explícito o que já está implícito na terapia cognitiva: a importância de aprender a tratar os pensamentos como pensamentos. Na terapia cognitiva, diferentes estratégias são entrelaçadas a serviço da identificação de temas, suposições, pensamentos e imagens negativas, avaliando as evidências a favor e contra sua validade (KABAT-ZINN, 2017).

O objetivo é reduzir o grau de crença que o paciente tem no pensamento ou imagem. Dessa forma, os pacientes que passaram pela terapia cognitiva conseguem enxergar melhor seus pensamentos simplesmente como pensamentos, essa mudança de perspectiva em relação ao pensamento é uma parte importante do que a terapia cognitiva faz, mas o modelo cognitivo poderia prever que, a menos que o grau de crença no pensamento mude, a mudança de comportamento não será imediata ou não durará. A MBCT sugere aprender a sair do piloto automático e como mudar a perspectiva do pensamento (ver os pensamentos como pensamentos) é fundamental (KABAT-ZINN, 2017).

Além dessas razões, no entanto, a natureza da abordagem *mindfulness* torna um bom caso *prima facie* para investigar como, se é oferecida aos clientes por si só, e em uma abordagem baseada em classe, em vez de terapia, pode afetar a ideação suicida e o comportamento.

A abordagem da *Mindfulness* enfatiza a importância da integridade e do bem estar, em vez de meramente o tratamento da psicopatologia. Isso é importante porque, quando pacientes suicidas chegam para tratamento, seus piores sintomas podem ter diminuído, a crise pode ter passado e seu distúrbio de humor pode ter diminuído (SCHOTTE, COOLS *apud* PAYVAR, 1990).

4 | MÉTODO

Segundo Gil (2010), conceitua pesquisa bibliográfica da seguinte forma: A pesquisa bibliográfica é construída com base em material já publicado. Esta modalidade de pesquisa inclui material impresso, como livros, revistas, jornais, teses, dissertações e anais de eventos científicos. Todavia, em virtude da disseminação de novos formatos de informação, estas pesquisas passaram a abarcar outros tipos de fontes, como discos, fitas magnéticas, CDs, bem como o material disponibilizado pela Internet.

Para a construção do trabalho foram utilizados 22 livros de autores clássicos que abordam o suicídio, terapias cognitivas e *Mindfulness* em suas obras literárias

científicas, juntamente com 54 artigos sobre as terapias cognitivas e suas contribuições para a eficácia de pensamentos suicidas e, 5 estudos sobre a eficiência dessas terapias, assim como 5 sites que foram primordiais para o esclarecimento de algumas dúvidas e complementações de algumas partes do estudo. Sendo utilizadas as seguintes bases de dados OMS, Google Acadêmico, Paho, Nações Unidas, sendo utilizadas as palavras chaves para busca dos artigos científicos: suicídio, Terapia Cognitivo Comportamental, *Mindfulness*, MBCT, ideação suicida, pensamento suicida, comportamento suicida.

5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o objetivo de descrever e discutir sobre a eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental associada à técnica de *Mindfulness*, na melhora de pensamentos suicidas, foram compilados para este estudo livros, artigos científicos e sites, totalizando 79 fontes de pesquisa.

Segundo os autores Ma *apud* Teasdale; Teasdale, Segal, Williams *et al.*, (2000), conscientes do direcionamento da atenção, os pacientes aprendem a analisar de maneira mais ampla sua experiência. As tarefas de casa são dadas a cada semana, até uma hora por dia, para serem realizadas pelo menos 6 dias por semana. Sendo principalmente de monitoramento da prática de *Mindfulness*, assim como a prática de generalização. Evidências preliminares para a eficácia da MBCT na redução de pensamentos suicidas é encorajadora.

De acordo os mesmos, acredita-se que a MBCT é forte contribuidora para o tratamento de pensamentos suicidas, uma vez que estimula a parte psicopatológica do paciente afetado por pensamentos suicidas, contribuindo para a eficácia dos pensamentos. Resulta-se em um processo de treinamento que deve ser seguido rigidamente para resultados eficientes.

Entretanto, Marsha Linehan (1993a), constata que, para alguns pacientes ou terapeutas iniciantes a utilização da prática de *Mindfulness* pode ser vista como método de suprimir ou evitar pensamentos. Caso a técnica seja utilizada desta maneira há perigo de que os pensamentos retornem mais fortemente do antes da prática, e que os pacientes não sejam colocados nesta nova perspectiva de que “pensamentos são pensamentos”

Dadas estas advertências, é preciso lembrar aos profissionais que, no momento, com base nos pensamentos da autora, sugere o uso da MBCT para pacientes deprimidos e suicidas enquanto eles estão relativamente bem, ao invés de estarem em episódios ou em crises.

Teasdale, Segal e Williams (1995) desenvolveram o *Mindfulness-Based*

Cognitive Therapy (MBCT) com o objetivo, inicial, de intervenção em pacientes com depressão maior. O MBCT habilitava os pacientes a tornarem-se mais conscientes dos seus modelos automáticos de pensamentos, sentimentos e sensações corporais e pelo meio de práticas de *mindfulness*, estariam em condições de reconhecer os pensamentos intrusivos e ruminativos associados a estes quadros clínicos (Teasdale *et al*, 1995). O MBCT promove a prática de atitudes de atenção plena, de não julgamento, de compaixão e de curiosidade (Segal, Williams, Teasdale, 2002), permitindo aos sujeitos aumento da capacidade de relação com os seus pensamentos e sentimentos como simples eventos mentais passageiros e não como elementos fixos e imutáveis da mente. Os participantes aprendem a estar conscientes das reações cognitivas automáticas ao stresse ou humor negativo e a observar essas reações com curiosidade e gentileza (Raab, 2014; Segal *et al*, 2002). Este reconhecimento dos padrões da mente é possibilitado pela aceitação de tudo o que emerge na mente, agradável ou desagradável, sem a necessidade de fugir ou de lutar. Levando há uma compressão melhor dos processos mentais, o que por sua vez limita os efeitos dos pensamentos e sentimentos disfuncionais, aliviando os sintomas de ideação e comportamento suicida.

Segundo, Demarzo (2011), há evidências crescentes, a partir de estudos observacionais e experimentais, ensaios clínicos controlados e randomizados e meta análises, de que a prática de meditação regular pode contribuir para a prevenção e tratamento de diversas doenças e de condições clínicas.

O autor justifica esse fato ao aumento da qualidade de vida e redução dos níveis prejudiciais de estresse encontrados como principais resultados nas pesquisas realizadas sobre a temática.

Três estudos aferiram o impacto da promoção de *mindfulness* sobre emoções negativas (Moore, 2008; Rimes, Wingrove, 2011; Vega *et al*, 2014), com dois deles demonstrando correlações estatisticamente expressivas (Rimes; Wingrove, 2011; Vega *et al*, 2014). Observou-se diminuição de ansiedade e sintomas depressivos (Vega *et al*, 2014); redução de ruminações (Rimes, Wingrove, 2011), uma expressão cognitiva estreitamente conectada à vivência de ansiedade; e redução da expressão comportamental de raiva (Vega *et al*, 2014), o que significa maior controle atencional e menor frequência de reações automáticas motivadas pela vivência de raiva.

Teasdale, *et al*, (1995) Os exercícios de *mindfulness* permitem ao paciente aprender a perceber os primeiros sinais de perturbação emocional, e, ao mesmo tempo, manter uma perspectiva adequada sobre os pensamentos que emergem.

As práticas de *mindfulness* geram uma mudança geral na maneira de lidar com episódios privados, Beck (1995), ensina a modificação de crenças irracionais e distorções cognitivas específicas. O paciente aprende a observar e identificar os pensamentos, distorções cognitivas e crenças irracionais e a corrigi-los. Porém,

como apontam Segal, Teasdale e Williams (2004), há um aspecto de *mindfulness* que já permanecia implicitamente presente nesta terapia. O trabalho de reestruturação cognitiva, o paciente aprende que o que pensa sobre si não é a representação adequada da realidade. Aprende no procedimento que mudanças em suas atitudes influenciam suas reações emocionais. Também descobre que pode pensar diferentemente e que seus pensamentos, são produções subjetivas dele próprio. Desta forma, a terapia cognitivo-comportamental tradicional aliada a técnica de *mindfulness*, implicitamente promove mudanças amplas na relação que a pessoa mantém com seus pensamentos.

Portanto, confirma-se que a Terapia-Cognitivo Comportamental associada à Técnica da Terapia-Cognitivo Baseada na *Mindfulness* contribui para o tratamento dos pensamentos suicidas, entretanto, por enquanto indica-se que esse tratamento deve ser praticado em pacientes que estejam em um contexto emocional estabelecido, para pacientes que estejam sob crises, esse método precisa ser aperfeiçoado pois, pode resultar na piora do quadro psiquiátrico dos pacientes, uma vez que a *Mindfulness* pode dar maior atenção à um contexto desconhecido de alguma área cerebral de pacientes graves. Sendo assim, profissionais da área devem ter muita cautela e cuidado com essas especificações estabelecidas neste estudo.

6 | CONCLUSÕES

Com base nos resultados do presente estudos pode-se concluir que, há alguns anos atrás, não teríamos contemplado que uma abordagem de *Mindfulness* seria relevante para pacientes suicidas. Sua utilização com pacientes cronicamente suicidas que encorajaram a exploração uma abordagem de *Mindfulness* relativamente pura poderia oferecer para a prevenção de recaída na depressão e nos pensamentos suicidas.

A terapia cognitiva comportamental promove modificações amplas na relação que o indivíduo mantém com seus pensamentos. Como resultado de repetidas vezes identificar pensamentos, crenças e distorções e adotar uma atitude crítica em relação a estes, o paciente pode realizar uma alteração geral em sua perspectiva para os eventos cognitivos. Ao invés de tê-los como atributos de si mesmo ou representações de fatos, acaba identificando-os como eventos internos que não possuem essencialmente valor literal. É presumível que esta semelhança no nível prático (apesar da inovação teórica) tenha promovido a rápida assimilação de *Mindfulness* na terapia cognitivo comportamental.

Acredita-se que essa reorientação é claramente relevante para os pacientes suicidas de forma mais geral: pois eles frequentemente apresentam falhas nos testes de realidade, dificuldades em gerenciar a experiência do afeto (raiva, ansiedade,

tristeza) e os pensamentos e crenças que acompanham essas emoções (abandono e desesperança) e, como resultado, tendem a agir impulsivamente.

Pode ser um tremendo alívio para os pacientes descobrirem que não precisam lutar contra seus pensamentos negativos; que ter tais pensamentos não significa que eles são estúpidos, sem valor ou estão enlouquecendo. Eles ficam intrigados ao descobrir que, quando desistem de lutar por eles ou tentam suprimi-los, os pensamentos podem perder parte de seu poder.

Tais batalhas dentro da mente estão no cerne do caminho final comum para o comportamento suicida, qualquer abordagem que possa ajudar a pessoa a lidar habilmente quando tais batalhas ameaçam dominá-las, são de suma importância e levando em consideração que a MBCT, reduz os sintomas que eventualmente levam pacientes a ideação ou comportamento suicida, fica evidente que sua utilização é um importante ferramenta no tratamento e na prevenção de recaídas, somada a outras formas de tratamento, como as psicoterapias estruturadas e medicamentos.

REFERÊNCIAS

ABE, R., SHIOIRI, T., NISHIMURA, A., NUSHIDA, H., UENO, Y., KOJIMA, M., SOMEYA, T. 2004. Quebra econômica e método de suicídio: estudo preliminar em Kobe. **Psiquiatria e Neurociências Clínicas**, 58, 213-216.

ARENSMAN, E., KOBURGER, N., LARKIN, C. *et al.* (2015). **Consciência de depressão e autogestão através da Internet: protocolo para uma abordagem padronizada internacionalmente**. *Protocolos de Pesquisa JMIR*, 4 (3), e99.

BAER, R.A., 2003. **Treinamento de atenção plena como uma intervenção clínica: uma revisão conceitual e empírica**. *Clínica Psicologia Ciência e Prática*, 10 (2), 125–143.

BEAUTRAIS, A. L., JOYCE, P.R., MULDER, R.T., *et al.* 1996. Prevalência e co-morbidade de transtornos mentais em pessoas que fazem tentativas graves de suicídio: um estudo de caso-controle. **American Journal of Psychiatry**, 153, 1009-1014.

BECK, A, KOVACS, M APUD WEISSMAN, A. Beck Escala de Ideação Suicida (BSS); Escala de Ideação Suicida (SSI). In: Rush JA, Primeiro MB, Blacker D. (eds.) **Manual de Medidas Psiquiátricas** (2ª edição). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc. 2008. 242-244.

BECK, A, SCHUYLER, D E HERMAN, I. Suicide Intent Scale (SIS). In: Rush JA, Primeiro MB, Blacker D. (eds.) **Manual de Medidas Psiquiátricas**. 2ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc. 2008. 244-245.

BECK, A. T, BROWN, G, STEER, R. A. Previsão do suicídio eventual em pacientes psiquiátricos por classificação clínica de desesperança. **Revista de Consultoria e Psicologia Clínica**. 1989. 57-309.

BECK, A. T, MARROM, G. K, BERCHICK, R. J, STEWART, B. L, & STEER, R. A. **Relação entre Desespero e Suicídio Final: Uma Replicação com Saída Psiquiátrica**. 2004. 11-27.

BECK, A. T, MARROM, G. K, STEER, R. A., DAHLSGAARD, K. K, & GRISHAM, J. **Suicídio Ideação no seu pior ponto: Um preditor de eventual suicídio em pacientes ambulatoriais psiquiátricos. Comportamento Ameaçador da Vida Suicida**. 1999. 1-29.

BECK, A. T, RUSH, A. J, SHAW, B. F, E EMERY, G. **Terapia Cognitiva da Depressão**. Nova Iorque: The Guildford Press, 1979.

BECK, A. T, SCHUYLER, D, E HERMAN, I. **Desenvolvimento de Escalas de Intenção Suicida**. Em: Beck T, Resnik HLP, Lettier DJ. Ed. A previsão do suicídio. Bowie, MD: Charles Press, 1974.

BECK, A. T, WEISHAAR, M. E. Suicide Risk Assessment and Prediction Crise. **The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention**, 1990. 11 (2), 22-30.

BECK, A. T, WEISSMAN, A, LESTER, D E TREXLER, L. BECK. Hopelessness Scale (BHS). In: Rush JA, Primeiro MB, Blacker D. Ed. **Manual de Medidas Psiquiátricas** 2ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc, 2008. 247-248.

BECK, A. T. **Abordagens Cognitivas ao Transtorno do Pânico: Teoria e Terapia**. Em: Rach-man S, Maser JD. ed. Panic: Perspectivas Psicológicas. Hillsdale, NJ: Erlbaum 1988. 91-109.

BECK, A. T. Desesperança como um Preditor do Suicídio Eventual. In: Mann JJ, Stanley M. (ed.) **Annals da Academia de Ciências de Nova York, Psicologia e Comportamento Suicida**. Nova York: Academia de Ciências de Nova York; 1986. 487, 90-96.

BECK, A. T., KOVACS, M E WEISSMAN, A. **Desespero e comportamento suicida: uma visão geral**. JAMA, 1975. 234-1146.

BECK, J. **Cognitive Therapy para problemas desafiadores: o que fazer quando o básico não funciona**. Nova Iorque, The Guilford Press, 2005.

BECK, J. S. **Terapia Comportamental Cognitiva: Basics and Beyond** 2ª ed. Nova Iorque, The Guildford Press, 2011.

BECK, J. S. **Terapia Cognitivo Comportamental Teoria e Prática**, 05-220, 2ª ed. Brasil, Artmed, 2013.

BECKER, E. S, STROHBACH, D, E RINCK, M. Um viés de atenção específico em agressores suicidas. **O Journal of Nervous and Mental Disease**, 1999. 187-730.

BOHUS, M., HAAF, B., SIMMS, T. et al. (no prelo). **Eficácia da terapia comportamental dialética em pacientes para transtorno de personalidade borderline: Um estudo controlado**. Pesquisa e Terapia Comportamental.

BORKOVEC, T., 2002. Vida no futuro versus vida no presente. **Clínica Psicologia Ciência e Prática**, 9, 76-80.

BERKOWITZ, L., MCCAULEY, J., SCHURMAN, D.L. & JORDAN, J.R. (2011). **Postunização organizacional após a morte por suicídio**. Em. J.R. Jordan & J.L. McIntosh (Eds.) Luto após o suicídio. Londres, Routledge.

BROWN, G. K. T. T. HENRIQUES GR, XIE SX, HOLLANDER JE, BECK A.T., CHILES, J. A, & STROSAHL, K. D. **Manual Clínico para Avaliação e Tratamento de Pacientes Suicidas**. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc, 2005

CLARK, D. M, & TEASDALE, J. D. Variação Diurna na Depressão Clínica e Acessibilidade de Memórias de Experiências Positivas e Negativas. **Journal of Abnormal Psychology**, 1982. 91-87.

DEMARZO, M. M. P., Meditação aplicada à saúde. 125-141, **Mindfulness Brasil**, 2011.

EYSENCK, H.J. & MARTIN, I. Ed. 1987. Fundamentos Teóricos da Terapia Comportamental. Nova York e Londres: Plenum Press. clientes. **American Journal of Psychiatry**, 1990. 147-190.

GIL, ANTONIO CARLOS. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

KABAT-ZINN, J., **Viver a catástrofe total**, 1º ed. São Paulo, 2017. 85-250

KOVACS, M, BECK, A E WEISSMAN, A. **Desesperança: um indicador do risco de suicídio**. Suicídio, 1975. 5-98

LINEHAN, M. M. **Tratamento Cognitivo-Comportamental do Transtorno da Personalidade Borderline**. Nova Iorque: The Guildford Press, 1993.

LINEHAN, M.M. (1993b). **Manual de treinamento de habilidades para o tratamento do transtorno de personalidade borderline**. Nova Iorque: Guilford Press.

LINEHAN, M.M., 1997. Validação e psicoterapia. Em A. Bohart & L. Greenberg Ed. Empatia e psicoterapia: novas direções para a teoria, pesquisa e prática. 352-392. Washington D.C. : **Associação Americana de Psicologia**.

LINEHAN, M.M. (1999). Desenvolvimento, avaliação e disseminação de tratamentos psicossociais eficazes: níveis de desordem, estágios de cuidado e estágios de pesquisa de tratamento. Em M.G. Glantz & C.R. Hartel (Eds.), Abuso de drogas: origens e intervenções 367-394. Washington D.C, **Associação Americana de Psicologia**.

LINEHAN, M. M., ARMSTRONG, H. E., SUAREZ, A., et al, 1991. **Tratamento cognitivo-comportamental de pacientes borderline cronicamente para-suicidas**. Arquivos da psiquiatria geral, 48, 1060-1064.

LYUBOMIRSKY, S., TUCKER, K. L., CALDWELL, N.D., et al, 1999. **Por que ruminadores são solucionadores de problemas pobres: pistas da fenomenologia da ruminação disfônica**. *Jornal da Personalidade e Psicologia Social*, 77 (5), 1041-1060.

MARCENEIRO TE JRSTEER RA, BROWN G. BECK AT, PETTIT JW, RUDD MD. **Planos suicidas de pior ponto: uma dimensão de suicídio preditiva de tentativas passadas de suicídio e morte eventual por suicídio**. *Behav Res Ther* 2003. 41-1469.

MA, S.H. & TEASDALE, J.D. no prelo, 2003. Terapia Cognitiva Baseada na Consciência para a Depressão: Replicação e exploração de efeitos de prevenção de recaída diferencial. **Revista de Consultoria e Psicologia Clínica**.

NEURINGER, C. Avaliações dicotômicas em indivíduos suicidas. **Journal of Consulting Psychology**, 1961. 25-445.

NEURINGER, C. Pensamento Rígido em Indivíduos Suicidas. **Journal of Consulting Psychology**, 1964. 28-54.

O'CONNOR, R.C. 2003. **Comportamento suicida como um grito de dor: Teste de um modelo psicológico**. *Arquivos de Pesquisa Suicida*, 7, 1-12.

O'CONNOR, R.C. & SHEEHY, N.P., 2000. **Entendendo o comportamento suicida**. Leicester: BPS, Blackwell.

O'CONNOR, E., GAYNES, B., BURDA. B.U. et al, 2013. **Triagem para risco de suicídio em atenção primária: uma revisão sistemática de evidências para a Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos EUA**. Rockville (MD): Agência de Pesquisa e Qualidade em Assistência Médica; 2013. abr. Report

O'CONNOR, R.C., 2011. **Rumo a uma motivação motivacional integrada do comportamento suicida.** Em R.C. O'Connor, S. Platt, & J. Gordon, Ed, Manual Internacional de Prevenção do Suicídio: Pesquisa, Política e Prática. Wiley Blackwell.

O'CONNOR, R.C., CLEARE, S., ESCHLE, S. *et al*, 2016, **O modelo motivacional-volitivo integrado do comportamento suicida: uma atualização.** Em R.C. O'Connor & J. Pirkis (Eds.) O Manual Internacional de Prevenção ao Suicídio 2ª ed. Chichester: Wiley-Blackwell.

O'CONNOR, R.C. & NOCK, M.K. 2014. **A psicologia do comportamento suicida.** The Lancet, 1 (1), 73–85.

O'CONNOR, R.C., FERGUSON, E., SCOTT, F. *et al*, 2017. **Um estudo randomizado controlado de uma breve intervenção psicológica para reduzir a repetição de auto mutilação em pacientes internados no hospital após uma tentativa de suicídio.** Lancet Psychiatry, 4 (6), 451-60.

POLLOCK, L. R. WILLIAMS JMG. **Solução Eficaz de Problemas em Desastres de Suicídio depende da Recall Autobiográfica Específica.** Suicídio e Comportamento que Ameaça a Vida, 2001. 31-386.

POSNER, K, BROWN, G. K, STANLEY, B, BRENT, D. A, YERSHOVA, K. V, OQUENDO, M. A, CURRIER, G. W, GREENHILL, L, SHEN, S E MANN, JJ. A Escala de Gravidade de Grau-Suicídio de Colúmbia: Resultados de Validade Inicial e Consistência Interna de Três Estudos Multisite com Adolescentes e Adultos. **American Journal of Psychiatry**, 2011. 168 (12), 1266-1277.

RAJ, A. J, KUMARAIAH, V, & BHIDE, A. V. **Intervenção Cognitivo-Comportamental em Deliberate Auto-Harm.** Acta Psychiatrica Scandinavica 2008. 104-340.

RATHUS, J.H. & MILLER, A.L., 2002. **Terapia Comportamental Dialética adaptada para adolescentes suicidas.** Suicídio e Comportamento de Ameaça à Vida, 32 (2), 146–157.

REINECKE, M. A. Resolução de Problemas: **Uma Abordagem Conceitual da Suicidalidade e Psicoterapia.** Em: Ellis ET. ed. Cognição e Suicídio: Teoria, Pesquisa e Terapia. Washington, DC: American Psychological Association; 2006. 237-260.

REINECKE, M. DUBOIS D, SCHULTZ T. **Resolução de Problemas Sociais, Humor e Suicidalidade entre Adolescentes Internados.** Terapia Cognitiva e Resaerch. 2001. 25-743.

REINECKE, M. **Suicide and Depression.** In: Dattilio FM, Freeman A. ed. **Estratégias cognitivas comportamentais na intervenção de crise.** Nova Iorque: The Guilford Press, 1994. 67-103.

ROEMER, L., & ORSILLO, S.M., 2002. **Expandindo nossa conceituação e tratamento para o Transtorno de Ansiedade Generalizada: Integração do Mindfulness, Abordagens baseadas na aceitação com modelos cognitivo-comportamentais existentes.** Clínica Psicologia Ciência e Prática, 9, 54-68.

RUDD, M. D, MARCENEIRO, T & RAJAB, M. H. **Tratando Comportamento Suicida: Uma Abordagem Eficiente Limitada no Tempo.** Nova Iorque: The Guildford Press, 2001.

SALKOVSKIS, P. M, ATHA, C, & STORER, D. **Cognitivo-Comportamental Resolução de Problemas em o tratamento de pacientes que repetidamente tentam suicídio: um estudo controlado.** **British Journal of Psychiatry**, 1990. 157-871.

SCHOTTE, D & CLUM, G. **Ideação Suicida em uma População Universitária: Um Teste de um Modelo.** **Revista de Consultoria e Psicologia Clínica**, 1982. 50-690.

SHNEIDMAN, E. S. **Compreender o Suicídio: Marcos na Suicidologia do Século XX.** Washington, DC: **American Psychological Association.** 2001.

SHNEIDMAN, E. S. **A Lógica do Suicídio.** Em: Scheidman ES, Farberow N. (eds.) **Dicas para o suicídio.** Nova York: McGraw-Hill, 1959.

SEGAL, Z.V., TEASDALE, J.D., WILLIAMS, J. M., *et al*, 2002. **A Escala de Adesão à Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness: Reliabilidade inter examinador, adesão ao protocolo e distinção do tratamento.** *Psicologia Clínica e Psicoterapia*, 9, 131-138.

SHNEIDMAN, E. S. **Suicide como Psiquê: Uma Abordagem Clínica ao Comportamento Auto-Destrutivo.** Northvale, NJ: Aronson, 1993.

STEWART, D C., QUINN, A, PLEVER, S, & EMMERSON, B. **Comparando Terapia Cognitivo-Comportamental, Terapia para Resolução de Problemas e Tratamento como Usual em População de Alto Risco.** *Suicídio e Comportamento de Ameaça à Vida*, 2010. 39-538.

TARRIER, N, TAYLOR, K. & GOODING, P. **Intervenções Cognitivo-Comportamentais para Reduzir o Comportamento Suicida: Uma Revisão Sistemática e Metanálise. Modificação do Comportamento.** 2008. 32 (1), 77-108.

TEASDALE, J. D. & TAYLOR, R. Humor Induzido e Acessibilidade de Memórias: Um Efeito do Estado de Humor ou de Procedimento de Indução?. *Revista Britânica de Psicologia Clínica.* 1981. 20-39.

TEASDALE, J.D. (1999). **Processamento emocional, três modos de mente e a prevenção da recaída na depressão.** *Pesquisa e Terapia do Comportamento*, 37, S53-S78.

TEASDALE, J.D., SEGAL, Z.V., WILLIAMS, J.M.G., 1995. **Como a terapia cognitiva impede a recaída da depressão e por que a atenção deve ser treinada?** *Behaviour Research and Therapy*, 33, 25-39.

TEASDALE, J.D., WILLIAMS, J.M.G & SEGAL Z.V., **MANUAL PRÁTICO DE MINDFULNESS**, 1º ed. Brasil, 2016.

Terapia para a Prevenção de Tentativas de Suicídio: Um Ensaio Controlado Aleatório. *JAMA*, 2005. 294 (5), 563-570.

WENZEL, A, BROWN, G. K, E BECK, A. T. **Terapia Cognitiva para Pacientes Suicidas: Aplicações Científicas e Clínicas.** Washington, DC: **American Psychological Association;** 2009.

WILLIAMS JMGBARNHOFER T, CRANE C, DUGGAN DS. **O papel da memória overgeneral em Suicidality.** Em: Ellis ET., ed. **Cognição e Suicídio: Teoria, Pesquisa e Terapêutica py.** Nova Iorque: American Psychological Association, 2006. 173-192.

WILLIAMS JMGBROADBENT K. **Memória Autobiográfica em Atiradores Suicidas.** *Journal of Abnormal Psychology*, 1986. 95-144.

WILLIAMS, J.M.G. & POLLOCK, L.R. 2001. **A psicologia do comportamento suicida.** Em K. Hawton e K. van Heeringen. Ed. **O manual internacional de suicídio e tentativa de suicídio.** Londres, John Wiley

WILLIAMS, J.M.G, TEASDALE, J.D, SEGAL, Z.V. *et al*, 2000. **Terapia cognitiva baseada na atenção plena reduz a memória autobiográfica geral em pacientes anteriormente deprimidos.** *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 150-155.

Washington, DC: ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSICOLOGIA; o tratamento de pacientes que

repetidamente tentam suicídio: um estudo controlado. **British Journal of Psychiatry**, 1990. 157-871.

YOUNG, M, FOGG, L, SCHEFTNER, W, FAWCETT, J, AKISKAL, H, & MASER, J. Componentes Estáveis de Desespero: Linha de Base e Sensibilidade da Depressão. **Journal of Abnormal Psychology**, 1996. 105-105.

ZURILLA, D, CHANG, T, NOTTINGHAM, E, & FACCINI, E. L. Déficits de resolução de problemas sociais e desesperança, depressão e risco de suicídio em universitários e pacientes internados em psiquiatria. **Journal of Clinical Psychology**, 1998. 54-1091.

ZURILLA, D, NEZU, T E MAYDEU-OLICARES, A. **A. Resolução de Problemas Sociais: Teoria e Avaliação.** In: Chang E, D’Zurilla T, Sanna C. (eds.) Resolução de Problemas Sociais: Teoria, Pesquisa e Treinamento.

ZURILLA, D, NEZU, T, Resolução de problemas, A. **Terapia: Uma Abordagem de Competência Social à Intervenção Clínica.** 2ª ed. Nova York: Springer Publishing Company, 1999.

SITES

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5674:suicidio-e-grave-problema-de-saude-publica-e-sua-prevencao-deve-ser-prioridade-afirma-opas-oms&Itemid=839 .

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839 .

<https://nacoesunidas.org/oms-suicidio-e-responsavel-por-uma-morte-a-cada-40-segundos-no-mundo> .

<http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2014/09/brasil-e-o-8-pais-com-mais-suicidios-no-mundo-aponta-relatorio-da-oms.html> .

<http://www.howtodoaliteraturereview.com>.

A CROMOTERAPIA NO TRATAMENTO DA ANSIEDADE

Data de aceite: 05/06/2020

Data de submissão: 18/05/2020

Lais Amarante Carneiro Leão

Graduação em Naturoterapia, Faculdades
Integradas “Espírita”
Curitiba - PR

Mirian Jacoby Sabatke

Graduação em Naturoterapia, Faculdades
Integradas “Espírita”
Curitiba - PR

Carolina Dea Bruzamolín

Graduação em Odontologia, Universidade Positivo
Curitiba – PR
<http://lattes.cnpq.br/4709647049367125>

Carlos Roberto Botelho Filho

Programa de Pós-Graduação em Odontologia,
Universidade Positivo
Curitiba – PR
<http://lattes.cnpq.br/3289027376173639>

João Armando Brancher

Programa de Pós-Graduação em Odontologia,
Universidade Positivo
Curitiba – PR
<http://lattes.cnpq.br/5460397708527612>

Maurício Yanes Alves da Silva

Graduação em Naturoterapia, Faculdades
Integradas “Espírita”
Curitiba – PR

Marilisa Carneiro Leão Gabardo

Programa de Pós-Graduação em Odontologia,
Universidade Positivo
Curitiba - PR

<http://lattes.cnpq.br/7466005651619817>

RESUMO: A ansiedade é considerada uma consequência de algum distúrbio, caracterizada por alteração de comportamento, que acaba por prejudicar as atividades normais do indivíduo. Para os cromoterapeutas é definida como as desarmonias e os conflitos que se expressam na forma comportamental. Por meio de uma revisão passiva da literatura, neste trabalho foi abordado o uso da Cromoterapia no tratamento da ansiedade. Observou-se que quando são empregadas as cores azul, verde e rosa, os poderes energéticos das mesmas harmonizam e reconduzem à estabilidade psíquica e emocional. Desta forma, apesar de pouco difundida, a técnica cromoterápica parece ser, de acordo com o presente trabalho, um meio eficaz no tratamento do desequilíbrio das energias, e, por conseguinte, aplicável nos pacientes acometidos pela ansiedade, paralelamente aos tratamentos convencionais. **PALAVRAS-CHAVE:** Ansiedade; Cromoterapia; Terapias alternativas.

ABSTRACT: The anxiety is considered a consequence of a disorder, characterized by behavioral change, which affects the normal activities of the individual. For chromotherapists is defined as the disharmony and the conflicts expressed in behavioral way. With a passive review of the literature, in this study was discussed the use of the chromotherapy in the treatment of the anxiety. It was observed that when the blue, green and pink colors are used, the energetic power of them harmonize and lead back to the psychic and emotional stability. Thus, despite little disseminated, the chromotherapeutic technique seems to be, according to this study, an effective way in the treatment of energetic disharmony, and, consequently, applicable in patients with anxiety, in addition to conventional treatments.

KEYWORDS: Anxiety; Color therapy; Complementary therapies.

1 | INTRODUÇÃO

Na atualidade as pessoas, de uma forma geral, estão buscando alternativas de tratamento menos agressivas para suas mazelas. Assim, as práticas das terapias alternativas ou complementares, ganham espaço, e se caracterizam pela compreensão do indivíduo como um todo (DACAL; SILVA, 2018; HILL, 2003; LAVERY, 1997; SIERPINA et al., 2007). Neste contexto, a Cromoterapia integra o rol das formas de assistência deste caráter (BARBOSA, 1994). Sua fundamentação está baseada na existência de corpos energéticos de que são dotados os seres humanos. Segundo Hermann e Efraim (1993) vem se firmando como uma das terapias mais utilizadas para harmonização dos conflitos nos níveis mental e emocional.

A ansiedade, condição a ser aqui discutida, é considerada um distúrbio que acaba se manifestando no estado físico, com implicações na qualidade de vida dos indivíduos (ABBASS et al., 2014; ALLEN et al., 1995). Trata-se de um estado emocional relacionado à apreensão considerada desproporcional frente a uma determinada situação adversa (CUIJIPERS et al., 2014; GENTIL, 1997).

O objetivo da terapia cromática, como auxiliar no tratamento da ansiedade, remete-se ao uso de cores específicas, a fim de equilibrar a mente e as emoções, devolvendo ao indivíduo seu estado natural de harmonia, já teo inclusive sendo empregado para redução de estresse em pacientes consultório odontológico (ANDRADE; NAVARRO; SERRANO, 2006). Por este sistema energético as cores percorrerão todo o indivíduo, trazendo a harmonização necessária ao equilíbrio mental, psicológico e espiritual (BRASIL, 2018; DEMARCO; CLARKE, 2001; GALLI et al., 2012; NUNES, 2001)

Devido à escassez de pesquisas na área (SANTOS; CIDRAL-FILHO, 2012) e

à não especificação sobre o uso de uma ou outra cor para determinado problema, a proposta deste artigo de revisão foi identificar as cores mais indicadas no tratamento da ansiedade.

2 | REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Ansiedade

A ansiedade se trata de um construto que pode ser definido a partir de diversas perspectivas (KANFER; PHILLIPS, 1970), mas em geral é caracterizado por um conjunto de manifestações excitativas em comum como taquicardia, sudorese, tremores, medo, dentre outros (ABBASS et al., 2014; GENTIL, 1997; KANFER; PHILLIPS, 1970). Costuma ser descrita pelo senso comum por meio de sensações físicas como “frio na barriga”, “coração apertado”, “nó na garganta” e “mãos suadas” (ZAMIGNANI; BANACO, 2005).

Este estado se fundamenta na constante sensação de uma condição futura aversiva (SKINNER, 1953).

2.2 A Cromoterapia

A Cromoterapia, ou terapia das cores, é uma terapia natural que utiliza as cores do espectro solar para restaurar o equilíbrio físico e energético do corpo (COCILOVO, 1999; DEMARCO; CLARKE, 2001; NUNES, 2001; VALCAPELLI, 2005; SOPHIA, 2006). Seu uso data desde a época do antigo Egito, onde se praticavam as pesquisas sobre a ação das cores na saúde (SAVI, 2004; TUUNAINEN; KRIPKE; ENDO, 2004). Avicena (980-1037) é considerado o primeiro a fazer relatos das propriedades das cores nos processos de cura (SHAKEEL et al., 2011).

Em 1877 foi publicado o primeiro livro acerca da aplicação da cor com fins terapêuticos, onde era usado o vermelho como estimulante e o azul como calmante. No ano seguinte, o Dr. E. D. Babbit publicou sua obra descrevendo os efeitos das sete cores do espectro da luz como agente de cura (VALCAPELLI, 2005).

Issac Newton foi o responsável pela explicação científica da decomposição das cores em comprimentos de ondas diferentes (WAUTERS; THOMPSON, 1998).

Em 1933, Ghadiali publicou uma obra-prima sobre Cromoterapia. Segundo ele, as cores representam potenciais químicos em oitavas de vibração. Foi ele quem afirmou os efeitos das cores sobre o bioplasma e, por conseguinte sobre o corpo físico (VALCAPELLI, 2005).

Segundo Sophia (2006) para órgãos e sistemas do corpo humano a ação das cores é diferente. Em alguns casos serve como estimulante e em outros como inibitória, o que proporciona o balanceamento adequado no combate às doenças

(LEGATES; FERNANDEZ; HATTAR, 2014; SILVA, 2000; SCHROEDER; COLWELL, 2013). Assim, o princípio da cura pelas cores está embasado em ser fornecido ao corpo doente uma dose extra de uma ou mais cores que estejam lhe faltando. O fundamento da terapia se estabelece em considerar que a doença se trata de um desequilíbrio das energias coloridas no interior do corpo. O restabelecimento desta condição se dá pela aplicação de frequências corretas, sejam elas por meio da ingestão de alimentos, vibrações energéticas ou medicamentos (SOPHIA, 2006).

Para Azeemi e Raza (2005) a maioria dos sistemas induzem vibrações de forma indireta, mas em poucos deles a ação direta sobre o corpo é tão expressiva como na Cromoterapia. Os mesmos autores conjecturam que a cor é um estado quântico da matéria.

O conjunto de cores, segundo Sophia (2006), utilizado na Cromoterapia é o do espectro visível, que abrange as radiações caracterizadas pelos comprimentos de ondas, frequências ou aos conteúdos energéticos dos fótons que as constituem, proporcionalmente às suas frequências. As cores, ao serem aplicadas, as células fazem a escolha seletiva dos raios, absorvendo somente aquelas que elas necessitam, e rejeitando as que não precisam. Algumas cores parecem ativar ou bloquear processos do complexo fisiológico, biológico e bioquímico do cérebro humano (RADELJAK et al., 2008).

O efeito da luz que penetra no corpo ainda está sendo pesquisada. Existem correntes de pensamentos que acreditam que ao penetrar pelos olhos, estimula a hipófise fazendo-a produzir hormônios. Pode-se afirmar que a Cromoterapia ocular é de grande auxílio no equilíbrio do ser humano, uma vez que a cor é a forma pela qual é identificada a vibração da onda energética luminosa por intermédio da visão (DEPPE, 1999).

A luz é a primeira fonte de vida. A cor quando exposta à luz torna-se mais intensa o que a faz mais adequada para cada caso específico (VALCAPELLI, 2005).

É necessário familiarizar-se com cada cor e conhecer a ação dela no nível físico, emocional e mental para poder realizar qualquer trabalho e não se pode esquecer que toda pessoa deve ser considerada como um indivíduo especial.

Dentre as práticas alternativas/complementares, em estudo com 178 graduandos em Enfermagem, a Cromoterapia está entre as mais indicadas (TROVO; SILVA; LEÃO, 2003).

2.3 Tratamento da ansiedade pelas cores

O tratamento da ansiedade pelas cores pode ser feito pelo emprego de: azul, verde e rosa, as quais foram consideradas, de acordo com a literatura revisada, as mais efetivas (BOCCANERA; BOCCANERA; BARBOSA, 2006; REYES PEREZ;

ALVAREZ GOMEZ, 2011). Em geral, a atuação das cores se dá nos *chakras*. Cabe aqui uma breve definição do que estes se tratam. Eles são definidos como um plexo nervoso, um centro de força, de vitalidade e energia, que vive da essência universal em movimento. Estes focos expressam-se por uma manifestação e regem um comportamento, uma qualidade ou uma função orgânica. Ainda, guardam uma relação com o sistema nervoso simpático, parassimpático e autônomo (MARINI, 2005).

A literatura limita-se a discutir o funcionamento dos sete *chakras* principais que se localizam ao longo da coluna vertebral e que estão associados a uma determinada glândula, sistema e cor (Tabela 1).

CHAKRA	GLÂNDULA	SISTEMA	CORPO	COR
Coronário (Sahasrara)	Pineal	Sistema Nervoso Central	Cérebro Superior Olho Direito	Violeta/ Branco
Frontal (Ajna)	Pituitária	Sistema Nervoso Autônomo	Cérebro Inferior Olho Esquerdo, Ouvidos	Índigo
Laríngeo (Vishuddha)	Tireóide	Sistema Respiratório	Pulmões, Brônquios e Vocal	Azul
Cardíaco (Anahata)	Timo	Sistema Circulatório	Coração, Sangue, Nervo Vago	Verde/Rosa
Solar (Manipura)	Pâncreas	Sistema Digestivo	Estômago, Baço, Fígado, Vesícula	Amarelo
Sacro (Swadisthana)	Gônadas	Sistema Nervoso Parassimpático	Bexiga, Vesícula, Baço, Rins	Laranja
Básico (Muladhara)	Supra-renais	Sistema Reprodutor	Coluna Vertebral, Medula, Ossos	Vermelho

Tabela 1. Associação dos *chakras* com as cores

Fonte: Adaptado de SILVA (2007).

O *chakra* Fundamental ou Rádico localiza-se na base da espinha dorsal. O Esplênico está situado no baço e tem a função de subdividir e difundir a vitalidade que surge do Sol. O Umbilical fica no plexo solar, anatomicamente no umbigo. O Cardíaco está situado no coração e o Laríngeo na garganta. O sexto centro é o Frontal, que fica entre as sobrancelhas. Por fim, o Coronário situa-se no alto da cabeça (SOPHIA, 2006).

A energia circula durante um ciclo de 24 horas nos sete *chakras* de forma harmoniosa e ininterrupta (EDDE, 1982).

Quanto à aplicação das cores, o azul é indicado por Gaspar (2002) por ser tranquilizadora, absorver e neutralizar as energias negativas. Conforme Savi (2004), ela ajuda nos descontroles psicomotores, estimula a parte parassimpático do sistema nervoso autônomo, por ser relaxante. Segundo Balzano et al. (2004) a cor azul acalma o sistema nervoso central e periférico, auxiliando em processos

de angústia, depressão e estresse. Diversos autores indicam a cor para atuar no sistema nervoso, pois esta age sedando, acalmando e reduzindo o excitamento (BOCCANERA; BOCCANERA; BARBOSA, 2006; NUNES, 2001; SILVA, 2000; SOPHIA, 2006; VALCAPELLI, 2005). Outra pesquisa confirmou a capacidade de redução da taxa de respiração e da pressão sanguínea em 50 homens de 17 a 29 anos de idade que permaneceram expostos em um ambiente à luz azul por 40 minutos (VISWESWARAIAH; TELLES, 2006).

A aplicação do azul pode ser feita nos *chakras* coronário, frontal, laríngeo, cardíaco, esplênico e umbilical. Recomenda-se que esta cor seja utilizada ao início e ao término de cada tratamento para que haja fixação dos resultados esperados (SOPHIA, 2006). Para Edde (1982) as desordens emocionais devem ser tratadas com luz azul sobre a fronte e as têmporas durante 15 minutos.

Em uma pesquisa com crianças ansiosas durante o tratamento odontológico, pode-se verificar a ação benéfica da cor azul, aplicada por meio de lâmpadas (SANTIAGO; DUARTE; MACEDO, 2000).

A cor verde traz equilíbrio e harmonia do corpo físico, mental e emocional. Influencia o sistema nervoso, relaxa e reduz a tensão sanguínea, aliviando problemas mentais e emocionais, estimulando o amor-próprio e o orgulho. Em termos psicológicos o verde equilibra os pensamentos, relaxa a mente e o corpo físico e traz serenidade psíquica. Sob o aspecto emocional estabiliza e equilibra, removendo os medos (MARINI, 2005; SAPER; SCAMMELL; LU, 2005). Edde (1982) e Bourgin e Hubbard (2016), indica essa cor para o tratamento da ansiedade. É recomendada nos casos de insônia, esgotamento, irritação e estresse físico, pois elimina o sentido de prontidão provocado pela adrenalina produzida pelas glândulas supra-renais. Pode ser empregada em todos os *chakras* com o intuito de restabelecer o equilíbrio do indivíduo (SOPHIA, 2006).

Já a cor rosa é utilizada nos desequilíbrios energéticos, pois anima e vivifica, criando situações positivas, transformando os pensamentos. Conforme Sophia (2006) esta cor funciona na mesma faixa do vermelho, e é a expressão do amor universal, pois possui a capacidade de tudo transformar, penetrando no todo e em qualquer órgão físico com o poder de transformá-lo. Suas funções psicológicas estão próximas das da cor vermelha, mas com menos intensidade. Segundo Nunes (2001) ela reequilibra o sistema nervoso.

Sophia (2006) indica a aplicação do rosa em conjunto com o azul a fim de ser obtida a cor lilás, nas áreas da cabeça, junto ao cérebro, para proporcionar um sono tranquilo. Para a mudança de pensamentos e de emoções, eliminando o medo, sentimento intimamente relacionado à ansiedade, pode-se aplicá-la nos *chakras* frontal e coronário.

Técnicas de aplicação

As técnicas e recursos cromoterápicos, por meio do uso das cores descritas anteriormente, podem ser feitas. Destacam-se o bastão cromático, a água cromatizada ou solarizada e as lâmpadas coloridas.

O bastão cromático tem em sua extremidade uma ponta de cristal de quartzo, uma fonte de luz na parte intermediária, e um local para a inserção de lâminas coloridas (SAVI, 2004). O cristal serve para direcionar a energia armazenada no tubo para o objeto específico. Sua aplicação deve ser feita em movimentos circulares lentos, no sentido horário, na região afetada.

Segundo Savi (2004) a luz solar pode ajudar no processo de cura e recebe o nome de helioterapia, soloterapia ou solarização da água. Os raios solares podem potencializar as cores na água, para que esta seja impregnada, assim as qualidades das cores azul, verde e rosa poderão ser utilizadas no tratamento. A técnica sugerida é feita como segue: encher com água filtrada um recipiente de vidro envolto em papel impermeável da cor desejada, expor ao sol por quatro horas, dando preferência ao horário entre dez e quatorze horas. A água solarizada pode ser utilizada no preparo de alimentos, sucos de frutas e ainda no asseio de partes do corpo que necessitem cuidados especiais (SOPHIA, 2006).

No uso das lâmpadas coloridas, deve-se mantê-las paradas e dirigidas ao local que se deseja. Indica-se que o tempo de aplicação para a absorção da cor deve ser de vinte minutos para cada cor (BOURGIN; HUBBARD, 2016; SAVI, 2004). Pode-se utilizar uma cor por vez ou de modo simultâneo.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ansiedade é um transtorno atual e relevante, com características conhecidas, e que pode ser auxiliado pelas terapias alternativas/complementares.

A Cromoterapia, dentre estes recursos, busca por meio da aplicação das cores, restabelecer o equilíbrio psíquico e emocional do indivíduo. Nas referências pesquisadas a aplicação das cores azul, verde e rosa parecem favorecer a estimulação do sistema nervoso e a harmonização dos centros energéticos, por meio de diversas técnicas.

As pesquisas sobre este tema ainda são insuficientes e poucas referências foram encontradas, além disso, elas são vistas sob prismas de ação curativa que beneficia o corpo físico atenuando a ansiedade. Assim sendo, as técnicas cromoterapêuticas se mostram como instrumentos disponíveis ao tratamento deste transtorno, em conjunto com os tratamentos convencionais.

REFERÊNCIAS

- ABBASS, A. A. *et al.* Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. **The Cochrane Database Systematic Reviews**, n. 4, CD004687, 2006.
- ALLEN, A. J.; LEONARD, H.; SWEDO, S. E. Current knowledge of medications for the treatment of childhood anxiety disorders. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 34, n. 8, p. 976-986, 1995.
- ANDRADE, S. M.; NAVARRO, V. P.; SERRANO, K. V. D. Terapias complementares para o controle da ansiedade frente ao tratamento odontológico. **Revista de Odontologia de Araçatuba (Impressa)**, v. 26, n. 2, p. 63-66, 2005.
- AZEEMI, S. T.; RAZA, S. M. A critical analysis of chromotherapy and its scientific evolution. **Evidence-based Complementary and Alternative Medicine**, v. 4, n. 2, p. 481-488, 2005.
- BARBOSA, M. A. **A utilização de terapias alternativas por enfermeiros brasileiros**. 1994. 259p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 1994.
- BALZANO, O. **Cromoterapia - Medicina Quântica**. Rio de Janeiro: Fundação Biblioteca Nacional, 2004.
- BOCCANERA, N. B.; BOCCANERA, S. F. B.; BARBOSA, M. A. As cores no ambiente de terapia intensiva: percepções de pacientes e profissionais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 3, p. 343-349, 2006.
- BOURGIN, P.; HUBBARD, J. Alerting or somnogenic light: Pick your color. **PLoS Biology**, v. 14, n. 8, e200011, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. **Diário Oficial da União**, 22 de Março de 2018.
- COCILOVO, A. Colored light therapy: overview of its history, theory, recent developments and clinical applications combined with acupuncture. **American Journal of Acupuncture**, v. 27, n. 1-2, p. 71-83, 1999.
- CUIJPERS, P. *et al.* Psychological treatment of generalized anxiety disorder: a meta-analysis, **Clinical Psychology Review**, v. 34, n. 2, p. 130-140, 2014.
- DACAL, M. P. O.; SILVA I. S. Impactos das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 118, p. 724-735, 2018.
- DEMARCO, A.; CLARKE, N. G. An interview with Alison Demarco and Nichol Clarke: light and colour therapy explained. **Complementary Therapies in Nursing and Midwifery**, v. 7, n. 2, p. 95-103, 2001.
- DEPPE, A. Light relief: the case for ocular light therapy. **Australian Journal of Holistic Nursing**, v. 6, n. 2, p. 42-44, 1999.
- EDDE, G. **Cores para sua Saúde - Método prático de Cromoterapia**. 5. ed. São Paulo: Pensamento, 1982.
- GALLI, K. S. B. *et al.* Saúde e equilíbrio através das terapias integrativas: relato de experiência. **Revista de Enfermagem**, v. 8, n. 8, p. 245-255, 2012.

- GASPAR, E. D. **Cromoterapia - Cores para a vida e para a saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Pallas, 2002.
- GENTIL, V. Ansiedade e transtornos ansiosos. In: GENTIL, V.; LOTUFO-NETO, F.; BERNIK, M.A. (Org.): **Pânico, fobias e obsessões**. São Paulo: Edusp, 1997.
- HERMANN, R.; EFRAIM, I. **Tudo o que a grande mente capta**. São Paulo: Gente, 1993.
- HILL, A. (Org.). **Guia das Medicinas alternativas: todos os sistemas de cura natural**. São Paulo: Mandala, 2003.
- KANFER, F.H.; PHILLIPS, J.S. **Learning foundations of behavior therapy**. Nova Iorque: John Wiley & Sons, Inc., 1970.
- LAVERY, S. et al. (Org.). **El gran libro de la medicina alternativa: investigación clínica**. Madrid: Edilibro, 1997.
- LEGATES, T.; FERNANDEZ, D. C.; HATTAR, S. Light as a central modulator of circadian rhythms, sleep and affect. **Nature Reviews. Neurosciece**, v. 15, n. 7, p. 443-454, 2014.
- MARINI, E. **Cromoterapia - Dicas e orientações de como as cores podem mudar sua vida**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Era, 2005.
- NUNES, R. **Compêndio científico da Cromoterapia**. 4. ed. Brasília: LGE Editora, 2001.
- RADELJAK, S. et al. Chromotherapy in the regulation of neurohormonal balance in human brain - complementary application in modern psychiatric treatment. **Collegium Antropologicum**, v. 32, n. 2, p. 185-188, 2008.
- REYES PEREZ, A.; ALVAREZ GOMEZ, J. A. Uso terapéutico del color como método tradicional. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 17, n. 3, p. 163-167, 2011.
- SANTIAGO, V. K.; DUARTE, D. A.; MACEDO, A. F. O impacto da Cromoterapia no comportamento do paciente Odontopediátrico. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 11, n. 4, p. 17-21, 2009.
- SANTOS, E. D.; CIDRAL-FILHO, F. J. Panorama geral das pesquisas científicas sobre cromoterapia: uma revisão integrativa. **Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares**, v. 1, n. 1, p. 85-97, 2012.
- SAPER, C. B.; SCAMMELL, T. E.; LU, J. Hypothalamic regulation of sleep and circadian rhythms. **Nature**, v. 437, n. 7063, p. 1257-1263, 2005.
- SAVI, M. M. A. **Cor é Vida. O arco íris é aqui! Manual de Cromoterapia**. 21. ed. Curitiba: Artes & Textos, 2004.
- SCHROEDER, A. M.; COLWELL, C. S. How to fix a broken clock. **Trends in Pharmacological Sciences**, v. 34, n. 11, p. 605-619, 2013.
- SHAKEEL, M. et al. Alternative system of Medicine in India: a review. **International Research Journal of Pharmacy**, v. 2, n. 4, p. 29-37, 2011.
- SIERPINA, V. S. et al. Innovations in integrative healthcare education: undergraduate holistic studies at san Francisco State University and the CAM undergraduate medical education project in Canada. **Explore (New York, N. Y.)**, v. 3, n. 2, p. 174-176, 2007.

- SILVA, A. L. O cuidado através das cores. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 13, n. 1/2, p. 17-28, 2000.
- SILVA, M. Y. A. **Apostila de Cromoterapia. Curso de Extensão em Cromoterapia**. FIES: Curitiba, 2007.
- SKINNER, B. F. **Science and human behavior**. Nova Iorque: Macmillan, 1953.
- SOPHIA, M. **Cromoterapia - Qualidade das cores e técnica de aplicação**. São Paulo: Roca, 2006.
- TROVO, M. M.; SILVA, M. J. P.; LEÃO, E. R. Terapias alternativas/complementares no ensino público e privado: análise do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 483-489, 2003.
- TUUNAINEN, A.; KRIPKE, D. F.; ENDO, T. Light therapy for non-seasonal depression. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 2, CD004050, 2004.
- VALCAPELLI. **Cromoterapia – A cor e você**. 6. ed. São Paulo: Roca, 2005.
- VISWESWARAIAH, N. K.; TELLES, S. Psychophysiological effects of colored light used in healing. **International Digital Organization for Scientific Information**, v. 1, n. 1, p. 21-23, 2006.
- WAUTERS, A.; THOMPSON, G. **Fundamentos de Cromoterapia**. 3. ed. São Paulo: Avatar, 1998.
- ZAMIGNANI, D. R.; BANACO, R. A. Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 7, n. 1, p. 77-92, 2005.

SOBRE O ORGANIZADOR

TALLYS NEWTON FERNANDES DE MATOS: Graduação em Psicologia pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR) em 2015. Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR) em 2017. Pesquisador convidado no grupo “Medicina Social: Direito, Saúde e Cidadania” pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e no grupo “Saúde nos Espaços Educacionais” pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Atualmente, é professor da Faculdade Plus na graduação em Pedagogia, Psicologia e Enfermagem. Na pós-graduação da Faculdade Plus é professor dos cursos de: Políticas Públicas, Saúde Pública, Neuropsicopedagogia, Gestão de Pessoas, Psicologia Organizacional e Educação Infantil. Experiência e direcionamento em: Pesquisa, Ensino, Extensão, Psicologia da Educação, Psicologia Organizacional, Saúde Coletiva, Saúde Mental, Avaliação Psicológica e Psicanálise. É também editor e avaliador de periódicos. Endereço para acessar o CV: <http://lattes.cnpq.br/3413329240036879> E-mail: tallysnfm@gmail.com

ÍNDICE REMISSIVO

A

Abuso Sexual 49, 50, 51, 52, 53, 55, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63

Adoção 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31

Análise do Comportamento 224, 225, 226, 230

Ansiedade 12, 13, 15, 21, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 103, 185, 188, 189, 190, 191, 192, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 286, 287, 289, 290, 303, 304, 308, 311, 312, 313, 314, 316, 317, 318, 319, 320

Antissocial 164, 165, 167

Apoio Social 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 53, 193, 299

B

Bem-Estar 7, 8, 77, 83, 101, 132, 133, 134, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 145, 148, 151, 171, 184, 185, 235

C

Controle esfinteriano 104, 106, 110, 111, 119, 121, 124

Criança 6, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 77, 80, 82, 83, 84, 85, 88, 89, 91, 92, 93, 96, 97, 99, 100, 101, 104, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 125, 126, 127, 129, 130, 131, 198, 199, 200, 201, 202, 204, 217, 227, 228, 275, 278, 279, 280, 281, 283

Crime 48, 166, 167, 174, 178, 181, 200

Cromoterapia 311, 312, 313, 314, 317, 318, 319, 320

Cuidador 59, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152

D

Desenvolvimento Infantil 14, 65, 67, 68, 69, 72, 104, 105, 106, 110, 126, 127, 128, 208

Desenvolvimento Moral 75, 76, 77, 84

Desenvolvimento Motor 64, 65, 66, 67, 68, 72, 73, 74, 110

Diagnóstico 14, 54, 95, 102, 197, 198, 199, 200, 204, 206, 207, 209, 212, 213, 215, 216, 219, 220, 226, 227, 228, 230, 231

E

Emoções 1, 8, 12, 22, 89, 90, 93, 101, 139, 179, 229, 289, 290, 293, 294, 295, 298, 300, 303, 305, 312, 316

Envelhecimento 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152

Escola 14, 53, 73, 75, 76, 80, 81, 82, 84, 92, 93, 97, 128, 131, 152, 197, 199, 200, 201, 202,

203, 205, 206, 207, 208, 214, 222, 227, 275, 279, 280, 281, 282, 283, 285, 318

Escolarização 125, 283

Esquizofrenia 209, 210, 216, 217, 218

Esteatose hepática 245, 246, 248, 252

Estresse 8, 15, 21, 23, 62, 92, 96, 97, 147, 150, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 193, 194, 195, 196, 203, 205, 207, 208, 216, 218, 248, 286, 287, 289, 296, 303, 312, 316

F

Frutose 245, 248, 249, 250, 251, 252, 253

G

Gestação 1, 2, 3, 4, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 65

I

Idoso 132, 136, 141, 143, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 221

Inconsciente 217, 218, 220, 228

Infância 20, 21, 22, 49, 62, 63, 64, 65, 68, 73, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 102, 105, 125, 127, 128, 130, 131, 132, 200, 207, 208, 214, 226, 231, 285

J

Justiça 21, 22, 23, 30, 55, 57, 58, 62, 77, 78, 79, 164, 168, 170, 173, 175, 212, 215

L

Lógica 257, 258, 262, 270, 271, 272, 309

Ludicidade 125, 126, 127, 128, 129, 130

M

Memória Coletiva 170, 175, 179

Mindfulness 40, 43, 99, 101, 103, 187, 193, 194, 196, 286, 287, 288, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 308, 309

N

Neuropsicopedagogia 64, 321

Nietzsche 258, 259, 263, 264, 268, 270, 271, 272

O

Obesidade 2, 201, 245, 247, 249, 250, 253, 254

P

Psicanálise 105, 209, 218, 220, 321

Psicologia Histórico Cultural 125, 129

Psicologia Jurídica 49, 53, 55, 57, 61, 62, 63

Psicologia Social 133, 170, 177, 179, 180, 285, 307

Psicopedagogia 145, 197, 199, 204, 205, 207, 220

Psicossomática 183, 185, 195

Psiquiatria 14, 95, 102, 169, 204, 209, 210, 212, 213, 215, 220, 221, 230, 305, 307, 310

Q

Qualidade de vida 6, 7, 9, 13, 15, 16, 73, 132, 134, 135, 136, 137, 139, 140, 141, 142, 143, 146, 147, 151, 158, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 218, 224, 230, 303, 312

R

Racismo 153, 155, 156, 158, 159, 162, 240, 243

S

Saúde 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 24, 30, 61, 65, 66, 67, 68, 69, 72, 73, 74, 78, 94, 95, 96, 97, 98, 101, 103, 106, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 162, 163, 169, 171, 174, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 205, 206, 207, 209, 210, 211, 212, 213, 216, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 226, 227, 230, 231, 245, 251, 252, 306, 313, 318, 319, 321

Saúde Mental 1, 13, 96, 152, 174, 187, 188, 194, 196, 198, 199, 207, 209, 210, 211, 212, 213, 218, 219, 220, 221, 223, 227, 230

Simbólico 12, 128, 130, 214, 279, 283

Simbolismo 257

Símbolos 257, 272

Subjetividade 134, 135, 136, 139, 170, 176, 177, 182, 216

Suicídio 192, 211, 215, 219, 229, 287, 288, 294, 299, 300, 301, 302, 305, 306, 307, 308, 309, 310

T

Tecnologia da Informação 276

Terapia Cognitivo Comportamental 286, 287, 288, 293, 302, 304, 306

Terapias Alternativas 311, 312, 317, 318, 320

Transtorno de Personalidade 164, 165, 167, 294, 306, 307

 **Atena**
Editora

2 0 2 0