

A PSICOLOGIA NA CONSTRUÇÃO DE UMA SOCIEDADE MAIS JUSTA 2



Tallys Newton Fernandes de Matos
(Organizador)

 **Atena**
Editora
Ano 2020

A PSICOLOGIA NA CONSTRUÇÃO DE UMA SOCIEDADE MAIS JUSTA 2



Tallys Newton Fernandes de Matos
(Organizador)

 **Atena**
Editora

Ano 2020

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecário

Maurício Amormino Júnior

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremona

Karine de Lima Wisniewski

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos 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, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. 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.

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

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

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

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

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

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

Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
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 – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
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
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
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. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
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. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

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
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
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 Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
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
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

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. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Profª 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
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa
Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Me. Eivaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Profª 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
Profª Drª 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
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza

Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
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 Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFGA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
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. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará
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
Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí
Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

A psicologia na construção de uma sociedade mais justa

2

Editora Chefe: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecário: Maurício Amormino Júnior
Diagramação: Camila Alves de Cremo
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizador: Tallys Newton Fernandes de Matos

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

P974 A psicologia na construção de uma sociedade mais justa 2 [recurso eletrônico] / Organizador Tallys Newton Fernandes de Matos. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-249-4

DOI 10.22533/at.ed.494200308

1. Psicologia – Pesquisa – Brasil. 2. Psicólogos. I. Matos, Tallys Newton Fernandes de.

CDD 150

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br


Ano 2020

APRESENTAÇÃO

O ser humano vivencia, na atualidade, sua perda em um labirinto de medicinas paralelas impulsionada por variedade de ofertas e crenças, que iludem e apresentam alternativas de cura. Esse processo é decorrente das novas formas de subjetivação e simbolização, proporcionadas pelos mecanismos sociais e tecnológicos. Neste processo, destaca-se a reprodução desenfreada do mal-estar na civilização, que assume diferentes formas no ser humano através da falta.

Esta configura e transforma o ser humano no contrário do sujeito, assim como possibilita a ilusão de uma liberdade, reproduzindo a alienação individual e coletiva através de um sistema capitalista argumentado e planejado com estratégias e mecanismos ideais de intervenção para que esse sujeito reconfigure um ciclo contínuo, que ele desconhece, de adoecimento e saúde, até o momento da sua finitude. É, de fato, relatar, em curtas palavras, que “a realidade não é como ela é”.

É lamentável perceber que alguns grupos e camadas sociais percam esse contato reflexivo e filosófico, tão explorados outrora por filósofos, teóricos e outros pensadores, que estão sendo esquecidos propositalmente pela lógica capitalista e pelo discurso que rege a tendência da atualização tecnológica e materialista. Isso é apenas uma tentativa de mascarar o enfraquecimento interno e ausências de afirmações específicas sobre a realidade. Ressalto, neste âmbito, a importância dos estudos sobre os “mecanismos de defesa” na psicanálise.

Por conseguinte, este sujeito em situação de mal-estar, longe de ser livre de suas raízes e de sua coletividade, reduz sua significação e reivindicação normativa, enquanto ser humano, a um objeto, indicador, variável e número do atual sistema capitalista. Isso se reproduz e possibilita surgimento de diferentes vareáveis na casualidade da problemática social.

Neste sentido, a obra “A Psicologia na Construção de uma Sociedade mais Justa 2” aborda seguimentos relacionados ao mal-estar, com temas direcionados a: indústria do consumo, violência de gênero, dano contra patrimônio público, penalização, estresse, sofrimento, compulsão alimentícia, depressão e suicídio. Todavia, ao final do livro, temos temas direcionados à reversão deste mal-estar como alternativa interventiva que se direcionam a: acompanhante terapêutica, espiritualidade como intervenção, prática esportiva como intervenção, intervenção farmacológica, aconselhamento psicológico, arte, alma, espírito e novas configurações sociais.

Vale ressaltar que os tipos de estudos explorados na obra “A Psicologia na Construção de uma Sociedade mais Justa 2” foram: Estudo exploratório; Estudo reflexivo; Pesquisa bibliográfica; Pesquisa narrativa; Reflexão histórico-cultural; Pesquisa bibliográfica; Revisão de literatura; Revisão sistemática e metanálise; Estudo transversal; Pesquisa descritiva; Estudo ecológico; Revisão de literatura narrativa e Investigação bibliográfica

exploratória.

Ademais, a obra “A Psicologia na Construção de uma Sociedade mais Justa 2” explora a variedade e construção teórica na psicologia. Destaco que os 23 estudos selecionados foram realizados em diferentes instituições de ensino superior no contexto nacional. Faço, também, o convite de retorno para leitura ao “volume 1” desta obra, organizado pelo mesmo autor e pela mesma editora.

Saliento, com grandeza, e como pesquisador, que é relevante a divulgação, construção e reconstrução do conhecimento através da produção científica. Com isso, 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
RELACIONAMENTOS AMOROSOS E A INDÚSTRIA CULTURAL ATRAVÉS DO DIA DOS NAMORADOS Thamyres Barros Cabral DOI 10.22533/at.ed.4942003081	
CAPÍTULO 2	12
O IMPERATIVO DA EXPOSIÇÃO AO OLHAR E A FACE SUPEREGOICA DO AMOR Hélio Cardoso de Miranda Júnior DOI 10.22533/at.ed.4942003082	
CAPÍTULO 3	21
ENSINAR E APRENDER, DUAS FACES DE UM MESMO PROCESSO: A FORMAÇÃO DO ESTUDANTE DE PSICOLOGIA DIANTE DO ACOLHIMENTO DA MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA Índira Feitosa Siebra de Holanda Marcos Teles do Nascimento Marcus César de Borba Belmino DOI 10.22533/at.ed.4942003083	
CAPÍTULO 4	30
A CONTRACONDUTA NO USO DESOBEDIENTE DOS ESPAÇOS PÚBLICOS URBANOS Laura Fonseca de Castro DOI 10.22533/at.ed.4942003084	
CAPÍTULO 5	38
A PSICOLOGIA NOS PROCESSOS DE (DES) INSTITUCIONALIZAÇÃO DO CÁRCERE Sabrina Azevedo Wagner Benetti Darlen Grasieli Bugs Daiane Raquel Steiernagel Carolina Renz Pretto Cátia Cristiane Matte Dezordi Eniva Miladi Fernandes Stumm Liamara Denise Ubessi DOI 10.22533/at.ed.4942003085	
CAPÍTULO 6	51
ESTRESSE NO TRABALHO Marília Gonçalves Bruno Taine Silva Galvão Laila Ariadi Chaves Freitas Patrícia Francisca dos Santos Medeiros DOI 10.22533/at.ed.4942003086	
CAPÍTULO 7	53
AVALIAÇÃO DAS FUNÇÕES EXECUTIVAS EM CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: REVISÃO DAS INTERVENÇÕES Gracimary de Jesus Godinho Bastos Ana Flávia Lima Teles da Hora Marilourdes Maranhão Mussalém Luzimary de Jesus Ferreira Godinho Rocha Helena Rúbia de Santana Botelho	

Sandra Maria Nunes Bastos
DOI 10.22533/at.ed.4942003087

CAPÍTULO 8 75

COMPULSÃO ALIMENTAR NA ADOLESCÊNCIA: FATORES ETIOLÓGICOS, MANIFESTAÇÕES SINTOMÁTICAS E AS POSSIBILIDADES DE TRATAMENTO

Ana Luiza Ferreira Freitas
Geovana Clayre Oliveira
Karolyne Gouveia Figueira
Lavinya Maria dos Santos
Renata Martins do Carmo
Suziani de Cássia Almeida Lemos

DOI 10.22533/at.ed.4942003088

CAPÍTULO 9 84

DA GETÚLIO À ANNE FRANK: VULNERABILIDADES E RESISTÊNCIAS DE TRAVESTIS E MULHERES TRANSEXUAIS EM CURITIBA/PR

Grazielle Tagliamento
Joelson Xavier do Rego
Roberta Cristina Gobbi Baccarim
Carla Amaral

DOI 10.22533/at.ed.4942003089

CAPÍTULO 10 98

DEPRESSÃO EM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Alenice Filgueira de Lima
Aline Soares Lopes
Cristiano Ribeiro Rodrigues
Kamila Araújo Vieira
Larissa Couto Soares
Rodrigo Sousa de Carvalho
Leandro Silva Pimentel

DOI 10.22533/at.ed.49420030810

CAPÍTULO 11 105

CIRURGIA BARIÁTRICA E SINTOMAS DEPRESSIVOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Nélio Barreto Veira
Jucier Gonçalves Júnior
Isaque Cavalcante Cunha
Maria Carolina Barbosa Costa
Harianne Leite de Alencar
Willian de Souza Araújo
Paulo Felipe Ribeiro Bandeira

DOI 10.22533/at.ed.49420030811

CAPÍTULO 12 129

AValiação DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE

Eliene Silva Mendes Sousa
Thalita Lauanna Gonçalves da Silva Ferreira

DOI 10.22533/at.ed.49420030812

CAPÍTULO 13 135

DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Andrielly Patrícia Silva Araújo

Marília Gonçalves Bruno

Taíne Silva Galvão

Ana Carolina Rimoldi de Lima

DOI 10.22533/at.ed.49420030813

CAPÍTULO 14 141

A INCIDÊNCIA DOS CASOS DE SUICÍDIO ENTRE PESSOAS DA TERCEIRA IDADE NO BRASIL

Débora Teodoro Carrijo

Amanda Claudino Borges

Felipe Batista Rezende

Geovana Passos Brito

Heloísa Teodoro Sequeira

Júlia Oliveira Carvalho

Luísa Castilho Amâncio

Maria Eduarda Giacomin da Cruz

Mateus Teodoro Sequeira

Natália Sousa Costa

Paula Kathlyn de Oliveira

Mithielle Rodrigues de Oliveira Peixoto

DOI 10.22533/at.ed.49420030814

CAPÍTULO 15 147

SUICÍDIO COMO OBJETO DE ESTUDO NA PSICOLOGIA: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Lorena Schettino Lucas

Mariana Bonomo

Vanessa Valentim Zamborlini

Thais Assis Flauzino

DOI 10.22533/at.ed.49420030815

CAPÍTULO 16 160

ARTICULAÇÕES ENTRE O SABER DA EXPERIÊNCIA NO UNIVERSO INFANTIL DE GUIMARÃES ROSA

Berta Lúcia Neves Ponte

Francisca Paula Viana Mendes

Amadeu de Sousa Moura Terceiro

José Clerton de Oliveira Martins

DOI 10.22533/at.ed.49420030816

CAPÍTULO 17 169

AS ATITUDES DO ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO ESCOLAR NA PERSPECTIVA DA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA

José Antônio dos Santos Filho

DOI 10.22533/at.ed.49420030817

CAPÍTULO 18 180

ESPIRITUALIDADE COMO FERRAMENTA PSICOLÓGICA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Amanda Valério Espíndola

Carolina Schmitt Colomé

Fernanda Nardino

Mikaela Aline Bade München

Alberto Manuel Quintana

DOI 10.22533/at.ed.49420030818

CAPÍTULO 19	186
A MOTIVAÇÃO NAS PRÁTICAS ESPORTIVAS E SUA REPERCUSSÃO NO PROCESSO DE ENSINO- APRENDIZAGEM DE DEFICIENTES VISUAIS	
Emmeline Abreu Almeida	
Helena Raquel Sousa Pinheiro de Barros da Costa	
Jacques Alastair Martins Silva	
Erica de Fátima Ristau	
Maria Emília Miranda Álvares	
Valeria Maria Lima Cardoso	
Thayara Ferreira Coimbra Lima	
Sílvia Regina Moreira Vale	
DOI 10.22533/at.ed.49420030819	
CAPÍTULO 20	196
<i>HYPERICUM PERFORATUM</i> NO TRATAMENTO DA ANSIEDADE LEVE E MODERADA	
Wêdja Martins Almeida	
Vivian Mariano Torres	
DOI 10.22533/at.ed.49420030820	
CAPÍTULO 21	203
O PAPEL DO PSICÓLOGO NO ACONSELHAMENTO GENÉTICO DE PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS	
Emmeline Abreu Almeida	
Beatriz Veras Barbosa	
DOI 10.22533/at.ed.49420030821	
CAPÍTULO 22	209
O CINEMA E UMA NOVA REPRESENTAÇÃO DA MULHER	
Beatriz Castro Silva	
Alex Moreira Carvalho	
DOI 10.22533/at.ed.49420030822	
CAPÍTULO 23	221
REFLEXÕES SOBRE CIDADE E ALMA	
Priscila Valente Alonso	
DOI 10.22533/at.ed.49420030823	
SOBRE O ORGANIZADOR	228
ÍNDICE REMISSIVO	229

RELACIONAMENTOS AMOROSOS E A INDÚSTRIA CULTURAL ATRAVÉS DO DIA DOS NAMORADOS

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 06/05/2020

Thamyres Barros Cabral

Universidade Federal de Goiás

Jataí- Goiás

<http://lattes.cnpq.br/9124928583189702>

RESUMO: Este trabalho teve como objetivo analisar as formas de publicidade do Dia dos Namorados e sua relação com a indústria cultural, observando como estas influenciam os relacionamentos amorosos atuais. Apontando o importante papel da internet nesse cenário, foram investigadas três propagandas de empresas varejistas especializadas em moda. A construção deste texto se norteou da Teoria Crítica da sociedade, estudada por Theodor Adorno e (1903-1969) e Max Horkheimer (1895-1973), teve por base a exploração de vídeos de anúncios e teve como subvenção o estudo em artigos, livros e monografias. Constatou-se uma significativa contribuição da publicidade digital para o fim último da Indústria Cultural, a obtenção de lucros e controle das massas. Logo, é relevante se atentar para a imprescindível visão crítica acerca destes temas.

PALAVRAS-CHAVE: Indústria cultural. Dia dos Namorados. Relacionamentos Amorosos. Marketing.

LOVING RELATIONSHIPS AND CULTURAL INDUSTRY THROUGH VALENTINE'S DAY

ABSTRACT: This work aimed to analyze the forms of Valentine's Day publicity and its relationship with the cultural industry, observing how they influence current love relationships. Pointing out the important role of the internet in this scenario, three advertisements from retail companies specialized in fashion were investigated. The construction of this text was based on the Critical Theory of Society, studied by Theodor Adorno (1903-1969) and Max Horkheimer (1895-1973), was based on the exploitation of video ads and was subsidized by the study of articles, books and monographs. There was a significant contribution of digital advertising to the ultimate goal of the Cultural Industry, profit-making and mass control. Therefore, it is relevant to pay attention to the essential critical view on these themes.

KEYWORDS: Cultural Industry. Valentine's Day. Loving Relationships. Marketing.

1 | INTRODUÇÃO

Partindo do pressuposto de que a Indústria Cultural é fruto da sociedade capitalista, e que esta, busca manipular os consumidores a fim de gerar lucro e controle sobre os mesmos, as criações culturais passam não mais a atender aos quesitos da arte ou do poético, mas sim aos interesses econômicos, já que “a partir do momento em que essas mercadorias asseguram a vida de seus produtores no mercado, elas já estão contaminadas por essa motivação.” (Adorno, 1977, p. 288).

A vista disso, encarrega-se a internet e as mídias sociais como mais veículos de massificação, visando introduzir a publicidade nestas plataformas, para assim divulgar não só marcas ou produtos em busca do lucro, mas também uma ideologia do consumo e da materialidade.

Em consequência da sociedade imediatista que é então constituída, os relacionamentos, com ênfase para os amorosos, se baseiam nos princípios capitalistas para se sustentarem. A exposição em redes sociais, associada à necessidade de demonstração de afeto a partir de bens materiais, fomentam os fundamentos mercantis da comunidade.

E assim é numa cultura consumista como a nossa, que favorece o produto pronto para uso imediato, o prazer passageiro, a satisfação instantânea, resultados que não exijam esforços prolongados, receitas testadas, garantias de seguro total e devolução do dinheiro. A promessa de aprender a arte de amar é a oferta (falsa, enganosa, mas que se deseja ardentemente que seja verdadeira) de construir a “experiência amorosa” à semelhança de outras mercadorias, que fascinam e seduzem exibindo todas essas características e prometem desejo sem ansiedade, esforço sem suor e resultados sem esforço. (BAUMAN, 2004, p.18)

A Indústria Cultural se beneficia dessa conversão de valores e utiliza as datas significativas para os indivíduos, para agir em prol dos seus objetivos. Os períodos comemorativos, como o Natal, a Páscoa e até mesmo o Dia dos Namorados - que embora já tenha sido criado com o objetivo mercantil para as grandes empresas, para os que não estão imersos nesse contexto lucrativo tem, ou deveria ter, um caráter sentimental-se transformam em épocas exclusivas de comercialização, resultando na perda de autenticidade das datas, na grande maioria, já que estas passam a se pautar nas diretrizes exigidas pela publicidade deixando, dessa forma, para segundo plano as próprias opiniões dos indivíduos sobre o conteúdo que é repassado.

Diante disso, a relevância de se estudar esse tema, parte da invasão, cada vez mais explícita, da Indústria Cultural no que há de mais íntimo nos indivíduos, que são os sentimentos e suas relações interpessoais, que se mostram cada vez mais afetados pela ideologia dominante.

2 | A INDÚSTRIA CULTURAL

A Indústria Cultural, termo cunhado por Theodor Adorno (1903-1969) e Max Horkheimer (1895-1973), no livro *Dialética do esclarecimento*, publicado no ano de 1947, foi utilizado com o intuito de substituir o termo cultura de massa, já que este poderia ser interpretado como uma cultura que surge espontaneamente das próprias massas, em síntese, como uma expressão moderna da arte popular. Em contraponto dessa arte, a indústria cultural se distingue radicalmente.

O que antes era uma concepção artística, rica em sabedoria e lazer, passa a ser mais um meio monótono da organização.

Ao juntar elementos de há muito recorrentes, ela atribui-lhes uma nova qualidade. Em todos os seus ramos fazem-se, mais ou menos segundo um plano, produtos adaptados ao consumo das massas e que em grande medida determinam esse consumo. Os diversos ramos assemelham-se por sua estrutura, ou pelo menos ajustam-se uns aos outros. Eles somam-se quase sem lacuna para constituir um sistema. (ADORNO, 1994a p.92)

Para Adorno (1994a) as massas não são um primeiro fator, mas apenas um elemento secundário, uma parte do cálculo. O consumidor não é sujeito da Indústria Cultural, como ela quer que se faça crer, ele é somente seu objeto, mesmo que nessa relação esta última não pode existir sem que a primeira se adapte a ela.

Dessa forma então, agindo pela motivação do lucro, através da reprodução mecânica, a indústria cultural é caracterizada por expressões estandardizadas, com redução da taxa de conhecimento antes proporcionada. De modo a ilustrar tal noção, tem esse fragmento acerca da música popular:

A estandardização estrutural busca reações estandardizadas. A audição da música popular é manipulada não só por aqueles que a promovem, mas, de certo modo, também pela natureza inerente dessa própria música, num sistema de mecanismos de resposta totalmente antagônico ao ideal de individualidade numa sociedade livre, liberal. (ADORNO, 1994b, p.120)

Acima de tudo a Indústria Cultural prega uma ideologia, na qual o consumo é o caminho e o lucro o propósito. A comercialização é introjetada na vida das pessoas de maneira passiva, de forma que os critérios de seleção e criticidade são abdicados. Ou seja, para a sobrevivência da Indústria Cultural, a passividade dos consumidores é essencial, entretanto para que isso aconteça, os mesmos vivenciam uma negação de si mesmos.

Através da ideologia da indústria cultural, o conformismo substitui a consciência; jamais a ordem por ela transmitida é confrontada com o que ela pretende ser ou com os reais interesses dos homens. Mas a ordem não é em si algo de bom. Somente o seria uma ordem digna desse nome. Que a indústria cultural não se preocupe mais com tal fato, que ela venda a ordem *in abstracto*, isso apenas atesta a impotência e a carência de fundamento das mensagens que ela transmite. (ADORNO, 1994a, p. 98)

Dessa forma, impedindo a formação de indivíduos autônomos, capazes de, conscientemente, julgar e tomar decisões, há uma alienação da sociedade, visto que, o desenvolvimento de senso crítico colocaria em risco o poder da Indústria Cultural. Ou

seja, é oferecido sentimentos de satisfação e felicidade nas pessoas, já que é despertada uma sensação confortável de ordem no mundo, desapontando-as por acarretar a não reflexão da própria realidade.

A indústria cultural anula o potencial crítico da cultura ao realizar ilusoriamente aquele ideal de liberdade e felicidade por meio de sua mercantilização. A cultura, reduzida a simples valor de troca, deixa de prestar-se à reflexão crítica sobre as condições de existência em que vivem os homens para servir aos propósitos de perpetuação do status quo por meio da acomodação e do conformismo. (WEBER, 1998, p. 131).

À vista disso, é possível considerar que o poder da ideologia ganha força com a mídia e a tecnologia, já que estas apresentam grande potencial sedutor e capacidade de difusão, salientando dessa forma, a força de padronização que esses meios possuem. Em contrapartida, é necessário um olhar crítico a esses processos de veiculação de informações e uma atitude de resistência frente a esse regime regressivo.

2.1 Histórico do Dia dos Namorados

O Dia dos Namorados é celebrado nos Estados Unidos e na Europa no dia 14 de fevereiro, no chamado Dia de São Valentim (*Valentine's Day*), a origem da data é muito anterior à comemorada no Brasil, por volta do século V. Enquanto no Brasil as celebrações acontecem no dia 12 de junho, desde 1984.

Segundo site da BBC(2017), há muitas histórias que explicam a origem do Dia de São Valentim, entretanto o que é comum a elas, é o fato de que em Roma, naquele período, os casamentos eram proibidos. O padre Valentim, no entanto, acreditava que o casamento era parte do plano de Deus e isso dava sentido ao mundo. Dessa forma, ele passou a realizar as cerimônias em segredo, o que logo foi descoberto, condenando o padre à prisão e sentenciando-o à morte. Entretanto, somente dois séculos depois a data começou a ser efetivamente comemorada, quando foi instituído o Dia de São Valentim, como símbolo dos namorados.

Já no Brasil, o significado da data tem pouco a ver com o sentido religioso e está mais ligado à motivos comerciais. A ideia da criação do Dia dos Namorados no país, veio do publicitário João Doria, pai do ex-prefeito de São Paulo e dono de uma agencia de propagandas, a Standart Propaganda, quando foi contratado, em 1948, por uma loja com o intuito de melhorar os resultados dos negócios.

Então, como junho era o mês de desaquecimento das vendas, seria o período ideal para outra data comemorativa em que as pessoas pudessem trocar presentes. O dia 12 foi escolhido por ser véspera de Santo Antônio, que é conhecido nacionalmente por ser o santo casamenteiro.

Afirmado o caráter comercial da data, um slogan do primeiro Dia dos Namorados brasileiro dizia: “Não é só com beijos que se prova o amor!”:



Figura 1. Slogan de propaganda do Dia dos Namorados criada por João Doria

A níveis econômicos, essa data vem conseguindo cumprir com seus objetivos, já que, segundo a FecomercioSP (Federação do Comércio de Bens, Serviços e Turismo do estado de São Paulo), junho é o segundo melhor mês do semestre para o comércio, ficando atrás apenas de maio em decorrência do Dia das Mães. Para ilustrar tal situação, observa-se que a movimentação no varejo brasileiro no mês de junho de 2017 rendeu um faturamento de R\$44 bilhões, enquanto em 2016 foi de R\$42,1 bilhões.

Diante do aspecto mercantil do Dia dos Namorados, os indivíduos fazem suas compras para a celebração da data, buscando não só presentear a pessoa amada, como também alcançar o relacionamento perfeito, como o exposto pelas campanhas publicitárias. As empresas então, se aproveitam da notória mudança que vem ocorrendo na sociedade, cujo aspecto principal é a eliminação das barreiras entre o público e o privado, e o fato que expor publicamente o que é privado passou a ser uma categoria de aceitação, para vender seus produtos, os quais os consumidores assentem na expectativa de se manter em um status elevado frente à comunidade.

Desde que não se esqueça que o que antes era invisível- a parcela de intimidade, a vida interior de cada pessoa- agora deve ser exposto no palco público (principalmente nas telas de TV, mas também na ribalta literária), vai-se compreender que aqueles que zelam por sua invisibilidade tendem a ser rejeitados, colocados de lado ou considerados suspeitos de um crime. A nudez física, social e psíquica está na ordem do dia. (ENRIQUEZ, apud BAUMAN, 2008, p.9)

3 | ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

O presente trabalho foi organizado de forma a analisar três categorias que são características primordiais para a indústria cultural, as quais auxiliam julgar se determinada produção está inserida numa realidade mercantil de exploração capitalista ou não. São

elas: a estandardização, a pseudo-individualização e o glamour.

Para a análise das categorias da indústria cultural, foram observadas três propagandas do Dia dos Namorados do ano de 2018, sendo cada uma delas de uma rede de varejo especialista em moda. Os vídeos foram assistidos pelo site Youtube, embora as propagandas tenham sido publicadas nas diversas mídias sociais. As três redes de lojas atuam no Brasil há mais de 40 anos, e estão presentes em todo o território nacional, englobam todos os públicos, trabalhando com moda infantil, jovem, feminina e masculina, além de acessórios.

A primeira delas foi a rede Riachuelo, que iniciou sua história em 1947, com a venda de tecidos a preços mais baixos para lojas de rua, é atualmente, segundo o site da própria loja, a maior empresa de moda do Brasil. A outra organização que teve sua propaganda analisada foi a Lojas Renner S.A., que foi constituída em 1965 e hoje é a maior varejista de moda no Brasil, estando presente em todas as regiões do país por meio de suas lojas Renner, além das Lojas da Camicado, que são voltadas para o segmento de moda e decoração, e da Youcom, lojas especializadas em moda jovem, integrando dessa maneira a Companhia. Por fim, a última empresa escolhida foi a C&A que, conforme o site da loja, foi fundada em 1841 por dois irmãos holandeses, atualmente já são mais de 270 estabelecimentos dispersos por todo o país.

Todas essas três lojas, muito bem inseridas no contexto capitalista, ou seja em meio a um mercado competitivo, buscam por ferramentas que divulguem e promovam seus produtos e seu nome, para dessa forma, atrair mais compradores. Diante disso, com o auxílio das mídias sociais, o marketing, a propaganda e publicidade tornam-se instrumentos fundamentais para criar nos clientes a necessidade de consumo.

Segundo o Código de Ética dos Profissionais da Propaganda (1957) “A propaganda é a técnica de criar opinião pública favorável a um determinado produto, serviço, instituição ou ideia, visando a orientar o comportamento humano das massas num determinado sentido.” Diante disso, é possível analisar as propagandas das lojas escolhidas à luz das categorias estudadas por Adorno e, portanto, a influência da Indústria Cultural.

3.1 Categorias de Análise

3.1.1 Estandarização

Há uma padronização dos elementos que integram os produtos de massa, em que é estabelecido um modelo a ser adotado, acarretando na uniformização destes. As mercadorias são produzidas em um processo competitivo, cujo critério para exclusão é não seguir as regras. Dessa forma, no âmbito capitalista, a repetição e/ou imitação de um padrão passa a ser a referência para o sucesso da produtividade. Logo, sob a ótica da produção industrial todo resultado é estandardizado. (Adorno, 1994b, p. 119-122)

É possível observar essa categoria nas propagandas analisadas, quando as

três marcas repetem a estrutura dos vídeos, apresentando casais muito emotivos e apaixonados, demonstrando sempre carinho um pelo outro, através de beijos, abraços ou apertos de mãos, e em todas elas, os atores aparentam estar confortáveis na situação em que se encontram.

Outro quesito nitidamente constatado, foi a supervalorização material, que advém da estrutura consumista imposta pelo capitalismo. As três marcas passam a mensagem de que é necessário demonstrar seu sentimento pela pessoa amada através de presentes materiais, que só podem ser encontrados em alguma de suas lojas, ou pelo site das mesmas.

Além disso, nas três propagandas é observável a tentativa de representar a diversidade dos casais, tanto pela exposição de casais homoafetivos, como demonstrando que na loja há presentes para todos os estilos e gostos, o que inicialmente aparenta ser algo humano e benevolente, após a análise foi possível concluir que é só mais um truque da Indústria Cultural afim de alcançar o maior público possível para obtenção de lucro.

3.1.2 Pseudo-individação

Segundo Adorno (1994b, p. 122-124), pseudo-individação é o empenho em permanecer uma ilusão, ou até mesmo a realidade de uma realização individual. Ou seja, é a característica que passa a sensação de ser individual, exclusivo, em que as pessoas são aptas a fazerem suas escolhas livremente, entretanto, os paradigmas são padronizados e os conteúdos não são livres de imitações e aspectos uniformes. Então, apesar da tentativa de mascarar as influências da indústria cultural, estas ainda são observadas.

Nessa tentativa de fazer os indivíduos se sentirem únicos, as propagandas analisadas utilizam termos como por exemplo “Seja você. Seja feliz.” aplicado pela Riachuelo, já a Renner emprega a fala “Eu sou eu, você é você. Somos inteiros.”, e por fim, a C&A tem o discurso de que “Tudo isso pra fazer o seu coração bater mais forte”.

Além disso, esses comerciais transmitem, dessa maneira, uma sensação de liberdade, de que o indivíduo pode ser transparente e sincero consigo mesmo porque eles irão acolhê-lo sob quaisquer circunstância, o que contribui para a criação de vínculo e aumentam, através disso, a credibilidade na campanha e na marca divulgada.

3.1.3 Glamour

É o outro requisito para a promoção da indústria cultural, utiliza-se de artifícios que se organizam para chamar atenção a fim de quebrar a uniformização da standardização, indicando assim um possível sucesso. Na tentativa de construir uma história de prestígio, o termo em questão remete à truques com cores mais brilhantes, sonoridades, luzes

e tudo que dê a ideia de riqueza à entediante produção mecânica da indústria. Além disso, segundo Adorno (1994b, p.128), o glamour leva a um comportamento infantil, como por exemplo o uso de expressões infantis em propagandas, para criar uma sugestão de dependência e de proximidade entre o produto e as pessoas. Sobre isso, tem-se esse fragmento: “Tratar adultos como crianças está envolvido nessa apresentação de divertimento que é buscada para relaxar o esforço diante de suas responsabilidades de adultos”. (Adorno, 1994b, p129)

Para essa categoria, é possível analisar que, tendo como exemplo primeiramente a propaganda da Riachuelo, são utilizadas muitas cores, brilhos e luzes para chamar a atenção, uma música calma e feliz, muitas flores e balões. É possível analisar em certa parte os dizeres “Seja você. Seja feliz” em luzes neon vermelhas. Já em outra, aparece um urso de pelúcia gigante abraçando uma senhora, o que nos remete ao uso de simbologias infantis que é característico desse domínio.

Por outro lado, na análise do comercial da Renner, é perceptível que eles frisam a iluminação em detrimento das outras características. São focalizadas de tempos em tempos o rosto de um ou outro parceiro, com a claridade alternada, sem a utilização de muitas colorações durante o vídeo.

Por fim, a C&A utiliza recursos como a música animada, cores fortes e vibrantes, o fundo colorido e roupas chamativas, na tentativa de quebrar a monotonia característica da indústria cultural e ter destaque adequado. Entretanto, segundo Adorno (1994b p.127) “Glamorizar torna-se uma atividade ainda mais uniforme do que aquilo que se procura glamorizar.”

Segue a seguir a captura de tela dos vídeos das propagandas analisadas:

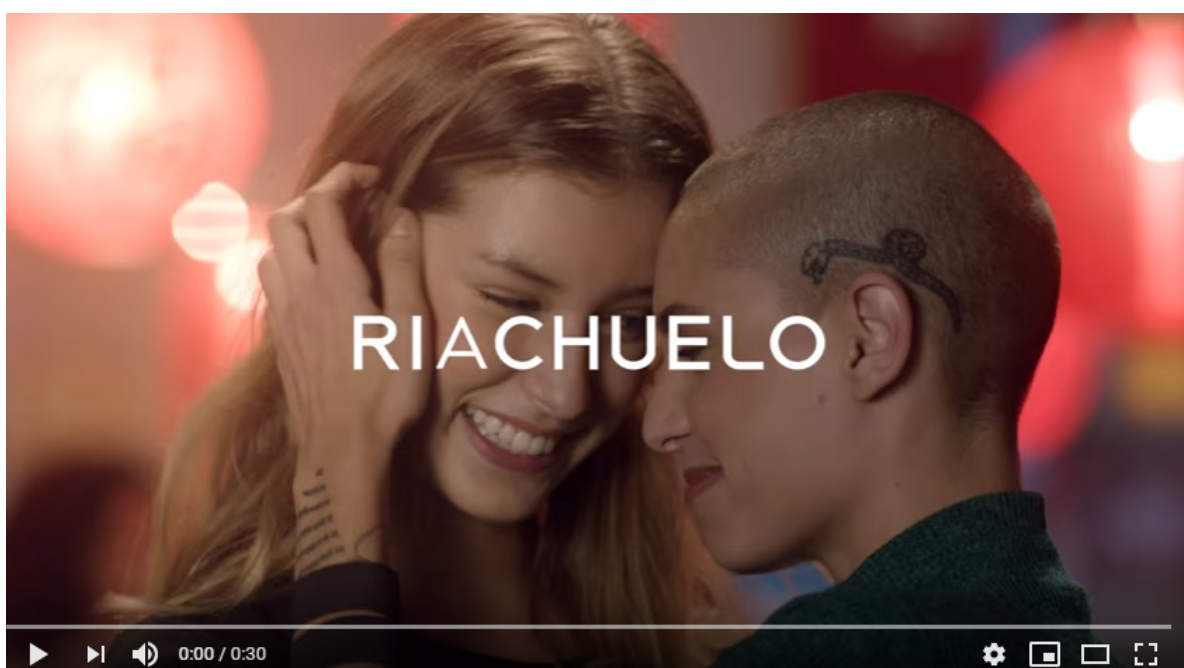


Figura 2. Captura de tela do vídeo da propaganda do Dia dos Namorados de 2018 da Riachuelo.



Figura 3. Captura de tela do vídeo da propaganda do Dia dos Namorados de 2018 da Renner.

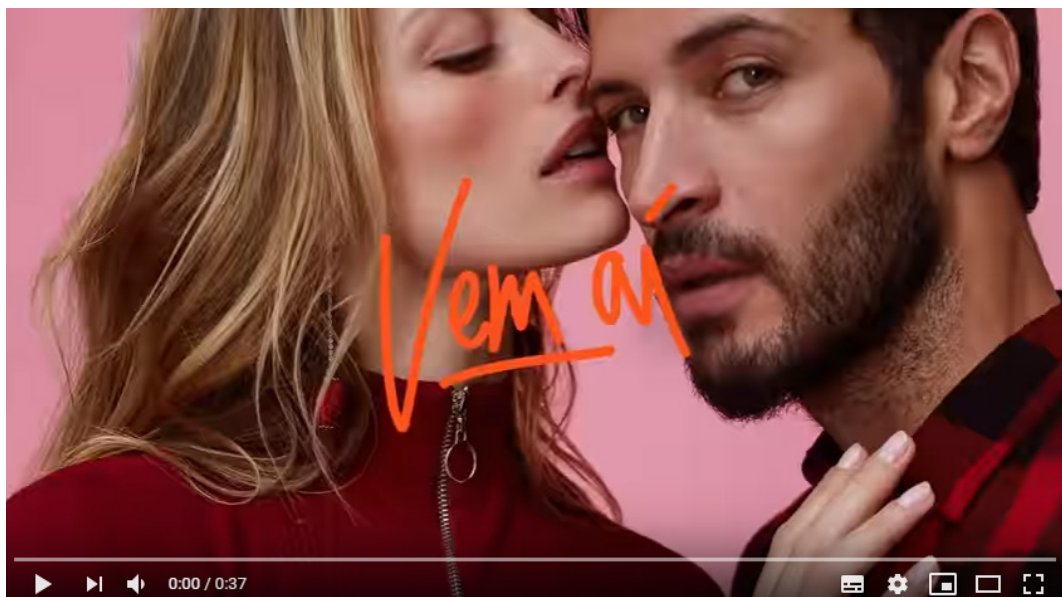


Figura 4. Captura de tela do vídeo da propaganda do Dia dos Namorados de 2018 da C&A.

Assim sendo, nota-se que as três categorias expostas são manifestadas com frequência, entretanto passam alheias aos julgamentos dos consumidores, já que estes estão submersos pela ótica capitalista, e muitas vezes então, não tem a capacidade crítica para fazer essa ponderação acerca das formas que a indústria cultural consegue agir nas diferentes produções, influenciando até mesmo a forma como as pessoas se relacionam entre si.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A chegada da internet transformou o modo de produção capitalista, e em decorrência disso, modificou o jeito como os indivíduos se relacionam uns com os outros e como

os mesmos veem o mundo. Em uma sociedade nitidamente consumista e imediata, a maneira de comprar, de presentear e de celebrar passou a ser diferente, bem como o modo de demonstrar os sentimentos, já que, no momento atual, os limites entre o público e o privado estão cada vez mais tênues e o mundo mais interligado.

De acordo com Bauman(2008), os consumidores diante de qualquer insatisfação encontram no descarte o único meio de solucionar a contrariedade, desvalorizando a durabilidade dos objetos e os tornando impróprios para uso aqueles que forem mais velhos. Seguindo essa perspectiva de mercado, ele diz que:

O impacto da diferença entre o relacionamento parceiro-parceiro e o ato de adquirir bens de consumo comuns, distinção essa muito profunda, originada na reciprocidade do acordo necessário para que a relação se inicie, é minimizado (se não tornado totalmente irrelevante) pela cláusula que torna a decisão de um dos parceiros suficiente para encerrá-la. É essa cláusula que põe a nu a similaridade sobreposta à diferença: no modelo de uma “relação pura”, tal como nos mercados de bens, os parceiros têm o direito de tratar um ao outro como tratam os objetos de consumo. Uma vez que a permissão (e a prescrição) de rejeitar e substituir um objeto de consumo que não traz mais satisfação total seja estendida às relações de parceria, os parceiros são reduzidos ao status de objetos de consumo. (BAUMAN, 2008, p. 32)

Diante disso, é notório que o Dia dos Namorados é uma das ferramentas que as firmas utilizam, através do marketing, para conseguir se inserir dentre os instrumentos manipulados em função da Indústria Cultural. Os elementos da estandardização, pseudo-individualização e glamourização são claramente observados na estrutura de suas propagandas, o que reafirma o caráter mercantil da data e, infelizmente, das relações amorosas atuais.

Ademais, torna-se importante a análise da subjetividade perante essa circunstância, já que a Indústria Cultural tem por objetivo manipular não só as ações práticas dos seres humanos, mas também as maneiras de pensar e sentir. Sendo assim, tem-se este fragmento:

Os valores hegemônicos são tomados como próprios dos indivíduos e vão se forjando mentalidades conformadas ao “status-quo” dominante. O caminho desta homogeneização das subjetividades vem sendo facilitado pela sofisticação tecnológica do “marketing”, do como-ser-pessoa, que é exaustivo e extensamente difundido pelos meios de comunicação de massa. O indivíduo, nos seus diferentes grupos de pertinência inclusive na família – é induzido a agir conforme os ditames dos modelos identificatórios que sob “glamour” sedutor saem da mídia, espalham-se e penetram de forma irracional no cotidiano da vida, dos indivíduos e grupos. Torna-se constrangedor, porque objeto de menosprezo e intimidação pelos demais, desejar, sentir, pensar e agir diferente das demais pessoas. (CANIATO, 1999, p 13)

Por fim, é válido ressaltar que, diante desse cenário é importante cada vez mais a tentativa de resistência diante de tantas imposições do capitalismo, para que através do senso crítico aguçado nos indivíduos, a sociedade não seja conduzida sob a perspectiva de suas vontades.

REFERÊNCIAS

- ADORNO, T. W. (1994a). **A Indústria Cultural**. In: Sociologia (Org. por Gabriel Cohn). São Paulo: Editora Ática.
- ADORNO, T. W. (1994b). **Sobre a Música Popular**. In: Sociologia (Org. por Gabriel Cohn). São Paulo: Editora Ática.
- ADORNO, T. W. e HORKHEIMER, M.(1997). **Dialética do Esclarecimento: Fragmentos filosóficos**. Trad. Guido Antonio de Almeida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- BAUMAN, Z. (2008) **Vida para consumo**: a transformação das pessoas em mercadorias. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- BAUMAN, Zygmunt. (2004) **Amor líquido**:sobre a fragilidade dos laços humanos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- BBC. Valentine's Day x Dia dos Namorados: Por que o Brasil é 'do contra' e comemora a data em junho?. 2017. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/geral-38973884>> Acesso em: 10 out. 2018.
- CANIATO, Angela Maria Pires (1999). **A subjetividade na contemporaneidade: da estandardização dos indivíduos ao personalismo narcísico**. Porto Alegre: ABRAPSOSUL.
- C&A. **Sobre a C&A**. Disponível em: <<https://www.cea.com.br/Institucional/Conheca-a-CEA>> Acesso em: 10 out. 2018.
- _____. **Vem aí: presente do Dia dos Namorados**. 2018. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=DSeijoHWd8g>> Acesso em: 10 out. 2018.
- Código de Ética dos Profissionais da Propaganda**. Disponível em: <http://www.cenp.com.br/PDF/Legislacao/Codigo_de_etica_dos_proffissionais_da_propaganda.pdf> Acesso em: 10 out. 2018.
- EXAME. **Vendas crescem 2,6% no Dia dos Namorados ante 2016, diz Boa Vista**. 2017. Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/economia/vendas-crescem-26-no-dia-dos-namorados-ante-2016-diz-boa-vista/>> Acesso em: 10 out. 2018.
- FECOMERCIOSP. **Paulistanos pretendem gastar menos com presente do Dia dos Namorados, aponta pesquisa FecomercioSP**. 2018. Disponível em: <<http://www.fecomercio.com.br/noticia/paulistanos-pretendem-gastar-menos-com-presente-do-dia-dos-namorados-aponta-pesquisa-fecomerciosp-1>> Acesso em: 10 out. 2018.
- LOJAS RENNER. **Institucional**: sobre a Lojas Renner S.A. Disponível em: <http://www.lojasrennersa.com.br/pt_br/institucional/sobre-lojasrenner-sa> Acesso em: 10 out. 2018.
- NOVAREJO. **Vendas do varejo crescem 4,5% no Dia dos Namorados**. 2017. Disponível em: <<https://portalnovarejo.com.br/2017/06/vendas-crescem-dia-dos-namorados/>> Acesso em: 10 out. 2018.
- RENNER. **Dia dos Namorados**. 2018. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=wxEwmSyxAEw>> Acesso em: 10 out. 2018.
- RIACHUELO. **A empresa**: nossa história. Disponível em: <<https://www.riachuelo.com.br/a-empresa/historia>> Acesso em: 10 out. 2018.
- _____. **Dia dos Namorados**. 2018. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=eB4fRQegWFQ>> Acesso em: 10 out. 2018.
- WEBER, Wagner Luis. (1998) O mosquito na vidraça: a formação dos cidadãos à luz da teoria crítica da Escola de Frankfurt. **A educação danificada. Contribuições à Teoria Crítica da Educação**. São Carlos, Ed. Vozes/Ufscar.

O IMPERATIVO DA EXPOSIÇÃO AO OLHAR E A FACE SUPEREGOICA DO AMOR

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 04/05/2020

Hélio Cardoso de Miranda Júnior

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
Faculdade de Psicologia
Belo Horizonte – MG

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7059408445013275>

RESUMO: Os relacionamentos amorosos atuais estão imersos em um contexto que os deixa muitas vezes à deriva. É em um mundo de relacionamentos fluidos, para usar a expressão de Bauman, e de gozo prometido via *gadgets*, para caminhar com Lacan, que hoje se busca o encontro com o sexo e o amor. Nesse encontro não há saber constituído para orientar o que fazer com a pulsão, mas o discurso que articula os desencontros amorosos juvenis diz que o sexo pode (deve) ser vivido alegremente. Três pontos podem ser destacados para esta reflexão: a demanda de amor, a visibilidade e o mercado de consumo nas redes sociais. Encontrar um parceiro ou parceira com quem se mantenha um relacionamento amoroso mostra-se, para muitos indivíduos, atrelado à facilidade e à necessidade de se expor e se manter

conectado com o outro nas “redes sociais”. Surge então a face superegógica do amor. Não é novo que seja preciso reafirmar o amor, mas hoje a frequência é a da rede. É preciso apresentá-lo em um perfil de Facebook e retirar-se de uma suposta ‘disponibilidade’, é preciso deixar registros nos grupos de WhatsApp, expor sua bem-aventurança amorosa e sua felicidade ao olhar do Outro. Exigência que tende a aumentar cada vez mais. Em tempos em que a crença no Outro perde sua articulação simbólica e amplia o poder do imaginário, a fantasia de que o olhar do Outro dê consistência às relações amorosas faz ressurgir o real da angústia e da ausência de bússola que deixa os sujeitos à deriva na promessa de gozo e na demanda de amor. Quanto mais se pode ver, mais se quer esconder. E quanto mais se esconde, mais olhar é necessário. O supereu comanda a vida amorosa para responder ao Ideal do Outro.

PALAVRAS-CHAVE: Rede social; amor; olhar; psicanálise; supereu.

THE IMPERATIVE OF EXPOSURE TO LOOK
AND THE FACE OF THE SUPEREGO IN
LOVE

ABSTRACT: Nowadays, love and romantic relationships are immerse in unclear concepts

which at times set it adrift. To use Bauman's description, it's a world of fluid relations, one of promised pleasure through gadgets, to side with Lacan, and a search for the meeting of sex and love. There are no known guidelines for such a meeting to tell one what to do with one's instincts (sex drive). Yet, the current discourse says that even through mismatches today's youth can (should) have joy in their sexual intercourse. We can highlight three points to be reflected upon: the quest for love, the visibility, and market created on social media. Finding a partner with whom to hold a romantic relationship, may be tethered (hitched) to the ease and necessity of being exposed and staying connected to 'the other' on social media. Thusly emerge the superego of love. The need to reaffirm love is hardly new, but today it predominantly goes on in the Web. It must be shown in a FACEBOOK profile and removed from a supposed 'availability'; it must be registered in social groups in WhatsApp, and one's success in love and one's happiness need be exhibited to 'the other' – a demand that is bound to increase even more. In this Internet era the belief in 'the Other' has lost its symbolism, the power of the imaginary is amplified; there is the fantasy that how one is seen by the Other lends concreteness to love relationships. That brought back the reality of angst and the lack of guiding compass, which in turn leaves one adrift in the promise of pleasure and in the search for love. The more we can see, the more we wish to conceal. And the more we hide, the more we need to be looked at. The superego takes control of the love-life in response to the Ideal of Other.

KEYWORDS: Social media; look; psychoanalysis; superego; relationship.

Os relacionamentos amorosos hoje lidam com mudanças importantes que os deixam muitas vezes à deriva. Uma delas é o que Miller (2012) chamou de feminilização dos homens, convocados a serem mais sensíveis, a declararem seu amor e reconhecer a falta que lhes tolhe a virilidade. A outra é a das mulheres, instadas a uma identificação imaginária sob a batuta da igualdade de direitos.

Isso, contudo, não modifica as condições estruturais das relações amorosas e suas contradições. No campo musical, por exemplo, temos no topo das músicas mais ouvidas pelos jovens, um estilo no qual há mistura de declarações de amor com as decepções e traições, quase sempre mescladas também com o elogio ao abuso de bebidas alcoólicas, típicas do que é chamado hoje de "sertanejo", e outro estilo, musicalmente muito distinto, no qual quase sempre há uma hipervalorização do apelo sexual, o chamado funk brasileiro.

Há porém, novos fatores contextuais que são relevantes. Além do contexto discursivo citado no início do texto, destaca-se também, por exemplo, a valorização do mercado de consumo, no qual a promessa de gozo se apresenta em variadas formas, desde os *gadgets* até a pornografia acessível na internet e que tende a um apelo cada vez maior ao grotesco e ao bizarro. Isso sem contar os sites e aplicativos destinados a encontros sexuais casuais ou a encontros casuais sigilosos para pessoas "comprometidas".

É nesse mundo de relacionamentos fluidos, para usar a expressão de Bauman (2004), e de gozo prometido via *gadgets*, para caminhar com Lacan [1972-1973]/(1982),

que hoje o jovem desperta no encontro com o outro sexo.

Abordaremos três pontos do contexto e do discurso atuais para nortear essa reflexão: o amor, a visibilidade (nas redes sociais, sobretudo) e o mercado dos *gadgets* com sua promessa de gozo.

Sobre o primeiro ponto, o amor, podemos começar lembrando que é no tempo lógico da adolescência que o sujeito irá se encontrar com a inconstância do Outro, pois, não há saber constituído ou prévio para orientar o que fazer com a pulsão no novo encontro com a questão da diferença sexual e do gozo aí implícito, além do conflito geracional, próprios da adolescência e da juventude. As saídas dos impasses vivenciados podem ser muitas e variadas, desde o isolamento até a integração a grupos identitários, passando pelos atos transgressores e, hoje em dia, muitas vezes pela depressão.

Uma das respostas que o adolescente e o jovem podem experimentar é o amor, nas suas variadas formas. Há os que procuram optar pela negação do amor, outros por sua eleição como a resposta principal, outros ainda pelo amor a ideias e ideais religiosos, políticos ou místicos que fazem parte dos grupos identitários. O jovem é aquele que precisa reinventar o amor, como diz Lacadée (2011).

O amor, do ponto de vista da psicanálise, diz respeito à relação fundamental do sujeito com o Outro desde o nascimento. É pela relação de amor que o sujeito recebe os cuidados de que precisa para sobreviver e para se constituir como sujeito, ao ocupar para aqueles que o inserem na ordem simbólica um lugar especial, tanto narcísico, como Freud [1914]/(1980) destacou, quanto fálico e objetal. Tal relação amorosa coloca em questão o desejo do Outro e insere a pulsão no circuito da demanda, no qual está colocada a satisfação do Outro e a do próprio sujeito. Contudo, a demanda, que é articulada à linguagem, não captura a pulsão. Resta algo que não se insere na ordem simbólica e que escapa ao imaginário: o desejo e sua relação com o gozo.

O amor é com o que se procura responder a esta falta, esse impossível de simbolizar, que Lacan teorizou como a impossibilidade da relação sexual: “o que vem em suplência à relação sexual é precisamente o amor” (LACAN, 1982, p. 62). É em nome do amor que se pode renunciar às pulsões, renunciar ao gozo. Por isso, ele se expressa em demanda interminável. A demanda insiste e é sempre demanda de amor.

Tal demanda se articula com os sinais, os signos, que o sujeito busca encontrar e receber de seu objeto eleito. Cada época e cada relação amorosa constitui seus signos e os faz circular nas expectativas e nas trocas.

O amor implica também a relação com o ideal-do-eu, constituído nas relações com o Outro primordial, ideal que indica o lugar a ser ocupado e as exigências a serem satisfeitas pelo sujeito a fim de ser amado. É, como Freud [1923]/(1980) teorizou, herdeiro do complexo de Édipo, assumindo de forma ambivalente a demanda de satisfazer o Outro para ser amado, evitando assim a angústia do desamparo, e o ódio pela interdição da satisfação pulsional.

Dessa imagem idealizada se destaca o supereu, instância que assume os mandamentos da lei transmitidas pelo Outro e compara constantemente o Eu com seu ideal, exercendo sobre o Eu a crueldade da exigência sem medida que leva à culpa

O segundo ponto a ser considerado é o que poderíamos indicar sob o significante “visibilidade”. Com esta noção queremos enfatizar não somente a relevância que tomou para as empresas e para os empreendedores o seu produto ser conhecido (visto, visualizado) pelo maior número de pessoas possível na internet, mas também a possibilidade do indivíduo produzir e divulgar uma imagem de si no mundo chamado virtual.

A internet possibilitou ao indivíduo a exposição sobre sua própria vida, seus ideais, valores, bens, amigos, relacionamentos. Por um lado, há o espetáculo do comum (MARCOS, STENGEL e RIGUINI, 2018), caracterizado pelos *selfies*, pelas fotos do cotidiano de cada um publicadas para dizer onde se está, o que se come, quem acompanha, qual a nova aquisição, o entretenimento de fim de semana, etc. Facebook, WhatsApp, Twitter e Instagram são as principais redes sociais usadas para isso atualmente. Podemos incluir também o YouTube nesta sequência, mesmo que com algumas diferenças importantes.

Nelas o indivíduo cria uma autoficção, uma persona, um semblante midiático (JESUS, 2018), cujo ícone maior talvez sejam as *selfies*, para compartilhar a vida pessoal em seus variados aspectos, incluindo a intimidade.

O olhar do Outro, sempre suposto e muitas vezes traduzido nas respostas às postagens (pequenos textos, likes, dislikes, acenos, ícones variados como *emojis*, *emoticons* ou outros sinais), torna-se relevante para muitos indivíduos como signos da consistência de sua imagem e da manutenção de sua rede social, quer dizer, de suas “relações” nas redes.

Alguns utilizam tal imagem construída como negócio, separando-a do sujeito que a produz. Assim, transformam as redes sociais em renda ao interpretar uma personagem específica, que para muitos se confunde com a própria pessoa. Tal possibilidade de confundir pessoa e personagem provavelmente se deve justamente ao fato de que a maioria das pessoas se expõem nas redes virtuais acreditando na persona ali exposta, afinal, de acordo com Freud (1914), o Eu é fruto de identificações constituídas durante a vida e nas quais o sujeito acredita e investe libidinalmente.

O Eu não é uma unidade racional e coerente, mesmo que precise de coerência para funcionar e se relacionar. Se existem traços permanentes que o constituem, não são eles que determinam a imagem de si para cada sujeito, pois tal imagem tem relação com o Outro ao qual nos referimos ao constituí-la e ao qual continuamos a nos referir durante toda a vida. A imagem de si, de acordo com Lacan [1949]/(1998), é constituída no estágio do espelho, quando o sujeito se reconhece em uma imagem externa caucionada pela presença (olhar, voz) do Outro e forma a “matriz simbólica em que o eu se precipita em uma forma primordial” (Lacan, 1998 p. 97). Formada esta matriz, outras identificações constituirão posteriormente o Eu. O desejo do Outro, porém, não surge no espelho, é o

enigma com o qual o sujeito vai lidar e assim constatar o enigma de seu próprio desejo.

O Eu, de certa forma, é a resposta possível àquilo que do desejo do Outro pode surgir na sua demanda. Demanda esta que se encontra com a demanda do próprio sujeito: ser amado. O Eu é semblante no qual precisamos acreditar para viver, amar e trabalhar.

Nesse sentido, o Eu é a instância que não quer saber do desejo, da castração simbólica, da impossibilidade de satisfação e que procura encontrar formas de negá-la ou encobri-la para lhe conferir significado, sentido, ao se inserir no circuito de oferecer e demandar algo do Outro.

Assim, a imagem do corpo usada nas redes - evocada nas *selfies*, por exemplo - e na valorização da beleza, além dos atributos do indivíduo, podem ser entendidos como parte da estratégia de tamponar a falta estrutural simbólica da castração (MARCOS, STENGEL e RIGUINI, 2018).

Esta exposição pública, que objetiva a visibilidade, se tornou na atualidade quase um imperativo. O olhar do Outro – na verdade, um olhar suposto - pareceria garantir o semblante exposto nas imagens e palavras que circulam na rede. Destaca-se então uma questão que surge em relação a tal estratégia: as redes sociais exigem uma produção rápida e contínua, sob pena de ser esquecido ou desvalorizado (não somente pelos espectadores, mas pelos próprios algoritmos que tendem a direcionar a visualização para aqueles que são mais ativos em suas postagens). O tempo é curto, as imagens e mensagens postadas são efêmeras e devem ser renovadas.

Isso pode se transformar na necessidade de permanecer referido ao Outro (nesse caso, às redes sociais), de forma contínua, submetido a um imperativo de ser onipresente sob pena de se tornar invisível para o outro (MARCOS, STENGEL e RIGUINI, 2018).

Entramos então no terceiro ponto: o mercado de consumo.

Na articulação contemporânea da produção científica e do mercado de consumo os objetos passaram a ocupar um determinado lugar para o sujeito. Lacan [1969-1970]/(1992), nomeia como *gadgets* os objetos oferecidos ao consumo e produzidos constantemente aos milhares. Esta palavra indica comumente as quinquilharias que se consome cotidianamente e cujo exemplo mais evidente hoje em dia é o aparelho celular, sobretudo o *smartphone*. Ele compara os *gadgets* a pequenos objetos *a*, feitos para causar o desejo, “na medida em que agora é a ciência que o governa” (LACAN 1969-1970, p.153).

No Discurso Capitalista, proposto por Lacan em uma conferência de 1972, citada por Rosa (2010), o sujeito fica à mercê dos objetos mais-de-gozar. Rosa (2010) apresenta alguns fragmentos clínicos indicando algumas questões atuais da prática psicanalítica no contexto atual da relação entre o sujeito e o desejo tendo como laço o discurso capitalista. Para ela, as parcerias com os objetos no discurso capitalista tendem a não produzir laços, pois os objetos não interpelam o sujeito sobre seu desejo, sobre o amor e sobre o gozo. Assim, o sujeito acaba “fazendo economia do laço social com o Outro” (ROSA, 2010 p.

169).

Podemos inserir entre os *gadgets* todas as ofertas de produtos, mesmo que imateriais. Em termos do que nos interessa nesse texto, podemos citar primeiramente o acesso ao mercado pornográfico, seja o de imagens - que variam das imagens programadas em filmes produzidos para venda comercial até imagens de câmeras particulares que produzem exposição individualizada para ser vendida ao gosto do cliente - ou de produtos, cujo mercado cresceu em variedade na mesma proporção dos serviços *delivery*.

Podemos incluir também, por exemplo, os sites e aplicativos de relacionamento ou de encontros, citados anteriormente. Entre eles estão os sites e aplicativos que dão acesso à redes de prostituição ou a pessoas que se prostituem e criam espaços pessoais na internet para oferecer seus serviços. Outros sites e aplicativos oferecem a possibilidade de encontros sexuais casuais, sendo que alguns prometem privacidade em relação às pessoas comprometidas que dele participarem. Há também aqueles destinados às pessoas que buscam relacionamento amoroso além do encontro sexual. Evidentemente, essa categorização na qual os sites e serviços procuram se inserir, não funciona sempre muito bem, afinal a separação entre sexo e amor, desejo sexual e demanda, não é tão simples quanto quer fazer parecer o mercado que a oferece.

Nesse sentido, a internet representa também uma suposta facilidade de conectar-se ao gozo prometido pela sedução, pela variedade, pelo encontro escondido institucionalizado. Gozo relacionado, evidentemente, à possível infidelidade praticada com outra pessoa ou com outros produtos que podem ser oferecidos pelo mercado na rede, mesmo que não se refira diretamente a outra pessoa.

Como este contexto - com os destaques feitos acima sobre o amor, a visibilidade e o mercado de consumo - se aplica também aos relacionamentos?

Partamos de um fato observado cotidianamente nas redes sociais. É comum que muitas pessoas exponham seu relacionamento amoroso nelas. Algumas o expõem constatemente, outras escolhem datas relevantes, outras ainda expõem, inclusive, o término do relacionamento, com sua tristeza, sua frustração e muitas vezes seu rancor e desamor.

Há indivíduos, principalmente jovens, que consideram necessária a exposição pública do relacionamento. É preciso que outros (supostamente) vejam e (supostamente) caucionem o relacionamento. Tal exposição é compreendida como signo do amor, o que coloca em relevo o circuito da demanda.

O olhar do Outro seria a garantia da existência do semblante de uma pessoa, de um casal ou mesmo do regozijo conjunto. Expressa-se e ratifica-se o amor em declarações repetitivas e insistentes, tornadas necessárias e públicas. Para alguns indivíduos e casais não basta que se utilize uma das redes sociais para isso, é preciso que seja em várias.

Surge então uma das faces superegoicas do amor. O superego, ou supereu, é, como citamos acima, a parte destacada do ideal do ego que compara o ego a esse ideal,

transformando a crítica em exigência e, de certa forma, estruturando essa exigência em uma nova demanda de amor (FREITAS, RUDGE, 2011).

O amor, como fruto do significante, precisa ser reafirmado sempre. Contudo, hoje, a amplitude e a frequência são as da rede. É preciso, por exemplo, apresentá-lo em um perfil de Facebook, divulgar o relacionamento nos grupos de WhatsApp, expor sua bem-aventurança amorosa e sua felicidade em imagens e frases ao olhar do Outro. Exigência que tende a aumentar cada vez mais: é preciso manter-se conectado, informar onde se está, o que se vai fazer, mandar uma foto, uma localização geográfica... A falta de resposta pode gerar ansiedade, muitas vezes angústia.

Por um lado, o Outro nos vê, é uma testemunha que ratifica o que é mostrado, que dá consistência àquilo que não possui nenhuma. Por outro, o parceiro deve estar sempre ao alcance dos dedos, deve responder aos apelos. Nessa nova conectividade os casais se arranjam como podem. Se antes as cartas de amor levavam meses para chegar e o tempo de espera delineava uma expectativa, hoje as ligações / conexões são instantâneas e os efeitos são tragicômicos, como todos os efeitos do amor.

As imagens e frases ligadas às declarações de amor parecem enfatizar a dimensão imaginária das parcerias, como se tal dimensão pudesse responder ao desamparo fundamental. Contudo, a palavra que circula entre os enamorados parece perder a credibilidade se não se adaptar à lógica da exposição-repetição-conectividade. Para Lacan (1985 p. 69), o amor visa a um sujeito suposto a uma frase articulada, a algo que se ordena ou pode se ordenar por uma vida inteira. Nesse sentido, o amor implica a crença na palavra. Em tempos em que a crença no Outro perde sua articulação simbólica e se amplia o poder do imaginário, retorna o real da angústia e da ausência de bússola que deixa os sujeitos à deriva na promessa de gozo e na demanda de amor.

Incluamos agora na articulação e no contexto das relações amorosas o terceiro ponto mencionado anteriormente: o mercado dos *gadgets* e sua relação com a internet.

A promessa de gozo indicada nos *gadgets* que circulam pela internet, considerando também como *gadget* não somente as quinquilharias tecnológicas, mas o que pode ser oferecido como produto ou serviço, implica a possibilidade do gozo solitário ou pessoal que não é necessariamente explícito ou exposto. O acesso ao mercado pornográfico ou à possibilidade de encontros casuais ou mesmo à possibilidade de manutenção de relacionamento por meio virtual com outra pessoa no qual podem circular palavras e imagens – já presente desde quando se começou a utilizar e-mails, mas acrescido de maior velocidade e eficiência com as redes sociais – paira como uma sombra ameaçadora sobre muitos relacionamentos amorosos.

É claro que a possibilidade de infidelidade sempre fez parte da história dos relacionamentos amorosos e, na verdade, compõe capítulos importantes de todas as histórias amorosas. As narrativas da literatura e do cinema, por exemplo, mostram isso claramente. De certa forma, é esta possibilidade que pode manter um relacionamento

amoroso, afinal, se ela não existe é porque o desejo estagnou. Não é incomum que casais inventem esta possibilidade quando parece que ela não está presente e assim o amor permanece. Contudo, a promessa de gozo implícita no mercado acessível de qualquer lugar tem levado ao incremento da vigilância entre os casais.

Além da exposição do relacionamento nas redes, é preciso também controlar tal exposição do parceiro ou parceira. Se a exposição do relacionamento ou do afeto em declarações e imagens pode ser signo do amor, uma exposição não relacionada a isso pode significar outra coisa, até mesmo o contrário. O que não se mostra ou se esconde também pode ser signo de uma fantasia ou de um desejo diferente do esperado ou combinado no circuito da demanda.

Então, além de expor e afirmar o amor em declarações públicas e imagens, como dito anteriormente, é preciso também retirar-se de uma suposta “disponibilidade” a relacionamentos, romper a “amizade” com contatos suspeitos, não visitar ou ver imagens que ameacem a demanda de amor, compartilhar senhas, responder adequadamente a investidas ou flertes com a recusa ou a indiferença, etc.

Novamente é preciso dizer que tais expectativas ou exigências, típicas da maioria dos relacionamentos amorosos, sempre estiveram presentes, desde que se estabeleceu o amor romantizado como ideal para relacionamentos. O que hoje se deve destacar é a velocidade e a amplitude sobre a afirmação do amor e sobre a suspeita de que é alvo.

Aqui a outra face superegoica do amor: a vigilância permanente. O olhar que tudo quer ver é o mesmo que incita a esconder. Quanto mais se pode ver, mais se quer esconder. E quanto mais se esconde, mais olhar é necessário. O superego comanda a vida amorosa para responder ao Ideal do Outro.

“O amor é o que faz o gozo condescender ao desejo” (LACAN, [1962-1963] 2005 p.197). Entretanto, quando a face superegoica do relacionamento amoroso faz sua irrupção nas exigências desmesuradas, numa negação do desejo, o amor pode passar a carrear o gozo.

Um fragmento clínico nos serve para indicar tais questões. Ana vem à procura de atendimento porque não consegue mais lidar com a angústia derivada do controle estabelecido em seu relacionamento. Ela e seu namorado formam um casal que surfa nas redes sociais desde a infância. Fazem questão de se expor nelas. Declarações mútuas e comemorações de tempo de relacionamento são as postagens que garantem ao olhar do Outro a existência desse amor. O ciúme recíproco derivado daí - expresso em discussões acaloradas cujos motivos foram o “status” e as “amizades” no Facebook, os grupos e contatos do WhatsApp, as senhas sigilosas dos aparelhos celulares – fazia tudo parecer insuficiente como signo de amor em algum momento. Era então signo do escondido, do gozo que escapa ao ideal de transparência dos tempos modernos. Mal sabia ele que ela havia instalado em seu celular um aplicativo com o qual ela poderia localizá-lo quando quisesse acessando o Google.

Contudo, para Ana, ele não deveria desconfiar tanto dela, afinal, disse ela certa vez, “as mulheres são mais fiéis”. Uma chave para vacilar sua posição sintomática foi justamente a expressão “mais fiel”. Literalmente, ser “mais” fiel quer dizer que não se é inteiramente fiel. Existiria uma medida de fidelidade? Foi esta questão, que implica a colocação da impossibilidade da transparência do desejo do Outro e também a opacidade de seu próprio desejo, que serviu de apaziguamento à angústia naquele momento. Uma nova questão surgiu: a que servia a necessidade de exposição e de transparência se ela colocava em questão a crença na palavra do outro?

Foi uma nova chance para os desfiladeiros do significante.

REFERÊNCIAS

BAUMAN, Zygmunt. *Amor Líquido*. Sobre a fragilidade dos laços humanos. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

FREITAS, Adriana Lima; RUDGE, Ana Maria. O supereu entre o amor e o gozo. **Tempo Psicanalítico**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 243-267, 2011.

FREUD, Sigmund. Sobre o Narcisismo: uma introdução *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago. Rio de Janeiro: Imago, 1914-1980. 24 v. v. 14.

FREUD, Sigmund. O Ego e o Id. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago. Rio de Janeiro: Imago, 1923-1980. 24 v. v. 19.

JESUS, Eduardo de. Tecnologia, imagem e subjetividades nas redes: as performances do selfie. *In*: LIMA, Nádia Laguardia; STENGEL, Márcia; DIAS, Vanina Costa; NOBRE, Márcio Rimet. (orgs.) **Corpo e Cultura Digital**. Diálogos interdisciplinares. Belo Horizonte: Quixote+Do Ed., 2018. cap. 11, p. 163-178.

LACADÉE, Philippe. **O despertar e o exílio**: ensinamentos psicanalíticos da mais delicada das transições, a adolescência. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2011.

LACAN, Jacques. **O Seminário Livro 20: mais ainda...** 2ª ed. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1972-1973-1985.

LACAN, Jacques. **O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1969-1970-1992.

LACAN, Jacques. O estádio do espelho como formador da função do Eu tal como nos é ensinado pela experiência psicanalítica. *In*: LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1949-1998. p. 96-103.

LACAN, Jacques. **O Seminário Livro 10 – a angústia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

MILLER, Jacques-Alain. Amamos aquele que responde à nossa questão: quem sou eu? **Correio**, São Paulo, n.71, p. 9-15, set. 2012.

MARCOS, Cristina Moreira.; STENGEL, Márcia.; RIGUINI, Renata Damiano. Selfie: o impossível autorretrato. *In*: LIMA, Nádia Laguardia; STENGEL, Márcia; DIAS, Vanina Costa; NOBRE, Márcio Rimet. (orgs.) **Corpo e Cultura Digital**. Diálogos interdisciplinares. Belo Horizonte: Quixote+Do Ed., 2018. cap. 14, p.185-199.

ROSA, Márcia. Jacques Lacan e a Clínica do Consumo. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p.157-171, 2010.

ENSINAR E APRENDER, DUAS FACES DE UM MESMO PROCESSO: A FORMAÇÃO DO ESTUDANTE DE PSICOLOGIA DIANTE DO ACOLHIMENTO DA MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

Data de aceite: 03/08/2020

Indira Feitosa Siebra de Holanda

Centro Universitário Leão Sampaio
Juazeiro do Norte - CE

Marcos Teles do Nascimento

Centro Universitário Leão Sampaio
Juazeiro do Norte - CE

Marcus César de Borba Belmino

Centro Universitário Leão Sampaio
Juazeiro do Norte - CE

PALAVRAS-CHAVE: Violência contra mulher; Psicologia; Formação.

ABSTRACT: Violence is one of the biggest problems today, impacting the subject in his biopsychosocial sphere. It is considered a multicausal phenomenon, as it originates from several factors and affects all social classes, currently representing a serious public health problem. Among the various forms of violence, gender violence stands out. A type of physical or psychological violence against the person or group of people on the basis of their gender, negatively impacting their identity and their biopsychosocial well-being. Gender-based violence presents itself in forms of oppression

and cruelty in the relations between men and women, structurally constructed, reproduced daily. Its various forms of oppression, domination and cruelty include murders, rapes, physical, sexual and emotional abuse, forced prostitution, genital mutilation, racial violence, among others. Perpetrators are usually partners, family members, acquaintances, strangers or agents of the state (GOMES et al., 2005). According to the Mortality Information System (SIM), from 1980 to 2013, the number of homicides of women in Brazil went from 1,353 to 4,762, with an increase of 111.1% (WAISELFISZ, 2015). In 2014, 13 women were murdered per day in Brazil, and the homicide rate for women increased by 11.6% between 2004 and 2014 (IPEA, 2016). According to Dahlberg and Krug (2002), although it is difficult to have accurate estimates, the cost of violence to the world translates into billions of dollars of annual health care expenses. The human cost of pain and suffering, of course, cannot be calculated and is, in fact, almost invisible. Since the 1980s, the area of public health has played an increasing positive role in this regard. At all levels of health care, health problems caused by violence are frequent complaints, and are rarely recognized and addressed as such. In emergency services, conjugal violence is the major cause of bodily

injury, however, the dimensions that accompany this marked suffering on the body are not considered in medical procedures (Stark and Flitcraft, 1996). The concern with health education has driven processes of curricular changes in the training of professionals, proposing the training of professionals capable of providing comprehensive and humanized care to people, making decisions based on the reality of the subjects, in their experiences. (Feuerwerker, 2002). The psychology professional has an important role in welcoming these victims, when we think about mental health and gender violence we have to sensitize the professionals to a full performance, this preparation must be initiated at graduation, so that the psychology graduates can act ethically and humanized in the relationship established between gender violence and psychological distress. Thinking about the formation of the psychology student focused on a human, ethical and welcoming professional is reflecting on a formation that must be based on something that will go far beyond a sum of technical knowledge. Their training must be based on the search for autonomy, this can be achieved through a dialogical and liberating relationship with the teacher, where the student leaves the passive position and is placed in a place of critical, reflective and problematic subject. Thinking about this perspective, we will discuss the formation of the psychology professional based on the dialogical perspective of education by Paulo Freire.

KEYWORDS: Violence against women; Psychology; Formation.

1 | INTRODUÇÃO

“os educandos vão se transformando em reais sujeitos da construção e da reconstrução do saber ensinado, ao lado do educador, igualmente sujeito do processo” (FREIRE, 2010, p. 26)

A violência constitui um dos maiores problemas da atualidade, impactando o sujeito em sua esfera biopsicossocial. É considerada um fenômeno multicausal, pois origina-se de diversos fatores e atinge todas as classes sociais, representando atualmente um grave problema de saúde pública.

Dentre as várias formas de violência, destaca-se a violência de gênero. Um tipo de violência física ou psicológica exercida contra a pessoa ou grupo de pessoas sobre a base de seu gênero, impactando de forma negativa em sua identidade e no seu bem estar biopsicossocial.

A violência de gênero apresenta-se em formas de opressão e crueldade nas relações entre homens e mulheres, estruturalmente construídas, reproduzidas cotidianamente. Suas várias formas de opressão, de dominação e crueldade incluem assassinatos, estupros, abusos físicos, sexuais e emocionais, prostituição forçada, mutilação genital, violência racial dentre outras. Os perpetradores costumam ser parceiros, familiares, conhecidos, estranhos ou agentes do estado (GOMES et al., 2005).

De acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), de 1980 a 2013, o número de homicídios de mulheres no Brasil passou de 1.353 para 4.762, com aumento

de 111,1% (WAISELFISZ, 2015). Em 2014, 13 mulheres foram assassinadas por dia no Brasil, e a taxa de homicídios de mulheres apresentou crescimento de 11,6% entre 2004 e 2014 (IPEA, 2016).

Segundo Dahlberg e Krug (2002) embora seja difícil ter estimativas precisas, o custo da violência para o mundo se traduz em bilhões de dólares de despesas anuais com cuidados de saúde. O custo humano de dor e sofrimento, naturalmente, não pode ser calculado e é, na verdade, quase invisível. Desde a década de 1980, a área da saúde pública tem desempenhado um crescente papel positivo a esse respeito. Em todos os níveis de atenção à saúde, os agravos à saúde, causados pela violência, são queixas frequentes, e raramente são reconhecidas e abordados como tal. Nos serviços de emergência, a violência conjugal é a maior causa de lesão corporal, porém, as dimensões que acompanham esse sofrimento marcado no corpo não são consideradas nas condutas médicas (Stark e Flitcraft, 1996).

A preocupação com a formação em saúde tem impulsionado processos de mudanças curriculares na formação dos profissionais, propondo a formação de profissionais capazes de prestar atenção integral e humanizada às pessoas, tomando decisões baseadas na realidade dos sujeitos, nas suas vivências. (Feuerwerker, 2002).

O profissional de psicologia tem importante papel no acolhimento dessas vítimas, quando pensamos em saúde mental e violência de gênero temos que sensibilizar os profissionais para uma atuação integral, esse preparo deve ser iniciado na graduação, para que os egressos de psicologia possam atuar de forma ética e humanizada na relação que se estabelece entre violência de gênero e sofrimento psíquico.

Pensar a formação do estudante de psicologia focado em um profissional humano, ético e acolhedor é refletir em uma formação que deve estar pautada em algo que irá muito além de um somatório de conhecimentos técnicos. Sua formação deve ser baseada na busca pela autonomia, essa poderá ser alcançada através de uma relação dialógica e libertadora com o professor, onde o aluno sai da posição passiva e é colocado em um lugar de sujeito crítico, reflexivo e problematizador. Pensando nessa perspectiva, iremos discutir a formação do profissional de psicologia baseada na perspectiva dialógica da educação de Paulo Freire.

2 | DESENVOLVIMENTO

“A reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência da relação teoria/prática sem a qual a teoria pode ir virando blá blá blá e prática, ativismo” (FREIRE, 2010, p. 24).

No decorrer da história a violência tem sido vista como elemento de grande interesse e importância, recebendo diferentes conotações dependendo do seu emprego. As características gerais do conceito de violência variam no tempo e no espaço, segundo os padrões culturais de cada grupo ou época. A violência reflete realidades diferentes,

variando de acordo com épocas, culturas e circunstâncias, se aprimorando a cada tempo e tornando-se cada vez mais complexa e articulada (MINAYO; SOUZA, 2003).

Chauí (1985), afirmou que violência é como uma violação ou transgressão de normas, regras e leis sob dois ângulos: de um lado, é uma conversão de diferenças e relações assimétricas que visa dominar, explorar e oprimir; de outro lado, é uma ação que não considera o ser humano como sujeito, mas como uma coisa ou objeto. Portanto, a violência se configura como uma violação do direito e da liberdade de ser sujeito constituinte de sua própria história.

Já para Bourdieu (2003), a violência seria algo imposto e muitas vezes não percebido, o que o autor denomina de “violência simbólica”. Trata-se de uma espécie de violência invisível, que é exercida de modo genuíno através da comunicação e do conhecimento e produz uma forma de relação de submissão, que leva à dominação do sujeito envolvido, tornando-o, cúmplice dessa dominação. Isso ocorre pelo fato de se tratar de uma “violência suave, insensível, invisível a suas próprias vítimas, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou, mais precisamente, do desconhecimento, do reconhecimento ou, em última instância, do sentimento”. (BOURDIEU, 2003, p. 7-8).

Podemos perceber a violência na atualidade como uma doença presente na sociedade, ora aparecendo como causa, ora como consequência; no entanto, sempre representa uma ruptura que causa o esfacelamento do tecido social e, em última instância, remete o ser humano a uma pretensa submissão ao irracional e instintivo.

A violência toma status de um grave problema de saúde pública e quando essa violência é contra a mulher, observamos, também, essa problemática. De acordo com a Organização dos Estados Americanos-OEA (1994), podemos entender a violência contra a mulher como qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, tanto na esfera pública como na esfera privada.

A mulher vítima de violência sofre impactos nas mais variadas dimensões de sua vida, e por isso é uma violação de direitos onde as sequelas não podem ser quantificadas. Chauí (1985), colocou a violência contra a mulher como resultado do ideal de dominação masculina, de uma relação de poder, produzida e naturalizada em nossa sociedade. Para a autora, a violência reforça as desigualdades hierárquicas a fim de que o agressor possa dominar, explorar e oprimir, enquanto a vítima se torna passiva e dependente (CHAUÍ, 1985).

Diante desse contexto da violência contra a mulher Rosa (2010) relata que é de suma importância uma atuação adequada dos profissionais nos serviços de saúde, reconhecendo o problema, acolhendo a mulher sem revitimizá-la. De acordo com Robinson, Spilsbury, (2008) quando chegam aos serviços de saúde, as mulheres vítimas de violência deparam-se com respostas inadequadas dos profissionais, barreiras do próprio serviço para que o usuário exponha sua situação e a não confiança no profissional para relatar o problema

enfrentado.

Atualmente os profissionais de saúde acabam confrontando com essa realidade de violência contra a mulher em sua prática cotidiana, porém nem sempre preparados para tal cuidado (Gomes, 2002). De acordo com Rosa (2010), essas dificuldades podem estar relacionadas ao fato de a maior parte dos processos de formação estar fundamentada em um modelo disciplinar centrado na racionalidade biomédica, reduzindo os processos de saúde - doença a uma dimensão biológica e dos sujeitos à sua doença (Almeida, Feuerwerker, Llanos, 1999).

Para ter garantia de um melhor enfrentamento dessa problemática, que é tão naturalizada e aceita socialmente, é necessária uma intervenção mais cuidadosa, técnica e humana por parte dos profissionais. Podemos pensar que a dificuldade de tais posturas residem em currículos com inadequados conteúdos e práticas pedagógicas que não são suficientes para a sociedade, cultura, valores e doenças a que estamos hoje expostos. De acordo com Brasil (2006), a maioria dos currículos das universidades brasileiras possuem esse tipo de problemática, inadequações de conteúdo e de práticas pedagógicas para o exercício de atividades que envolvam a pluralidade das necessidades do sistema de saúde (Brasil, 2006), inclusive na temática da violência.

Pensar a formação do profissional de psicologia é pensar em um profissional que irá atuar no combate a todas as formas de violência e opressão, que deverá basear sua intervenção no respeito e na ética. A pedagogia de Paulo Freire é essencialmente voltada a todos aqueles sujeitos oprimidos por atitudes de controle e submissão, buscando a autonomia e liberdade desses sujeitos. Pensando assim, e entendendo que o profissional de psicologia deve pautar sua intervenção nessa visão libertadora, nada mais coerente do que o aluno ser formado dentro dessa lógica, dentro da pedagogia freiriana, onde o estudante de psicologia terá uma formação baseada na sua autonomia e liberdade em busca de uma sociedade mais justa e igualitária.

A autonomia (...) é fundamental para a construção de uma sociedade democrática e para criar condições de participação política, onde as pessoas tenham vez e voz, digam o que desejam e que modelo de sociedade é melhor individual e coletivamente. (SILVA, 2009, p. 104, 105).

Pensar nessa perspectiva é refletir sobre o cotidiano da formação acadêmica de psicologia como devendo ser algo vinculado a uma relação professor e aluno também de respeito e ética. Partindo de uma perspectiva problematizadora e relacional como a que podemos encontrar na pedagogia de Paulo Freire.

Paulo Freire partiu do pressuposto ideológico que a prática educativa nunca é neutra e de que o professor, em sua prática, poderá assumir uma postura que incluirá ou excluirá e educando, ou seja, o educador poderá ser reacionário ou revolucionário. O reacionário anda com seu objeto de estudo na mão, como sendo possuidor dele, já o revolucionário não se considera detentor do conhecimento, mas conhecedor de algo a ser desvelado e

compartilhado pelo educando. (GADOTTI; FREIRE; GUIMARÃES, 1995).

Segundo Barros (2018) a educação para Paulo Freire deve ser direcionada para uma educação política e de responsabilidade social, onde o mundo dos oprimidos é pronunciado, contribuindo para a emancipação ideológico-cultural, condição para a sua libertação econômico-social e política. Ainda segundo a autora, a educação nessa abordagem é pensada em uma perspectiva dialógica, onde um sujeito interatua com outros sujeitos e com o mundo, num processo de construção do conhecimento que é intersubjetivo e dialógico.

Seguindo essa mesma linha de pensamento, Soares (2009), refere que o professor aprende ensinando e ensina aprendendo. Pensar sob esse viés não significa que o professor é mais um aluno em sala de aula, existe a diferença de papéis, mas essa diferença deve proporcionar uma troca intersubjetiva. No ambiente de sala de aula encontra-se diferentes histórias, experiências, conhecimentos, objetivos, projetos e aprendizados. A diferença é que possibilita o encontro e, nele, o diálogo.

Para a pedagogia da libertação de Paulo Freire, o diálogo é uma categoria ética. Pegoraro (2005), afirma que a ética vai muito além dos manuais técnicos e de normas, a “ética é a busca permanente do sentido para a vida e para a história” (p. 24). Segundo o autor, a ética é relacional, vale dizer, é constituída por uma reciprocidade interpessoal, indicando que ser ético implica, por assim dizer, posicionar-se em relação a alguém, não sendo necessário seguir regras para isso.

Para Freire, o diálogo é uma exigência existencial, pois, como sublinha, “se é dizendo a palavra com que, ‘pronunciando’ o mundo, os homens o transformam, o diálogo se impõe como caminho pelo qual os homens ganham significação enquanto homens. [...] [o diálogo] é um ato de criação” (FREIRE, 2001, p. 79).

Além da perspectiva do diálogo, a problematização assume lugar central da pedagogia de Paulo Freire. A problematização, como o diálogo, também se difere da educação tradicional (bancária). “(...) ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a produção ou a sua construção” (FREIRE, 1998, p. 25).

Para Freire, a pedagogia deve ser encarada como um ato político, de conhecimento e criador. Segundo Silva (2009, p. 105)) a abordagem freiriana

(...) provoca profundas reflexões acerca do ato de ensinar para constituir subjetividades Inteligentes, capaz de reunir recursos para resolver situações-limite e criar condições para efetivar o inédito viável. Ele propõe problematizações em torno do conceito de autonomia para que o processo educativo se configure como um instrumento de libertação.

Segundo Barros (2018), na abordagem de Paulo Freire, o princípio fundamental de diferenciação entre uma educação libertadora, que é problematizadora, e uma educação dominadora, que é bancária, assenta-se na concepção da relação educador-educandos. Em seu livro Pedagogia da autonomia, Freire (2010) elenca quais os saberes necessários à prática educativa, uma prática emancipatória e libertadora. Dentre esses saberes está o

educador comprometido com lutas políticas, orientado por valores éticos e democráticos, para Freire, o educador crítico deve ser: tolerante, amoroso, esperançoso, dialógico, coerente e realista, ciente dos limites existentes num dado momento.

Continuemos refletindo sobre a formação em psicologia Tacca (2005), bebendo das ideias de Paulo Freire, nos faz refletir que o sentido do que é transmitido somente emergirá enquanto se considerar a relevância do encontro de subjetividades, da relação dialógica que deve emergir entre professor e alunos. Arelada a transmissão do conteúdo técnico cria-se o sentido de papel e de função profissional, que cada aluno vai elaborar de maneira singular em sua experiência de aprender.

A autora frisa ainda que, só pode haver aprendizagem se dali brotar um sentido, o que, na graduação em Psicologia, significa que, ao lidar com o conteúdo pedagógico em sua vivência particular com o mesmo, o aluno presentifique a possibilidade de estar criando uma relação singular com a futura profissão.

Segundo Soares e Veríssimo (2010), para ser um profissional de psicologia ético é necessário não somente o contato com os ensinamentos das ementas contidas na grade curricular, nas pesquisas e projetos que o aluno participa, pois sendo assim o aluno, passivamente, iria fazer tudo proposto pela universidade e assim tornar-se psicólogo. E bem sabemos que não é o caso. Reiteramos que isso não condiz com a formação do psicólogo como agente de transformações.

Para Bernardes (2012), o desafio é propor uma melhor articulação entre teoria e prática. E no pensar que o currículo da formação em psicologia é mais do que um conjunto de disciplinas e conteúdos. Para uma atuação ética, humanizada e comprometida é necessário que os currículos das Instituições de Ensino Superior - IES dialoguem com a realidade, com as demandas emergentes e urgentes. Segundo Freire (1996), cabe ao educador ensinar os conteúdos mas, principalmente, ensinar a pensar certo, onde o estudante possa criar suas próprias representações da realidade, saber explicar os fenômenos a partir de suas conclusões.

As DCNP (Diretrizes Curriculares Nacionais de Psicologia) apontam um novo processo para a formação em psicologia, com o desenvolvimento de habilidades e competências que levem o estudante a compreender a necessidade da educação permanente e a integração do ensino, dos serviços de saúde e da comunidade aproximando o futuro profissional da realidade social

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Ninguém começa a ser professor numa certa terça-feira às 4 horas da tarde... Ninguém nasce professor ou marcado para ser professor. A gente se forma como educador permanentemente na prática e na reflexão sobre a prática” (FREIRE, 2010, p. 58).

A abordagem oferecida à mulher no serviço de saúde, principalmente na atenção básica, possibilitará desdobramentos importantes na construção das estratégias de enfrentamento da situação de violência vivida. Essas estratégias auxiliarão na transformação do quadro, reduzindo ou eliminando a vulnerabilidade, a violência e promovendo a saúde e os direitos à cidadania. Pensamos ser necessário a inclusão dessa temática de forma cada vez mais intensa nos currículos de formação em psicologia, trabalhando a articulação teoria e prática. Dessa forma pensamos na necessidade de formar profissionais cada vez mais capacitados para um trabalho baseado na busca por empoderamento dessas mulheres

É necessário o resgate em uma perspectiva de Paulo Freire, educar criando condições para mudanças nas estruturas e processos sociais, culturais, econômicos ou políticos, pensando na autonomia como fundamento para a emancipação. Para que a educação aconteça dessa forma é necessária uma pedagogia dialógica e problematizadora objetivando constituir profissionais autônomos que consigam pensar e refletir diante das relações de poder que se estabelecem nas relações permeadas pela violência.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. (Orgs.). **A educação dos profissionais de saúde na América Latina**: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec, 1999.

BARROS, R. Revisitando Knowles e Freire: Andragogia versus pedagogia, ou O dialógico como essência da mediação sociopedagógica. Educ. Pesqui., São Paulo, v. 44, e173244, 2018

BERNARDES, J. S. O debate atual sobre a formação em psicologia no Brasil análise de documentos de domínio público. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 3

BOURDIEU, P. *A dominação masculina*. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003. In: Conceitos e formas de violência [recurso eletrônico]: / org. Maura Regina Modena. – Caxias do Sul, RS: EducS, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Dinâmica das graduações em Saúde no Brasil**: subsídios para uma política de recursos humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: FRANCHETTO, B.; CAVALCANTI, M. L. V. C.; HEILBORN, M. L. (Org.). *Perspectivas antropológicas da mulher*. São Paulo: Zahar, 1985. p. 23–62.

DAHLBERG, L.L.; KRUG, E.G. **Violence**: a global public health problem. World Report on Violence and Health. Geneve: World Health Organization, 2002.

FEUERWERKER, L. C. M. *Mudança na educação médica*: os casos de Londrina e Marília. São Paulo: Hucitec, 2002.

FREIRE, Paulo. Educação e mudanças. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

_____. Pedagogia do oprimido. Revisada e atualizada. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

_____. Pedagogia da autonomia. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010.

GADOTTI, M; FEIRE, P; GUIMARÃES, S. Pedagogia: diálogo e Conflito. São Paulo: Cortez, 1995.

GOMES, R. et al. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. **Cienc. Saude Colet.**, v.7, n.2, p.275-83, 2002.

GÓMEZ, A. I. Pérez. Ensino para a compreensão. In: SACRISTÁN, J. Gimeno e GÓMEZ, A. I. Pérez. *Compreender e Transformar o Ensino*. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 1998, p. 67-98.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Nota Técnica nº 17*. Atlas da Violência 2016. Brasília, DF: IPEA, 2016.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

OEA. Organização dos Estados Americanos. *Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, "Convenção de Belém do Pará"*. Washington, DC: Department of International Law, 1994.

PEGORARO, O. (2005). *Introdução à ética contemporânea*. Rio de Janeiro: Uapê.

ROBINSON L.; SPILSBURY, K. Systematic review of the perceptions and experiences of accessing health services by adult victims of domestic violence. **Health Soc. Care Commun.**, v.16, n.1, p.16-30, 2008.

ROSA, R. et al. Violence: concept and experience among health sciences undergraduate students. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.32, p.81-90, jan./mar. 2010.

SILVA, L. E. Autonomia como princípio educativo. Revista Espaço Acadêmico – Mensal – Nº 101 – Outubro de 2009 – ISSN 1519-6186 <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/index>

SOARES, A. R. A Psicologia no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, 2010

SOARES, L. L.M. & VERÍSSIMO, L. J. A Formação do Aluno na Graduação em Psicologia pela Pedagogia de Paulo Freire. *Psicologia Ciência e Profissão*, 2010, 30 (3), 588-603

STARK, E.; FLITCRAFT, A. *Women at risk: domestic violence and women's health*. Sage Publications, Thousand Oaks, 1996.

TACCA, M. C. (2005). Relação pedagógica e desenvolvimento da subjetividade. In F. Gonzáles-Rey (Ed.), *Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia* (pp. 215-240). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

A CONTRACONDUTA NO USO DESOBEDIENTE DOS ESPAÇOS PÚBLICOS URBANOS

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 30/04/2020

Laura Fonseca de Castro

Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte – Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/2142547787945036>

RESUMO: As normas de conduta que afetam os modos de vida cotidianos serão discutidas a partir da limitação das liberdades individuais e coletivas no que se refere ao uso dos espaços públicos da cidade. Michel Foucault discute o conceito de sociedade disciplinar com base no controle do comportamento: o conceito de governamentalidade trata da conduta dos indivíduos orientada de acordo com os interesses de um conjunto complexo de instituições, procedimentos, protocolos, análises, reflexões, cálculos e táticas que regulam a vida cotidiana. A discussão da governamentalidade é inseparável das manifestações de resistência a ela, assim a contraconduta é a decisão de se colocar contra os efeitos das relações de poder estabelecidas que orientam o comportamento nos espaços públicos de “uso livre”. A partir da narrativa do experimento onde três dançarinas

de *pole dance* se apropriam de um ponto de ônibus em Belo Horizonte, a experiência do corpo na cidade é analisada sob a perspectiva da provocação, da experiência estética e da insurgência, a fim de questionar os efeitos e os limites do controle e da vigilância e o papel da desobediência como contraconduta vivida no cotidiano. É possível que experiências estéticas relacionadas à apropriação das estruturas da cidade para outros fins, diferentes daqueles para que foram pensados inicialmente sob um viés funcionalista, se organizem politicamente como uma negação, ou seja, como comportamento desviante da norma. Assim, se manifestam como corporificação do conceito de contraconduta localizadas no tempo e no espaço.

PALAVRAS-CHAVE: Espaço público; Arquitetura; Virtual; Pole Dance; Contraconduta.

COUNTER-CONDUCT ON THE DISOBEDIENT USE OF URBAN PUBLIC SPACES

ABSTRACT: The rules of conduct that affect daily lifestyles will be discussed based on the limitation of individual and collective freedoms regarding the use of public spaces in the city. Michel Foucault discusses the concept of

disciplinary society based on the control of behavior: the concept of governmentality deals with the conduct of individuals oriented according to the interests of a complex set of institutions, procedures, protocols, analysis, reflections, calculations and tactics that regulate everyday life. The discussion of governmentality is inseparable from the manifestations of resistance to it, so counter-conduct is the decision to stand against the effects of established power relationships that guide behavior in public spaces. From the narrative of the experiment where three pole dancers take over a bus stop in Belo Horizonte, the experience of the body in the city is analyzed from the perspective of provocation, aesthetic experience and insurgency, in order to question the effects and the limits of control and surveillance and the role of disobedience as counter-conduct experienced in everyday life. It is possible that aesthetic experiences related to the appropriation of city structures for other purposes, different from those for which they were initially thought under a functionalist bias, are politically organized as a negation, that is, as behavior deviating from the norm. Thus, they manifest themselves as the embodiment of the concept of counter-conduct located in time and space.

KEYWORDS: Public space; Architecture; Virtual; Pole Dance; Counter-conduct.

1 | INTRODUÇÃO

As normas de conduta que afetam os modos de vida cotidianos serão discutidas a partir de aspectos que limitam as liberdades individuais e coletivas sob a perspectiva do uso dos espaços públicos da cidade. Os marcos teóricos principais desse trabalho são os conceitos de “governamentalidade” e de “contraconduta”, discutidos por Michel Foucault (2008), e de “virtual”, de acordo com Pierre Lévy (1996). Esses conceitos serão servirão de chave de análise para uma provocação estética feita em um ponto de ônibus em Belo Horizonte, em que três dançarinas de *pole dance* se apropriaram dos elementos físicos da estação de parada de transporte público para realizarem suas atividades de dança em uma praça em frente a um quartel da Polícia Militar (CASTRO, 2016).

O objetivo deste trabalho é discutir quais são as causas e os efeitos da formação das subjetividades sob a égide da disciplina dos corpos e considerar seus efeitos em circunstâncias de desobediência das normas sociais que não configuram a transgressão das leis. Os estudos dos campos de teoria da arquitetura e do urbanismo são essenciais para a análise crítica do papel dos corpos na produção das estruturas materiais que dão suporte para a ação da população, considerando a conjuntura urbana das metrópoles contemporâneas.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

2 | AS RELAÇÕES DE PODER COMO ESTRATÉGIA DE CONTROLE DA EXPERIÊNCIA DO ESPAÇO URBANO

O poder é a relação que se estabelece entre entidades, que podem ser indivíduos ou coletividades, que manifesta um fluxo de força simbólica de uma sobre a outra. A questão do poder não é quem o detém, mas, sim, quais são as consequências do seu exercício sobre a estrutura da sociedade. De acordo com Michel Foucault (1999), o desenvolvimento de dispositivos de controle seria uma resposta à necessidade de haver mecanismos para a manutenção da disciplina em maior escala, em nível estrutural na sociedade disciplinar. Foucault (1999) descreve os dispositivos de controle como resultado das relações entre os seres vivos e sua conjuntura histórica, que associa instituições, regras que consolidam as relações de poder e métodos de subjetivação.

A subjetividade é a ideia de alguém em relação a um outro, e, sob essa perspectiva, as relações de poder não se dão apenas por meio da dominação, mas também a partir de processos de subjetivação, em que há um consentimento por parte dos indivíduos. Assim, a produção de subjetividade é uma prática de controle que corresponde ao olhar do outro sobre si, que, por meio dos dispositivos, colabora para a manutenção da ordem disciplinar na tentativa de negar o direito às diferenças individuais. As estratégias de disciplina são essenciais para a manutenção das relações de poder por meio dos dispositivos, pois é mais fácil controlar uma massa de indivíduos iguais do que pensar a multiplicidade de singularidades existentes (FOUCAULT, 1999).

Revela-se, assim, a potência dos dispositivos para o exercício do controle comportamental, pois o poder acontece a partir da decisão de obedecer. O que se percebe é que os dispositivos de controle têm função indispensável para a gestão dos governos em favor dos grupos dominantes, pois são eles que conseguem articular os discursos e as práticas associadas à liberdade individual e coletiva para a manutenção de uma sociedade disciplinar consentida e promovida pela população. Dessa maneira, o indivíduo reconhece a legitimidade das relações de poder e da hierarquia e por isso obedece, mesmo quando não está de acordo com a política praticada. O indivíduo é, então, simultaneamente, efeito e veículo de difusão do poder (FOUCAULT, 1999).

No que tange às relações de poder e estratégias de governo, Michel Foucault (2008) discute o conceito de sociedade disciplinar com base no controle do comportamento. A governamentalidade seria a conduta dos indivíduos orientada de acordo com os interesses de um conjunto complexo de instituições, procedimentos, protocolos, análises, reflexões, cálculos e táticas que regulam a vida cotidiana. A governamentalidade, nesse sentido, é um processo de segurança que atua sobre os modos de vida da sociedade e sobre o território. O conceito de governamentalidade tem a população como principal alvo, a economia política como principal forma de saber e os dispositivos de segurança como principal instrumento técnico.

De acordo com Velloso (2016), a articulação desses elementos passou a ser reconhecida ao longo da história ocidental moderna como governo, prática de poder preeminente sobre a soberania e a disciplina. Governo e Estado são coisas diferentes, sendo o Estado o anteparo formal e racionalizado do governo, construído conceitualmente como princípio de inteligibilidade que conserva a lógica de dominação nas relações de poder. Sob a perspectiva foucaultiana, a discussão dos modelos de governamentalidade é indissociável das manifestações de resistência a eles, pois onde há governo há, necessariamente, revolta.

A análise da governamentalidade [...] implica que 'tudo é político'. [...] A política não é nada mais, nada menos que o que nasce com a resistência a governamentalidade, a primeira sublevação, o primeiro enfrentamento. (FOUCAULT, 2008, p. 287)

Assim, o governo é constituído também pelas insurgências contra ele, capazes de revelar os limites de sua soberania política sobre a população que se revolta por meio de enfrentamentos coletivos que atuam como fratura nas relações de poder a princípio cristalizadas no Estado. Se a discussão da governamentalidade é inseparável das manifestações de resistência a ela, então o conceito de *contraconduta* apresentado pelo autor trata da decisão de se colocar contra os efeitos das relações de poder estabelecidas que orientam o comportamento. Para Foucault (2008), a *contraconduta* se distingue de outras lutas, notadamente políticas e econômicas, porque ela se desenvolve no campo da insubordinação individual diante das formas de controle dos comportamentos e identidades. Ela se afirma como uma resistência à soberania do governo ao questionar o estatuto do indivíduo, que orienta a conduta apropriada de acordo com o processo de subjetivação. A *contraconduta* não propõe uma grande luta unificada contra um inimigo comum justamente porque parte de indivíduos e grupos com interesses distintos, sobre os quais as relações de poder reverberam de maneira também distinta sobre suas práticas cotidianas.

Logo, as transformações que decorrem da experiência de *contraconduta* não se relacionam necessariamente a movimentos organizados ou a partidos políticos, pois são, justamente, uma recusa à segregação imposta pelo Estado que isola as individualidades em massas homogêneas. A *contraconduta* é uma sublevação contra a fragmentação da vida comunitária orientada por processos institucionais que tentam agrupar os indivíduos em categorias sociais pré-definidas. Assim, a *contraconduta* é uma prática aberta ao antagonismo, que se coloca a favor do reconhecimento da diferença do indivíduo como identidade crítica e da capacidade do indivíduo de se mover e se posicionar em relação às regras pré-estabelecidas. Em resumo, a *contraconduta* é a manifestação a favor do reconhecimento da diferença.

3 | EXPERIMENTAÇÃO DO ESPAÇO PÚBLICO PELO VIÉS DA CONTRACONDUTA

Considerando o controle dos comportamentos e os processos de subjetivação que orientam as normas para os espaços públicos de “uso livre”, como são categorizados nas leis de uso e ocupação do solo das grandes cidades brasileiras, apresento uma análise de um experimento onde três dançarinas de *pole dance* se apropriam de um ponto de ônibus em Belo Horizonte. O uso desse espaço para a prática da dança não vai contra a lei, mas sim contra a norma (tácita) que revela a orientação coerciva da governamentalidade, que reprime as vontades subjetivas como estratégia de controle da massa da população. A experiência do corpo na cidade é analisada sob a perspectiva da provocação, da experiência estética e da insurgência, a fim de questionar os efeitos e os limites do controle e da vigilância e o papel da desobediência como contraconduta vivida no cotidiano.

Por sua natureza sensual e estigma social (DONAGHUE; KURZ; WHITEHEAD, 2011), o *pole dance* apresenta um potencial provocativo quando praticada em espaços públicos no cotidiano, ou seja, fora das salas de ginástica ou, mesmo na rua, quando se localiza fora de contextos festivos permissivos, como, por exemplo, no carnaval. Ao trazer essa prática para um ponto de ônibus localizado no centro da cidade de Belo Horizonte em uma situação cotidiana, uma terça-feira qualquer à tarde em 2015, a intenção era fazer uma provocação estética para tentar entender como se daria a apropriação do mobiliário urbano de maneira “não convencional”, a partir do uso que se coloca deliberadamente contra a lógica de organização funcional de uso programado para o espaço (CASTRO, 2016).

O experimento proposto foi intencionalmente provocativo, mas embora tenha sido deliberadamente criado e seus critérios de registro e análise pré-estabelecidos, seu desenvolvimento estava aberto às contingências e os resultados eram imprevisíveis. A apropriação do espaço no ponto de ônibus se daria através de performances artísticas improvisadas pelas três dançarinas e, a partir disso, o foco de observação recairia sobre as reações dos agentes envolvidos nessa situação. Além das dançarinas, foi imprescindível a colaboração dos três fotógrafos convidados a registrar o experimento, pois um deles era responsável por registrar as reações das pessoas na rua e nos ônibus, outro monitorava a performance dos bailarinos e o terceiro era responsável pela gravação da perspectiva de quem dança, amarrando uma câmera portátil em seus pés e cabeça.

Mesmo realizando movimentos considerados simples pelas praticantes de *pole dance*, foram o suficiente para alterar a rotina das pessoas presentes. Os movimentos das dançarinas incluíam estar a uma altura de aproximadamente 1,5 metros do chão fazendo acrobacias. Às vezes, as dançarinas viravam de cabeça para baixo e se apoiavam apenas pelos braços e, em algum momento, um deles agia como se estivesse sentado confortavelmente e silenciosamente fez um sinal com o braço para pedir que

o ônibus parasse como uma brincadeira. É interessante notar a espontaneidade lúdica e bem-humorada na atitude das bailarinas e da maioria dos passantes, que ironiza a determinação funcional do ponto de ônibus como algo que tem o único propósito de ser um suporte para o embarque no transporte público.

O fato de elas terem um alto grau técnico e experiência na execução de movimentos fez com que expressassem certa serenidade durante a intervenção, interagiram com os transeuntes de rua em breves conversas. Isso que demonstra que o ponto de ônibus também pode ser um espaço de convivência e permanência, não só de passagem e fluxo rápido de pessoas. A relação estabelecida entre os agentes de provocação ativa e os agentes passivos provocados foi fundamental para perceber a experiência como uma situação que se apropria de elementos fixos existentes no espaço, mas se estabelece, em nível de evento, como uma ocasião nova e, para muitas daquelas pessoas, conforme confirmam as entrevistas, impensável, pois o *pole dance* não fazia parte de seu repertório de movimentos ordinários do corpo. Passageiros e funcionários do sistema de transporte público dentro dos ônibus, as pessoas na parada de ônibus, os trabalhadores informais da praça e os transeuntes tiveram múltiplas reações à ação. Cerca de uma hora após o início da provocação, um agente da guarda municipal ordenou que ela fosse interrompida e que as pessoas envolvidas saíssem do local imediatamente.

“Policar”, “urbanizar”, evoco simplesmente essas duas palavras para que vocês tenham todas as conotações, todos os fenômenos de eco que pode haver nessas duas palavras e com todos os deslocamentos e atenuações de sentido que pode ter havido no decorrer do século XVIII, mas, no sentido estrito dos termos, policar e urbanizar é a mesma coisa. (FOUCAULT, 2008, p. 453)

A intervenção prática que pretendia experimentar novas formas de utilizar as estruturas funcionais do espaço público foi encerrada pelo papel autoritário desempenhado por um policial, representante das instituições que controlam a forma como a cidade é ordenada.

4 | ARQUITETURA: O VIRTUAL COMO POTÊNCIA DE USO NÃO-PROGRAMADO DO ESPAÇO

No cotidiano, os corpos se apropriam dos elementos materiais presentes no espaço para responder a necessidades imediatas de uso. Aqui, discute-se o virtual a fim de enfatizar a importância da problematização das práticas ordinárias referentes ao uso do espaço urbano, ao considerar a atualização de fenômenos virtuais como ação interpretativa de suas múltiplas possibilidades de uso. A maneira como se dá a atualização das virtualidades de uso no espaço é condicionada pela materialidade das estruturas reais existentes no local onde a ação acontece. Por ser resultado de interpretações que combinam informações adquiridas ao longo da experiência cotidiana, a atualização de um fenômeno virtual no espaço urbano se coloca como produção estética inventiva e crítica.

Pierre Lévy (1996) aponta a coexistência de duas instâncias nos fenômenos vividos: a substância e o evento. A substância se refere ao caráter material das coisas, o evento se refere à experiência vivida a partir de seu uso. O evento pode ser atual, se de fato acontece em determinado tempo e espaço, ou virtual, se é um problema ou objetivo ainda a ser resolvido ou alcançado, mas ainda não foi efetivado.

O conceito de virtualidade é interessante no entendimento das experiências vividas nos espaços públicos da cidade pois permite entender a arquitetura para além de sua instância material, mas como lugar apropriado pelo uso, percebido e vivido como evento, que se estabelece a partir da apropriação subjetiva de suas estruturas materiais. Nesse sentido, o conceito é importante para discutir as possibilidades de ação a serem realizadas na cidade.

No que se refere aos estudos urbanos, a investigação da experiência do espaço evidencia as limitações de uso impostas tanto pelos limites do corpo de cada indivíduo, quanto pelos limites estabelecidos coletivamente pela governamentalidade sobre os sujeitos. A virtualidade, quando considerada a partir dessa limitação, pode ser entendida como a potência de apropriação desses limites impostos pela materialidade como um convite a ultrapassá-los através do estabelecimento de novas redes (culturais, sociais, políticas, estéticas, etc.). A contraconduta é uma virtualidade diante das condições de evento e substância colocadas pela governamentalidade. As ações que se manifestam a partir da superação dos limites das regras são virtuais, elas se desenham como efeito do encontro material entre os corpos dos sujeitos e a cidade.

5 | CONCLUSÃO

É possível que experiências estéticas relacionadas à apropriação das estruturas da cidade para outros fins, diferentes daqueles para que foram pensados inicialmente sob um viés funcionalista, se organizem politicamente como uma negação, ou seja, como comportamento desviante da norma, uma contraconduta. Considerar a virtualidade das experiências nos provoca a pensar situações que “poderiam vir a ser” ou que “poderiam ter sido”, o que acaba por tornar mais complexa a determinação daquilo que simplesmente “foi”, “é” ou “será” estabelecidos pela materialidade das estruturas físicas da cidade. Um evento se organiza pela atualização de uma possibilidade material no tempo e no espaço. Logo, uma análise crítica do espaço que considere essas variações de tempos verbais se abre para a interpretação da experiência de contraconduta como uma nova forma uso.

No caso da prática de *pole dance* numa barra de sinalização de ponto de ônibus, esse uso virtual da estrutura física pode parecer normal para as dançarinas, o contrário de uma negação. Por mais que não seja programado pelos planejadores e gestores daquele espaço físico, a dança na barra existe como possibilidade para elas de acordo com a familiaridade que possuem com a forma do objeto apropriado. No entanto, o *pole dance*

causa uma sensação de estranheza e constrangimento nos outros agentes presentes na situação porque envolve a supressão de outras regras de conduta dos corpos em um local público, com normas e leis estipuladas em prol da manutenção da ordem disciplinar, produtivista e estratégica.

REFERÊNCIAS

CASTRO, L. F. **O uso desviado do espaço**. 2016. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Escola de Arquitetura, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: Nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1999.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade. Curso dado no Collège de France (1975-1976)**. (Trad. Maria Ermantina Galvão) São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, M. **Segurança, Território, População. Curso dado no Collège de France (1977-1978)**. (Trad. Eduardo Brandão) São Paulo: Martins Fontes, 2008.

LÉVY, P. **O que é o virtual?**. São Paulo: Editora 34, 1996. (Coleção Trans)

VELLOSO, R. C. L. Contraconduta, sublevação: insurreição urbana no interior e nas bordas da governamentalidade. In: SOLIS, D. E.; MORAES, M. (orgs.) **Políticas do lugar**. Porto Alegre: UFRGS, 2016, p.86-129. (Coleção Querências de Derrida: Moradas da arquitetura e filosofia)

DONAGHUE, N.; KURZ, T. R.; WHITEHEAD, K. Spinning the pole: A discursive analysis of the websites of recreational pole dancing studios. **Feminism & Psychology**, Melville, n. 21, v. 4, p. 443-457, nov. 2011. Disponível em: <http://core.ac.uk/download/pdf/11236708.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2015.

A PSICOLOGIA NOS PROCESSOS DE (DES) INSTITUCIONALIZAÇÃO DO CÁRCERE

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 06/07/2020

Liamara Denise Ubessi

Universidade Federal de Pelotas/UFPEL

Pelotas – Rio Grande do Sul

<http://lattes.cnpq.br/0990936914930611>

Sabrina Azevedo Wagner Benetti

Faculdade IBRA

Ijuí - Rio Grande do Sul

<http://lattes.cnpq.br/7832402146526916>

Darlen Grasieli Bugs

FAVENI

Ijuí - Rio Grande do Sul

<http://lattes.cnpq.br/0705937672846446>

Daiane Raquel Steiernagel

Universidade Federal de Santa Maria

Ijuí - Rio Grande do Sul

<http://lattes.cnpq.br/7297638668511502>

Carolina Renz Pretto

Universidade Federal de Santa Maria/UFSM

Ijuí - Rio Grande do Sul

<http://lattes.cnpq.br/9984837689674828>

Cátia Cristiane Matte Dezordi

Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul/UNIJUÍ

Ijuí - Rio Grande do Sul

<http://lattes.cnpq.br/7806206131585996>

Eniva Miladi Fernandes Stumm

Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul/UNIJUÍ

Ijuí - Rio Grande do Sul

<http://lattes.cnpq.br/6324085186499342>

RESUMO: Esse estudo objetiva discutir o trabalho da psicologia nos processos de (des) institucionalização das pessoas privadas de liberdade. Para embasar o estudo, utilizou-se de teóricos da psicologia, filosofia, sociologia, os quais permitem refletir sobre a temática da institucionalização e da descaracterização do *Eu* ocorrida nos sujeitos durante o processo de prisionização. Observa-se que o funcionamento do sistema prisional impacta negativamente na subjetividade das pessoas privadas de liberdade, de modo, que estes, experienciam sofrimento psíquico decorrente dos processos de institucionalização. Nesse contexto, a psicologia tem assumido práticas de cuidado, atenção e acompanhamento as pessoas, com foco na ressignificação da identidade deteriorada, com o uso de estratégias de singularização que possibilitam o empoderamento e o enfrentamento da lógica segregativa. Conclui-se que o trabalho da psicologia pode romper com a norma de controle e auxiliar o sujeito na construção de interstícios de liberdade.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia. Pessoas Privadas de Liberdade. Institucionalização. Sistema Prisional.

THE PSYCHOLOGY IN THE PROCESS OF (DE) INSTITUTIONALIZATIONS OF THE PRISON

ABSTRACT: The aim of this study is to discuss the job of psychology in the processes of (de) institutionalizations of people deprived of their liberty. To base the study, we use of the psychology, philosophy, sociology theorists, which allow us to reflect on the thematic of institutionalization and of the de-characterization of the “Self” that occurred in the subjects during the prison process. It is observed that the functioning of the prison system impact negatively on the subjectivity of the people deprived of their liberty, so that they experience psychic suffering from the institutionalization. In this context, the psychology has adopted practices of care, attention and accompaniment of the people, with a focus on re-signifying of deteriorated identity, with the use of singularizations strategy that enable empowerment and confront of the segregative logic. It is concluded that the job of psychology can break with the control norm and assist the subject in the construction of interstices of liberty.

KEYWORDS: Psychology. People Deprived of Their Liberty. Institutionalization. Prison System.

1 | INTRODUÇÃO

Nos primórdios do direito de punir, as penas não objetivavam alcançar justiça, mas sim vingança, e para isso o tormento físico era a forma de reparar o delito cometido, sendo praticado por castigos corporais, torturas e penas de morte. Para Foucault (1987, p. 33), “tais castigos eram realizados em locais públicos, servindo de diversão e advertência aqueles que assistiam”, de modo, que as pessoas se tornavam submissas pelo medo que as cercavam. O autor registra em sua obra que foi apenas no findar do século XIX que a prisão surge como a principal forma de punição institucional, ao passo, que a penalidade passa a ser a privação da liberdade do sujeito, no qual reconhece o encarceramento como uma justiça humanizada, em que os indivíduos passariam a ser punidos de forma igualitária, sob a égide de um Estado democrático de direito, distanciados dos açoites e da tortura.

Para Foucault (1987) essa nova forma de punir, atinge a forma de castigo igualitário, por entender que a privação da liberdade seria um bem que pertenceria a todos da mesma maneira, trazendo legitimidade ao destacar que ao encarcerar, o indivíduo além de pagar sua dívida não somente com a vítima, mas com toda a sociedade, ainda seria reeducado e retreinado a voltar ao convívio em meio social. Nessa perspectiva, existe a percepção de que esta maneira de punir se torna a mais civilizada de todas as penas.

No entanto, Rauter (2003) salienta que se com a prisão, de um lado não se tem tão claramente a violenta punição retratada nos suplícios, também explicitados na obra *Vigiar e Punir* de Foucault (1987), por outro lado surge com este aparente abrandamento das penas, diferentes métodos de sofrimento capazes de conseguir a sujeição dos indivíduos para com o sistema, de modo que o “funcionamento deste dispositivo não se caracteriza apenas pela repressão, pela violência, mas também pela produção de saberes que instrumentam táticas de controle, fixação e adestramento dos corpos” (RAUTER, 2003, p.13).

Dessa forma a criação da instituição prisão se constituiu com o objetivo de classificar os indivíduos, despersonalizá-los, treiná-los, torná-los dóceis e úteis por meio de um trabalho sobre os seus corpos, com formação no seu entorno de um aparelho repleto de observação, códigos e registros (FOUCAULT, 1987). A instituição foi confiada à privação da liberdade do sujeito considerado criminoso, encarregada de modificar os indivíduos de forma corretiva na tentativa de “controlar os desvios dos sujeitos enquanto indivíduos, esquadrihando seus comportamentos e efetuando sobre eles uma vigilância constante” (BENELLI, 2014, p. 19). Essa lógica disciplinar exaustiva é a técnica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo objetos e instrumentos de seu exercício a fim de assegurar a ordenação das multiplicidades humanas (FOUCAULT, 1987).

Goffman (1999) enquadra as prisões na classificação das instituições totais pela sua característica peculiar, em que um grande número de pessoas são separadas da sociedade por um período de tempo e levam uma vida segregada, organizada a fim de controlá-las e exigir que todas exerçam as normas impostas. São estabelecidos horários para comer, dormir, tomar sol, enquanto a individualidade fica suprimida pelo olhar que os dirigentes voltam para os privados de liberdade. Benelli (2014) aponta que as instituições totais promovem uma substituição cultural no sujeito, visto que, se a estada na prisão for prolongada tende a ocorrer à perda da sua subjetividade, dificultando seu retorno ao convívio social.

O sujeito ao ingressar no estabelecimento prisional é despido de seus referenciais identificatórios e passa por uma série de rebaixamentos e degradações do conceito que tinha de si mesmo, sendo completamente privado de suas escolhas pessoais, tendo que se acomodar às condições do estabelecimento (GOFFMANN, 1999). Esse sentimento que o prisioneiro experimenta é uma das maiores causas de sofrimento e alimenta sentimentos de raiva contra tudo o que o cerca. E como diz Foucault (1987, p. 294): “só vê carrascos em todos os agentes da autoridade”, pois a instituição total retira do indivíduo a autonomia das ações que teria se estivesse em sociedade e esse precisa se adaptar ao ambiente, o que ocasiona a ‘mortificação do eu’ (GOFFMANN, 1999). Dessa forma, “a institucionalização da existência humana tende a torná-la insípida, pasteurizada, num processo de achatamento e uniformização de toda e qualquer singularidade” (BENELLI, 2014, p.192).

O sujeito acaba se vendo obrigado a se adaptar a esses processos de 'mortificação subjetiva' a fim de evitar maiores sofrimentos que colaboram ainda mais para perda do seu referencial identificatório. Durante sua estada obrigatória na prisão, o mesmo costuma sentir que esteve completamente exilado da vida, vivendo em condições precárias, com perda de contatos sociais, impossibilidade de adquirir dinheiro, sentimento de inferiorização comparado ao que ocupava no mundo exterior, e isso tende a criar nele uma sensação constante de fracasso pessoal e de desgraça (BENELLI, 2014).

Confrontados com essa realidade, aliado a superlotação, direitos negligenciados, falta de estrutura física e déficit funcional, os profissionais que trabalham com as pessoas privadas de liberdade, encontram grandes dificuldades em operar com êxito os termos garantidos ao sujeito pela Lei de Execução Penal (LEP) no que tange ao tratamento penal, haja vista, a complexidade do sistema carcerário.

A partir das obras, principalmente de Foucault e Goffmann, indaga-se sobre essa instituição total. Somada à conjuntura de uma determinada estagnação do sistema prisional o trabalho do psicólogo nesta instituição começa a ganhar outro espaço e a assumir o que pode ser nominado como práticas de cuidado, atenção e acompanhamento junto à essas pessoas privadas de liberdade, com o objetivo de inserção social, enfrentar as vulnerabilidades, problematizador da realidade social, histórica e cultural. Deste modo, o presente estudo tem como objetivo discutir o trabalho de psicologia nos processos da (des) institucionalização das pessoas privadas de liberdade.

2 | SOFRIMENTO E DETERIORIZAÇÃO DO EU NO CÁRCERE

As prisões são constituídas por um ambiente superlotado, inóspito e inadequado, que se tornou um depósito de seres humanos, no qual o tratamento não observa as individualidades. Sua proposta é de uma homogeneização das condutas humanas com o intuito de modelar a identidade das pessoas. Pestana (2014) a partir dos estudos de Goffman (1999) corrobora, ao informar que estes locais produzem uma subjetividade adaptada, ao tornar o sujeito ajustável aos interesses da sociedade vigente.

Goffman (1999) relata que ao tentar ajustar o sujeito, sua identidade torna-se passível de deterioração, pois, a rotina austera das atividades é realizada para atender os objetivos da instituição, permitindo que o indivíduo perca toda a espontaneidade das relações humanas, emergindo uma sensação de "desenraizamento", pois além da liberdade também lhes foi subtraído o tempo, a cultura e o reconhecimento de si próprio. Foucault (1981) reafirma que a pessoa sob esse tipo de domínio, perde gradualmente sua autonomia e autoconfiança, com deterioração gradativa de seus referenciais identificatórios, ao passo que, uma nova prática de si insurge, construída pela instituição.

Goffman e Foucault concordam que a instituição ao empoderar-se da subjetividade

do indivíduo, o “força” a pedir permissão para exercer atividades que quando em liberdade realizava sozinho, colocando-o em uma posição de submissão, insurgindo sentimentos de sofrimento e angústia. O sofrimento provocado pela limitação da liberdade, o desconforto em exercer as atividades apenas de forma mediada e sob o poder dos dirigentes, aliados a barreira que a instituição total cria entre o indivíduo e o mundo externo, geram uma ruptura com o passado e favorecem o processo de despersonalização, resultando no aumento do sofrimento à condição de prisão (AMARANTE; FAVILI, 2018). Portanto, a mudança de paradigma, do suplício para a prisão, não significou de maneira nenhuma o fim do sofrimento (FOUCAULT, 1987).

Bauman (1999) pressupõe que a imobilidade forçada com o encarceramento é um símbolo importante de impotência e de dor, que pode acarretar em atos destrutivos contra a própria vida de quem está encarcerado, pois, o sofrimento imposto por estar preso pode ser tão degradante que o suicídio seja a única alternativa. Portanto, a precariedade do ambiente prisional, a vulnerabilidade que se encontram os reclusos, a combinação dos sentimentos de desesperança, incapacidade de gerar soluções para os seus problemas, são aspectos que predispõe os índices de suicídio (NEGRELLI, 2006). O autor a partir dos escritos de Cassorla (1991) afirma que não é a morte que a pessoa deseja, mas sim a vontade de livrar-se de um sentimento que considera insuportável.

O encarceramento produz no sujeito uma série de estigmas, que segundo Goffman (1999), é uma forma de atribuir uma “identidade deteriorada” ao outro, como uma marca possível de identificar ou representar negativamente alguém, resultando em práticas de exclusão social, tornando os sujeitos verdadeiros bodes expiatórios simbólicos. Pompeo (2013) pontua que o sistema penal não possui apenas um papel de punição pelos crimes cometidos, mas também, o de reforçar a cultura de julgamento e repressão social, que legitima o sofrimento dos privados de liberdade e os transforma em bodes expiatórios, transferindo todo o ódio que ameaça a união e a vida dos “cidadãos de bem”.

Esses estigmas são ainda mais reforçados pelo alardeamento do aumento da violência difundida através da mídia que de forma sensacionalista provoca nas pessoas a chamada “cultura do medo”, contribui para que a sociedade legitime soluções policiais austeras para problemas que na verdade são de ordem social, tendendo a criminalizar com maior rigor as atitudes cometidas pela parcela mais pobre da sociedade (POMPEO, 2013). Isso é verificado por Zaluar (1994) que apresenta a criminalização dos pobres como efeito da crise econômica e do desemprego, além do estigma de criminoso que esses sujeitos carregam.

Barros (2011) corrobora que a criminalização da pobreza está ligada ao aumento da exclusão social causada pela implementação do neoliberalismo, que promove a desigualdade social, pois a atual sociedade preconiza bens de consumo e negligencia políticas públicas e direitos básicos. O estrato social que padece desse mal, assumiu a feição do jovem negro, pobre e de baixa escolaridade, quase que generalizadamente, mas

o Estado foca seus esforços nas políticas de segurança pública e continua negligenciando os direitos básicos da população menos favorecida.

Young (2002) considera que o aumento significativo da desigualdade social é um dos fenômenos mais importantes nas transformações sociais atuais. A criminalidade e a desordem continuam aumentando devido ao engendramento da sociedade de consumo, que cultua o individualismo minando as relações e os valores para o convívio social estável. No entanto, o autor não considera a exclusão social o único motivo, salienta que é um processo de inclusão e exclusão, em que os grupos sociais menos favorecidos são incentivados a participar do sistema capitalista, e almejam um lugar social a partir de bens de consumo, tais como: tênis de marca, carros de luxo, joias e tendências midiáticas, e que diante da impossibilidade, são excluídos, estigmatizados e a consequência é a de subculturas criminais. Esse processo ocorre num contexto no qual as referências são instauradas a partir da sociedade de consumo, impondo aos indivíduos, esforços na definição de novas significações (BECK, 1997).

As desigualdades sociais são inerentes ao sistema capitalista, e a preocupação se dá nas novas configurações sociais, na qual as formas excludentes de emprego conformam os indivíduos a procurarem diferentes maneiras de “ganhar a vida” e novas estratégias de participação e inclusão. Destaca-se, a compulsão e o endividamento na compra desses bens, além da inserção em atividades beirando a informalidade ou, até mesmo a ilegalidade. Exemplifica-se com o mercado do tráfico de drogas que captura jovens pela possibilidade e facilidade na obtenção de bens de consumo. Estas dificuldades encontradas pelas pessoas ao tentarem uma inserção social resulta num contexto marcado pela violência e criminalidade, que possibilita a criação de uma subcultura que atribui prestígio ao emprego de armas de fogo e à posse de bens tidos como privativos dos ricos (ZALUAR, 1994).

Young (2002) refere que nesse processo de criminalização da pobreza, a sociedade considera que os sujeitos escolhem voluntariamente a criminalidade sem qualquer influência de circunstâncias sociais, sendo vistos como o grande problema, ao passo que esse se dá quando a própria sociedade desampara, criminaliza e estigmatiza grupos vulneráveis, ao desejarem “tolerância zero à criminalidade, quando deveria ser tolerância zero à desigualdade” (YOUNG, 2002, p. 205).

O sujeito inserido nesse contexto é produzido por um conjunto de fatores e atores, e passa a ser conhecido como “bandido”, porém não é qualquer sujeito incriminado, mas sim, aquele sujeito, cuja morte, desaparecimento ou sofrimento podem ser amplamente desejados (MISSE, 2010). Para o autor são atribuídos sentimentos de repulsa e desejo de que a punição seja a mais dura possível, em contrapartida, deverá ele se arrepender e viver sob as regras da sociedade e cabe ao sistema prisional o eufemismo da ressocialização.

Zaffaroni (1991) afirma, os sujeitos que habitam os presídios são identificados na figura do inimigo, cujo lugar de reclusão passa pela representação de uma instituição onde

há a criação de uma normativa constituída na violência e na (re)afirmação de condição de vulnerabilidade do sujeito. Entretanto, o cárcere surge com o fundamento social de ser um mecanismo ressocializador, mas que na verdade representa uma fachada permeada por relações de poderes fundadas na desqualificação do indivíduo encarcerado (FATORELLI, 2014).

O presídio desponta como o local do “outro”, daquele que infringe as regras e instaura desordem social, para tanto, nele são atestadas severas violações de direitos fundamentais, sem a preocupação por parte da sociedade, pois, estes indivíduos nem ao menos são considerados seres humanos para grande maioria. Dados do Departamento Nacional Penitenciário (2019) corroboram com esta ideia, com 755.274 pessoas privadas de liberdade e um déficit de 312.925 vagas no sistema carcerário brasileiro, tornando-o superlotado, esses sujeitos padecem das carências mais generalizadas, nos âmbitos jurídico, estrutural e emocional, repercutindo em todos os aspectos da subjetividade (FATORELLI, 2014).

Isso gera um processo de acentuada vulnerabilidade firmada sobre os privados de liberdade, pois, estes são frequentemente tratados como seres humanos inferiores, padecendo com a violação de seus direitos mais básicos, sem que isso produza repercussões efetivas para além dos muros.

Darke e Karam (2012) referem que esses danos são inerentes a segregação, espaço reduzido, impossibilidade de viver junto do seu meio familiar, perda de contato com experiências de sua própria vida, limitação e precariedade de condições de moradia, falta de higiene, convivência forçada, submissão, sentimentos de desespero e desesperança. O processo de encarceramento recai sobre uma parcela específica da população, com o auxílio da mídia cria condições para o direito penal atuar como mecanismo do controle social. Zaffaroni (1991) pontua que “o estereótipo criminal se compõe de caracteres que correspondem a pessoas em posição social desvantajosa”, em que negros são a população majoritária, que há séculos permanecem como principais alvos da persecução penal.

Cabe ressaltar que, presídios representam o local de violações de direitos humanos e de abandono de corpos, e o sistema jurídico ao condenar o sujeito não contabiliza na fixação da pena o reflexo que esta conferirá ao condenado (FATORELLI, 2014). É neste contexto que surge o trabalho do psicólogo, problematizador deste processo de institucionalização das pessoas como o apresentado até o momento, o qual nem sempre teve essas prioridades em seu fazer e nem da ressignificação da identidade do sujeito encarcerado e mortificado pela instituição total.

3 | PSICOLOGIA: DA PUNIÇÃO À POSSIBILIDADE DE LIBERTAÇÃO

O ingresso da psicologia no Sistema Prisional foi regulamentado através da LEP, em sua primeira disposição considerava que os condenados deveriam ser submetidos a avaliações criminológicas. Com o intuito de obter elementos para a classificação da pena, considerado como parâmetros os antecedentes e a personalidade do avaliado (LEP, art. 5º). Dito de outra forma, a partir das contribuições de Foucault (1987), o saber da psicologia foi usado para legitimar e até reforçar esse modelo de segregação.

A psicologia teve sua inserção no sistema prisional fortemente voltada a um viés julgador das condutas e dos comportamentos dos chamados degenerados e ao longo dos anos desenvolveu práticas voltadas a laudos e perícias, a fim de fornecer subsídios para a tomada de decisões do sistema jurídico no decorrer da execução das penas (PACHECO; VAZ, 2014). Em função disto, por muitos anos, a prioridade do trabalho do psicólogo no sistema prisional foi o de realizar laudos para o judiciário. Apenas no ano de 2010, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) elaborou a Resolução 09/2010, a qual vedou as avaliações psicológicas no âmbito prisional, entendendo que o objetivo final delas acabava sendo de punição, o que estava em desacordo ao Código de Ética profissional.

No entanto, o Ministério Público e parte do Judiciário não concordaram com esta resolução, o que resultou em novas discussões pela categoria e foi emitida outra Resolução 012/2011, a qual permitia a realização dos exames criminológicos, entretanto com restrições, entre elas que o profissional que realizasse a avaliação não poderia ser o mesmo que acompanhava o sujeito durante seu aprisionamento. Não satisfeito, no ano de 2015, o Ministério Público Federal conseguiu suspender a Resolução do CFP nº 12/2011 por meio de uma ação civil pública. Estas discussões foram extremamente importantes para se observar que muitas das questões trazidas pela categoria já estavam postas no Código de Ética profissional do Psicólogo, sendo que bastava a estes profissionais segui-lo.

Após um longo caminho de discussões e lutas dos profissionais que não concordavam com as prioridades da atuação do psicólogo dentro do sistema prisional, se construiu novas possibilidades de trabalho tendo como prioridade a valorização dos sujeitos a partir de suas especificidades e singularidades, ao levar em conta que as pessoas privadas de liberdade fazem parte de um estrato social que padece por décadas em processos de exclusão. Mas que por meio de práticas de humanização, a psicologia poderia assumir um papel importante na produção de autonomia destas pessoas.

E isso é reforçado pelo CFP (2012) ao corroborar que os psicólogos inseridos no contexto prisional devem direcionar o seu fazer aos discursos produzidos por estas pessoas aprisionadas, de modo que as intervenções possam se constituir como possibilidades de produção de um discurso mais libertador, que objetive a possibilidade de elaboração de novas possibilidades e a descontinuidade no sistema carcerário.

O trabalho do psicólogo deve priorizar os direitos dos indivíduos em cumprimento de pena, que possibilite a construção da cidadania através de projetos e práticas como o atendimento individual, grupos, atenção aos familiares, interlocução com a rede externa, entre outras propostas que visem à promoção de saúde desses sujeitos. O fazer psicológico, vai muito além do atendimento face a face com o sujeito, precisa ter em vista que essa população é carente de quase tudo, desde muito antes do encarceramento. Trabalho que requer tencionar a rede externa para receber esse indivíduo quando em liberdade, a fim de atender as demandas necessárias. Para tanto, o psicólogo precisa compreender como a sociedade enxerga o prisioneiro e através de muito diálogo desmistificar e demonstrar que existe uma questão sócio histórica por de traz da vida de cada sujeito, dado que não se nasce 'bandido'.

Diante dessa realidade, da grande demanda de trabalho da psicologia, voltado ao cuidado dessas pessoas, observa-se que a instituição total também exerce poder sobre o corpo e, por conseguinte, do fazer do psicólogo, que enfrenta dificuldades e necessita se refazer constantemente em sua atuação para conseguir alcançar o objetivo de diminuição da vulnerabilidade penal e social dessa população. Para tal, é necessário dar voz aos sujeitos encarcerados com vistas a facilitar o empoderamento dos mesmos sobre a própria vida, a partir da problematização do encarceramento e de seus aspectos mortificantes de assujeitamento.

Os profissionais da psicologia ao produzirem resistência ao sistema engendrado do sistema prisional, que atuam no sentido oposto da mortificação institucional, são marcados por desafios na sua atuação, a começar por uma dramática própria, que vai ao encontro da ética e convicções da prática profissional (KARAM, 2011). Esse papel na produção de determinadas subjetividades, atrelado historicamente ao psicólogo, parece não descolar do seu fazer profissional, no entanto, ao longo dos anos, os discursos e as práticas estão sendo modificadas, o que possibilita ao profissional atuar como agente de transformação no sistema prisional.

Outros desafios permeiam o exercício do psicólogo prisional, pois estes enfrentam a falta de estrutura física, recursos financeiros e técnicos para implementação de projetos, além da dificuldade em dialogar com demais profissionais da segurança, pois, muitas vezes não existe a compreensão do que se trata o fazer psicológico, o que gera problemas no andamento do trabalho. Esta dificuldade remete a sentimentos de desvalorização e de desmotivação do profissional no sistema prisional (CFP, 2009). Atrelado a tudo isso, está a grande demanda de trabalho, caracterizado pelo aumento expressivo da população carcerária, enquanto o número de psicólogos não teve o aumento equivalente, fazendo com que o profissional experimente, também, os efeitos da lógica institucional, ao ter diminuída a sua possibilidade de atuação (RAUTER, 2016).

No entanto, segundo Amaral e Barros (2016) o profissional, ao discutir coletivamente o seu fazer, pode se potencializar e contribuir no agenciamento de movimentos e

mudanças nesse ambiente, podendo inclusive intermediar o seu conhecimento para com a sociedade, esclarecendo sobre os efeitos do aprisionamento no ser humano.

Vale ressaltar que apesar de todas as adversidades encontradas no cotidiano do Sistema Prisional, diversas possibilidades se fazem presentes, e cabe ao psicólogo auxiliar no enfrentamento das vulnerabilidades colocadas a quem cumpre pena de prisão, com viabilização ao sujeito de um espaço de elaboração subjetiva que leve em consideração as condições que o mesmo habita. Nesse sentido, Freitas (1998) refere que as intervenções psicológicas devem atuar na produção do autoconhecimento, possibilitando um resgate de si próprio, da identidade, autonomia e autoestima, auxiliando os mesmos a perceberem o seu papel como cidadãos na sociedade.

O Conselho Federal de Psicologia (2009) reconhece que os psicólogos devem estabelecer uma relação de confiança junto das pessoas privadas de liberdade, o que lhes permitirá identificar dificuldades e demandas a serem atendidas e assim construir juntos movimentos capazes de produzir processos de desinstitucionalização.

Para tanto, é necessário valorizar as necessidades psicossociais do sujeito, desenvolvendo sua capacidade em lidar com aspectos do cotidiano, que possibilite a reconstrução do exercício da cidadania a partir de um conjunto de fatores para sua aproximação com a sociedade (LINS; OLIVEIRA; COUTINHO, 2009). Dessa forma, compreendendo os privados de liberdade como protagonistas da sua própria vida é preciso realizar práticas voltadas a desconstrução e demarcação institucional, pois estas lhes produzem atitudes de desqualificação e exclusão.

Nos últimos anos, os saberes *psi* abriram mão do poder de controle que lhes foi historicamente confiado, com renúncia à condição de instrumentos avaliadores da periculosidade social dos indivíduos considerados desviantes, podendo assim, orientar sua ação na direção de uma ética singularizante sob a ótica de que o indivíduo é um sujeito complexo para além do que apenas um personagem empobrecido que habita uma prisão (BENELLI, 2014).

Trata-se de uma forma de resistência da psicologia, pela produção de diferença com outro modo de compreender e intervir neste cenário ainda tão excludente e de reforma na própria psicologia, no auxiliar a diminuição do sofrimento frente às vulnerabilidades do cárcere, no sentido de criar estratégias de manobra, espaços de singularizações que possibilitem o empoderamento e enfrentamento da lógica segregativa. Para tanto, cabe à psicologia, romper com a norma de controle e adequação ao ambiente prisional, pois, para o sujeito sobreviver na prisão e não sucumbir a maiores destruições subjetivas é necessário possibilitar a construção de interstícios de liberdade (RAUTER, 2016).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A institucionalização é um modo de ir aniquilando pouco a pouco o sujeito. O trabalho da psicologia pode ser de resistência a isso, por dentro desse sistema e não de enquadramento da pessoa ou de si mesmo, mas que se sinta fortalecida para tomar a própria vida nas mãos na sociedade que se vive. Os efeitos do trabalho realizado impulsionam a insistir, mas fica a questão, por quanto tempo ainda se resistirá?

Dentre tantos desafios que permeiam o trabalho da psicologia, percebe-se que este profissional também padece das degradações decorrentes da instituição total, que tentam ajustar o seu fazer aos interesses da instituição, de modo que muitos são os entraves enfrentados no dia a dia, que causam frustração e sentimentos de impotência. O maior desafio está na criação de mecanismos que interfiram nessa máquina trituradora de subjetividades, com movimentos que viabilizem a autonomia, e o empoderamento sobre as vidas dos sujeitos privados de liberdade.

A partir desta discussão percebeu-se que o profissional de psicologia deve ser capaz de libertar-se das amarras provenientes do sistema prisional para atuar em movimentos de produção de liberdade. É função desses profissionais desconstruir diariamente os estigmas construídos sob as pessoas privadas de liberdade que frequentemente são lembradas através das mídias como bodes expiatórios de todos os problemas da sociedade. Nessa perspectiva, as intervenções psicológicas ao atuarem na produção do autoconhecimento, dão voz aos sujeitos, visando a potencialização da vida a partir de um resgate de si próprio.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Thaísa. V.F, BARROS, Vanessa. A. O trabalho do(a) psicólogo(a) no Sistema Prisional. In: **O Trabalho da(o) psicóloga(o) no sistema prisional: Problematizações, ética e orientações**. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: França, 1ª edição, 2016.

BARROS, Lia Canejo Diniz. Violência, Criminalização da Pobreza e os Desafios para a Constituição da Cidadania. **V Jornada Internacional de Políticas Públicas**, São Luis, 2011. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/PODER_VIOLENCIA_E_POLITICAS_PUBLICAS/VIOLENCIA_CRIMINALIZACAO_DA_POBREZA_E_OS_DESAFIOS_PARA_A_CONSTITUICAO_DA_CIDADANIA.pdf. Acesso em: 14 maio 2020.

BAUMAN, Zygmunt. **Globalização: as consequências humanas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

BECK, Ulrich. **A reinvenção da política: rumo a uma teoria da modernização reflexiva**. In: *Modernização Reflexiva: Política, Tradição e Estética na Ordem Social Moderna*. São Paulo: Ed. Unesp, 1997 p. 11-71.

BENELLI, Sílvio J. **A lógica da internação: instituições totais e disciplinares (des)educativas**. São Paulo: Editora UNESP, 2014, 252 p. ISBN 978-85-68334-44-7.

BRASIL. **Lei de Execução Penal nº 7.210 de 11 de julho de 1984**. Organizada por Juarez Oliveira. São Paulo: Saraiva, 1995.

CASSORLA, Roosevelt. M. S. **Do Suicídio: estudos brasileiros**. Campinas: Papirus, 1991.

Conselho Federal de Psicologia. Resolução nº 09/2010. **Regulamenta a atuação da(o) psicóloga(o) no âmbito do sistema prisional**. Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2010/07/resolucao2010_009.pdf. Acesso em: 05/07/2020.

_____. Resolução nº 12/2011. **Regulamenta a atuação da(o) psicóloga(o) no âmbito do sistema prisional**. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2011/06/resolucao_012-11.pdf. Acesso em 05/07/2020.

_____. **Referências técnicas para atuação das(os) psicólogas(os) no sistema prisional**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2012.

_____. **A prática profissional dos (as) psicólogos (as) no Sistema Prisional**. Conselho Federal de Psicologia. Brasília, 2009.

DARKE, Sacha e KARAM, Maria Lucia. **Administrando o cotidiano da prisão no Brasil**. In: Discursos Sediciosos, Ano 17. Instituto Carioca de Criminologia. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2012.

DEPEN. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. 1 dez. 2019. Disponível em: <https://app.powerbi.com/w?r=eyJrIjoizTlkZGJjODQtNmJiMi00OTJhLWFiMDktNmFkNTM0Mmwi3liwidCI6ImViMDkwNDRlLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>. Acesso em: 1 jul. 2020.

FATTORELLI, Maíra Miranda. Direitos humanos e seu não-lugar: o cárcere e suas relações de poder e vulnerabilidade. **Departamento de Direito**, 2014.

FAVILLI, Federico; AMARANTE, Paulo. Direitos humanos e saúde mental nas instituições totais punitivas: um estado da arte Itália-Brasil sobre a determinação de mecanismos alternativos à prisão decorrentes às situações de doença mental ou enfermidade. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, ano 25, v. 10, p. 151-193, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69659>. Acesso em: 5 maio 2020.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1981.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Editora Vozes, 1977.

FREITAS, Maria. de F. **Inserção na comunidade e análise de necessidades: reflexões sobre a prática do psicólogo**. Rev. Psic. Reflex. Crit. 11 (1). Porto Alegre, 1998

GOFFMANN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 8ª edição, 1999.

KARAM, Maria. L. **Psicologia e Sistema Prisional**. Revista EPOS, v. 2, n. 2, 2011.

LINS, Carlos Estellita; OLIVEIRA, Verônica Miranda; COUTINHO, Maria Fernanda. Clínica ampliada em saúde mental: cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 205-215, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a26v14n1.pdf>. Acesso em: 5 maio 2020.

MISSE, Michel. **Crime, sujeito e sujeição criminal: aspectos de uma contribuição analítica sobre a categoria “bandido”**. Lua Nova: Revista de Cultura e Política, 2010.

NEGRELLI, ANDRÉIA MARIA. **Suicídio no sistema carcerário: análise a partir do perfil biopsicossocial do preso nas instituições prisionais do Rio Grande do Sul**. 2006. 103 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Criminais) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/4919/1/388575.pdf>. Acesso em: 13 maio 2020.

PACHECO, Pedro José; VAZ, Viviane Naisinger. Outras práticas possíveis da psicologia na prisão. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, Vitória, p. 177-198, 2014. Disponível em: <http://sisbib.emnuvens.com.br/direitosegarantias/article/view/647/207>. Acesso em: 7 maio 2020.

PESTANA, Janine Gonçalves. Breves apontamentos sobre as instituições totais: suas características e funcionamento. **Psicólogo informação**, p. 93-117, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/6136-20084-1-PB.pdf>. Acesso em: 4 maio 2020.

POMPEU, Júlio César. **Cara de bandido: as representações sociais de criminosos para juristas e não-juristas**. Orientador: Edinete Maria Rosa. 2013. Tese de doutorado (Programa de Pós-Graduação em Psicologia) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2013. Disponível em: http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/3153/1/tese_4499_Tese%20Julio%20Pompeu.pdf. Acesso em: 4 maio 2020.

RAUTER, Cristina. **Criminologia e Subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2ª edição, 2003.

RAUTER, Cristina. O trabalho do Psicólogo em Prisões. In: **O Trabalho da (o) psicóloga (o) no sistema prisional: Problematizações, ética e orientações**. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: França, 1ª edição, 2016.

YOUNG, Jock. **A sociedade excludente: exclusão social, criminalidade e diferença na modernidade recente**. Tradução Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Revan. Instituto Carioca de Criminologia, 2002.

ZAFFARONI, Eugenio R. **Em busca das penas perdidas: a perda de legitimidade do sistema penal**. Rio de Janeiro: Revan, 1991.

ZALUAR, Alba. **Condomínio do diabo**. Rio de Janeiro: Revan e Ufrj, 1994.

CAPÍTULO 6

ESTRESSE NO TRABALHO

Data de aceite: 03/08/2020

Marília Gonçalves Bruno

ILES/ULBRA

Itumbiara-GO

<http://lattes.cnpq.br/4278757664451941>

Taine Silva Galvão

ILES/ULBRA

Itumbiara-GO

Laila Ariadi Chaves Freitas

ILES/ULBRA

Itumbiara-GO

Patrícia Francisca dos Santos Medeiros

ILES/ULBRA

Itumbiara-GO

PALAVRAS-CHAVE: Estresse. Neurose. Trabalho.

ABSTRACT: Work is the source of livelihood for the human being. It is through him that man creates and builds the goods necessary for survival itself, as well as obtains resources for the acquisition of other goods these produced by other people. However, work can also be source of suffering, alienation and degradation (SANTOS, et al, 2010). Against addition, the present work aims to general identify the risk factors and consequences of stress at work.

KEYWORDS: Stress. Neurosis. Job.

INTRODUÇÃO

O trabalho é a fonte de subsistência para o ser humano. É por meio dele que o homem cria e constrói os bens necessários à própria sobrevivência, assim como obtém recursos para a aquisição de outros bens estes produzidos por outras pessoas.

Contudo, o trabalho também pode ser fonte de sofrimento, alienação e degradação humana (SANTOS, et al, 2010). Diante disso o presente trabalho tem como objetivo geral identificar os fatores de risco e consequências do estresse no trabalho.

METODOLOGIA

Através do manejo de artigo científico para explanar sobre os malefícios de um ambiente de trabalho estressor, expor dados de forma bibliográfica e qualitativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estresse ocupacional pode ser definido com ênfase nos fatores do trabalho que excedem a capacidade de enfrentamento

do indivíduo (estressores organizacionais) ou nas respostas fisiológicas, psicológicas e comportamentais dos indivíduos aos estressores. As mudanças tecnológicas e organizacionais do trabalho aceleram a preocupação e quanto ao comportamento no plano social e individual do trabalhador e quanto às consequências dessas transformações em sua saúde. Determinantes do estresse estão relacionados aos fatores psicossociais do trabalho bem como à ênfase atual nas competências e habilidades, na precariedade do trabalho e nas privatizações, a falta de participação na tomada de decisões, o controle excessivo no trabalho, a falta de comunicação, o grau do nível de formalidade, a liderança gerencial autoritária e a falta de apoio social. Se as fontes estressoras persistirem de maneira intensa, pode ter como consequência a neurose profissional. O psicólogo, para compreender o adoecer e o sofrer dos trabalhadores, deve considerar a subjetividade do indivíduo, ou seja, o conjunto de valores, crenças e o significado que os indivíduos atribuem a determinadas situações em um contexto social, promovendo mudanças nas condições e processos de trabalho, com enfoque no coletivo dos trabalhadores.

CONCLUSÕES

O estresse ocupacional é resultante das exigências do trabalho e das habilidades do trabalhador enfrentar para adequadamente. Determinantes do estresse estão relacionados aos fatores psicossociais do trabalho bem como à ênfase atual nas competências e habilidades, na precariedade do trabalho e nas privatizações, a falta de participação na tomada de decisões, o controle excessivo no trabalho, a falta de comunicação, o grau do nível de formalidade, a liderança gerencial autoritária e a falta de apoio social. Quando os sintomas comprometem a vida do trabalhador o Ministério da Saúde cita como forma de tratamento, além da psicoterapia individual, uma ação integrada que aborde o atendimento por parte de uma equipe multiprofissional capacitada.

REFERÊNCIAS

SANTOS, Ludmilla Cristine et al . Psicologia e profissão: neurose profissional e a atuação do psicólogo organizacional frente à questão. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília v. 30, n. 2, p. 248- 261, jun. 2010 .

PASCHOAL, T; TAMAYO, A. Impacto dos Valores Laborais e da Interferência Família – Trabalho no Estresse Ocupacional. Brasília- DF. Mai-Ago 2005, Vol. 21 n. 2, pp. 173-180. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v21n2/a07v21n2>>.

AVALIAÇÃO DAS FUNÇÕES EXECUTIVAS EM CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: REVISÃO DAS INTERVENÇÕES

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 05/06/2020

Gracimary de Jesus Godinho Bastos

Universidade CEUMA

São Luís - Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/0747265963054352>

Ana Flávia Lima Teles da Hora

Universidade CEUMA

São Luís - Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/9608276694408340>

Marilourdes Maranhão Mussalém

Colégio Santa Fé

São Luís - Maranhão

Luzimary de Jesus Ferreira Godinho Rocha

Instituto Federal do Maranhão

São Luís - Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/7326088654509418>

Helena Rúbia de Santana Botelho

Universidade CEUMA

São Luís - Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/0150011108610460>

Sandra Maria Nunes Bastos

SENAI - MARANHÃO

São Luís - Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/6443655245758242>

RESUMO: O autismo tem recebido destaque em várias áreas do conhecimento, inclusive na Psicologia. Por se tratar de um transtorno do neurodesenvolvimento, que não tem uma causa definida e nem cura, estudiosos buscam pesquisar sobre as possíveis causas e intervenções que podem facilitar aos autistas uma condição de vida melhor. As avaliações neuropsicológicas têm sido, frequentemente, utilizadas para investigar áreas cognitivas que podem estar relacionadas aos “déficits” no autismo, como é o caso, das funções executivas. Estas, por sinal, são responsáveis por gerenciar o controle inibitório, a flexibilidade cognitiva, a atenção, o processamento visoespacial, habilidades motoras que são alvo de estudos científicos. Neste estudo, objetivou-se reunir evidências de pesquisas na área do neurodesenvolvimento, da avaliação das funções executivas em crianças diagnosticadas com o Transtorno do Espectro Autista, a partir das palavras-chaves: “autismo”, “funções executivas”, “intervenção”, “avaliação”. Realizou-se um levantamento nas revisões de literatura nas seguintes bases: Scielo, LILACS e BDTD. Dentre as dissertações encontradas, apenas algumas estavam condizentes às perspectivas da pesquisa uma relacionava as funções executivas às avaliações

neuropsicológicas no autismo; os artigos analisados, apenas um contemplava os critérios de inclusão. Apesar dos estudos mostrarem alguns instrumentos randômicos ou não nas avaliações neuropsicológicas das funções executivas, ainda são escassos em matéria de estudos no Brasil. Entretanto, não há como padronizar somente um instrumento para os autistas, por serem “déficits” diversificados e que depende do nível de gravidade de cada criança.

PALAVRAS-CHAVE: Autismo. Funções executivas. Avaliação. Instrumentos.

EVALUATION OF EXECUTIVE FUNCTIONS IN CHILDREN WITH DIAGNOSIS OF AUTISTIC SPECTRUM DISORDER: REVIEW OF THE INTERVENTIONS

ABSTRACT: Autism has been highlighted in several areas of knowledge, including psychology. Because it is a neurodevelopmental disorder, which has no defined cause and neither cure, scholars seek to research the possible causes and interventions that may facilitate better living conditions for autistic people. Neuropsychological assessments have been often used to investigate cognitive areas that may be related to deficits in autism, as is the case, in executive functions. These, by the way, are responsible for managing inhibitory control, cognitive flexibility, attention, visuospatial processing, motor skills that are the target of scientific studies. In this study, the objective was to gather evidence from research in the area of neurodevelopment, evaluation of executive functions in children diagnosed with Spectrum Disorder Autistic, from the keywords: autism, executive functions, intervention, evaluation. A survey of literature reviews was carried out on the following bases: Scielo, LILACS and BDTD. Among the dissertations found, only a few were consistent with the research perspectives, one related executive functions to evaluations neuropsychological disorders in autism; the analyzed articles, only one contemplated the criteria of inclusion. Despite the studies showing some random instruments or not in the neuropsychological assessments of executive functions are still scarce in terms of studies in Brazil. However, there is no way to standardize just one instrument for autistic, as they are diversified deficits and that depends on the severity level of each kid.

KEYWORDS: Autism. Executive functions. Evaluation. Instruments.

1 | INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um assunto que tem sido abordado em diferentes contextos sociais e em artigos, teses, dissertações, livros e revistas, como um tema complexo, por ser uma desordem neurológica que apresenta características peculiares, como os movimentos repetitivos e as estereotípias, além da dificuldade de interação social.

A convivência com crianças autistas é muito particular, envolvendo diferentes públicos, como a família, a escola e os profissionais especializados. Ao acompanhar

alguns casos (como auxiliar de Pedagogia), de crianças autistas, com faixa etária de cinco anos, percebeu-se que algumas delas eram “esquecidas” nos cantos das salas, devido suas estereotípias e falta de conhecimento das professoras sobre as intervenções para o transtorno. Esta situação nos fez refletir sobre quais seriam as maneiras mais eficazes que poderiam cooperar para o avanço pedagógico e/ou comportamental desses alunos.

2 | TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno que apresenta alterações em algumas funções neurológicas, por isso, é caracterizado como transtorno do neurodesenvolvimento (GAIATO, 2018). Compreende-se que é uma condição que atua diretamente no desenvolvimento da pessoa, tendo como características elementares déficits quanto ao domínio do comportamento, interação e comunicação (SANDBERG; SPRITZ, 2017). Segundo a Associação Americana de Psiquiatria - APA (2014, p. 54), o autismo diz respeito a “comportamentos estereotipados ou repetitivos incluem estereotípias motoras simples [...], uso repetitivo de objetos [...] e fala repetitiva [...], uso de “tu” ao referir-se a si mesmo [...]”, são as primeiras evidências a serem desconfiadas pelos pais, haja vista que não há sinais físicos que indicam a presença do transtorno nas crianças (SADOCK, 2017). O TEA compreende um espectro porque está relacionado a variedade sintomática nas áreas citadas anteriormente e, devido as estereotípias e interesses reduzidos (GAIATO, 2018).

Segundo Ferreira (2010) Autismo significa um desligamento da realidade e a concepção mental de um mundo autônomo, e é considerado como um fenômeno patológico. Destarte, esse conceito é considerado excludente, o fato de ter comprometimentos neurológicos típicos do TEA, pois não invalida a capacidade de receber estímulos ambientais (CAMPOS; PICCINATO, 2019).

O transtorno não apresenta alterações físicas, pois inicia no momento da formação do sistema nervoso do feto, ainda não se tem explicações sobre o que ocorre, mas algo acontece de maneira incomum durante essa formação neurológica e permanece por toda a vida do ser humano (CAMPOS, PICCINATO, 2019).

Portanto, torna-se relevante citar a responsabilidade dos pais, ao perceberem sintomas que se manifestam de maneira incomum, no desenvolvimento da criança após os primeiros meses de vida (SADOCK, 2017). Atualmente, os dois sistemas de classificação para o diagnóstico de autismo são: a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde ou CID-10 e o Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais da Academia Americana de Psiquiatria DSM 5. De acordo com a CID -10 o autismo é um Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD)), tendo o código F84 e as subdivisões: F84.0 Autismo infantil e F84.1 Autismo atípico (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE

SAÚDE, 2008). Por sua vez, o DSM-5, reconhece classifica o autismo como Transtorno do Espectro Autista - TEA, sinalizando que as “manifestações do transtorno também variam muito dependendo da gravidade da condição autista, do nível de desenvolvimento e da idade cronológica; daí o uso do termo *espectro*” (APA, 2014, p. 53), apontando que o grau de prejuízos do transtorno varia em conformidade com o nível de apoio demandado pelo indivíduo, distinguindo-os em nível de gravidade 1, 2 e 3. Conforme aponta a Associação Americana de Psiquiatria (2014) e Campos e Piccinato (2019) e a os níveis de gravidade caracterizam-se como:

NÍVEL 1 – Leve - Exigindo apoio

Há inflexibilidade no comportamento ocasionando mudanças significativas no desempenho dos diferentes contextos. Há dificuldade para as trocas de tarefas; problemas para planejar e organizar, que comprometem a autonomia. Apresenta dificuldade para interagir socialmente. E ainda, déficits na comunicação social tendo prejuízos consideráveis.

NÍVEL 2 – Moderado - Exigindo apoio substancial

Apresenta inflexibilidade comportamental, não consegue lidar com alterações das suas ações. Aparecem comportamentos repetitivos/restritos frequentemente, sendo vistos claramente pelo observador, interferindo no contexto social. Neste nível, demonstra dificuldade e/ou sofrimento ao necessitar mudar a rotina. Os déficits são graves, principalmente, em suas habilidades de comunicação social não verbal e verbal; apresenta dificuldades sociais, até com o apoio.

NÍVEL 3 – Grave - Exigindo apoio muito substancial

Neste nível, as limitações são graves com déficits seríssimos nas habilidades verbais e não verbais. A interação é limitada, pois não consegue dar abertura social. A inflexibilidade é extrema de comportamento e lidar com as alterações ou diferentes comportamentos interfere bastante no funcionamento em todas as áreas, sendo, o sofrimento perceptível quando precisam mudar de foco.

Os estudos relacionados a este transtorno iniciam na década de 40, quando o Dr. Leo Kanner (médico austríaco), que residia nos Estados Unidos, em Baltimore, descreveu o autismo nos escritos intitulado “Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo”. Neste estudo, Kenner comenta sobre alguns casos, sendo o do Donald T., o primeiro, por volta do ano 1938. Em suas observações, percebeu que ao nascerem, as crianças eram apáticas, sem qualquer interesse no ambiente e nas pessoas. Começou então, a descrever e registrar, cuidadosamente, e com riquezas de detalhes todos os comportamentos considerados incomuns para àquela idade. A partir daí, considerou duas hipóteses, que seriam impreteríveis para possível diagnóstico do problema: “primeiro, o isolamento social e, segundo, os comportamentos anormais e a inistência nas mesmas coisas” (VOLKMAR; WIESNER, 2019, p. 2). Alguns anos mais tarde, Hans Asperger, em 1944, também médico austríaco, em posteriores estudos sobre autismo, escreve um artigo e relaciona comportamentos semelhantes aos casos de Kenner (MELLO, 2007), na qual meninos

apresentavam boa linguagem, contudo, o contato social, praticamente, não existia.

Hans utilizava o termo transtorno da personalidade autista, para identificar as pessoas com autismo em sua pesquisa (VOLKMAR; WIESNER, 2019). O médico desconfiava que a ocorrência da síndrome fosse mais contínua do que aparentava e sinalizou a probabilidade de alguns casos de autismo infantil terem sido considerados de forma errada como esquizofrenia ou retardo mental, pois muitas crianças, até 1980, eram classificadas com esquizofrenia infantil. Contudo, não inviabiliza a possibilidade de um autista desenvolver o transtorno esquizofrênico e comorbidades posteriormente.

Kenner estudava sobre o transtorno autístico que está relacionado aos fatores emocionais da criação dos pais. Contudo, constatou através de pesquisas, com pais de crianças normais e de crianças com autismo, que sua hipótese estava refutada. Entende-se que

O transtorno do autismo era caracterizado pela presença de problemas em três domínios: comunicação social, comportamentos restritos e repetitivos e desenvolvimento e uso de linguagem aberrante.

Um consenso clínico recente mudou o conceito de transtorno do espectro autista para um modelo de transição gradual (SADOCK, 2017, p. 1153).

Sadock (2017) descreve que as causas do TEA, não estão ligadas às questões emocionais, e que a diversidade sintomática é identificada como intrínseca ao autismo, bem como, os diagnósticos estão distribuídos em comportamentos restritos e repetitivos e deficiências na comunicação social. As estereotípias são condutas mecânicas e sem lógica funcional (CAMPOS, PICCINATO, 2019).

Conforme cita Volkmar e Wiesner (2019, p. 2) “Kenner considerava que havia duas coisas essenciais para a confirmação do diagnóstico de autismo – primeiro, o isolamento social e, segundo, os comportamentos anormais e a insistência nas mesmas coisas”. De acordo com o mesmo autor, na década de 80, o DSM 3 classificava as pessoas com Transtorno Pervasivo do Desenvolvimento, contudo, as pessoas não mostravam todas as condições para tal nomenclatura.

Acrescenta-se ainda, várias revisões foram realizadas, após o DSM IV e excluiu-se essa terminologia, por ser considerado estranho. Na versão do DSM-5, emprega-se a terminologia Transtorno do Espectro Autista, a qual foi incluída uma categoria nova, ou seja, o Transtorno da Comunicação Social, objetivando identificar as pessoas que apresentam déficits na área da linguagem pragmática.

2.1 Etiologia

Dados da OMS - Organização Mundial de Saúde (2017), mostra que o número de autistas têm crescido a cada dia e, atualmente, no Brasil, aproximadamente, mais de 2 milhões e, mundialmente chegue a mais de 70 milhões de pessoas. Não há um número exato de crianças diagnosticadas no país, por não ter estudos de prevalência sobre o

assunto (PAIVA JR., 2019). Entretanto, foi promulgada a Lei nº 13.861, de 18 de julho de 2019, que altera a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989 e, passa a vigorar no Art. 17, Parágrafo Único que diz “os censos demográficos realizados a partir de 2019 incluirão as especificidades inerentes ao transtorno do espectro autista”. Esses dados são importantes para mensuração da população de autistas existentes no Brasil, a partir de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2019).

Conforme Savall e Dias (2018, p. 19) “ainda não há pesquisas sobre a incidência do TEA no Brasil, mas dados estatísticos do Centers for Disease Control and Prevention – CDC (2017) apontam a incidência, nos Estados Unidos, de um caso para cada 68 nascimentos”.

O TEA não é considerado uma doença porque ainda não se descobriu o gene que causa as alterações cerebrais. E por não se ter comprovações científicas sobre a origem do problema, não tem possibilidade de cura (CAMPOS; PICCINATO, 2019).

Diferentes pesquisas trabalham com a hipótese de ser um problema relacionado a fatores genéticos, isto porque, ocorre durante a gestação uma cadeia de reações químicas, que alteram o desenvolvimento dos neurônios. Permitindo que a organização, a qualidade, o número de células, a forma e a produção sejam modificadas devido essas reações. A Epigenética é outra área que está sendo analisada, por estudar os fatores que regulam a expressão dos genes, que é controlada por substâncias químicas existentes no DNA (GAIATO, 2018).

Outros fatores também fazem parte dos trabalhos desenvolvidos em busca da causa do autismo, como fatores ambientais. Conforme aponta Volkmar e Wiesner (2019, p. 18) “os aspectos observados incluíam, entre outros, idade parental avançada, uso de medicação pela mãe, crianças nascidas antes ou depois do tempo e diabetes gestacional [...]”. Isto porque nesse período, a mãe está mais vulnerável

Como ainda não se tem a origem, vários estudos epistemológicos estão sendo realizados, um deles é o “SEED – *Study to Explore Early Development*, para Estudo para Explorar o Desenvolvimento Precoce” (TEIXEIRA, 2016, p. 35), visando a identificação dos fatores de risco determinantes no desenvolvimento do TEA. A partir daí, a busca pelo tratamento e prevenção do transtorno.

Estudos mais antigos apontam a falta de relacionamento afetivo e a negligência da mãe com o filho, por isso, eram chamadas de “mãe geladeira” e, também, a hipótese levantada pelo médico Andrew Wakefield (1997) que a vacinação tríplice viral poderia ter provocado a incidência dos casos de autismo (GRANDIN, 2015; GAIATO, 2018).

2.2 Funções Executivas – FE’s

Ao estudar o DSM – 5 percebe-se que o TEA está relacionado diretamente ao funcionamento das Funções Executivas (FE). Sendo este assunto visto como centro das atenções de muitos autores da literatura, que abordam as possíveis causas e intervenções,

a serem desenvolvidas em crianças com o transtorno do autismo. Isto porque os inúmeros casos surgem a todo instante, principalmente, quando iniciam a vida escolar, devido a escola ser um ambiente que possibilita a criança desenvolver várias áreas, seja social, cognitiva e motora (APA, 2014).

A criança com o diagnóstico do transtorno neurocognitivo, como é o caso do autista, apresenta atraso cognitivo relacionado a um nível anterior nas esferas: atenção complexa, função executiva, linguagem, aprendizagem e memória, perceptomotora (WHITBOURNE, 2015).

Entretanto, o que são as Funções Executivas (FE's)? Segundo Fuentes *et al.* (2014, p.21) as FE's correspondem a um “conjunto de habilidades e capacidades que nos permitem executar as ações necessárias para atingir um objetivo”. Para Caterino (2018) há uma divisão das FE em três componentes: memória de trabalho, flexibilidade cognitiva (FC) e controle inibitório

O desenvolvimento das habilidades das FE tem início na fase infantil e continuam até a adolescência. Entende-se que estas funções permitem que a criança resista às tentações, consiga memorizar informações, como ainda, se ajuste a situações novas (DUMARD, 2016). Para Gadelha (2018) o armazenamento temporário das informações recebidas pelo cérebro, trabalhando ativamente é uma função desempenhada pela memória de trabalho do ser humano.

Zelazo, Blair e Willoughby (2016) propõe como modelo a diferença entre Funções Executivas frias e quentes, e, considera que as duas trabalham concomitantemente para solucionar os problemas no dia a dia, o autocontrole e tomada de decisão. Sendo que a primeira, refere-se ao processamento cognitivo da criança e, a segunda está relacionada à motivação, aspectos emocionais e afeto.

O processamento cognitivo que envolve as FE's frias são “constructos” que incluem habilidades, em crianças típicas, como: controle inibitório, memória de trabalho, flexibilidade cognitiva (FC) e planejamento. A FC é considerada uma habilidade que permite o pensamento por diferentes perspectivas, condições de alternar e a troca de estratégias a partir de diversas respostas. É válido citar que, nas crianças autistas há um agravamento, principalmente, ao necessitar as trocas de estratégias, dificultando a habilidade de flexibilizar e manejar as ações, porque alguns casos, as regras e padrões são construídos de forma mental, por eles (CATERINO, 2018).

Não há estudos que evidenciam o mau desempenho das funções executivas, causando prejuízos no cognitivo da pessoa e são chamadas de disfunções executivas, pois apresentam comprometimentos e, assim responsabilizando-as de forma sintomática em crianças com TEA (ASSUMPCÃO JR; PIMENTEL, 2000).

A partir dos avanços tecnológicos e os estudos da neuropsicologia, em busca de compreender as relações entre o funcionamento normal ou patológico do cérebro, os diferentes tipos de comportamentos, é que se entende o quanto é importante conhecer o

sistema cerebral em sua complexidade. Torna-se importante conhecer as competências que este órgão desempenha e o dinamismo que possui. Com esses progressos é possível aprimorar as pesquisas científicas e considerar as alterações que acontecem nas FE's, as doenças ou anormalidades cerebrais. A avaliação é indispensável, principalmente, na primeira idade para mostrar o desenvolvimento ou as impossibilidades que o cérebro apresenta (FERREIRA *et al.*, 2010).

Na primeira infância, o cérebro do ser humano amplia o maior número de ligações sinápticas. Ao completar 3 anos de idade, já é possível o desenvolvimento de 1 quatrilhão de ligações, devido o bebê nascer com cerca de 100 bilhões de células cerebrais. Este número é duas vezes mais que um adulto consegue obter. Ao chegar no seu quarto ano de vida, calcula-se que a criança esteja, aproximadamente, atingindo a metade da sua capacidade intelectual (INSTITUTO CAMARGO CORRÊA, 2007).

Faz-se necessário, citar que as ligações entre os neurônios ocorrem por toda vida, contudo, acontece intensamente e de forma frenética na primeira infância. Essas informações referem-se ao desenvolvimento do cérebro tanto com as FE's funcionando normalmente, como às disfunções executivas. Por isso, é fundamental que sejam fornecidos estímulos que maximizem a qualidade e quantidade de ligações. A aquisição de habilidades das FE's está vinculada ao aumento do desenvolvimento da região pré-frontal do cérebro, da fase infantil até o fim da adolescência (GAIATO, 2018).

Enfatiza-se o quanto é importante o papel da família ao observarem situações atípicas no comportamento do bebê, que podem estar relacionados à desordem das funções executivas (DALGALARRONDO, 2019). Conforme já mencionado em outro momento, a comunicação é um dos problemas percebidos em crianças com TEA. Contudo, no quadro neuropsicológico, o comprometimento maior na cognição está na linguagem (SALLES; HAASE; DINIZ, 2016).

Vários aspectos precisam ser identificados, quando se trata de desenvolvimento atípico. Na primeira infância (entre 4 e 10 meses), os bebês ao aprenderem a movimentar os braços, ou seja esticá-los, agarram os objetos, começando o contato e passando a ter experiências pessoais e percebem que podem controlar eventos externos (PAPALIA, 2013). Entretanto, a criança que nasce com qualquer alteração neurológica, como no caso do TEA, essa relação fica comprometida. Ressalta-se que, a avaliação clínica, a priori, é a forma de diagnosticar uma criança com autismo, por não existirem testes laboratoriais utilizados para detectar o transtorno do espectro desde cedo (MELLO, 2007).

Crianças diagnosticadas com TEA, mesmo àquelas que apresentam funcionamento de linguagem, inteligência normal ou perto do normal, demonstram dificuldades em atividades que envolvem a cognição social, ou melhor, não conseguem perceber emoções negativas, como por exemplo, a tristeza; nas expressões em que se utiliza a voz, nas teorias da mente, bem como, nas interpretações quanto ao uso das regras sociais (DALGALARRONDO, 2019).

Para Gaiato (2018), mesmo com comprometimentos cerebrais é possível que novos caminhos sejam estimulados. Novas redes de neurônios se formam com a condição de progressos significativos aconteçam, mas, tem que ser com a ajuda de profissionais especializados.

2.3 Avaliação Neuropsicológica

Anteriormente, durante a descoberta de Kenner, poucas decisões eram tomadas, em consenso, para fazer as intervenções relacionadas ao problema do autismo, sendo a psicoterapia a única opção. Com o passar dos tempos e a variedade de informações adquiridas através dos diferentes estudos, alguns princípios da Psicologia comportamental foram apontados como estratégia fundamental para o acompanhamento e tratamento da pessoa com TEA. A neuropsicologia é utilizada para avaliações e tratamentos, no caso de reabilitação da pessoa com mudanças no funcionamento cerebral, como os cérebros dos autistas (MEDEIROS, 2018).

O objetivo principal de interesse clínico da neuropsicologia do desenvolvimento é o funcionamento cognitivo, emocional, familiar, acadêmico e social de crianças e adolescentes com lesões adquiridas do cérebro (paralisia cerebral, meningoencefalite, traumatismo cranioencefálico, etc) ou transtornos do desenvolvimento (deficiência intelectual, autismo, síndromes genéticas, TDAH, transtornos específicos de aprendizagem, etc) (HAASE *et al.*, 2016, p. 12).

A neuropsicologia do desenvolvimento faz uso dos estudos empíricos do desenvolvimento humano com o objetivo de ampliar os conhecimentos sobre o desenvolvimento cerebral.

As crianças da época eram consideradas ineducáveis e, o estudo algo inalcançável, por apresentarem características do transtorno e, por isso, utilizavam programas desenvolvidos pelo Estado, que davam suporte da infância até a fase adulta, ou mesmo velhice, desse público. Importante citar que, alguns desses programas ainda existem e é necessário comprovar empiricamente os dados relativos aos diferentes estudos (VOLKMAR; WIESNER, 2019).

Segundo Whitbourne (2015, p. 103) as alterações no neurodesenvolvimento “[...] têm um impacto importante no funcionamento social e cognitivo, envolvendo os déficits na interação social e nas habilidades de comunicação, bem como comportamento, interesses e atividades bizarras”. Possuem características peculiares, como: perda no funcionamento social, acadêmico, pessoal e profissional. Apresentam ainda, déficits específicos em seu desenvolvimento, seja no controle das funções executivas, como também, no processo de aprendizagem da pessoa, interferindo na inteligência e habilidades sociais, causando prejuízos globais. A dificuldade apresentada pela criança com TEA está diretamente relacionada ao seu nível de comprometimento (CAMPOS; PICCINATO, 2019).

Vários instrumentos, procedimentos e testes psicológicos são utilizados na avaliação de autistas, alguns exemplos são: “a anamnese clínica, a entrevista e atividades lúdicas,

entre outras, são capazes de prestar importantes contribuições para a avaliação neuropsicológica [...]”. É válido ressaltar que, são testes que necessitam de profissional especializado na área (SAVALL; DIAS, 2018, p. 33).

Vale enfatizar que, podem ser encontrados mais de um transtorno do neurodesenvolvimento em uma criança, no caso do autista, podem ocorrer: deficiência intelectual e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade – TDAH (APA, 2014). Sandberg e Spritz (2017) aponta que as evidências experimentais são impreteríveis, para a avaliação e possíveis tratamentos e intervenções. No caso de crianças com TEA, menos capacidade deve ser adaptado programas individualizados de acordo com as habilidade e necessidades de cada um, que seja congruente com o plano a longo prazo, dependendo do grau de comprometimento da criança. É necessário abordar as características que são típicas do autismo, ou seja, a falta de interação social e comunicação (VOLKMAR; WIESNER, 2019). O autor ainda elenca alguns instrumentos usados para avaliação neuropsicológica, dentre eles estão:

A escala *Modifield Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT): serve de rastreamento, visando identificar indícios do transtorno em crianças menores (18 e 24 meses). É um instrumento aplicado no bebê e pais.

A *Childhood Autism Rating Scale* (CARS): usada para distinguir os casos (leve, moderado e grave), com 15 itens que ajudam na identificação de crianças com TEA daquelas prejuízos do desenvolvimento e, que não são autistas.

Diante do grande número de nascimentos de bebês com o transtorno e a busca por uma possível cura ou amenizar as dificuldades enfrentadas por este grupo de crianças é importante comentar que, não há uma única solução que sirva para todos de igual forma. Os tratamentos devem ser individuais, graduais que permitam a evolução e qualidade de vida da fase infantil até a velhice (CAMPOS, PICCINATO, 2019).

O *Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children* (TEACCH), baseia sua metodologia no princípio de que todas as crianças com autismo podem aprender, mesmo que de forma diferente. Há ainda, o *Picture Exchange Communication System* (PECS), ou Sistema de comunicação por trocas de figuras: este método ensina as crianças com autismo a se comunicarem de maneira funcional, por troca de imagens (GAIATO, 2018). Por ser um transtorno do neurodesenvolvimento, O TEA tem tratamento médico? Esta foi uma das hipóteses levantadas também e as informações encontradas registram que, hoje, tem sido realizado a quelação como uma forma de tratar os autistas, “é um tratamento médico de remoção de metais pesados do corpo humano [...] e a terapia craniossacral, que é um tratamento não-invasivo, oferecido geralmente por quiropraxista, osteopatas [...]” (SANDBERG; SPRITZ, 2017, p.41).

Os complexos efeitos que o TEA tem em diferentes áreas da vida do ser humano, ainda são difíceis de compreensão, tanto no emocional quanto no comportamental. E o que se percebe é um número considerável de medicamentos sendo administrados nesse

público, devido às questões de humor, déficit de atenção e ansiedade. O TEA apresenta comprometimentos relacionados a flexibilidade cognitiva e controle inibitório, e são dificuldades acentuadas nos autistas e, para avaliar essas duas funções executivas foi criado o Teste dos Cinco Dígitos (FDT). Este teste é utilizado em crianças e idosos e tem sido usado nas avaliações neuropsicológicas clínicas e “permite descrever a velocidade e a eficiência do processamento cognitivo, a constância da atenção focada, a automatização progressiva da tarefa e a capacidade de mobilizar um esforço mental [...]” (SAVALL; DIAS, 2018, p. 35).

Dentre várias intervenções, cita-se a *Applied Behavioral Analysis* (ABA) é uma terapia focada na análise do comportamento, uma vertente da psicologia. É uma ciência com comprovação científica da sua eficiência. O tratamento tem que ser individual intensivo e capaz de reduzir os comportamentos inadequados, bem como, as estereotípias, autolesões e agressões.

2.4 Intervenções

A ciência já avançou bastante em relação às intervenções que são trabalhadas com autistas. É fundamental que o foco envolva todas as áreas mais prejudicadas cognitivamente de maneira individual, pois, quanto antes iniciar o tratamento, mais oportunidade de ter avanços futuros e desenvolvimento da autonomia. Os sinais considerados de alerta que permitem o levantamento de hipóteses sobre alterações no desenvolvimento do bebê precisam ser identificados pela família. Gaiato (2018) aponta que essas observações são importantes, devido às chances serem maiores de melhorar o desenvolvimento do autista, no decorrer dos anos, em razão da neuroplasticidade cerebral.

Conforme Savall e Dias (2018, p. 63) “a intervenção no TEA geralmente é realizada por equipe multiprofissional, que pode atuar em abordagens multidisciplinar, interdisciplinar ou transdisciplinar”. Estes grupos de profissionais em suas especialidades trabalham ao mesmo tempo de maneira independente, mas também decidem coletivamente o procedimento a ser desenvolvido com as crianças com TEA.

No Brasil, existem instrumentos validados que contribuem para identificar os comportamentos e sintomas do autismo na primeira infância. O manuseio correto certifica, contudo não é suficiente para diagnosticar o transtorno. Vale lembrar a relevância da observação do bebê, quando avaliado no somatório da avaliação dos resultados, bem como, estar atento aos problemas associados ao transtorno do espectro autista, pois podem interferir, dificultando assim, o diagnóstico. As famílias e as crianças precisam de acompanhamento, principalmente, se o diagnóstico ocorrer de maneira tardia (VOLKMAR; WIESNER, 2019).

Vários profissionais e diferentes métodos terapêuticos são utilizados para a intervenção de crianças com TEA, todos indicados para superar os desafios que vão aparecendo ao longo do crescimento. Para Gaiato (2018, p. 85) “a intervenção deve ser

feita na clínica, na casa e na escola da criança”. As características pessoais devem ser consideradas, como também, as necessidades específicas que surgem a toda hora, de maneira a abranger a integralidade de cada sujeito (SAVALL; DIAS, 2018).

3 | METODOLOGIA

Este estudo é uma revisão de literatura, que busca adquirir, reconhecer e resumir a partir das bases de pesquisas nacionais, estabelecendo o período de busca entre 2014 a 2019, sobre as avaliações das funções executivas aplicadas em crianças com transtorno do espectro autista - TEA.

A pesquisa científica possibilita ao educando na busca de aprendizado, por meio da elaboração de questionamentos, análise crítica, através da aplicação de conteúdos adquiridos [...]” (ESTRELA, 2018, p. 34).

Conforme aponta Felix (2018), a pesquisa bibliográfica não consiste em uma mera repetição de dados de autores variados, mas no levantamento de informações para a elaboração de conhecimentos.

Os descritores utilizados neste trabalho foram: “autismo”, “funções executivas”, “intervenção”, “avaliação”, tendo como parâmetro as bases, Scielo, LILACS e BDTD, com intuito de contemplar os objetivos propostos na análise das avaliações das funções executivas em crianças com TEA. Abrangendo assim, publicações indexadas, que fazem interface com a Psicologia, por ser um assunto que contempla diferentes áreas, como por exemplo, fonoaudiologia, psicopedagogia, dentre outras.

Dessa forma, adotaram-se as seguintes etapas metodológicas: escolha do tema a ser trabalhado, a problemática norteadora; seleção dos estudos científicos - dissertações, teses e artigos (critérios de exclusão e inclusão); análise das literaturas pré-selecionadas; leitura exploratória; seleção e exclusão dos materiais que contribuem na realização da pesquisa; leitura analítica dos textos; interpretação e redação da conclusão do estudo.

Os critérios de exclusão foram: publicações voltadas para (a) avaliação das funções executivas em crianças com hiperatividade; (b) disfunção executiva em outros transtornos; (c) intervenções das funções executivas nas áreas da fonoaudiologia, neurologia, psicopedagogia.

Para inclusão neste estudo, considerou-se como critérios (1) ser um estudo sobre neurodesenvolvimento; (2) mostrar avaliações realizadas nas funções executivas em crianças atípicas; (3) ter registros científicos sobre as intervenções desenvolvidas em autistas, (4) possuir dissertações, mestrados e artigos completos disponíveis.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

No levantamento realizado na base de dados da SCIELO, foram recuperados dois

artigos, entretanto, somente um estava dentro dos critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos na revisão proposta (CZERMAINSKI, 2012). Na base, LILACS dos oito estudos, nenhum preencheu aos critérios delimitados. Enquanto que, na Biblioteca digital de teses e dissertações brasileiras - BDTD, das quinze dissertações revisadas, somente cinco estavam na perspectiva da pesquisa (Figura 1). Ressalta-se que nesta base, não foram encontradas teses relacionadas ao presente objeto de estudo.

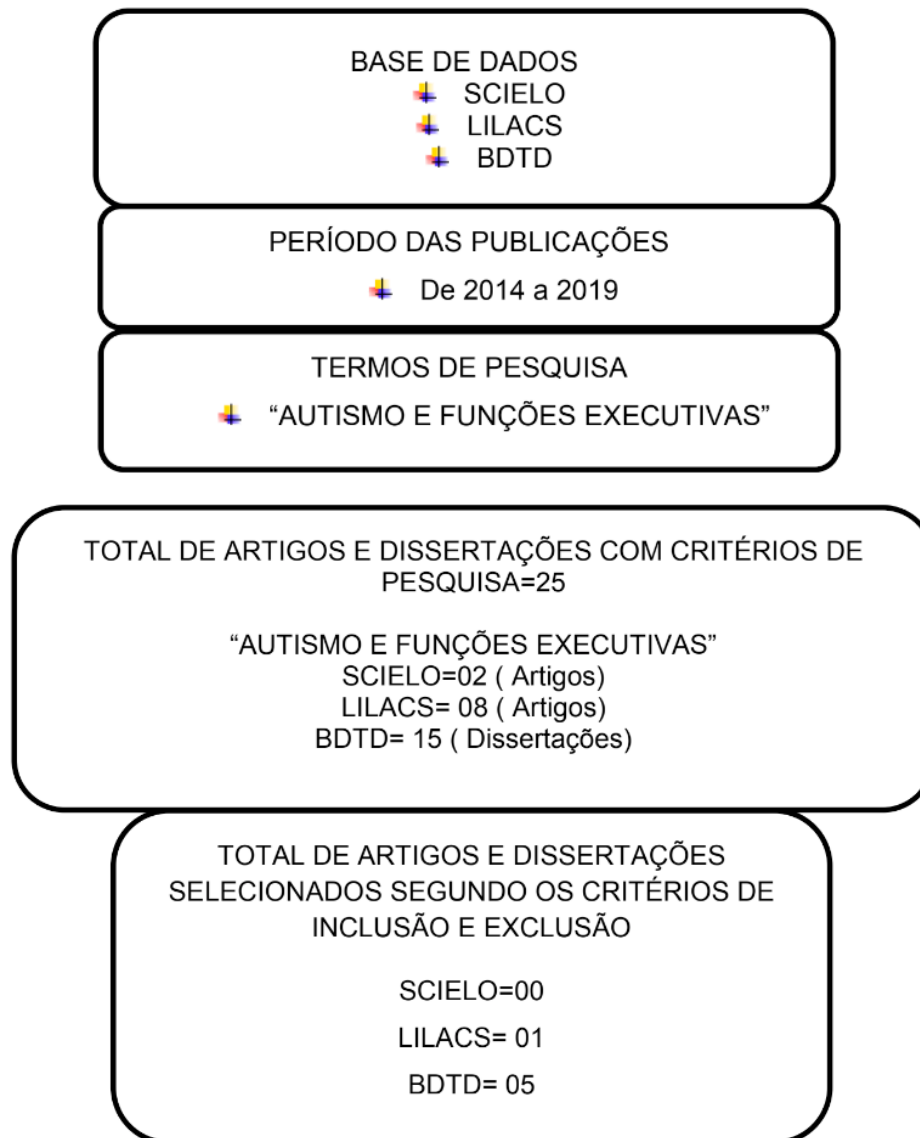


Figura 1 – Fluxograma de filtragem das publicações.

Fonte: Elaboração da autora (2020)

A figura 1 mostra o quantitativo dos estudos científicos encontrados na literatura brasileira sobre as intervenções realizadas nas funções executivas em crianças com TEA. É preciso salientar que, o funcionamento dessas funções está sendo analisado por diferentes profissionais, principalmente, na área da neuropsicologia em crianças com autismo. Isso porque as disfunções executivas, ou seja, o mal funcionamento da função executiva tem sido um norte, para que as intervenções sejam adequadas, de acordo com

o quadro clínico de cada criança. Vale ressaltar que, os déficits que uma criança autista apresenta, não necessariamente, será o mesmo em todas. Para tanto, estes estudos favorecem o conhecimento sobre escolhas, estereotípias, desatenção, rotina, emoções, desatenção, a dificuldade em flexibilizar e planejar (CAPOVILLA, 2006; FERREIRA *et al.*, 2010; MARANHÃO, 2014; MARANHÃO, 2018; OLIVEIRA, 2017; SANTANA; MELO; MINERVINO, 2019).

Os resultados obtidos revelam a escassez dos estudos. Outro ponto observado foram os trabalhos que mostram instrumentos padronizados e alguns testes adaptados para a população de crianças com TEA. A avaliação das FE's em crianças com TEA se torna um problema, por não ter instrumentos únicos, padronizados, que meçam todos os domínios de maneira simultânea. Mas, é válido citar que são possíveis de serem aplicados de forma adequada, dependendo de cada disfunção executiva.

É relevante citar que os testes avaliativos e a observação dos familiares são fundamentais para mensurar os déficits existentes nas Funções Executivas. Segue abaixo os dez instrumentos mais utilizados nas revisões de literatura (OLIVEIRA, 2017).

Czermainski *et al.*, (2014) fizeram uma revisão sistemática, no intervalo entre 2001 e 2011, das avaliações realizadas das funções executivas no autista.

INTRUMENTO	OBJETIVO	AUTORES
Blocos de Corsi	Avalia na ordem direta memória de curto prazo imediata e na ordem inversa a memória operacional (OLIVEIRA, 2017, p. 19).	(OLIVEIRA, 2017);
BRIEF – <i>Behavior Rating Inventory of Executive Functions</i> (EUA).	Fazer um levantamento ecológico de comportamentos que revelam o funcionamento executivo. (STEFANI, 2019, p. 82).	(OLIVEIRA, 2017); (SANTANA, 2019); (CZERMAINSKI, 2014); (VAN DEN BERGH <i>et al.</i> , 2014);
CBCL – <i>Child Behavior Checklist</i>	A avaliação de competências sociais e problemas comportamentais em indivíduos de 4 a 18 anos, a partir das informações fornecidas pelos pais e responsáveis diretos (MARANHÃO, 2014, p. 88);	(MARANHÃO, 2014);
IMHSC – DEL – PRETTE – Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças.	Consiste de um conjunto de materiais para avaliação de habilidades sociais de crianças em faixa etária correspondente à primeira fase do Ensino Fundamental (7 a 12 anos) (MARANHÃO, 2014, p. 87)	(MARANHÃO, 2014);
MPCR – Matrizes Progressivas Coloridas de Raven.	O teste investiga a capacidade de estabelecer comparações, o desenvolvimento do pensamento lógico (MARANHÃO, 2014; p. 77)	(MARANHÃO, 2014);
NEPSY -II	Trata-se de bateria neuropsicológica ampla voltada para avaliação das funções neuropsicológicas de crianças em idade pré-escolar e escolar (3-16 anos de idade) (MARANHÃO, 2018, p. 81);	(MARANHÃO, 2014);
WAIS-III	Avaliação de habilidades das FE, a exemplo da flexibilidade cognitiva, estratégias de solução de problemas e memória imediata (OLIVEIRA, 2017, p. 103);	(OLIVEIRA, 2017);

Wiscosin Card Test	Avalia a flexibilidade cognitiva: capacidade do indivíduo de raciocinar abstratamente e de modificar suas estratégias cognitivas como resposta a alterações nas contingências ambientais (OLIVEIRA, 2017, p. 17);	(OLIVEIRA, 2017);
Teste de Trilhas - (<i>Trail Making Test</i>)	Avaliação das funções executivas, especificamente flexibilidade cognitiva (OLIVEIRA, 2017, p. 20);	(OLIVEIRA, 2017);
Teste de Atenção	Envolve atenção seletiva, capacidade de manter e sustentar a atenção seletiva e a capacidade de alternar o foco atencional substituindo o estímulo alvo da atenção por outro (OLIVEIRA, 2017, p. 22);	(OLIVEIRA, 2017);

Quadro 1 – Instrumentos usados na avaliação neuropsicológica das FE's em crianças com TEA.

Fonte: Elaboração da autora (2020)

O quadro 1 mostra os instrumentos utilizados nas investigações neuropsicológicas realizadas nos déficits das Funções Executivas, tais como o ADOS – Autism Diagnostic Observation Schedule ADI-R Autism Diagnostic Interview -Revised; Avaliação neuropsicológica; BRIEF – Behavior Rating Inventory of Executive Functions (EUA); CBCL – Child Behavior Checklist; Cubos de Corsi; Escala de comportamento adaptativo – VINELAND; Escala Weschsler de inteligência para crianças WISC III; IMHSC-del-Prette; MPCR – Matrizes Progressivas Coloridas de Raven; NEPSY II; SON – R 2½ - 7 [A]; Teste de trilhas; Teste Wisconsin de Classificação de Cartas – WCST. A diversidade de autores que acordam em relação à unicidade e as diferenças existentes das Funções Executivas. Consideram que as mesmas estão divididas em três áreas básicas no cérebro da criança, a saber o controle inibitório, a memória operacional e a flexibilidade cognitiva (CARREIRO *et al*, 2014; CZERMAINSKI, 2012; MARANHÃO, 2014; MARANHÃO, 2018; OLIVEIRA, 2017; SANTANA; MELO; MINERVINO, 2019; SUN, 2016).

Os diferentes instrumentos citados no quadro anterior foram aplicados levando em consideração “a flexibilidade cognitiva, controle inibitório e memória operacional” (STEFANI, 2019). A memória de trabalho é composta por pelas representações verbal e a não verbal (gustativas, visuais, olfativas, táteis, e auditivas). A primeira possibilita fixar as informações e depois relacioná-las conseguindo pensa-las no período curto de tempo. As demais possibilitam idealizar objetos, acontecimentos que não estão a disposição de forma direta (percepção). O controle inibitório é a função executiva que permite a criança manter a atenção (foco) e não ceder aos estímulos distratores. A outra é a flexibilidade cognitiva, que permite a condição de mudar a perspectiva (COMITÊ CIENTÍFICO NÚCLEO CIÊNCIA PELA INFÂNCIA, 2016). Não obstante alguns estudos tenham apresentado os déficits precoces, a maioria dos trabalhos não mostraram diferenças no início da infância, no funcionamento das funções executivas de crianças típicas e atípicas, como no caso do TEA (PELLICANO *et al.*, 2017).

Esta pesquisa teve como objetivo reunir evidências de estudos na área do neurodesenvolvimento sobre as avaliações das Funções Executivas (FE's) e as possíveis intervenções que são realizadas em crianças com diagnóstico do TEA. Ao mencionar o neurodesenvolvimento de crianças com possíveis diagnósticos de autismo, deduz-se que existam mudanças no caminho percorrido das habilidades, que conduzem ao desenvolvimento social (MARANHÃO, 2018).

O trabalho teve início com a leitura de diferentes livros, artigos científicos, teses e dissertações sobre Autismo – TEA (história, diagnóstico, intervenções) e os instrumentos utilizados para as avaliações do funcionamento das Funções Executivas – FE, dentro do intervalo de 2014-2019, estabelecido no projeto. O material utilizado permitiu aprofundar os conhecimentos em relação aos estudos disponíveis sobre o autismo, isto porque a sua etiologia não tem uma origem identificada (MARANHÃO, 2014).

As contribuições da neurociência são resultados de uma gama de pesquisas, nas mais diversificadas áreas das ciências, tais como: física, medicina, química, biologia, psicologia e matemática. Essas áreas que se dedicam na busca de mais conhecimento sobre o sistema nervoso do ser humano (OLIVEIRA, 2017). Oliveira, Rodrigues e Fonseca (2009) ressaltam a relevância dos estudos relacionados a avaliação neuropsicológica, por gerar um melhor desfecho e permitir que as intervenções a serem realizadas estejam favoráveis a real condição da criança autista. Na década de 90, pesquisas já apontavam para os déficits mais evidentes observados a partir da avaliação realizada, conforme corrobora Capovilla, Assef e Cozza (2007), Lezak (1995) e Oliveira (2017). Dentre elas, estão: a memória, funções executivas, atenção, funções linguísticas orais, habilidades motoras, processamento visuoespacial, formação de conceitos e estado emocional da criança (OLIVEIRA, 2017,). Importante citar que “a prevalência do autismo associado à deficiência intelectual é de 4,7 mil casos para cada 10 mil diagnósticos” (STEFANI, 2019, p. 18).

As Funções Executivas são apontadas por Santana, Melo e Minervino (2019, p. 96) como sendo as “[...] responsáveis pela capacidade de autorregulação ou autogerenciamento, relacionando-se a vários componentes, a exemplo da atenção seletiva, controle inibitório, planejamento, organização, flexibilidade cognitiva e memória de trabalho [...]”. Os estudos de Santana, Melo e Minervino (2019) e Oliveira (2017) concordam que as crianças com atraso nas FE's apresentam alterações no cognitivo e são observadas durante a primeira infância, principalmente, ao ingressarem no ambiente escolar.

Para Cavaco (2015) a avaliação do neurodesenvolvimento é de suma importância porque confirma ou não o transtorno, utilizando instrumentos padronizados e validados, bem como, consegue identificar as funções neurológicas prejudicadas (disfunções executivas) e preservadas. Conforme Czermainski *et al.* (2014, p. 17), “a avaliação neuropsicológica das funções executivas se vale de diferentes procedimentos, que podem ser agrupados em baterias de testes de acordo com os objetivos específicos de cada avaliação”.

Percebe-se também alguns aspectos comuns entre as pesquisas ao afirmar a importância do diagnóstico precoce (primeira infância), bem como a intervenção são importantes para o neurodesenvolvimento da criança e, por conseguinte, permitindo uma qualidade de vida melhor para todos (OLIVEIRA, 2017; ROGERS *et al*, 2014). Para Maranhão (2018, p. 38), “os testes neuropsicológicos ainda não fornecem normatização para avaliação dos indivíduos com TEA”.

Faz-se necessário, mais estudos sobre a temática, considerando a amplitude do assunto, a falta de instrumentos validados para avaliação das funções executivas em crianças autistas, considerando a capacidade de atenção, a linguagem, a motivação e normatização dos resultados.

Durante as leituras, percebe-se que não tem como identificar a causa dessa desordem neurológica, tendo probabilidade de ser de origem genética. Contudo, nada foi confirmado (GRANDIN, 2015). Por ter esse impasse sobre a etiologia, e não apresentarem alterações no corpo do bebê, alguns diagnósticos ainda são realizados tardiamente. Maranhão (2018) enfatiza que algumas características que são vinculadas ao autismo tornam-se constantes em intensidade e frequência.

Entretanto, alguns sinais que servem de alerta são perceptíveis logo nos primeiros meses após o nascimento. Para Gillet (2014), estes sinais servem de direcionamento para os familiares, no entanto, mudam com o passar dos anos e ficam mais perceptíveis a partir dos 18 meses. Conforme Maranhão, (2018, p. 11) “embora não haja, até o momento, evidência que respalde um diagnóstico clínico no primeiro ano de vida da criança, é crescente o volume de conhecimento sugerindo a possibilidade de identificação de sinais de risco nesse período.

Como algumas famílias só percebem os sinais de alerta mais tarde, o diagnóstico é feito de forma tardia. A estimativa da ONU (Organização das Nações Unidas) é que existam, aproximadamente, mais de 70 milhões de autistas no mundo. Estudos realizados entre 2000 e 2010, mostram que a população brasileira de autista seja de quase 2 milhões e “nos Estados Unidos a prevalência aumentou 119,4% entre 2000 e 2010” (MARANHÃO, 2018, p. 15). Com o índice de autistas crescendo a cada dia, é de suma importância que as avaliações sejam realizadas de forma mais precoce possível.

Nesses estudos, há diversidade de instrumentos sendo utilizados na avaliação neuropsicológica das Funções Executivas, em crianças com TEA. Estes têm o objetivo de avaliar as habilidades e as diferenças entre elas (OLIVEIRA, 2017). Assim, os testes/instrumentos mais utilizados pelos pesquisadores foram ADOS – Autism Diagnostic Observation Schedule ADI-R Autism Diagnostic Interview -Revised (MARANHÃO, 2018); Avaliação neuropsicológica (MARANHÃO, 2018); BRIEF – Behavior Rating Inventory of Executive Functions (EUA) (OLIVEIRA, 2017; SANTANA; MELO; MINERVINO, 2019); CBCL – Child Behavior Checklist (YAN, 2016); Cubos de Corsi (OLIVEIRA, 2017); Escala de comportamento adaptativo – VINELAND (MARANHÃO, 2018); Escala Weschsler

de inteligência para crianças WISC III (MARANHÃO, 2014; 2018); IMHSC-del-Prette (MARANHÃO, 2014; YAN, 2016); MPCR – Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MARANHÃO, 2014; 2018); NEPSY II (MARANHÃO, 2014; 2018); SON – R 2½ - 7 [A] (MARANHÃO, 2018); Teste de trilhas (OLIVEIRA, 2017); Teste Wisconsin de Classificação de Cartas - WCST (OLIVEIRA, 2017).

De acordo com os autores, as intervenções realizadas o quanto antes, diminuem a condição de assistência especializada (dependendo da gravidade do autismo), para as próximas faixas etárias. Os instrumentos possibilitam conhecer as disfunções executivas. A partir daí, identificar as áreas neuronais que estão com alterações e as preservadas, direcionando para as intervenções mais eficazes para cada criança (OLIVEIRA, 2017).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo mostra a complexidade que ainda é a etiologia do autismo. As dúvidas e ansiedades permeiam estudiosos no assunto, porque não se tem comprovações da origem do transtorno. Observou-se que o diagnóstico até a intervenção, realizadas ainda na primeira infância beneficiam as crianças e, conseqüentemente, seus responsáveis legais. Contudo, é indispensável que a família esteja atenta aos sinais de alerta e procure orientação profissional o quanto antes, com o objetivo de investigação neuropsicológica.

Sabe-se, que o autismo apresenta alguns comportamentos que são característicos em todos os indivíduos, mas seu desenvolvimento acontece de maneira heterogênea, mostrando o quanto é difícil uma forma única de intervenção.

Destaca-se ainda, a dificuldade obtida durante a pesquisa, porque o material disponível no Brasil ainda é escasso sobre a temática. Associar o autismo às intervenções realizadas nas Funções Executivas e os instrumentos utilizados, mostrou o quanto ainda é um longo o caminho. Não existem instrumentos padronizados para a avaliação neuropsicológica específica para autistas. Entretanto, percebeu-se a variedade de testes não padronizados, como é o caso dos jogos de memória, bem como, os instrumentos padronizados de uso restrito de psicólogos, alguns adaptados, com o objetivo de avaliar os déficits cognitivos em crianças com autismo. Interessante citar, por ser um transtorno que a observação é fundamental, algumas avaliações neuropsicológicas realizadas levaram em consideração as disfunções executivas de cada criança.

A pesquisa buscou mostrar as avaliações das Funções Executivas (FE's) e as possíveis intervenções realizadas em crianças com diagnóstico do TEA. Entretanto, na maior parte dos estudos perceberam-se evidências, que não há como ter um só tipo de intervenção, isto porque, cada criança poderá apresentar déficits diferentes e algumas comorbidades também. Dessa forma, a avaliação inicial contribui para caracterizar o perfil do neurodesenvolvimento de cada criança com o diagnóstico de autismo e destacar as potencialidades, bem como, as fragilidades no funcionamento das Funções

Executivas. A partir daí, identificar os instrumentos que permitem uma melhor intervenção neuropsicológica.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno 5 dsm-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ASSUMPTO JR, Francisco B.; PIMENTEL, Ana Cristina M. Autismo infantil. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, supl. 2, p. 37-39, dez. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 set. 2019.

BRASIL. Lei nº 13.861, de 18 de julho de 2019. Altera a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989 e acrescenta que os censos demográficos realizados a partir de 2019 incluirão as especificidades inerentes ao transtorno do espectro autista. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13861.htm. Acesso em: 22 fev. 2020.

CAMPOS, Viviane; PICCINATO, Ricardo. **Autismo – Do diagnóstico ao tratamento: as melhores orientações sobre o universo autista**. Bauru, SP: Alto Astral, 2019.

CARREIRO, Luiz. Renato Rodrigues. *et al.* Testes de funções executivas no Brasil. *In*: SEABRA, A. G. *et al.* (Orgs.). **Inteligência e funções executivas: avanços e desafios para a avaliação neuropsicológica**. São Paulo: Memnon, 2014. p. 73-94

CAPOVILLA, Alessandra Gotuzo Seabra; ASSEF Ellen Carolina dos Santos; COZZA, Heitor Francisco Pinto. Avaliação neuropsicológica das funções executivas e relação com desatenção e hiperatividade. **Avaliação psicológica**, v. 6, n. 1, p. 51-60. 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S167704712007000100007&script=sci_arttext. Acesso em: 20 fev. 2020.

CAPOVILLA, Alessandra Gotuzo Seabra. Desenvolvimento e validação de instrumentos neuropsicológicos para avaliar funções executivas. **Avaliação Psicológica**, v. 5, n. 2, p. 239-241. 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712006000200014&script=sci_arttext. Acesso em: 20 fev. 2020.

CATERINO, Ana Paula. **Funções Executivas e tomada de decisão em crianças do fundamental I**. Dissertação de Mestrado da Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo, 2018.

CAVACO, Nora Alejandra Almeida. Autismo: Uma perspectiva neuropsicológica. **Rev. Omnia**, v. 3, p. 21-31, 2015. Disponível em: [http://omnia.grei.pt/n03/\[3\]%20CAVACO.pdf](http://omnia.grei.pt/n03/[3]%20CAVACO.pdf). Acesso em: 15 fev. 2020.

COMITÊ CIENTÍFICO NÚCLEO CIÊNCIA PELA INFÂNCIA. **Funções executivas e desenvolvimento infantil: habilidades necessárias para a autonomia: estudo III**. 1. ed. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal - FMCSV, 2016. (Série Estudos do comitê científico – NCPI; 3).

CZERMAINSKI, Fernanda. Rasch. **Avaliação neuropsicológica das funções executivas no Transtorno do Espectro do Autismo**. Dissertação de Mestrado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2012. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/63201/000860693.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 fev. 2020.

CZERMAINSKI, Fernanda. Rasch. *et al.* Executive Functions in Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder. **Paidéia**, v. 24, n. 57, p. 85-94, jan./abr. 2014.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia dos transtornos mentais**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed. 2019.

DUMARD, Katia. Introdução à neuropsicologia. In: _____. **Neuropsicologia**. São Paulo: Cengage, 2016. p.10-14. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788522122547/cfi/8!4/2@100:0.00>. Acesso em: 20 set. 2019.

ESTRELA, Carlos. **Metodologia Científica**: ciência, ensino, pesquisa [recurso eletrônico]. 3. ed. Porto Alegre: Artes médicas, 2018.

FELIX, John Hebert da Silva. **Como escrever bem projeto de pesquisa e artigo científico**. Curitiba: Appris, 2018.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Aurélio**: o dicionário da língua portuguesa. 8. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FERREIRA, F. O. *et al.* **O exame neuropsicológico na idade pré-escolar**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 94-113.

FUENTES, Daniel. *et al.* **Neuropsicologia**: teoria e prática. 2. ed. São Paulo: ArtMed, 2014.

GADELHA, Tayna Andrade *et al.* Habilidades metalinguísticas e funções executivas em crianças com dificuldades de aprendizagem: uma metanálise. **Rev. psicopedag.**, São Paulo, v. 35, n. 108, p. 318-328, dez. 2018. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862018000300007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: em 31 mar. 2020.

GAIATO, Mayra. **S.O.S. autismo**: guia completo para entender o Transtorno do Espectro Autista. São Paulo: nVersos, 2018.

GAIATO, Mayra. **O Reizinho Autista**: guia para lidar com comportamentos difíceis. São Paulo: nVersos, 2018.

GILLET, Patrice. **Neuropsicologia do autismo na criança** Tradução de J. Chaves. Lisboa: Edições Piaget, 2014.

GRANDIN, Temple. **O cérebro autista**. 1. ed. Tradução Maria Cristina Torquillo. Rio de Janeiro: Record, 2015.

HAASE, Vitor Gerald. *et al.* Como a neuropsicologia pode contribuir para a educação de pessoas com deficiência intelectual e /ou autismo. **Pedagogia em Ação**, v.8, n. 2, set. 2016.

INSTITUTO CAMARGO CORREA. **Primeira infância**. 2007. Disponível em: <http://www.institutocamargocorrea.or.br/infância/Paginas/infância.aspx>. Acesso em: 10 dez. 2019.

LEZAK, Muriel Deutsch. **Neuropsychological assessment**. Oxford: University Press Inc., 1995.

MARANHÃO, Samantha Santos de Albuquerque. **Caracterização de aspectos de cognição social, habilidades sociais e funções executivas de crianças diagnosticadas com Transtorno Autista e Transtorno de Asperger**. Dissertação de Mestrado da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2014.

MARANHÃO, Samantha Santos de Albuquerque. **Transtorno do Espectro do Autismo: De avaliação à intervenção neuropsicológica histórico-cultural**. Tese de Doutorado da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2018.

MEDEIROS, Leanny Regina Leão Silva. **Autismo e funções cognitivas**: construindo fundamentos para prática. Monografia de Graduação da Faculdade de Ensino Superior do Piauí – FAESPI. Teresina, 2018.

MELLO, Ana Maria S. Ros. de. **Autismo**: guia prático. 6. ed. São Paulo: CORDE, 2007.

OLIVEIRA, Sabrina David de. **Correlação entre os resultados de avaliações neuropsicológicas e o desempenho em discriminação condicional com crianças com transtorno do espectro do autismo.** Dissertação de Mestrado da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. São Carlos, 2017.

OLIVEIRA, Camila. Rosa de; RODRIGUES, Jaqueline de Carvalho; FONSECA, Rochele Paz (2009). O uso de instrumentos neuropsicológicos na avaliação de dificuldades de aprendizagem. **Revista Psicopedagogia**, v. 26, n. 79, p. 65-76. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S010384862009000100009&script=sci_arttext. Acesso em: 20 fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10.** Tradução Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais em Português. 8. ed. rev. e ampl. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Folha informativa - Transtorno do espectro autista.** 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?Itemid=1098>. Acesso em: 21 fev. 2020.

PAIVA JR., Francisco. Quantos autistas há no Brasil? **Revista AUTISMO**. v. 5, n. 4, mar./maio 2019. Disponível em: <https://www.revistaautismo.com.br/nao-categorizado/quantos-autistas-ha-no-brasil/>. Acesso em: 22 fev. 2020.

PAPALIA, Diane. E. **Desenvolvimento humano.** 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

PELLICANO, E. et al. Executive function predicts school readiness in autistic and typical preschool children. **Cognitive Development**, v. 43, n. 974, p. 1-13. 2017.

ROGERS, Sally J. *et al.* Autism Treatment in the First Year of Life: A Pilot Study of Infant Start, a Parent-Implemented Intervention for Symptomatic Infants. **Journal Autism Developmental Disorders**, v. 44, n. 12, p. 2981-2995. 2014.

SADOCK, Benjamin J. *et al.* **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica.** 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SALLES, Jerusa Fumagalli de. HAASE, Leandro F. Malloy; DINIZ, Vitor Geraldi. **Neuropsicologia do desenvolvimento: infância e adolescência.** Porto Alegre: Artmed, 2016.

SANDBERG, Elisabeth Hollister. SPRITZ, Becky L. **Breve Guia para Tratamento do Autismo.** São Paulo: M.Books do Brasil Editora Ltda, 2017.

SANTANA, Alanny Nunes de; MELO, Monilly Ramos Araujo; MINERVINO, Carla Alexandra da Silva Moita. Instrumentos de Avaliação das Funções Executivas: Revisão Sistemática dos Últimos Cinco Anos. **Aval. psicol.**, Itatiba, v. 18, n. 1, p. 96-107. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712019000100012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 maio 2020.

SAVALL, Ana Carolina Rodrigues; DIAS, Marcelo (Orgs.) **Transtorno do espectro autista: do conceito ao processo terapêutico** [livro eletrônico]. São José, SC: FCEE, 2018. Disponível em: file:///C:/Users/DELL85282/Downloads/TEA_digital.pdf. Acesso em: 24 fev. 2020.

STEFANI, Ana Paula Lofrano. **Funções Executivas e adaptabilidade em um adulto portador de transtorno do espectro do autismo: uma intervenção neurodesenvolvimental.** Dissertação de Mestrado da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2019.

SUN, Ingrid Ya I. **Funções executivas na terapia de linguagem nos transtornos do espectro do autismo.** Dissertação de Mestrado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2016.

TEIXEIRA, Gustavo. **Manual do Autismo.** 2.ed.pRio de Janeiro: Best Seller, 2016.

VAN DEN BERGH, Shane. F. W. *et al.* Age Related Differences of Executive Functioning Problems in Everyday Life of Children and Adolescents in the Autism Spectrum. **Jornal of Autism and Developmental Disorders**, v. 44, n. 8, p. 1959-71. 2014.

VOLKMAR, Fred; WIESNER, Lisa A. R. **Autismo**: guia essencial para compreensão e tratamento. Tradução: Sandra Maria Mallmann da Rosa; revisão técnica: Maria Sonia Goergen. Porto Alegre: Artmed, 2019.

WHITBOURNE, Susan Krauss. **Psicopatologia**: perspectivas clínicas dos transtornos psicológicos. 7. ed. Porto Alegre: AMGH, 2015.

ZELAZO, Philip David; BLAIR, Clancy B.; WILLOUGHBY, Michael T. **Executive Function**: Implication for Education. Washing – ton, DC: National Center for Education Research, Institute of Education Sciences, U. S. Department of Education, 2016.

COMPULSÃO ALIMENTAR NA ADOLESCÊNCIA: FATORES ETIOLÓGICOS, MANIFESTAÇÕES SINTOMÁTICAS E AS POSSIBILIDADES DE TRATAMENTO

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 03/06/2020

Suziani de Cássia Almeida Lemos

Centro Universitário do Triângulo

Uberlândia - Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/1590085232501391>

Ana Luiza Ferreira Freitas

Centro de Referência Especializado de

Assistência Social

Goiatuba – Goiás

<http://lattes.cnpq.br/0262067243382902>

Geovana Clayre Oliveira

Instituição Luterana do Brasil (Iles/Ulbra), Campus

Itumbiara

Itumbiara – Goiás

<http://lattes.cnpq.br/9285643012792352>

Karolyne Gouveia Figueira

Instituição Luterana do Brasil (Iles/Ulbra), Campus

Itumbiara

Canapolis – Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/2152500633701924>

Lavinia Maria dos Santos

Instituição Luterana do Brasil (Iles/Ulbra), Campus

Itumbiara

Goiatuba – Goiás

<http://lattes.cnpq.br/8127354034096990>

Renata Martins do Carmo

Instituição Luterana do Brasil (Iles/Ulbra), Campus

Itumbiara

Goiatuba – Goiás

<http://lattes.cnpq.br/3845220514402282>

RESUMO: O artigo teve o intuito de pesquisar os fatores etiológicos, as manifestações sintomáticas e as possibilidades de tratamento da compulsão alimentar em adolescentes. Foi realizado um levantamento de dados, por meio da pesquisa bibliográfica de análise qualitativa, visando demonstrar como surge a compulsão e seus possíveis tratamentos. A principal causa da compulsão alimentar ocorre devido aos padrões de beleza, obesidade e ansiedade. O tratamento deve ser feito de forma multidisciplinar, envolvendo, médicos, nutricionistas, educadores físicos e psicólogos. Dessa forma, buscando que o tratamento seja eficaz e até mesmo preventivo.

PALAVRAS - CHAVE: Compulsão alimentar. Adolescência. Etiologia. Tratamento.

FOOD COMPULSION IN ADOLESCENCE: ETIOLOGICAL FACTORS, SYMPTOMATIC MANIFESTATIONS AND THE POSSIBILITIES OF TREATMENT

ABSTRACT: The article aimed to investigate the etiological factors, the symptomatic manifestations and the possibilities of treatment of binge eating in adolescents. A data survey was carried out, through a bibliographic research of qualitative analysis, aiming to demonstrate how compulsion arises and its possible treatments. The main cause of binge eating occurs due to standards of beauty, obesity and anxiety. Treatment must be done in a multidisciplinary way, involving doctors, nutritionists, physical educators and psychologists. Thus, seeking that the treatment is effective and even preventive.

KEYWORDS: Food compulsion. Adolescence. Etiology. Treatment.

INTRODUÇÃO

A Compulsão Alimentar (CA) resulta no consumo excessivo de comida em um pequeno espaço de tempo ocasionando a falta de moderação no indivíduo, que resulta em sentimento de culpa, vergonha e angústia (PIVETTA; SILVA, 2010).

Conforme Papalia e Feldman (2013) os adolescentes processam informações e emoções diferentes dos adultos, devido a maturação cerebral não estar completamente formada, assim, podendo agir de forma impulsiva. Dentro desse aspecto, os adolescentes acabam sendo vítimas de uma sociedade que cobra um padrão de beleza (ser magro), e quando saem desse modelo, são propensos a desenvolver obesidade, fazer menos atividade física, e até mesmo desenvolver transtornos alimentares, como a compulsão alimentar. Consequentemente, a adolescência é caracterizada por uma fase de mudanças psicológicas, sociais e físicas, nesta fase normalmente o adolescente é muito preocupado com seu corpo, é muito comum o adolescente sofrer por não ter um corpo esperado, magro que a sociedade idealiza.

Nesse sentido, Pereira e Chehter (2011) apresentam que a perda de controle é uma característica da compulsão alimentar. A quantidade de alimento que é ingerido, a velocidade e o tempo, são fatores que dão indícios para a CA, porém não há um número exato ou um padrão de tempo, ingestão de alimentos e velocidade que o indivíduo se alimenta para ser diagnosticado como compulsivo alimentar. Dentro dessa perspectiva, Gonçalves, Moreira, Trindade e Fiates (2013) relatam que o comportamento alimentar surge como respostas comportamentais. E esse comportamento ocorre devido às influências sociais e culturais que o indivíduo vive.

De acordo com Azevedo, Santos e Fonseca (2004), algumas pessoas desenvolvem além da compulsão alimentar, outras psicopatologias. Tudo isto tem a ver com o padrão que a sociedade exige que tenhamos. Quando há um distanciamento deste padrão e ele não é bem aceito, o estresse e outros fatores podem gerar transtornos.

Assim o presente estudo teve como objetivo geral investigar o quadro de compulsão alimentar na adolescência. Como objetivos específicos buscou-se pesquisar a) os fatores etiológicos; b) as manifestações sintomáticas; c) as possibilidades de tratamento da compulsão alimentar em adolescentes.

Segundo Pivetta e Silva (2010), o transtorno de compulsão alimentar, é diagnosticado quando os episódios da compulsão repetem pelo menos duas vezes durante a semana, contendo também a perda de controle, angústia e ganho de peso. Sendo assim abordaremos o tema “Compulsão alimentar na adolescência”, para que possamos compreender o porquê de um indivíduo sair dos padrões da sociedade. Nesse contexto podemos perceber que a população que possui esse transtorno periódico, varia de 1,5 a 5%, e está relacionada com a obesidade.

Os transtornos alimentares afetam a saúde do sujeito, tanto em aspectos emocionais quanto em aspectos físicos. Assim sendo, é importante discutir sobre a compulsão alimentar, como uma forma de encontrar meios mais eficazes de prevenção. A produção científica e as discussões acerca da compulsão alimentar buscam produzir transformações, trazendo importância para o meio acadêmico.

Nesse contexto, a maior produção e conteúdos acerca dos transtornos alimentares pode ser o início de uma mudança que começa no meio universitário e tende seus reflexos para a nossa realidade social. Sabemos que a pressão e as expectativas em cima de um padrão de beleza é muito alta e cresce cada vez mais. Ter acesso aos sintomas, conhecer as formas de tratamento e saber que você tem a quem pedir ajuda são formas que possibilitam as pessoas a reconhecerem quando estão perdendo o controle, típico da compulsão alimentar, e assim evitar que ocorra o agravamento do problema.

REVISÃO DA LITERATURA

A compulsão alimentar, resulta no consumo excessivo de comida em um pequeno espaço de tempo ocasionando a falta de moderação no indivíduo, que resulta em sentimento de culpa, vergonha e angústia. A CA sobressai em pessoas acima do peso, com problemas de aceitação do tipo físico, com a grande maioria procurando ajuda médica para perda do sobrepeso (PIVETTA; SILVA, 2010).

Nesse contexto, Pivetta e Silva (2010) ainda trazem em suas pesquisas, que no Brasil a prevalência de CA na adolescência tem cerca de 15 a 22% relacionadas ao tratamento que os jovens buscam na perda de peso. Isto é, mesmo cientes do transtorno alimentar, os adolescentes buscam ajuda profissional, porém acaba voltando a CA com uma recorrência considerável.

Dentro da perspectiva de Pivetta e Silva (2010), o transtorno alimentar se apresenta em maior número no sexo feminino comparando ao sexo masculino na faixa etária dos

14 até os 19 anos. Há probabilidade de que a ingestão de bebidas alcoólicas auxilie no desenvolvimento de compulsão alimentar. A CA se manifesta em maior parte em pessoas com obesidade, que apresentam sobrepeso e insatisfação corporal, que apresentam frustrações para controlar o peso e, com a intenção de “resolver” os problemas, ingerem bebidas alcólicas e comem exageradamente em um curto período.

Os transtornos alimentares apresentam uma estreita correlação com o abuso de álcool devido a fatores como a falta de autocontrole, a necessidade de gratificação imediata, a falta de vínculos afetivos, além de comorbidades como a ansiedade e a depressão e a própria predisposição biológica ao uso de substâncias psicoativas. Os indivíduos com compulsão alimentar, particularmente os que apresentam comportamentos compensatórios, são os mais propensos a usar substâncias. Os transtornos alimentares são frequentemente associados com o uso de substâncias, pois os distúrbios da alimentação se devem muito à insatisfação com a imagem corporal. Acrescente-se a isso, as tentativas frustradas de controlar o peso que levam ao uso exagerado de alimentos e bebidas como forma de resolver os problemas emocionais (PIVETTA; SILVA, 2010, p. 343).

Já Vitolo, Bortolini e Horta (2006) conceituam que a Compulsão Alimentar, se caracteriza na ingestão descontrolada de alimentos em grandes quantidades. É considerada quando ocorre pelo menos duas vezes na semana, em um período de seis meses. A pessoa com o distúrbio não usa de compensações para perder peso. Ainda existem poucos estudos relacionados à Compulsão Alimentar. Sendo assim, não é possível realizar um diagnóstico preciso. Faz-se necessário mais estudo sobre o tema porque é considerada como Transtorno Alimentar (TA) não especificado.

O padrão de beleza veiculado pelos meios de comunicação e pelo convívio social parece exercer um efeito marcante sobre as mulheres. A produção midiática em torno de um padrão estético parece ser, ao mesmo tempo, expressão e determinante das representações sociais sobre a beleza feminina, que atuam como elemento de reforço para a restrição alimentar (VITOLLO; BORTOLINI; HORTA, 2006, p. 21).

É importante ainda destacar que para Vitolo, Bortolini e Horta (2006), os transtornos alimentares aumentaram mediante a mudança dos padrões de beleza, vendidos por meios de comunicação e pela sociedade, visto que hoje, o que se julga ideal é a magreza. A transição da adolescência para a idade jovem traz várias mudanças e a mulher precisa tomar decisões sobre sua vida, assim acaba se tornando vulnerável, querem seguir os padrões colocados por várias vezes pela família, amigos, sociedade, e é nessa fase que ocorrem muitos sintomas dos transtornos alimentares.

O índice, variando de 15% a 63%, de mulheres que procuram acompanhamento em programas de redução de peso mostra que muitas delas possuem a compulsão alimentar. A pesquisa de campo foi realizada em uma Instituição Privada na cidade de São Leopoldo (RS), utilizando a seleção de mulheres matriculadas em três áreas de atuação, sendo exatas, humanas e saúde, somando 8.477 mulheres, sendo 187 de humanas, 193 da saúde e 184 de exatas, considerando que as da área da saúde tinham maior tendência aos distúrbios alimentares. Por 6 semanas, aleatoriamente, foi preenchido em sala de

aula de diferentes cursos, um questionário contendo questões da escala de Compulsão Alimentar Periódica e uma questão referente ao consumo excessivo em curto espaço de tempo, tendo as opções de frequência desse consumo (VITOLLO; BORTOLINI; HORTA, 2006).

O episódio de compulsão alimentar é caracterizado pela ingestão de uma grande quantidade de alimentos em um período de tempo delimitado (até duas horas), acompanhada da sensação de perda de controle sobre o que ou o quanto se come. Quando os episódios de compulsão alimentar ocorrerem em pelo menos dois dias por semana, nos últimos seis meses, associados a algumas características de perda de controle e não acompanhados de comportamentos compensatórios inadequados para evitar ganho de peso, é então caracterizado o diagnóstico de transtorno da compulsão alimentar periódica. Neste transtorno os episódios de compulsão alimentar são acompanhados por sentimentos de angústia subjetiva, incluindo vergonha, nojo e/ou culpa (PIVETTA; SILVA, 2010, p. 337).

Deve-se levar em consideração que as estudantes das áreas de exatas e humanas tiveram menos envolvimento do que as da área da saúde visto que elas se identificaram mais com o problema. A análise feita, mediante os resultados de outra pesquisa envolvendo homens e mulheres, mostra que há maior prevalência de Transtornos Alimentares em mulheres, visto que a exigência do padrão de beleza recaí mais sobre elas, podendo ser através de influências ou predisposição. Nota-se essa exigência de padrão de beleza em: “A maior prevalência de TA nesse sexo e em grupos ocupacionais (modelos, atrizes, atletas, nutricionistas) pode ser explicada pela exigência de uma imagem mais leve.” (VITOLLO; BORTOLINI; HORTA, 2006, p. 23).

De acordo com Azevedo, Santos e Fonseca (2004), algumas pessoas desenvolvem além da compulsão alimentar, outras psicopatologias. Tudo isto tem a ver com o padrão que a sociedade exige que tenhamos. Quando há um distanciamento deste padrão e ele não é bem aceito, o estresse e outros fatores podem gerar transtornos.

Os estudos apresentados mostram que o comedor compulsivo demonstra no mínimo dois sentimentos, um subjetivo e um objetivo. Isso se traduz na sensação de perda de controle e na quantidade do consumo de alimento.

Para Azevedo, Santos e Fonseca (2004) é possível concluir também que a preocupação com a forma física e com o peso é mais acentuada nos comedores compulsivos do que em obesos que não possuem o distúrbio.

Em comparação com um obeso que não apresenta compulsão alimentar o paciente com compulsão ingeri significativamente uma maior quantidade de alimentos. As sucessivas tentativas de manter dietas causam o sentimento de desespero que resulta da dificuldade do controle na ingestão de alimentos. Neste cenário, vários desistem do objetivo.

METODOLOGIA

O tipo de pesquisa a cerca deste trabalho compreende a pesquisa bibliográfica de caráter descritivo. A pesquisa bibliográfica ou de fonte secundária abrange o uso da bibliografia já publicada, sobre determinado assunto. Tendo como objetivo, promover o contato direto entre o pesquisador e o que houver de informação acerca do assunto a ser estudado (LAKATOS; MARCONI, 2003). De acordo com Castilho, Borges e Pereira (2017) o método descritivo visa promover o estudo, análise, registro e interpretação dos fatos, não havendo intervenção do pesquisador neste processo.

Para este estudo foram consultados vários artigos publicados na internet, literaturas relativas ao assunto em estudo e que possibilitaram que este trabalho tomasse forma para ser fundamentado. Para sua realização os meios de busca utilizados foram, artigos publicados na internet, revistas on-line, livros da Biblioteca do ILES/ULBRA, onde possibilitaram o conhecimento necessário para a realização dessa pesquisa. Os principais descritores para a realização da pesquisa foram compulsão alimentar, causas e tratamentos da compulsão alimentar e adolescência.

A análise dos dados obtidos a partir da pesquisa bibliográfica foi realizada com o modo qualitativo. A pesquisa qualitativa tende a possuir um conteúdo com alto grau descritivo e abrir mão de dados quantitativos ao realizar a sua análise (CASTILHO; BORGES e PEREIRA, 2017).

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Como resultado final desse trabalho, procurou-se explicar a etiologia, manifestações sintomáticas e as possibilidades de tratamentos de compulsão alimentar diagnosticadas em adolescentes.

Vitolo, Bortolini e Horta, (2006) destacam que os transtornos alimentares aumentaram mediante a mudança dos padrões de beleza, vendidos por meios de comunicação e pela sociedade, visto que hoje, o que se julga ideal é a magreza.

O indivíduo que possui a compulsão alimentar demonstra dois elementos distintos, sendo caracterizados como objetivo e subjetivo. O elemento subjetivo pode ser explicado, como a sensação de perda de controle, onde o indivíduo tem conhecimento de que a alimentação em exagero será prejudicial, porém não consegue dominar a vontade de consumir o alimento em grande quantidade, sendo praticamente dominado pelo comportamento compulsivo. Já o elemento objetivo se refere à quantidade de alimento ingerido, sempre em quantidade maior do que a real necessidade do corpo humano, gerando como consequência doenças originadas nos altos índices de ingestão de alimentos, como por exemplo, a obesidade (PIVETTA; SILVA, 2010).

Existem pesquisas que abordam como multidimensional, a questão da impulsividade

e da obesidade nos adolescentes, podendo estar relacionados ou desencadear outros transtornos, não só os alimentares (PEREIRA; CHEHTER, 2011). O estudo sobre compulsão alimentar apresenta que essas pessoas com CA têm maior risco de desenvolver obesidade, diabetes tipo dois, hipertensão e níveis de colesterol alto. Algumas doenças mentais também podem surgir como a bulimia, anorexia ou a depressão (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Segundo Vitolo, Bortolini e Horta (2006), para que o transtorno da compulsão alimentar seja interrompido faz-se necessário uma avaliação sobre os efeitos psicologicamente causados, visto que a pressão social e uma alimentação restrita podem levar o indivíduo a um quadro mais grave, causando outros distúrbios. Para que o paciente se recupere do transtorno, além da equipe multidisciplinar, ele necessita de outros fatores mais motivacionais, tais como a disciplina, espiritualidade, aceitação, etc., para que ele consiga fazer mudanças no que se refere a sua imagem corporal. Portanto fica claro que para haver um tratamento satisfatório se faz necessária mais de uma abordagem terapêutica.

Pivetta e Silva (2010) notaram que existe uma probabilidade da compulsão alimentar se desenvolver mediante a ingestão de bebidas alcoólicas, levando o indivíduo a certa insatisfação corporal, obesidade, sobrepeso. Assim, certo grupo de pessoas que possuem o transtorno, busca na bebida uma forma de aliviar e descarregar os problemas. O indivíduo diagnosticado com o transtorno da compulsão alimentar apresenta sintomas gerais, caracterizados pela forma rápida em que se alimenta, de forma que fique extremamente incomodado após ingerir uma grande quantidade de alimento. Então vem o sentimento de repulsa e culpa de si próprio. Esse comportamento fica mais evidenciado ainda em pacientes obesos, que também apresentam características de impulsividade, maior ansiedade do que obesos sem o transtorno, busca da perfeição, se isolam socialmente, podendo até chegar à depressão, pois são e estão muito vulneráveis.

Segundo Vitolo, Bortolini e Horta (2006), o uso de remédios também pode auxiliar no tratamento, visto que alguns combatem anormalidades na neurotransmissão, entretanto, eles somente atuam sobre os episódios de compulsão alimentar, normalmente não levando o paciente a perder peso. Assim se faz necessária a inclusão de atividade física, apoio nutricional e psicológico como também uma possível utilização de outros medicamentos.

CONCLUSÃO

A partir do trabalho realizado, podemos compreender a compulsão alimentar como um padrão recorrente, ou seja, acontece com frequência e está associado à perda de controle. Está mais presente em pessoas do sexo feminino em relação aos anseios do novo corpo, a não aceitação de sua forma física, por se tratar de uma fase do desenvolvimento humano complicada para o cognitivo de muitos.

Podemos entender que há grandes diferenças e confusões perante a compulsão alimentar. A compulsão alimentar refere-se sempre à perda de controle. De acordo com os autores, não há uma cura reconhecida para o transtorno de ingestão compulsiva. Posto isto, há uma variedade de opções de tratamento que podem ser combinadas de acordo com as necessidades específicas do paciente. As opções de tratamento para o transtorno de compulsão alimentar incluem aconselhamento/terapia, aconselhamento ou terapia familiar, terapia cognitivo comportamental (para alterar os comportamentos alimentares), frequência de grupos de apoio ou terapia de grupo e aconselhamento, planejamento nutricional e medicamentos.

O transtorno de compulsão alimentar é um transtorno alimentar comum, embora muitas vezes mal compreendido. Qualquer informação adicional sobre o transtorno de compulsão alimentar deve ser procurada junto de um médico, um especialista em transtornos alimentares ou outros terapeutas relacionados com este tipo de condição de saúde.

Portanto, para se evitar a compulsão alimentar os nutricionistas, orientam uma dieta balanceada, com frutas, verduras, algumas guloseimas até que se acostumem e tempos intercalados como de três em três horas. Já os que se encontram na compulsão, são aconselháveis à procura de médicos, profissionais capacitados para terapia e nutricionista, para reorganizar o corpo e a mente destes lhes proporcionando uma nova e melhor qualidade de vida.

A uma necessidade crescente na busca dos tratamentos para estes transtornos, sendo assim é interessante que continuem os estudos dentro desta área para chegarmos assim a melhores conclusões, um tratamento eficaz e a terapias preventivas.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Alexandre Pinto; SANTOS, Cimâmi Cristina; FONSECA, Dulcineia Cardoso. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, v. 31, n. 4, 2004, São Paulo. Órgão Oficial do Departamento e Instituto de Psiquiatria Faculdade de Medicina - Universidade de São Paulo. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000400008 Acesso em: 02 de setembro de 2015 às 8h00.

CASTILHO, Auriluce Pereira; BORGES, Nara Rúbia Martins; PEREIRA, Vânia Tanús, (orgs.) **Manual de metodologia científica do ILES Itumbiara/GO**. 3. ed. Itumbiara: ILES/ULBRA, 2017. Disponível em: <https://www.ulbra.br/itumbiara/espaco-academico/manual-de-metodologia-cientifica> Acesso em: 22 de setembro de 2018 às 11 horas.

GONÇALVES, Juliana de Abreu; MOREIRA, Emilia Addison M; TRINDADE, Erasmo Benício S. de M.; FIATES, Giovanna Medeiros R. Transtornos alimentares na infância e na adolescência. **Rev Paul Pediatr**, 2013; v. 31, n. 1, p. 96-103. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822013000100016 Acesso em: 25 de setembro de 2018 às 23horas.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas 2003.

PAPALIA, Diane E; FELDMAN, Ruth Duskin. **Desenvolvimento humano**. 12 ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

PEREIRA, Cibele; CHEHTER, Ethel Zimberg. Associações entre impulsividade, compulsão alimentar e obesidade em adolescentes. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**; Rio de Janeiro, v. 63, n. 3, p. 16-30, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672011000400003 Acesso em: 25 de setembro de 2018 as 22 horas.

PIVETTA, Loreni Augusta; SILVA, Regina M. V. Gonçalves. Compulsão alimentar e fatores associados em adolescentes de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 337-346, 2010. Rio de Janeiro, fevereiro, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000200012&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 31 de agosto de 2015 às 07h00.

VITOLLO, Márcia Regina; BORTOLINI, Gisele Ane; HORTA, Rogério Lessa. Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo. **Rev. de Psiquiatr do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000100004 Acesso em: 02 de setembro de 2015 às 06h00.

DA GETÚLIO À ANNE FRANK: VULNERABILIDADES E RESISTÊNCIAS DE TRAVESTIS E MULHERES TRANSEXUAIS EM CURITIBA/PR

Data de aceite: 03/08/2020

Grazielle Tagliamento

Universidade de São Paulo (USP)

Joelson Xavier do Rego

Universidade Tuiuti do Paraná

<http://lattes.cnpq.br/4638486093611531>

Roberta Cristina Gobbi Baccarim

Universidade Tuiuti do Paraná

<http://lattes.cnpq.br/6181212123518461>

Carla Amaral

Coordenadora do Centro de Pesquisa e Atendimento a Travestis e Transexuais (CPATT)

RESUMO: A não garantia dos direitos das pessoas trans faz parte do seu cotidiano e sua materialidade expressa em seus corpos produz sofrimentos e o aumento da sua vulnerabilidade ao adoecimento. Neste artigo, serão apresentados os dados obtidos na parte etnográfica, realizada em Curitiba/PR, de uma pesquisa maior intitulada Pesquisa Divas. A Pesquisa Divas foi realizada em 12 municípios do Brasil e teve o objetivo de realizar um estudo de comportamentos, atitudes, práticas e prevalências de HIV, sífilis e Hepatite B e C entre travestis e mulheres transexuais. Para tanto, primeiramente serão apresentados os serviços, políticas, programas e projetos voltados à

garantia dos direitos humanos dessa população em Curitiba e no Paraná; na sequência serão apresentadas as vivências e resistências das travestis e mulheres transexuais que vivem em Curitiba; e, por fim, será efetivada uma discussão das vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas ao adoecimento dessa população, a partir dos preceitos dos direitos humanos. A partir da análise empreendida, pôde-se observar que o sofrimento ético-político é reduzido quando os espaços e as relações intersubjetivas proporcionam o reconhecimento das pessoas trans como sujeitos de direito.

PALAVRAS - CHAVE: Travesti; Transexual; Saúde; Vulnerabilidade; Direitos Humanos.

ABSTRACT: Failure to guarantee the rights of trans people is part of their daily lives, and their materiality expressed in their bodies produces suffering and the increase in their vulnerability to illness. In this article, the data obtained in the ethnographic part, carried out in Curitiba/PR, of a larger research entitled “Divas Survey” will be presented. The Divas Survey was conducted in 12 municipalities in Brazil and aimed to conduct a study of behavior, attitudes, practices, and prevalence of HIV, syphilis and Hepatitis B and C among transvestites and transsexual women. Therefore, first, services, policies, programs

and projects aimed at guaranteeing the human rights of this population in Curitiba and Paraná will be presented; next, the experiences and resistance of transvestites and transsexual women living in Curitiba will be presented; and, finally, a discussion of individual, social and programmatic vulnerabilities to the illness of this population will be carried out, from the precepts of human rights. From the analysis, it was observed that the ethical-political suffering is reduced when spaces and intersubjective relationships provide the recognition of trans people as rights subject.

KEYWORDS: Transvestite; Transsexual; Health; Vulnerability; Human rights.

A cidade de Curitiba, capital do estado do Paraná, é considerada nacionalmente como uma das capitais mais bem planejadas e com ótima qualidade de vida, recebendo os apelidos de “capital ecológica” e “capital europeia”. Essa qualidade de vida, no entanto, não está disponível para todos os seus habitantes (1,9 milhão, conforme estimativas do IBGE para 2017), principalmente para as moradoras travestis e transexuais, como tem sido apontado por pesquisas sobre essa população em Curitiba (p. ex., TAGLIAMENTO, 2012, 2013; TAGLIAMENTO & PAIVA, 2016; HIRAMI, 2015; KAFFER et al., 2016) e será discutido ao longo deste capítulo. Para tanto, primeiramente serão apresentados os serviços, políticas, programas e projetos voltados à garantia dos direitos humanos dessa população em Curitiba e no Paraná; na sequência, uma breve descrição de como foram obtidos os dados aqui apresentados; a terceira parte será destinada à apresentação das vivências e resistências das travestis e mulheres transexuais que vivem em Curitiba; e, por fim, será efetivada uma discussão das vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas ao adoecimento dessa população, a partir dos preceitos dos direitos humanos.

No âmbito da saúde estadual, em 2012, foi instituído o Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral da População LGBT, formado por representantes das divisões da Secretaria Estadual de Saúde (SESA), representantes dos movimentos sociais e representantes da academia. A partir do trabalho desse comitê, teve-se uma série de ações e políticas desenvolvidas no estado, tais como: a realização do 1º Seminário Estadual de Saúde da População LGBT, voltado a profissionais de saúde das 22 regionais de saúde do estado; a realização de capacitações para profissionais de saúde em diversas cidades do interior; a redefinição e ampliação da Resolução SESA nº 188/2010, com a Resolução SESA nº 080/2015, que estabelece o uso do nome social e garante o internamento de travestis e transexuais em alas condizentes com o gênero com o qual a pessoa se identifica, nas unidades próprias da Secretaria de Estado da Saúde e nos estabelecimentos de saúde com vínculo com o Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito do estado Paraná; e, em dezembro de 2013, a criação do Centro de Pesquisa e Atendimento a Travestis e Transexuais (CPATT).

O CPATT é um serviço ambulatorial especializado no processo transexualizador do estado do Paraná, e visa garantir a assistência à população de travestis e transexuais

relacionada ao acompanhamento social, psicológico, para a hormonioterapia, e para a retificação do nome civil e sexo nos documentos. Até julho de 2017, o serviço realizou 5.001 atendimentos, contando com 573 pessoas cadastradas (325 travestis e mulheres transexuais, e 248 homens transexuais). Destes 573, a grande maioria (cerca de 80%) reside em Curitiba e na Região Metropolitana de Curitiba (RMC)¹. É importante destacar que esse serviço atende apenas pessoas que buscam assistência para o processo transexualizador, é um serviço especializado; as questões referentes à saúde integral, em Curitiba, são atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), e as demandas referentes ao HIV/Aids, no Centro de Orientação e Aconselhamento (COA).

Por mais que as travestis e mulheres transexuais sejam consideradas, pela UNAIDS, como uma população-chave para as ações de prevenção e tratamento por apresentarem maior vulnerabilidade ao HIV/Aids, no Boletim Epidemiológico de Curitiba, assim como ocorre no boletim nacional, a categoria que consta é a HSH (homens que fazem sexo com homens), havendo a ausência de dados acerca dos casos notificados de Aids e de HIV entre as travestis e mulheres transexuais. Utilizar essa categoria não contempla a diversidade de gênero e torna essa população invisível em muitos programas de prevenção, aconselhamento, testes e serviços assistenciais (TAGLIAMENTO, 2013). “Nesse sentido, é importante destacar que as mulheres trans não se identificam, em sua maioria, como homossexuais ou como HSH, posto que, ao ser produzida a sua feminilidade, veem-se como mulheres que se relacionam afetiva e sexualmente com homens” (TAGLIAMENTO, 2013, p. 33), ou mulheres que se relacionam com outras travestis e transexuais ou com mulheres cisgêneras (BUTLER, 2009). Possuem comportamentos *queer crossings*, que são práticas que rompem com a sobreposição, ligação direta, entre identidade de gênero e orientação sexual (BUTLER, 2009).

A título de ilustração dos dados epidemiológicos de Curitiba, houve de 2010 a 2015 um aumento de 200% dos casos de HIV na população de HSH, correspondendo a 50% dos casos entre os homens (CURITIBA, 2016). Em relação à sífilis e hepatites, não há dados disponíveis nos boletins epidemiológicos do município, mas o Paraná teve um aumento de 29 casos de sífilis, em 2010, para 1.869, em 2016 (PARANÁ, 2016).

Curitiba, assim como o estado do Paraná, também conta com um Comitê Técnico de Saúde Integral das Pessoas LGBTs. No entanto, esse comitê teve um número mais reduzido de ações, trabalhando mais fortemente na inclusão do campo nome social nos prontuários eletrônicos da rede de saúde municipal.

Em relação à educação formal, a Secretaria de Educação do Estado do Paraná possui uma coordenação voltada às questões das relações de gênero e diversidade sexual. Essa coordenação vem atuando em várias frentes para a garantia dos direitos sexuais e de gênero de estudantes nas escolas da rede pública estadual de ensino, tais como: Orientação Pedagógica nº 001/2010 para o uso do nome social por estudantes

¹ Dados informados pela coordenadora do serviço, Carla Amaral.

maiores de 18 anos e realização de capacitações para educadoras(es). Em 2016, o Conselho Estadual de Educação do Paraná deu parecer favorável à utilização do nome social por menores de 18 anos nos estabelecimentos de ensino. É importante destacar que em âmbito municipal, no Plano Municipal de Educação de Curitiba, de 2015, consta como meta para a educação a superação das desigualdades educacionais, com ênfase no enfrentamento das discriminações.

Em 2013, foi lançado o Plano Estadual de Políticas Públicas de Promoção e Defesa dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais do Paraná. Esse plano foi resultado do diálogo entre o poder público e os movimentos sociais LGBTs e teve como referência os resultados das I e II Conferências Estaduais LGBT, realizadas no Paraná, em 2008 e 2011; e tinham estratégias e metas para serem desenvolvidas até 2015 por cada secretaria estadual do governo do Paraná. A fim de acompanhar a execução desse plano, em 2015, foi instituído o Comitê de Acompanhamento da Política de Promoção e Defesa dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais do Estado do Paraná (Comitê LGBT – PR), o qual tem trabalhado para o lançamento do novo plano, que entrará em vigor no início de 2018 e será orientado pelos resultados da III Conferência Estadual LGBT, realizada em 2015.

Para as travestis e mulheres transexuais em situação de rua, Curitiba conta, desde 2015, com a Casa de Passagem da Mulher e da Mulher LBT, que é um serviço coordenado pela Fundação de Ação Social (FAS) da Prefeitura de Curitiba. Nesta casa, “as usuárias podem fazer a higiene pessoal, alimentação e ainda contam com o serviço de acolhimento noturno. Em simultâneo, as equipes buscam a recuperação dos vínculos familiares e o encaminhamento para outros serviços” (FAS, 2015).

Todas essas políticas e ações foram reivindicadas e são acompanhadas por duas grandes Organizações Não Governamentais (ONGs) (Transgrupo Marcela Prado e Grupo Dignidade) que possuem incidência política e junto à população LGBTI em âmbitos nacional, estadual (Paraná) e municipal (Curitiba). O Grupo Dignidade foi a primeira ONG no Paraná a atuar na promoção da cidadania de LGBTIs, tendo sido fundada em 1992. Tem como principais objetivos o atendimento à comunidade LGBTI, nas áreas jurídicas e psicológicas, inclusive no que diz respeito à prevenção do HIV e das ISTs; a atuação contra a discriminação dessa população; e a realização de ações de advocacy para políticas públicas afirmativas.

De 2015 a 2017, o Grupo Dignidade, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, realizou o projeto A Hora é Agora. Esse projeto visou a ampliação da testagem para o HIV entre jovens gays e outros HSH, por meio da testagem rápida móvel, disponível em trailers e na sede da ONG.

A ONG Transgrupo Marcela Prado tem como foco prioritário das suas ações as pessoas travestis e transexuais, e foi fundada em 2004. O Transgrupo tem desenvolvido projetos, desde então, voltados para a promoção da cidadania, saúde, educação,

segurança pública e defesa dos direitos humanos de travestis e transexuais. Entre seus principais projetos em desenvolvimento têm-se: parceria com o projeto Justiça nos Bairros, para a retificação do nome civil e sexo nos documentos; projeto Tô Passada, que é um projeto que visa a inclusão na educação, por meio do cursinho Tô Passada, e no mercado de trabalho formal de travestis e transexuais; atendimento psicológico, social e jurídico; projeto Expressão Trans, que consiste em oficinas para a capacitação de profissionais da saúde em temas relacionados às pessoas travestis e transexuais, e em atividades com a população frequentadora da ONG para a redução de suas vulnerabilidades ao adoecimento; e o projeto Viva Melhor Sabendo, que oferece testagem ao HIV, por fluido oral, para travestis e transexuais.

A partir do exposto, pode-se notar que o estado do Paraná e o município de Curitiba possuem diversas políticas, programas e projetos voltados às pessoas travestis e transexuais, visando a garantia dos direitos humanos dessa população. Contudo, estes conseguem, de fato, atingir seus objetivos? O contexto programático tem conseguido reduzir as vulnerabilidades individuais e sociais de travestis e mulheres transexuais? Estas são questões que procuraremos discutir e analisar na sequência deste texto.

As informações apresentadas neste capítulo foram obtidas durante a realização do campo da Pesquisa Divas em Curitiba, de outubro de 2016 a maio de 2017. São registros de conversas com representantes de ONG, conversas com as travestis e mulheres transexuais durante a sua participação na coleta de dados quantitativos para a pesquisa, e visitas da equipe a serviços de saúde, casas de cafetinas e pontos de prostituição da cidade.

VIVÊNCIAS DAS DIVAS DE CURITIBA

A maioria das travestis e mulheres transexuais que residem em Curitiba são naturais de cidades do interior do estado do Paraná ou de outros estados, que migram para a capital em busca de concretizarem o seu processo transexualizador e poderem vivenciar a sua identidade de gênero longe de suas famílias e conhecidas(os), sendo que ao atingirem os seus objetivos passam a migrar para outras capitais em busca de melhores condições de vida. Há também aquelas que vêm para Curitiba para “*mudar a clientela*”², na expectativa de aumentar a sua renda com a prostituição, pois, segundo elas, como é uma “*cidade europeia*”, é sinônimo de *status* passar uma temporada na cidade.

Esse intenso fluxo migratório contribui para que elas tenham uma rede de apoio muito reduzida. A maioria das travestis e mulheres transexuais não possui apoio de familiares e/ou de amigas(os). As relações, em sua maioria, ocorrem com colegas de moradia, no caso das que dividem quartos em casas de cafetinas ou na Casa de Passagem LBT, ou com as que dividem o mesmo ponto de prostituição, mas são amizades temporárias,

2 Os trechos em itálico referem-se a falas das participantes da pesquisa.

assim como a sua estadia na cidade. Com raras exceções, as Divas³ que participaram da pesquisa relataram ser bastante sozinhas, não ter companhia para sair, “*jogar conversa fora*”, passear e, principalmente, conversar de assuntos pessoais.

Como em uma busca por apoio, para dividir suas angústias e dores, se sentirem acolhidas, as tardes no CPATT são movimentadas, regadas a café e risadas. As travestis e transexuais se sentem à vontade e não passam próximo ao serviço sem chegar, dar um abraço e tomar um cafezinho, havendo aquelas que chegam a passar à tarde toda no serviço, indo vários dias da semana. A coordenadora do serviço, Carla Amaral, uma mulher transexual, recebe a todas com muito respeito e afeto, proporcionando um local onde podem ser elas mesmas sem julgamentos, podem saber mais sobre os seus direitos e receber um colo quando precisam. Ou seja, mais do que um serviço de saúde especializado no processo transexualizador, é um local de encontro, um local de vivências e resistências.

O Transgrupo Marcela Prado é outro espaço que proporciona a aproximação e socialização das travestis e mulheres transexuais em Curitiba. Durante o seu horário de funcionamento, algumas buscam insumos (preservativos e gel) e fazem a testagem anti-HIV na ONG, aproveitando para conversar na recepção do local. Além disso, as oficinas e o cursinho Tô Passada oferecidos pela instituição proporcionam um espaço de socialização. No entanto, o público participante desses projetos ainda é muito pequeno e reflete a dificuldade que muitas possuem de deixar de trabalhar para fazer outras atividades e de circular pela cidade.

Andar à luz do dia, fazer atividades cotidianas, como ir ao mercado, banco, lojas, UBS, COA, escola, é extremamente difícil para as travestis e mulheres transexuais na cidade de Curitiba, considerada como “*muito conservadora*” por elas. Muitas relataram passar por situações de violência simbólica, psicológica e, muitas vezes, física nesses espaços, assim como em suas casas. A rua, à noite, é o local mais seguro para elas, por mais que esta seja um espaço onde têm que enfrentar a violência em decorrência da disputa de territórios para moradia (no caso das que estão em situação de rua) ou para trabalhar (no caso das prostitutas), e a violência exercida pela polícia militar e guarda municipal.

Para evitar essas violências, algumas participantes da pesquisa tentaram ter uma vida seguindo as normas regulatórias de gênero, chegando a casar com uma mulher cisgênero e ter filhos, mas chegou um momento de suas vidas, já com uns 40, 45 anos, que decidiram vivenciar a sua identidade de gênero. As que passaram por isso, hoje sofrem com saudades de seus filhos, uma vez que não podem mais ter contato com eles, em decorrência da alienação parental exercida por suas famílias e ex-mulher.

Outra forma de diminuir a violência sofrida é ter os seus corpos e atributos mais condizentes com o que a sociedade caracteriza como sendo de uma mulher. Nessa busca,

³ Ao longo do texto, iremos nos referir às participantes da pesquisa como Divas.

a cirurgia de transgenitalização não é o principal objetivo para a maioria das Divas que participaram da pesquisa, mas sim ter um corpo delineado, com silicone e uma aparência feminina. Uma delas relatou que não saía de casa sem ir para frente do espelho com uma pinça para arrancar todos os pelos que por ventura aparecessem em sua face. O cuidado com a estética é rigoroso.

As Divas, em sua maioria, começaram o processo de hormonização por volta dos 13 anos de idade, sendo que as informações sobre o tipo de hormônio e quantidades a serem tomadas foram obtidas com outras travestis ou mulheres transexuais e por meio da internet. Os hormônios são adquiridos, em sua maioria, na farmácia e sem receita médica, com exceção das mais jovens no momento da entrevista, entre 18 e 20 anos, que buscavam a hormonização com acompanhamento médico no CPATT. As Divas relataram, também, que ao longo de suas vidas já haviam trocado e interrompido o uso de hormônios por causa dos efeitos colaterais do medicamento. Algumas optaram por deixar de usar o hormônio para garantir a ereção nas suas relações com clientes ou no relacionamento com parceiros afetivos.

Principalmente as Divas acima de 21 anos já fizeram o uso do silicone industrial alguma vez na vida, pela rapidez da transformação corporal e pelo difícil acesso a transformações corporais com menos risco de vida. Algumas relataram que viram amigas morrerem por causa do uso do silicone industrial e muitas contaram ter tido complicações devido ao seu uso, como dores, alergias, infecções, o silicone ter se espalhado pelo corpo, mas nenhuma se arrependia em ter recorrido ao silicone industrial.

Ainda em relação à sua saúde, a testagem para HIV, sífilis e hepatites oferecida na pesquisa foi um diferencial para as Divas. Mesmo muitas delas frequentando o CPATT e a ONG Transgrupo Marcela Prado, nem sempre elas se encorajavam em fazer a testagem, com receio de saber o resultado. A testagem não era obrigatória para participar da pesquisa, mas durante a conversa para consentimento ou no decorrer da entrevista entendiam a importância de saber a sua sorologia, para que, caso o resultado fosse positivo para algum dos testes, pudessem iniciar o tratamento o mais rápido possível e ter uma qualidade de vida melhor. Após o resultado dos testes, muitas saíam aliviadas dizendo nos corredores “*eu estou limpa*”, já aquelas que tinham algum teste positivo ficavam em silêncio durante o aconselhamento pós-teste e imediatamente pegavam o encaminhamento para dar início ao tratamento, como se o resultado fosse uma confirmação do seu receio inicial. Algumas diziam: “*era melhor não saber mesmo*”, “*viu por que eu não queria fazer o teste?*”. Outras tinham tanto medo do resultado que iam embora sem saber. Quando isso ocorria, tentávamos entrar em contato com a Diva para que esta retornasse para pegar o resultado, mas nem sempre conseguíamos, como no caso de duas Divas que tinham mudado de cidade logo após participar da pesquisa.

O encaminhamento à UBS para o reteste e início do tratamento não era muito bem recebido pelas Divas, mesmo a UBS de referência sendo uma central e que ficava próximo

de um dos maiores locais de prostituição da cidade (Av. Getúlio Vargas). Isso porque, como não tinham tido boas experiências nos serviços de saúde ao longo de suas vidas, tentavam ver a possibilidade de o encaminhamento ser feito para o CPATT, onde eram bem atendidas. Todas as Divas participantes da pesquisa não frequentavam as UBSs, só em casos de extrema necessidade. Nesses serviços, eram discriminadas desde o momento de sua chegada, com a não utilização do seu nome social, até o atendimento médico, quando os médicos se recusavam a atendê-las, encaminhando-as para exames laboratoriais ou para o COA, por ligarem diretamente travestis e mulheres transexuais à Aids.

Outro espaço onde relataram sofrer transfobia era a escola. A grande maioria das Divas não concluiu o ensino médio, por sofrer discriminações e violências físicas nesses locais, tanto por parte de outras(os) estudantes quanto de professoras(os). Houve relatos de serem espancadas no espaço escolar, de piadas, de não poderem utilizar o banheiro, tornando esse período extremamente doloroso para elas. Além da violência sofrida na escola, muitas não concluíram os seus estudos por terem saído muito cedo de casa, em decorrência da violência sofrida nesse espaço. Não ter tido o apoio da família contribuiu para que muitos projetos de vida fossem “incinerados”; já aquelas que tiveram algum suporte familiar ou de amigas(os), que nesse caso era a minoria, conseguiram concluir o ensino médio, fazer uma graduação e até mesmo especializações.

Essa trajetória marcada pela violação de direitos por meio dos processos de estigmatização e discriminação contribuiu para que a maioria das Divas encontrasse na prostituição a sua fonte de sustento, sendo esta a única fonte de renda. Boa parte delas morava em casa de cafetina, pois não conseguiam alugar um imóvel por não ter um trabalho formal e por constar em seus documentos o nome de registro civil. As que moravam na casa de cafetina tinham mais da metade do que ganhavam destinada para pagá-la. Outra parte do dinheiro era destinada a suas famílias, que, mesmo não as querendo por perto, solicitavam a sua ajuda financeira, sobrando pouco para as suas despesas pessoais, como alimentação. Diante desse alto custo de vida, não havia tempo ruim para elas nas noites chuvosas e frias de Curitiba, principalmente, nas calçadas da Getúlio Vargas e da Anne Frank; afinal, “*não dá para vacilar*”. As Divas prostitutas possuíam uma rotina de trabalho bastante intensa, sem pausas para descanso nem para doenças. O foco era ganhar o máximo de dinheiro que conseguissem (mesmo quando detestavam o trabalho da noite), uma vez que, caso não conseguissem pagar a diária do quarto, não tinham para onde ir. Assim, acabavam não tendo momentos de diversão, de “*alegria*”. “*É só sofrimento, mas a gente tenta não baixar a cabeça*”.

Muitas das que conseguiram seguir os seus estudos e/ou retificar o seu prenome e sexo nos registros civis possuíam outras profissões, como de professora universitária, pastora de igreja, costureira, massoterapeuta, operadora de telemarketing, cuidadora de idosos, vendedora, secretária, entre outras. As Divas relataram, porém, terem passado

por situações de transfobia também em seus espaços de trabalho. Segundo elas, muitas empresas, quando descobriam que elas eram travestis ou transexuais, não as contratavam, mesmo possuindo qualificação para a função; ou contratavam e no crachá constava o nome de registro (no caso daquelas que não tinham feito ainda a retificação), o que causava um grande desconforto para elas por conta das piadas e era a marca da diferença, “*da doença*”, fazendo com que muitas sofressem violências físicas e psicológicas em seus locais de trabalho.

Essas trajetórias marcadas por violações de direitos e não acesso a serviços públicos básicos são mais vivenciadas quando se adiciona o marcador social de classe. Quanto mais afastadas da região central da cidade, quanto mais próximas dos bairros periféricos – como as que moravam e trabalhavam na Rua Anne Frank e proximidades –, mais distantes estavam das informações sobre prevenção às ISTs/HIV/Aids, direitos e da existência do CPATT, e do acesso aos serviços de saúde, à educação e mercado de trabalho formal, como pudemos observar no decorrer das entrevistas.

VULNERABILIDADES AO ADOECIMENTO E GARANTIA DE DIREITOS DE TRAVESTIS E MULHERES TRANSEXUAIS

As travestis e mulheres transexuais, ao assumirem a sua identidade de gênero diversa da cisgeneridade, passam por um processo doloroso, sofrido, marcado por violências – saem da escola, de casa, escondem-se para não serem vistas. Essa foi a trajetória de socialização vivenciada por grande parte das Divas que passou pelo processo de transformação nessa época. No entanto, para poucas, essa trajetória foi diferente – não saíram de casa, não deixaram a escola –, tiveram uma rede de apoio familiar, por mais que fosse difícil para seus pais o fato de serem travestis ou transexuais.

As vivências delas com os processos de estigmatização e discriminação relacionados à identidade de gênero são influenciadas pelas normas regulatórias de gênero e pelo “tipo de acesso que as pessoas têm às redes sociais e de apoio nas suas comunidades, entre seus pares ou nas suas famílias” (PARKER & AGGLETON, 2001, p. 27). Nesse sentido, a família e a rede de apoio exercem papel fundamental nos tipos de experiência vivenciados pelas pessoas.

As políticas e ações desenvolvidas pelas secretarias estadual e municipal de educação, como relatado no início deste capítulo, são importantes diante de um quadro em que há cerca de 82% de evasão escolar entre travestis e transexuais por conta da transfobia vivenciada nas escolas brasileiras (IBDFAM, 2016). As violências sofridas ocorrem normalmente nos banheiros, muitas vezes não podendo ser utilizados pelas pessoas travestis e transexuais (TAGLIAMENTO, 2013), e nas aulas de educação física (ABGLT, 2016). No entanto, estas ainda não são suficientes para reduzir as vulnerabilidades

individuais e sociais vivenciadas pelas travestis e transexuais de Curitiba.

As Divas que tiveram que sair cedo de casa e da escola mantiveram ao longo de suas vidas a ruptura de vínculos sociais. Essa falta de apoio, de ter com quem compartilhar sobre suas vidas, é uma constante em suas trajetórias. Ocupar a margem da sociedade significa, para muitas delas, ocupar um não lugar. Um lugar onde qualquer um pode ocupar, onde a existência do ocupante pouco importa. Ora é uma ocupando, por exemplo, o quarto da Casa de Passagem, ora é outra. Assim, as relações são transitórias, são momentâneas.

Nesse movimento, em que uma é apenas mais uma, como se reconhecer como um sujeito de direito? As informações qualificadas sobre seus direitos, sobre projetos voltados a elas, não as alcançam. Nesse contexto, apenas (sobre)viver, para elas, já é uma resistência. Já é um ato político, no sentido de poder estar em um mundo onde há a pluralidade, a diversidade, onde são reconhecidas/vistas pelo “olhar do outro” (ARENDR, 2005). Esse reconhecimento, no entanto, não é sem estigmatização e discriminação, pois é preciso haver o “anormal” para haver o “normal” (BUTLER, 2002; FOUCAULT, 2001, 2005; PARKER & AGGLETON, 2001). Em outras palavras, há uma inclusão social perversa. Uma inclusão que ocorre para a manutenção das hierarquias, proporcionando um grande sofrimento ético-político. Esse sofrimento decorre do fato de a pessoa não ter voz, não ser ouvida socialmente. É “a vivência particular das questões sociais dominantes em cada época histórica [...] Sofrimento que surge da situação de ser tratado como inferior, subalterno, sem valor, apêndice inútil da sociedade.” (SAWAIA, 2001, p. 104).

O alto índice de evasão escolar, somado à violência vivenciada na família, leva a maioria das travestis e transexuais a sair de suas casas e encontrar na rua, na prostituição, sua fonte de sustento. A dificuldade de acesso ao mercado de trabalho formal vivenciada por travestis e transexuais em Curitiba está relacionada principalmente à falta de instrução formal; à não contratação, mesmo quando possuem qualificações para o cargo; e aos processos de estigmatização e discriminação vivenciados no ambiente de trabalho, como a não utilização do nome social, piadas e agressões verbais e físicas (TAGLIAMENTO, 2013; HIRAMI, 2015; KAFFER et al., 2016).

Para ocuparem a zona de inteligibilidade social e se aproximarem do campo do “normal”, recorrem a tecnologias biomédicas para produzirem corpos de acordo com o padrão de gênero dominante (PRECIADO, 2011). Essas tecnologias deveriam ser oferecidas nos serviços públicos especializados no processo transexualizador, como previsto na Portaria MS nº 2.803 (institui o processo transexualizador no SUS), a fim de reduzir a vulnerabilidade a agravos de saúde em decorrência do uso indiscriminado do silicone industrial e de hormônios. Com a criação do CPATT no Paraná, parte dessa demanda foi atendida, mas as relacionadas aos procedimentos cirúrgicos não, uma vez que não há no estado o serviço hospitalar especializado. Além disso, muitas das travestis e transexuais não conhecem o serviço, assim como as(os) profissionais de saúde da

atenção primária – porta de entrada para o processo transexualizador.

Aliada à dificuldade de acesso ao processo transexualizador, tem-se a barreira para o acesso à saúde integral, o que tem contribuído para o aumento da vulnerabilidade de travestis e mulheres transexuais. Essa população, conforme Tagliamento (2013), não possui acesso aos serviços de saúde, mesmo quando estes ficam próximos aos pontos de prostituição (Avenida Getúlio Vargas – Centro – e Rua Anne Frank – Boqueirão), o que poderia facilitar o seu acesso pela proximidade. Essa falta de acesso está relacionada, segundo essa pesquisa, às barreiras sociais e programáticas, tais como: os processos de estigmatização e discriminação vivenciados no dia a dia, incluindo nos serviços de saúde; a falta de preparo das(os) profissionais de saúde; a estrutura arquitetônica pouco sensível à necessidade de mitigar a estigmatização; o fluxo de atendimento dos serviços; e a falta de aceitabilidade dos serviços de suas vivências, experiências e modos de vida.

As normas regulatórias de gênero produzem a vulnerabilidade ao adoecimento nas suas três dimensões (individual/da pessoa, social e programática). As relações de poder que se estabelecem na vida cotidiana das travestis e mulheres transexuais interferem no seu acesso a qualquer serviço/política e continuam produzindo estigmatização e, conseqüentemente, discriminação no seu acesso aos serviços públicos. Dessa forma, embora o campo programático nos seus níveis federal, estadual e municipal produza uma legislação e desenhe políticas públicas que visem à redução da vulnerabilidade social e pessoal ao adoecimento de travestis e mulheres transexuais, não se consegue efetivamente garantir tal redução, uma vez que a qualidade no atendimento, a acessibilidade dos serviços e a aceitabilidade dos valores e tradições pessoais não se realizam (GRUSKIN & TARANTOLA, 2012). Há uma falta de preparo das(os) profissionais, que colabora para, por exemplo, o aumento do sofrimento mental, como observado em vários outros países (GROSSMAN & D'AUGELLI, 2006).

Legislação, políticas públicas, ações e serviços em saúde e educação, por exemplo, são formulados e efetivados por pessoas. Os direitos são produtos de lutas políticas (MURRAY, 2006), mas a hegemonia automática da tradição acaba por prevalecer, em detrimento das diversas culturas e modos de viver plurais que se multiplicam na vida cotidiana (SANTOS, 1997). Tal tradição e busca pela retirada de direitos das travestis e mulheres transexuais têm ganhado cada vez mais força no Brasil com ações embasadas em discursos religiosos. Atores religiosos, ou seus representantes, têm cada vez mais se inserido nos processos políticos, pressionando para que as políticas públicas que não se alinham com os seus ensinamentos religiosos sejam extintas, como as políticas de discussão de gênero e sexualidades nas escolas, que tentam ressignificar as normas sexuais e de gênero tradicionais (PAIVA et al., 2010). Esse discurso é propagado nas vidas cotidianas das pessoas, fazendo com que muitas reproduzam-no em outros espaços, dificultando a garantia do direito de todas(os) à saúde, educação, trabalho, a condições dignas de vida.

As travestis e mulheres transexuais não têm acesso à educação, à saúde integral, ao trabalho, por conta da estigmatização e discriminação à sua identidade de gênero. O

reconhecimento de seus direitos sexuais e de identidade de gênero articula a garantia de sua cidadania (TAGLIAMENTO & PAIVA, 2016). A negligência ou violação de seus direitos econômicos, políticos e civis é resultante da violação de seus direitos sexuais e de identidade de gênero fundamentais e inalienáveis, que deve ser foco de maior atenção pública.

Diante desse contexto, é importante ter no horizonte ético-político de ações para essa população estratégias políticas de redistribuição e de reconhecimento. Políticas que busquem, ao mesmo tempo, o igualitarismo social e o reconhecimento da pluralidade de identidades e vivências em nossa sociedade (FRASER, 2007; LACLAU & MOUFFE, 1985). Tais políticas devem estar, portanto, de um lado, voltadas para uma maior inserção das travestis e transexuais ao mercado de trabalho formal, por meio de cursos e bolsas que viabilizem que tenham uma carga menor de trabalho na prostituição. De outro lado, devem estar voltadas para uma maior formação e capacitação das(os) profissionais dos mais diversos segmentos da sociedade; e para uma maior acessibilidade e aceitabilidade das diferenças, por meio de práticas de Cuidado que sejam conduzidas por “projetos de felicidade” (AYRES, 2001; TAGLIAMENTO, 2014), o que é possível pela desconstrução das normas regulatórias de gênero, reconhecimento da diversidade de vivências e pela despatologização das identidades de gênero não cisgêneras.

O sofrimento ético-político é reduzido quando os espaços e as relações intersubjetivas proporcionam o reconhecimento das pessoas como sujeitos de direito, como ocorria no CPATT, na ONG Transgrupo Marcela Prado e durante a pesquisa, quando, mesmo sendo extensa a duração da participação na pesquisa, as Divas faziam questão de concluir a entrevista. Participar da maior pesquisa com travestis e mulheres transexuais já realizada no Brasil foi uma experiência que fez a diferença para as Divas que contribuíram com suas histórias de vida, para terem visibilidade, garantia de direitos, qualidade de vida e serem respeitadas como pessoas. Falar, ser vista pela(o) outra(o) como um sujeito de direitos, como um ser humano, é uma ação política necessária para o enfrentamento e redução das vulnerabilidades das travestis e mulheres transexuais.

REFERÊNCIAS

ARENDT, H. **A condição humana**. Trad. Roberto Raposo. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (ABGLT). **Pesquisa nacional sobre o ambiente educacional no Brasil 2015**: as experiências de adolescentes e jovens lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em nossos ambientes educacionais. Curitiba: ABGLT, 2016.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 6 (1), 63-72, 2001.

BUTLER, J. **Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”**. Barcelona: Paidós, 2002.

- BUTLER, J. Desdiagnosticando o gênero. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, 19(1), 95-126, 2009.
- CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim epidemiológico**. Curitiba: SMS, 2016.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 2001.
- FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2005.
- FRASER, N. Mapeando a imaginação feminista: da redistribuição ao reconhecimento e à representação. **Revista Estudos Feministas**, 15(2), 291-308, 2007.
- FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL (FAS). FAS inaugura unidade de atendimento para mulheres e LBTs em situação de rua. **FAS**, 31 mar. 2015. Disponível em: <<http://www.fas.curitiba.pr.gov.br/noticia.aspx?id=1645>>. Acesso em: 20 ago. 2017.
- GROSSMAN, A. H. & D'AUGELLI, A. R. Transgender youth: invisible and vulnerable. **Journal of Homosexuality**, 51(1), 111-128, 2006.
- GRUSKIN, S. & TARANTOLA, D. Um panorama sobre saúde e direitos humanos. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R. & BUCHALLA, C. M. (Orgs.). **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania – Livro I**. Curitiba: Juruá, 2012. p. 23-41.
- HIRAMI, A. C. H. B. **Meu corpo, minhas regras: travesties e transexuais em Curitiba**, 2015. Monografia de Conclusão de Curso. Curitiba: Departamento de Ciências Sociais, Universidade Federal do Paraná.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE DIREITO DE FAMÍLIA (IBDFAM). Estudantes do Paraná poderão usar nome social nas escolas. **IBDFAM**, 9 nov. 2016. Disponível em: <<http://www.ibdfam.org.br/noticias/6160/Estudantes+do+Paran%C3%A1+poder%C3%A3o+usar+nome+social+nas+escolas>>. Acesso em: 20 ago. 2017.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br>>. Acesso em: 20 set. 2017.
- KAFFER, K. K. et al. A transexualidade e o mercado formal de trabalho: principais dificuldades para a inserção profissional. In: Congresso Brasileiro de Estudos Organizacionais, 4., 2016, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: Congresso Brasileiro de Estudos Organizacionais, 2016.
- LACLAU, E. & MOUFFE, C. **Hegemonia y estrategia socialista**. Hacia una radicalizacion de la democracia. México: Fondo de Cultura Económica, 1985.
- MURRAY, D. A. B. Who's right? Human rights, sexual rights and social change in Barbados. **Culture, Health & Sexuality**, 8(3), 267-281, 2006.
- PAIVA, V. et al. Religious communities and HIV prevention: an intervention-study using a human rights-based approach. **Global Public Health**, (7), 1-15, 2010.
- PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Boletim epidemiológico: sífilis**. Curitiba: SESA, 2016.
- PARKER, R. & AGGLETON, P. **Estigma, discriminação e Aids**. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.
- PRECIADO, B. Multidões *queer*: notas para uma política dos “anormais”. **Estudos Feministas**, 19(1), 11-20, 2011.

SANTOS, B. S. Por uma concepção multicultural dos direitos humanos. **Revista Crítica das Ciências Sociais**, (48), 11-32, 1997.

SAWAIA, B. B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: SAWAIA, B. B. (Org.). **As artimanhas da exclusão: uma análise ético-psicossocial da desigualdade**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 97-118.

TAGLIAMENTO, G. **(In)Visibilidades caleidoscópicas**: a perspectiva das mulheres trans sobre o seu acesso à saúde integral, 2012. Tese de Doutorado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

TAGLIAMENTO, G. **A arte dos (des)encontros**: mulheres trans e a saúde integral. Rio de Janeiro: Multifoco, 2013.

TAGLIAMENTO, G. A relação entre o profissional de saúde e a mulher trans na “Caverna de Platão”: a dialética e a hermenêutica. **Tuiuti: Ciência e Cultura**, 4, 13-20, 2014.

TAGLIAMENTO, G. & PAIVA, V. Trans-Specific Health Care: Challenges in the Context of New Policies for Transgender People. **Journal of Homosexuality**, 63(11), 1556-1572, 2016.

DEPRESSÃO EM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Data de aceite: 03/08/2020

Alenice Figueira de Lima

Faculdade Estácio do Amazonas
Manaus, AM

Aline Soares Lopes

Faculdade Estácio do Amazonas
Manaus, AM

Cristiano Ribeiro Rodrigues

Faculdade Estácio do Amazonas
Manaus, AM

Kamila Araújo Vieira

Faculdade Estácio do Amazonas
Manaus, AM

Larissa Couto Soares

Faculdade Estácio do Amazonas
Manaus, AM

Rodrigo Sousa de Carvalho

Universidade do CEUMA
São Luís, Maranhão

Leandro Silva Pimentel

Faculdade Estácio do Amazonas
Manaus, AM

RESUMO: A violência contra a mulher atinge no Brasil todas as classes e segmentos sociais; uma em cada três mulheres já foi agredida e 66% dos casos são Violências Domésticas (VD). A VD gera impactos que vão além de

custos sociais e/ou hospitalares estendendo-se principalmente a saúde mental das mulheres.

Objetivo: compreender a relação entre a depressão e a violência doméstica em mulheres e analisar a assistência dessas vítimas.

Metodologia: Para mostrar os cuidados e entender a relação da depressão em mulheres que são vítimas de violência doméstica optou-se pela realização de um estudo de pesquisa bibliográfica, realizada através de informações encontradas em artigos. Este tipo de pesquisa é classificado como qualitativa documental.

Conclusão: A Depressão é relacionada em mulheres vítimas de Violência Doméstica (VD) podendo atingir variados níveis da patologia e interferindo no cotidiano dessas mulheres.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão. Mulheres. Violência doméstica.

DEPRESSION WOMEN VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE

ABSTRACT: Violence against women affects all classes and social segments in Brazil; one in three women has been assaulted and 66% of cases are Domestic Violence (HV). The HV generates impacts that go beyond social and / or hospital costs, extending mainly to women's mental health. **Objective:** to understand the

relationship between depression and domestic violence in women and to analyze the assistance of these victims. **Methodology:** In order to show care and understand the relationship between depression in women who are victims of domestic violence, a bibliographic research study was carried out using information found in articles. This type of research is classified as documentary qualitative. **Conclusion:** Depression is related to women who are victims of Domestic Violence (HV) and can reach different levels of pathology and interfere in the daily lives of these women.

KEYWORDS: Depression. Women. Domestic violence.

1 | INTRODUÇÃO

A depressão é um grave problema de saúde pública, de causa multifatorial, que apresenta elevada prevalência e é responsável por comprometer o dia-a-dia de diversos indivíduos, no seu relacionamento social, seja na família, trabalho ou comunidade (1). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) os casos de depressão aumentaram 18% entre 2005 e 2015, sendo 322 milhões de pessoas em todo o mundo, e no Brasil atingindo 11,5 milhões de pessoas (5,8% da população), sendo as mulheres o grupo de maior risco de desenvolver a doença (2).

Dentre as várias formas de depressão, temos a que ocorre em mulheres que sofrem Violência Doméstica (VD), está associada a fatores sociais, como a baixa escolaridade, dificuldades econômicas, fatores culturais e problemas pessoais, sendo frequentemente associada à procura dos serviços de saúde, as vítimas buscam a atenção médica com sintomatologia de depressão em graus variados (3).

O estado biopsicossocial dessas pacientes é um problema de saúde pública, que atinge independente da classe social, raça ou etnia, religião, idade e grau de escolaridade, podendo gerar danos significantes com o comprometimento da saúde mental, tornando-se vulnerável a desenvolver depressão em decorrência de situações como, a privação de liberdade, diminuição da autoestima e isolamento social. Constantemente muitos desses atos ocorrem no âmbito familiar, sendo os agressores pessoas próximas com laços familiares, atual companheiro, ex-marido, pai de seus filhos, entre outros (4), (5).

A prevalência de violência contra as mulheres é assustadoramente alta, uma em cada três mulheres já foi agredida, coagida ao sexo ou alguma outra forma de abuso durante a vida por um agressor, que habitualmente é integrante da sua própria família. Segundo a OMS, a prevalência global de violência física e/ou sexual contra a mulher é de 30% praticada por parceiro íntimo (6), (7).

Uma pesquisa realizada pela Secretaria de Políticas para as Mulheres, da Presidência da República do Brasil, em 2013, revelou que 54% dos entrevistados relataram conhecer pelo menos uma mulher que havia sido agredida por um parceiro e 56% afirmaram conhecer pelo menos um homem que havia agredido uma parceira. Ainda, 89% e 88% dos

entrevistados consideram que, nos últimos cinco anos, houve aumento, respectivamente, da ocorrência de agressões e assassinatos de mulheres por parceiros ou ex-parceiros (8).

A violência doméstica e familiar contra a mulher é um grande problema no Brasil, por isso foi criada a Lei 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, tem como objetivo de criar mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, buscando garantir proteção e procedimentos policiais e judiciais humanizados para as vítimas, punição e reeducação para os agressores. Integrando todos os diversos tipos de agressão, como: violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral (9).

Diante dessas formas de agressão é necessário um atendimento multiprofissional, incluindo a assistência de enfermagem, na qual a função do enfermeiro é estabelecer uma relação de cuidado em que é preciso existir um processo interativo entre o enfermeiro e a paciente. Para que esta relação aconteça é necessário intencionalidade, disponibilidade, receptividade, confiança e aceitação promovendo o crescimento de ambos, profissional e paciente (10).

A despeito dos incentivos e fomentos para a realização de pesquisas sobre essa temática, constata-se que poucas são desenvolvidas no Brasil. Assim, o objetivo deste estudo é compreender a relação entre a depressão e a violência doméstica em mulheres e analisar a assistência dessas vítimas.

2 | METODOLOGIA

Realizou-se uma pesquisa do tipo descritiva, na modalidade revisão integrativa, com o intuito de expor os cuidados e entender a relação entre depressão e mulheres vítimas de violência doméstica. O estudo descritivo dispõe-se descrever as características de determinados públicos ou ocorrências. Uma de suas particularidades está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como, o questionário e a observação sistemática (11).

A revisão integrativa determina o conhecimento atual sobre uma temática específica, já que é conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto, contribuindo para uma possível repercussão benéfica na qualidade dos cuidados prestados ao paciente. A revisão integrativa é um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (12).

3 | RESULTADO

Inúmeras são as consequências da violência doméstica entre parceiros íntimos para a saúde da mulher. Do mesmo modo, pode-se perceber que esta temática é bastante discutida e investigada no meio científico, contudo, suas consequências para a saúde

da mulher não tem despertado igual interesse, pois não houve tantos periódicos que averiguaram diretamente as duas questões quanto estudos que investigaram a violência isoladamente ou associada a outros temas, o que se torna um paradoxo mediante a relevância do tema (13).

Autor/Ano	Base de dados	Metodologia	Resultado	Conclusão
WOOD, 2020	Pubmed	Qualitativo	Desde a inscrição, 31% haviam experimentado VPI. Correlações significativas foram observadas entre a gravidade da VPI e a extensão do TEPT, depressão, desengajamento escolar e impactos acadêmicos.	A VPI é um indicador significativo de saúde mental e impactos acadêmicos, merecendo atenção das Instituições de Ensino Superior.
BITTAR, 2017	Scielo	Quantitativo	Foi observada correlação positiva, moderada e estaticamente significativa entre as medidas de ansiedade e depressão, além de múltiplas formas de violência simultânea.	A violência doméstica está associada a uma percepção negativa da saúde física e mental da mulher, requerendo políticas de atuação integrada que possam possibilitar maneiras eficientes de manejar este problema social.
FELIPPE,2016	Scielo	Quantitativo e qualitativo	A partir do rastreamento dos sintomas do TEPT, obteve-se a prevalência de possíveis casos do transtorno em 82,9% das mulheres entrevistadas. Houve uma associação positiva entre depressão e TEPT, e negativa entre TEPT e percepção de suporte social prático.	O estudo aponta para a necessidade de se criar estratégias específicas de intervenção para mulheres vítimas de VPI, diante da alta prevalência do transtorno. É preciso, especialmente, realizar projetos nos órgãos jurídicos de proteção à mulher, a fim de fortalecer o suporte social da mesma ao enfrentar situações adversas relacionadas à agressão
NASCIMENTO, 2015	Scielo	Qualitativo	A depressão foi avaliada através da Escala Beck de Depressão (BDI). Foi possível constatar que, entre as mulheres estudadas, 61,5% (n=8) apresentaram grau de moderado a grave de depressão, o que contribui para afirmar uma correlação entre este transtorno e a violência doméstica.	Os resultados corroboram com a existência de sofrimentos físicos e psicológicos por parte da mulher vitimada. Em decorrência destes fatos fica evidente a importância da compreensão acerca do tema violência doméstica, visando conscientizar as pessoas do cotidiano dessa mulher.

Quadro 1. Característica dos estudos selecionados.

4 | DISCUSSÃO

A depressão constitui em um problema de saúde pública e está fortemente relacionada às mulheres vítimas de violência domésticas, atingindo no Brasil todas as classes e segmentos sociais. A violência física, fatores sociais, como a baixa escolaridade, dificuldades econômicas e problemas pessoais contribuem para a grande incidência de depressão entre mulheres. De acordo com Yuan, 2019 a prevalência de depressão encontrada nas mulheres vítimas de parceiros íntimos foi de: psicológica (65,8%), física (69,5%), sexual (75,8%) e Segundo Nascimento, 2015 entre as mulheres estudadas, 61,55 (n=8) apresentam grau de moderado a grave de depressão, sendo a idade média das participantes 49,7-13,2 anos.

Vários estudos demonstram que atos de comportamento violento ocorrem no ambiente doméstico. O lar, antes percebido como local de proteção, adquire uma perspectiva ameaçadora e sombria, que também pode propiciar a ocorrência de condutas violentas. Portanto, Day et al., 2003 afirma que a hipótese de que o ambiente familiar, pelas ligações afetivas, protegeria seus membros mais vulneráveis tem se mostrado bastante falha.

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, mostrou que a maior prevalência de depressão ocorre entre as mulheres que vivem em áreas urbanas, com níveis educacionais mais baixos e com condições crônicas, como hipertensão e diabetes. Dados da mesma pesquisa evidenciaram inequidades no acesso aos cuidados em saúde mental. Verificou-se que a maioria dos brasileiros com sintomas depressivos clinicamente relevantes (78,8%) não recebia nenhum tipo de tratamento.

Segundo Santos & Santos, 2011 o acolhimento deve ser uma diretriz operacional que visa atender todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal, termo cunhado pelas diretrizes que regem o Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, os serviços de saúde têm a função essencial de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, comprometendo-se a resolver o problema de saúde da usuária. De acordo com os analisadores, na rede de atenção às mulheres, as usuárias com transtornos mentais (ou com demandas em saúde mental), são compreendidas como uma clientela especial necessitando de atendimento especializado.

Entretanto na rede de atenção psicossocial as mulheres em situação de violência sofrem pela total invisibilidade das circunstâncias em que vivem. O não acolhimento é acompanhado e ratificado por práticas violentas: internação para posterior entrevista da história de vida das usuárias; clientela pré-definida nos Centros de Atenção Psicossocial; atendimento psicológico clínico na abordagem psicanalítica, a qual culpabiliza a usuária pela situação que vive. É necessário, desta maneira, ressuscitar a tecnologia do acolhimento nas políticas e dispositivos em questão neste estudo. Conforme apontam (Hanada, Schraiber, &).

Ressaltamos que a autoavaliação positiva se apresenta como um fator de proteção contra a depressão.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência e o abuso doméstico, são comuns e destrutivos para a saúde da mulher, dentre as consequências está o estresse pós-traumático (PTSD) como desordens da saúde mental. Pessoas que sofreram esse tipo de violência têm necessidades específicas, decorrentes da natureza repetida e complexa do trauma. Uma das graves consequências destaca-se a depressão, considerada uma das doenças mais incapacitantes do mundo.

Estas consequências impactam diretamente e negativamente na vida destas mulheres, e em muitos dos casos, podem ser geradas sequelas irreparáveis, não só fisicamente, mas também psicologicamente.

Logo, é necessário a abordagem sobre a temática entre a sociedade e entidades governamentais visando a implementação de políticas públicas em cada região. Profissionais da saúde devem estar preparados para o enfrentamento dos casos de violência doméstica e seu manejo, principalmente para os psicólogos, responsáveis por aplicações de testes, objetivando diagnosticar o grau de condições mentais.

Portanto, é de suma importância que estudos sejam realizados para o debate da temática em várias esferas, e que essa abordagem seja realizada com foco em mulheres, que já sofreram algum tipo de violência doméstica e sua relação com a depressão, visto que vários estudos relacionam a temática com outras variáveis não relacionadas a depressão.

REFERÊNCIAS

1. Correia S, Santos M, Sobral D. Depressão: um problema por resolver? Rev ADSO. 2018;6(8):16–22.
2. WHO. OMS registra aumento de casos de depressão em todo o mundo; no Brasil são 11,5 milhões de pessoas. 2017.
3. Leite FMC, Luis MA, Amorim MHC, Maciel ELN, Gigante DP. Violence against women and its association with the intimate partner's profile: A study with primary care users. Rev Bras Epidemiol. 2019;22.
4. Frazão MCL de O, Pimenta CJL, Lima RJ de, Valdevino SC, Silva CRR da, Costa KN de FM. Violence in Women With a Diagnosis of Depression. Reme Rev Min Enferm. 2019;23:1–6.
5. Rodrigues NCP, O'Dwyer G, Andrade MK de N, Flynn MB, Monteiro DLM, Lino VTS. O aumento da violência doméstica no Brasil, 2009-2014. Cienc e Saude Coletiva. 2017;22(9):2873–80.
6. Signorelli MC, Taft A, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres, políticas públicas e agentes comunitários de saúde na atenção primária Brasileira. Cienc e Saude Coletiva. 2018;23(1):93–102.
7. Organization WH. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. 2013. 58 p.
8. Galvão. DPIP. Data Popular; Instituto Patrícia Galvão. Percepção da sociedade sobre violência e assassinatos de mulheres. Percepção da sociedade sobre violência e assassinatos de mulheres. 2013.

9. Brasil. Lei no 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra. 2006;
10. Aguiar RS. NURSING CARE PROVIDED TO WOMEN VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE. 2012;3(2):723–31.
11. GII RL. Tipos de delineamento de pesquisa. *Disciplina*. 2008;1–29.
12. Silveira RC de CP, Galvão CM. O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(3):276–84.
13. Lourenço, LM; Costa, DP. Violência entre Parceiros Íntimos e as Implicações para a Saúde da Mulher. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2020, 13.1: 1-18.
14. Wood, L; Voth Schrag, R; Busch-Armendariz, N. Mental health and academic impacts of intimate partner violence among IHE-attending women. *Journal of American college health*, 2020, 68.3: 286-293.
15. Bittar, D; Kohlsdorf, M. Ansiedade e depressão em mulheres vítimas de violência doméstica. *Psicologia Argumento*, 2017, 31.74.
16. Felipe, AM, et al. Violência praticada pelo parceiro íntimo e o transtorno de estresse pós-traumático (tept). *PSIQUE*, 2016, 1.2: 95-111.
17. Nascimento, FC. *Depressão em Mulheres Vítimas de Violência Doméstica*, 2015.

CIRURGIA BARIÁTRICA E SINTOMAS DEPRESSIVOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Data de aceite: 03/08/2020

Nélio Barreto Veira

School of Medicine, Federal University of Cariri,
Barbalha
Ceara, Brazil

Post-Graduate Program in Health Sciences, ABC
Medical School, Santo André
São Paulo, Brazil

<http://lattes.cnpq.br/1710661429430020>

Jucier Gonçalves Júnior

Departament of Internal Medicine, Santa Casa de
Misericórdia de Fortaleza, Fortaleza, Ceara, Brazil

Isaque Cavalcante Cunha

School of Medicine, Federal University of Cariri,
Barbalha
Ceara, Brazil

<http://lattes.cnpq.br/0564858337422230>

Maria Carolina Barbosa Costa

School of Medicine, Federal University of Cariri,
Barbalha
Ceara, Brazil

<http://lattes.cnpq.br/2901643104238111>

Harianne Leite de Alencar

School of Medicine, Federal University of Cariri,
Barbalha
Ceara, Brazil

<http://lattes.cnpq.br/8673298063089216>

Willian de Souza Araújo

School of Medicine, Federal University of Cariri,
Barbalha

Ceara, Brazil

<http://lattes.cnpq.br/0501242435294089>

Paulo Felipe Ribeiro Bandeira

Departament of Internal Medicine, Santa Casa de
Misericórdia de Fortaleza, Fortaleza, Ceara, Brazil

<http://lattes.cnpq.br/0016114183089460>

RESUMO: **Introdução:** Dados da Associação Brasileira sobre Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica destacam que o risco de depressão aumenta em 55% dos obesos e que o risco de depressão aumenta em 58% o risco de obesidade. Embora a correlação entre obesidade e depressão seja discretamente mapeada na literatura, não há evidências consistentes para apoiar o impacto da cirurgia bariátrica nos transtornos depressivos em pacientes obesos. O objetivo deste estudo foi analisar o papel da cirurgia bariátrica nas condições depressivas de pacientes submetidos a essa técnica cirúrgica.

Métodos: Em maio de 2017, foi realizada uma revisão sistemática da literatura nas seguintes bases de dados: MEDLINE, SciELO, IBECS e PubMed. Utilizamos o seguinte como questão norteadora: Existe um impacto real da cirurgia bariátrica nos sintomas depressivos

em pacientes obesos? **Resultados:** Foram selecionados 774 manuscritos. Após a análise completa dos títulos, resumos e manuscritos, quarenta e sete estudos foram selecionados e divididos em duas categorias pré-determinadas: “Cirurgia Bariátrica e Transtornos Mentais: as principais ponderações da literatura” e “Cirurgia Bariátrica e Transtornos Mentais: Depressão como fator preocupante”. **Conclusão:** Há uma tendência a melhorar a imagem corporal, a confiança, a autoestima e, portanto, os sintomas depressivos e a socialização de pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. No entanto, essa evidência não é absoluta, exigindo maior.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão, Cirurgia Bariátrica, Revisão Sistemática; Psicologia.

ABSTRACT: Background: Data from the Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica highlight that the risk of depression is increased in obese people increase by 55%, and that the risk of depression increases the risk of obesity by 58%. Although the correlation between obesity and depression is slightly mapped in the literature, there is no consistent evidence to support the impact of bariatric surgery on depressive disorders in obese patients. The objective of this study was to analyze the role of bariatric surgery in the depressive conditions of patients submitted to this surgical technique. **Methods:** In May 2017, Systematic review of the literature was carried out in the following databases: MEDLINE, SciELO, IBECs and PubMed. We used the following as guiding question: Is there real impact of bariatric surgery on depressive symptoms in obese patients? **Results:** We selected 774 manuscripts. After analyzing the titles, abstracts, and manuscripts in full, forty-seven studies were selected and divided into two predetermined categories: “Bariatric Surgery and Mental Disorders: the main literature considerations” and “Bariatric Surgery and Mental Disorders: Depression as a worrying factor”. **Conclusion:** There is a tendency to improve body image, confidence, self-esteem and, therefore, the depressive symptoms and socialization of obese patients undergoing bariatric surgery. However, this evidence is not absolute, requiring greater theoretical.

KEYWORDS: Depression; Bariatric Surgery; Systematic Review; Psychology.

1 | INTRODUÇÃO

Atualmente, a obesidade é considerada um problema de saúde pública em todo o mundo (FERREIRA et al, 2015). Em 2008, mais de 1,4 bilhões de adultos estavam acima do peso e, destes, mais de 200 milhões de homens e quase 300 milhões de mulheres eram obesos (WHO, 2012; BALTIERE et al, 2015). No Brasil, entre os indivíduos adultos, 49,9% da população apresenta excesso de peso, dos quais 14,8% possuem obesidade. Além das questões estéticas relacionadas ao excesso de peso, a obesidade é fator de risco para uma série de doenças, como o diabetes e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) (BRAY, 2004; FERREIRA et al, 2015). O tratamento conservador para a obesidade engloba terapia nutricional, medicamentosa e prática de atividade física. Quando há

falha no tratamento conservador e a obesidade se torna mórbida, está indicada a (CB) (BALTIERE et al, 2015).

Estudos apontam que a pessoa com obesidade cursa um menor número de anos escolares, tem menor chance de ser aceita em escolas e empregos concorridos e de desenvolver relacionamento estável. Essa realidade se insere no contexto do sofrimento psicológico da pessoa obesa, o qual é decorrente dos estigmas sociais e de valores ligados à cultura atual que considera o corpo gordo feio e inaceitável (MACEDO et al, 2015). A Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2009) destaca que a obesidade aumenta em 55% o risco de depressão, e esta, em 58% o risco de obesidade, indicando possível circularidade entre as duas patologias (MORAES, ALMEIDA, SOUZA, 2013).

Nesse contexto, emergem as doenças psiquiátricas, das quais, a depressão ganha destaque, sobretudo naqueles que são candidatos à cirurgia bariátrica (CB) (ALLISON et al, 2008). Assim, embora os candidatos à CB possam apresentar várias alterações comportamentais características de psicopatologias, as mais comuns são a ansiedade e a depressão (OLIVEIRA et al, 2004; ALMEIDA, ZANATTA, REZENDE, 2012). Acredita-se que a Depressão seja a principal causa de incapacidade mental em termos mundiais e estima-se que, até 2020, seja a segunda causa de incapacidade para a saúde (WHO, 2010; SAUERESSIG et al, 2016).

Portanto, apesar da correlação entre obesidade e depressão ser ligeiramente mapeada na literatura, não há evidências consistentes que embasem o impacto da cirurgia bariátrica em quadros depressivos de pacientes obesos, assim, esse estudo se propõe a uma revisão sistemática da literatura com metanálise partindo da pergunta norteadora: Há real impacto da cirurgia bariátrica em sintomas depressivos de pacientes obesos? Considerando que ambos, Obesidade e Depressão são importantes problemas de saúde pública e que, interferem sobremaneira na qualidade de vida do paciente, objetivamos analisar o papel da cirurgia bariátrica nos quadros depressivos de paciente submetidos a essa técnica operatória. A hipótese é que, em virtude da melhora da autoimagem haja maior adesão à terapêutica proposta e menores índices de sintomas depressivos.

2 | METODOLOGIA

Revisão sistemática com Metanálise da literatura a partir da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que hospeda bases de dados reconhecidas, a saber: MEDLINE, SciELO, IBECs e do PubMed, compreendendo toda literatura existente acerca do tema em tela até 2017. Essa escolha se deve à incipiência de estudos que abordem a temática do presente trabalho.

A seleção dos estudos será realizada no mês de maio de 2017, de forma ampla

através dos seguintes descritores MeSH e seus correspondentes em português (DeCS):

#1 “Depression” (MeSH);

#2 “Bariatric Surgery” (MeSH);

#3 “Anxiety” (MeSH);

O período levantado na literatura foi de 01 janeiro de 1998 e 31 março de 2017. A razão para se delimitar a busca no período 1998-2017 foi que no ano de 1998 a cirurgia bariátrica figurou como técnica cirúrgica no Brasil.

A seleção dos manuscritos ocorreu primariamente pela análise dos títulos e abstracts/resumos. Após, os artigos identificados pela estratégia de busca foram avaliados independentemente pelos autores, consonante os seguintes critérios de inclusão: (1) artigos que tivesse no título pelo menos uma combinação dos termos descrita na estratégia de busca; (2) artigos escritos em língua inglesa, portuguesa ou espanhola; (3) Artigos que abordassem as interfaces entre cirurgia bariátrica e depressão com vista as principais e mais atuais evidências; (4) Estudos originais com texto integral acessível através do Portal de Periódicos da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior), uma biblioteca virtual criada pelo Ministério da Saúde brasileiro e de conteúdo restrito a usuários autorizados. Foram excluídos: (1) Estudos não originais tais como Cartas ao Editor, Prefácios, comunicações breves, Comentários e Editoriais; (2) Estudos cuja amostra era animais; (3) artigos cujo desenho metodológico não esteja bem delineado. Os manuscritos que estavam repetidos em mais de uma das bases de dados só foram contabilizados uma vez.

Então, cada artigo da amostra foi lido integralmente, e as informações foram inseridas numa planilha que incluiu autores, ano de publicação, descrição da amostra do estudo e principais achados (PICOS) (Tabela 1). Alguns dos artigos encontrados contemplavam a temática da cirurgia bariátrica em outros transtornos psiquiátricos que não a depressão, considerando que este estudo tem como foco a correlação da cirurgia bariátrica com depressão, dados correlacionados aos outros pacientes com doenças psiquiátricas e depressão de forma concomitante foram desconsiderados em nossa amostra. No tocante a estratégia de pesquisa no Pubmed, esta se deu em duas fases: na primeira fase foram cruzados os Descritores #1 AND #2, obtendo-se um total de 550 artigos, dos quais 39 foram selecionados. Na segunda fase cruzados os descritores #1 AND #2 AND #3, obtendo-se um total de 160 artigos, dos quais nenhum foi selecionado.

Na BVS, houve três fases: na primeira fase, foram cruzados os descritores #1 AND #2 AND #3 em português, obtendo-se um total de 14 artigos, dos quais 4 artigos foram selecionados. Na segunda fase, os mesmos descritores da primeira fase foram utilizados, em português, obtendo-se um total de 28 artigos, dos quais nenhum foi selecionado. Na terceira fase, foram cruzados os Descritores #1 AND #2 obtendo-se um total de 22 artigos, dos quais nenhum foi selecionado.

Este estudo se constitui de uma revisão sistemática da literatura, portanto, não envolve

recrutamento de paciente. Neste sentido, aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa não é necessário. Entretanto, as normas éticas previstas pela Declaração de Helsinki (1964) e Conselho Nacional de Saúde brasileiro em sua Resolução nº 510/2016 foram respeitadas. Esta revisão se baseou no protocolo PRISMA (<http://www.prisma-statement.org/>).

3 | RESULTADOS

De acordo com a estratégia adotada inicialmente 774 manuscritos foram selecionados. Artigos repetidos no decorrer da estratégia de busca foram computados apenas uma vez. Depois de analisar os títulos, resumos e manuscritos na íntegra, 39 artigos foram obtidos de acordo com os critérios de elegibilidade, sendo, portanto, excluídos 735 (Figura 1). Os trinta e nove estudos foram divididos em duas categorias predeterminadas, ex.: “Cirurgia Bariátrica e Transtornos Mentais: as principais ponderações da literatura” e “Cirurgia Bariátrica e Transtornos Mentais: Depressão como fator preocupante”.

Author (year)	Periodic	Type of study	Sample	Main Findings
Duarte-Guerra LS et. al. (2016)	BMC Psychiatry	Transversal	374 participantes, 79,9% mulheres, metade era casada / convivendo (50,8%), um quarto era solteiro (25,4%), o restante era separado / divorciado (16,8%) ou viúvo (7,0%), a média de idade foi de 43,0 anos e a média de IMC foi de 47,0 kg / m ² (dp 7,1, faixa 31,2-92,1).	A Escala de Avaliação de Depressão Montgomery-Åsberg (MADRS) como um instrumento confiável e válido para avaliar os sintomas depressivos entre pacientes a procura de tratamento bariátrico.
Falk V et. al. (2016)	Pode J Surg	Transversal	209 pacientes submetidos a LSG.	O índice de massa corporal médio foi de 49,2, sendo 81% mulheres e idade média de 43 anos. As comorbidades incluíram hipertensão (55,0%), apnéia obstrutiva do sono (46,4%), dislipidemia (42,1%), diabetes (37,3%), osteoartrite (36,4%) e doença cardiovascular com stents cardíacos prévios (5,3%). Além disso, 38,3% dos pacientes relataram diagnósticos psiquiátricos, como depressão e ansiedade. A taxa global de complicações de 30 dias foi de 15,3%. A taxa para complicações menores foi de 13,4% e complicações maiores foi de 1,9% (2 vazamentos, 1 estenose e 1 fístula).
Schag K et. al. (2016)	Nutrients	Ensaio clínico	65 indivíduos (26 homens e 39 mulheres) com obesidade grave que receberam gastrectomia laparoscópica de manga (LSG) há 4 anos (48 ± 14 meses).	Os resultados sugerem que a relação entre impulsividade e comportamento alimentar patológico é mediada por sintomas depressivos e que o comportamento alimentar patológico tem efeito direto sobre a perda de peso. Como esperado, a impulsividade e os sintomas depressivos não se correlacionaram com a perda de peso, mas ambos estão associados ao comportamento alimentar patológico - sintomas depressivos especialmente altamente correlacionados. Assim, a relação entre impulsividade e comportamento alimentar patológico foi mediada por sintomas depressivos.

Alizai PH et. al. (2015)	Saúde Qual Resultados de Vida	Estudo de coorte prospectivo	159 pacientes; a mediana da idade dos participantes foi de 42 anos, a mediana do IMC foi de 49 kg /m ² .	Em relação ao Questionário de Saúde do Paciente, evidenciou uma prevalência de 84% para distúrbios mentais, 50% dos participantes tiveram três ou mais transtornos, um alto fator sintomático somático (46%), síndromes depressivas (62%) e distúrbios de ansiedade (29%) foram as síndromes psiquiátricas mais frequentes.
Booth H et. al. (2015)	J afeta a desordem	Estudo de séries temporais interrompidas controladas	3045 participantes (média de idade 45,9, média de IMC de 44,0kg / m (2)) que receberam BS, incluindo bandas gástricas laparoscópicas em 1297 (43%), bypass gástrico em 1265 (42%), gastrectomia em 477 (16%) e seis indefinidos.	Antes da cirurgia, 36% dos participantes da cirurgia bariátrica e 21% dos controles tiveram depressão clínica. Entre-grupo odds ratios ajustados (AOR), 2,02, IC 95% 1,75-2,33, P <0,001. No segundo ano pós-operatório, 32% apresentaram depressão; AOR, em comparação com o tempo sem cirurgia, 0,83 (0,76-0,90, P <0,001). No sétimo ano, a prevalência de depressão aumentou para 37%; AOR 0,99 (0,76-1,29, P = 0,959). Pacientes submetidos a cirurgia bariátrica têm níveis mais elevados de depressão em comparação com outros obesos com índice de massa corporal semelhante e da mesma idade e sexo. Comorbidades frequentes, incluindo diabetes mellitus, podem estar associadas a esta maior frequência de depressão. Resultados do presente estudo indicam que a cirurgia bariátrica em pacientes obesos pode estar associada a uma redução modesta na prevalência de depressão e ao uso de medicamentos antidepressivos na atenção primária, mas esses efeitos não parecem persistir mais de três anos.
Dreber H et. al. (2015)	PLoS One	Estudo transversal	165 participantes (132 mulheres, 33 homens) com IMC ≥ 35 kg / m ² ou ≥ 30 kg / m ² com comorbidades, inscrevendo-se em um programa multidisciplinar de tratamento da obesidade.	Dezesseis por cento (n = 26) foram diagnosticados com transtorno depressivo e / ou ansiedade e 15% (n = 24) apresentaram pelo menos um transtorno neurológico, incluindo TDAH (13%), distúrbio de Asperger (3,6%), distúrbio autista 1,2%) e desordem de Tourette (0,6%). Os escores dos componentes mentais da qualidade de vida foram significativamente mais baixos do que os escores dos componentes físicos (P <0,001). Quarenta por cento (n = 60) dos participantes foram classificados como tendo sido expostos a pelo menos uma experiência adversa na infância; mais comum (n = 43, 26%) foi a ausência do pai. Uma ampla gama de problemas de saúde, incluindo problemas de saúde mental bastante graves, foi prevalente em jovens adultos com obesidade grave em tratamento. Estes são susceptíveis de constituir um grande desafio de tratamento, incluindo opções relacionadas à cirurgia bariátrica.
Figura A et. al. (2015)	J Obes.	Série de Casos	64 pacientes com obesidade mórbida, com IMC pré-operatório de 51 ± 8 kg / m ² , submetidos a gastrectomia laparoscópica de manga (LSG).	Com base na distribuição% EWL, os pacientes foram classificados em três grupos% EWL: baixa (14-39%), moderada (40-59%) e alta (60-115%). Pacientes LSG com alta% EWL relataram significativamente mais comportamento de "enfrentamento ativo" antes da cirurgia do que pacientes com moderada e baixa% EWL. O fardo psicológico pré-operatório dos pacientes e a motivação para perder peso não foram associados com o EWL%.
Delgado Floody Pedro et. al. (2015)	Nutr Hosp	Série de Casos	Quatro homens e dez mulheres entre 21 e 55 anos candidatos à cirurgia bariátrica, com morbidade (n = 5) ou obesidade e comorbidades (diabetes mellitus tipo II, hipertensão, dislipidemia, resistência à insulina) (n = 9).	(P = 0,000), FM (p = 0,001), glicemia basal (p = 0,02), WC (p = 0,000), a condição física aumentou significativamente (p = 0,004) = 0,000), nos níveis psicológicos de depressão diminuiu significativamente (p = 0,014), enquanto os níveis de ansiedade como um estado; Condição emocional transitória e ansiedade traço; Propensão ansiosa relativamente estável, não houve alterações significativas (p > 0,05). Quatro meses de tratamento melhoram as condições pré-operatórias de candidatos obesos à cirurgia bariátrica e reduzem o risco de morbidade e mortalidade.

Gade H et. al. (2015)	Obes surg	Ensaio controlado aleatório	Um total de 80 pacientes (55 mulheres) com idade média de 44 anos.	A hipótese não foi apoiada, pois ambos os grupos apresentaram melhorias comparáveis em todos os desfechos, exceto nos sintomas de ansiedade. O peso corporal diminuiu 30,2% (37,3 kg) no grupo CBT e 31,2% (40,0 kg) no grupo controle desde o início até o seguimento, $p = 0,82$. Houve reduções estatisticamente significativas nos sintomas de ansiedade e depressão no grupo CBT entre T0 e T1 e entre T1 e T2 apenas para depressão. No entanto, no grupo controle, o escore de ansiedade não se alterou significativamente. O grupo CBT mostrou um início mais cedo de melhorias em todos os comportamentos alimentares e sintomas afetivos do que o grupo controle.
Ivezaj V; Grilo CM (2015)	Obes Surg	Transversal	Participaram 107 pacientes com obesidade extrema, que foram submetidos a cirurgia de bypass gástrico e foram acompanhados aos 6 e 12 meses após a cirurgia. Dos 107 participantes, 94 eram mulheres e 13 homens, 73 eram brancos (18 identificados como negros, 15 como hispânicos e 1 como asiáticos) e 24 concluíram a faculdade. Pré cirurgicamente, a idade média dos participantes foi de 42,7 (DP = 10,5) anos ea média do IMC foi de 51,7 (DP = 7,8).	Quatorze (13,1%) participantes relataram aumentos discerníveis nos níveis de depressão após a cirurgia, 14 (13,1%) apresentaram diminuição discernível e 79 (73,8%) não relataram alterações discerníveis (sem alteração) nos escores da Escala de Depressão de Beck de 6 para 12 meses de pós-cirurgia.
Järholm K et. al. (2015)	Obesity (Silver Spring).	Estudo prospectivo	Oitenta e oito adolescentes (65% meninas) com idade entre 13 e 18 anos foram avaliados no início e 1 e 2 anos após a cirurgia .	Os sintomas de ansiedade ($P = 0,001$), depressão ($P = 0,001$), raiva ($P = 0,001$) e comportamento disruptivo ($P = 0,022$) foram significativamente reduzidos aos 2 anos após a cirurgia, assim como problemas relacionados à obesidade ($P < 0,001$). As melhorias foram observadas principalmente durante o primeiro ano após a cirurgia . O segundo ano foi caracterizado pela estabilização. Sintomas de ansiedade, depressão, raiva, comportamento disruptivo e auto-conceito estavam em níveis normativos após a cirurgia. No entanto, 19% dos adolescentes apresentaram sintomas depressivos na faixa clínica.
Sheets CS et. al. (2015)	Obes surg	Revisão de literatura	53 artigos (12)	Os resultados destacam a necessidade de avaliação pós-operatória de transtornos desordenados e transtornos depressivos, pesquisa adicional sobre o valor preditivo de fatores psicossociais pós-operatórios e desenvolvimento de intervenções direcionadas.
White MA et. al. (2015)	Obes surg	Transversal	357 (50 do sexo masculino e 307 do sexo feminino) extremamente obesos pacientes que foram submetidos a cirurgia de bypass gástrico. A idade média foi de 43,7 anos (DP = 10,0), o índice de massa corporal (IMC) médio foi de 51,2 (DP = 8,3). Dos participantes, 81,8% ($n = 292$) eram brancos, 9,0% ($n = 32$) eram afro-americanos, 7,0% ($n = 25$) eram hispânicos, 0,3% ($N = 7$) eram de outra etnia ou desconhecidos	A frequência de sintomas depressivos elevados diminui substancialmente após a cirurgia de bypass gástrico, mas aumenta gradualmente ao longo de 24 meses. Os sintomas depressivos pós-operatórios estão significativamente associados a resultados de peso mais desfavorável aos 6 e 12 meses após a cirurgia, mas não prevêem resultados de peso a longo prazo aos 24 meses. Os sintomas depressivos pós-operatórios prevêem prospectivamente uma maior psicopatologia da perturbação alimentar e uma pior qualidade de vida durante 24 meses. Os sintomas depressivos elevados, facilmente avaliados pelo auto-relato, podem sinalizar uma necessidade de atenção clínica após a cirurgia.

Gade H et. al. (2014)	Obes Facts	Transversal	Participaram 102 pacientes (69 mulheres, 33 homens) com idade média de 42,6 (9,8) anos e média de IMC de 43,5 (4,4) kg/m ² .	Os traços de personalidade neuroticismo e conscienciosidade foram mais fortemente correlacionados com alimentação disfuncional do que ansiedade e depressão. A alimentação emocional ocorreu com maior frequência em mulheres, uma descoberta que foi parcialmente mediada por neuroticismo, mas não por ansiedade e depressão.
Herget S et. al. (2014)	Obes Facts	Revisão de literatura	Doze artigos sobre estado depressivo pré e pós-operatório, ansiedade e distúrbio alimentar em adolescentes. Base de dados foi: PubMed, PsychINFO, e Medline.	Pós-operatório, os níveis de sintomas de transtorno depressivo melhoraram significativamente.
Mitchell JE et. al. (2014)	Obesity (Silver Spring)	coorte observacional	2146 participantes.	Cirurgia bariátrica tem um impacto positivo sobre características depressivas. No entanto, os dados sugerem alguma deterioração na melhora após o primeiro ano pós-operatório.
Sousa P et. al. (2014)	Acta Med Porto	Estudo transversal	52 pacientes submetidos a cirurgia bariátrica avaliados pós-operatório, com tempo de seguimento variando de 22 a 132 meses	A sintomatologia depressiva esteve positivamente associada à preocupação com a imagem corporal, à escala global do OQ45, à percentagem de IMCG e a episódios de IAC. Verificou-se também uma associação negativa entre a sintomatologia depressiva e a percentagem EIMCP. Nesse sentido, maior sintomatologia depressiva após a cirurgia está associada a uma maior insatisfação com a imagem corporal, a mais sintomas de comprometimento psicológico, dificuldades interpessoais e no desempenho social, a uma maior percentagem de IMCG e à presença de episódios de IAC. Adicionalmente, maior sintomatologia depressiva parece estar associada a uma menor percentagem EIMCP após a cirurgia.
Tae B et. al. (2014)	Rev Col Bras Cir.	Estudo prospectivo longitudinal	32 mulheres submetidas à cirurgia bariátrica	Observou-se redução nos sintomas depressivos e ansiosos e no comportamento bulímico, bem como melhora da qualidade de vida física, psicológica e ambiental. Houve também uma redução no uso de antidepressivos e supressores de apetite, mas a cirurgia não foi um fator de cessação do tabagismo e/ou alcoolismo.
Abilés V et. al. (2013)	Nutr Hosp.	transversal	110 pacientes com obesidade mórbida [77 mulheres; Idade 41 ± 9 anos; Índice de massa corporal 49,1 ± 9,0 kg / m ²] ingressaram em um programa de TCC de três meses (12 sessões de duas horas) antes da BS.	A terapia cognitivo-comportamental é eficaz para tratar a comorbidade psicológica em candidatos a cirurgia bariátrica, independentemente da presença de transtorno de compulsão alimentar e grau de obesidade.
Abilés V et. al. (2013)	Nutr Hosp	Estudo observacional prospectivo	35 pacientes entre 18 e 59 anos. Dos 35 pacientes com CB, 30 responderam a avaliações pós-operatórias, 16 foram submetidos a TCC antes de CB e 14 foram submetidos à cirurgia sem terapia psico-nutricional (76% mulheres) com idade média de 41 ± 9,5 anos. O IMC inicial médio foi de 42 ± 10 e 45% dos pacientes foram classificados como super obesos (IMC: 56 ± 6).	Os pacientes que obtiveram resultados bem sucedidos na evolução da perda de peso aos dois anos de cirurgia bariátrica são principalmente que receberam terapia cognitivo-comportamental (94%), apresentando menor comorbidade psicológica.

Faulconbridge LF et. al. (2013)	Surg Obes Relat Dis.	Transversal	Sintomas de depressão e qualidade de vida foram avaliados no início e 2, 6 e 12 meses em participantes submetidos a cirurgia bariátrica, mas sem intervir no estilo de vida (n = 36) e em participantes não cirúrgicos que receberam um programa abrangente de modificação do estilo de vida (n = 49).	No resultado primário, foram avaliadas as alterações nos sintomas depressivos durante 12 meses e as melhorias significativas de humor, constatando-se que existe uma correlação positiva entre a perda de peso provocada pela cirurgia e a redução dos sintomas depressivos. Portanto, quanto maior a perda de peso, maior a redução dos sintomas depressivos. No entanto, em curto prazo, (6 meses), na análise secundária, a intervenção comportamental se mostrou mais produtiva que a cirurgia bariátrica.
Järholm K et. al. (2012)	Obesity (Silver Spring).	Transversal	37 adolescentes (idade média 16,6 ± 1,3)	Os sintomas de internalização (ansiedade e depressão) e externalização (raiva e comportamento disruptivo) foram mais elevados no início do que as normas específicas do sexo. Um quinto tinha um autoconceito muito baixo. Quatro meses após a cirurgia, os adolescentes mostraram menos sintomas de ansiedade e depressão e melhoraram significativamente o autoconceito a partir da linha de base. A raiva e, o comportamento disruptivo não mostraram mudanças significativas. Realizou-se uma análise de alterações clinicamente significativas e, além do resultado positivo geral, 16% (n = 6) dos adolescentes apresentaram deterioração em dois ou mais inventários em BYI logo após a cirurgia. Este grupo com deficiência não apresentou características específicas na inclusão. Os resultados indicam a importância do monitoramento psicológico imediatamente após a cirurgia bariátrica e a necessidade de apoio psicossocial adicional para os subgrupos vulneráveis de adolescentes.
Jones-Corneille LR et. al. (2012)	Obes Surg	Transversal	195 pacientes de cirurgia bariátrica completaram o Inventário de Peso e Estilo de Vida e o Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II) e posteriormente foram administrados o Exame de Transtornos Alimentares. Destes 195, 44 que foram diagnosticados com BED, e 61 que estavam livres de patologia alimentar, completou um telefone-administrado SCID.	Significativamente mais BED do que os participantes do non-BED tiveram um disorder atual do modo (27.3% contra 4.9%, p = 0.002), assim como um history da vida desta circunstância (52.3% contra 23.0%, p = 0.003). Mais BED do que não-BED participantes também tinham um transtorno de ansiedade atual (27,3% vs. 8,2%, p = 0,014) e transtorno de ansiedade ao longo da vida (36,4% vs 16,4%, p = 0,019). O BED também foi associado a maiores sintomas de depressão, medidos pelo BDI-II, bem como com menor auto-estima. BED e não-BED grupos, no entanto, não diferiram em seus desejados perda de peso metas após a cirurgia. Os achados indicam que a presença de BED, em pacientes que procuram cirurgia bariátrica, está associada a um aumento da prevalência da psicopatologia do Eixo I, além da taxa já elevada observada com obesidade grave (classe III).
Mitchell JE et. al. (2012)	Surg Obes Relat Dis	Transversal	199 pacientes, sexo feminino (82,9%, e branca (não branca 7,6%, hispânica 5,0%). A mediana da idade foi de 46,0 anos, o índice de massa corporal médio foi de 44,9 kg/m ² .	33,7% apresentaram no mínimo um transtorno atual do Eixo I e 68,8% pelo menos um transtorno do Eixo I de vida. Destaca-se que 38,7% tiveram uma história de transtorno depressivo maior e 33,2% diagnóstico de abuso ou dependência de álcool ao longo da vida, muito acima das taxas de prevalência baseadas na população obtidas para esta faixa etária no <i>National Comorbidity Survey - Replication Study</i> .

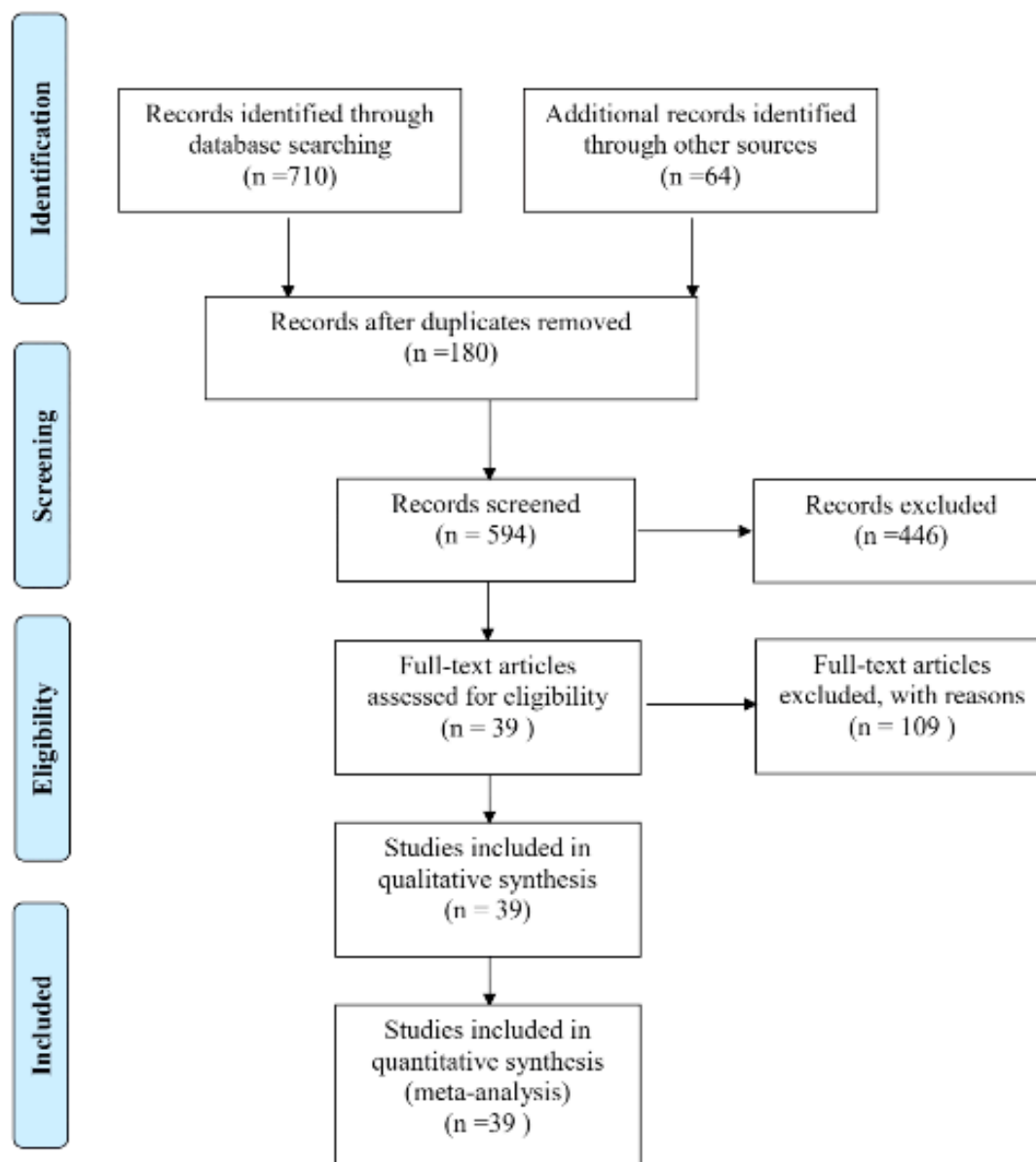
Sysko R et. al. (2012)	J Clin Psiquiatria	Ensaio clínico	101 adolescentes severamente obesos que receberam LAGB. A amostra incluiu 28 homens (27,7%) e 73 mulheres (72,3%) com idade média de $15,8 \pm 1,1$ anos. Os adolescentes eram de origem étnica e racial diversa, com 34,7% classificados como caucasianos (n = 35), 39,6% classificados como hispânicos / latinos (n = 40), 20,8% classificados como afro-americanos (n = 214) e 5,0% classificado como de outra raça (n = 58). Média da renda familiar média por CEP foi de $\$ 47.608 \pm \$ 23.592$ (intervalo $\$ 14.896$ a $\$ 140.222$).	As alterações de curto prazo nos sintomas psiquiátricos e peso foram analisadas utilizando a modelização da curva de crescimento latente. Alterações significativas no BDI total (β slope = -0.885, SE = 0.279, P <0.01; β quadratic = 0.054, SE = 0.021, P <.001) e PedsQL (β slope = -0.885, SE = 0.279, P < (BDI: covariância [COV] = 0,21, SE = 0,06, P <0,001; PedsQL: COV = -0,41; SE = 0,10; P <0,01). Duas variáveis (conflito familiar / perda de controle alimentar) foram preditores significativos de alteração de peso ao longo do ano após a cirurgia (p <0,05). Adolescentes experimentaram melhorias notáveis nos sintomas depressivos iniciais e na qualidade de vida após o LAGB, e medidas de compulsão alimentar pré-operatória e conflito familiar afetaram o índice de massa corporal pós-cirúrgica entre os jovens.
Rojas C et. al. (2011)	Rev Med Chil	Estudo descritivo, não experimental	15 homens e 5 mulheres, de 28 a 61 anos, com índice de massa corporal médio de $42,6 \pm 5$ kg/m ² .	Após a cirurgia, as pontuações de auto-estima, bem-estar, flexibilidade, atração, auto-aceitação, confiança e culpa melhoraram significativamente. A avaliação da ansiedade e dos sintomas depressivos da Anxiety Sate-Trait Inventory (STAI) e Personal Self Evaluation Questionnaire (OQ-45.2) estava no intervalo normal antes e após a cirurgia. No entanto, após a cirurgia, houve uma diminuição significativa nessas sub-escalas no OQ-45.2. Não houve alterações significativas na ansiedade medida usando o STAI, após a cirurgia. Concluindo que, seis meses após a cirurgia bariátrica, mudanças positivas foram encontradas em autoconceito e bem-estar geral.
Rutledge T, Adler S, Friedman R (2011)	Obes Surg	Transversal	95 pacientes candidatos à cirurgia bariátrica dos quais 25 tiveram aprovação para fazê-la.	Os pacientes que progrediram para a candidatura bariátrica ao longo do seguimento diferiram dos pacientes não bariátricos em múltiplas áreas, incluindo relatos de taxas significativamente mais baixas de depressão (28% contra 48,7%, respectivamente p = 0,04).
Rutledge T, Adler S, Friedman R (2011)	Obes Surg	Transversal	95 pacientes candidatos à cirurgia bariátrica dos quais 25 tiveram aprovação para fazê-la.	Os pacientes que progrediram para a candidatura bariátrica ao longo do seguimento diferiram dos pacientes não bariátricos em múltiplas áreas, incluindo relatos de taxas significativamente mais baixas de depressão (28% contra 48,7%, respectivamente p = 0,04).
Zeller MH et. al. (2011)	Surg Obes Relat Dis	Série de Casos	16 adolescentes (idade média de 16,2 anos); 62,5% do sexo feminino, o IMC médio de 59,9 kg/m ²	Houve redução significativa do peso e dos sintomas depressivos, bem como melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde e autoconceito foram identificados durante o primeiro ano pós-operatório, seguidas de desacelerações no segundo ano, incluindo a recuperação do peso (p <.0001) e leves aumentos nos sintomas depressivos (p = 0,004) e diminuição na qualidade de vida relacionada à saúde S (Social, p = 0,002; Estimulação do corpo, p = .0007; Conforto físico, p <.0001 e Total, p <.0001) e Autoconceito (Social, p = .02; Aparência, p = .002 e Close Friendship, p = .008).
Andersen JR et. al. (2010)	Health Qual Life Outcomes	Caso-Controle	Antes da cirurgia (n = 50), e um (n = 47) e dois (n = 44) anos depois.	A carga sintomática de ansiedade e depressão foi alta antes da cirurgia, mas foi normalizada um e dois anos depois (P <0,001). O grau de melhora na saúde física auto-referida foi associado a reduções estatisticamente significativas nos sintomas de ansiedade (P = 0,003) e depressão (P = 0,004). A novidade deste estudo é a grande e sustentada redução nos sintomas de ansiedade e depressão após o procedimento de troca duodenal, e que estas mudanças foram estreitamente associadas com melhorias na saúde física auto-referida.

White MA et. al. (2010)	J Clin Psychiatry	Ensaio Clínico	Trezentos e sessenta e um pacientes com cirurgia de bypass gástrico	Antes da cirurgia, 61% dos pacientes relataram LOC geral; Pós-cirurgia, 31% relataram LCO no seguimento de 6 meses, 36% relataram LOC no seguimento de 12 meses e 39% relataram LCO ao seguimento de 24 meses. O LOC pré-operatório não previu os resultados pós-operatórios. Em contraste, as análises de modelos mistos revelaram que a LOC pós-cirúrgica era preditora dos resultados de perda de peso: os pacientes com pós-cirurgia perderam significativamente menos peso aos 12 meses (34,6% vs 37,2% de perda de IMC) e 24 meses (35,8% vs 39,1%). Pós-cirurgia LOC também previu significativamente psicopatologia, depressão e qualidade de vida em seguimento de 12 e 24 meses.
Friedman KE, Ashmore JA, Applegate KL (2008)	Obesity (Silver Spring).	Transversal	Noventa e quatro adultos obesos (25 homens e 69 mulheres)	Estigmatização baseada no peso foi uma experiência comum entre os participantes. A frequência de experiências estigmatizantes foi negativamente associada à autoestima e positivamente associada com depressão, ansiedade, distúrbios da imagem corporal e alimentação emocional. Experiências recentes de estigmatização foram associadas a um diagnóstico de transtorno alimentar compulsivo. Parece que as barreiras ambientais (por exemplo, cadeiras muito pequenas, que não conseguem encontrar equipamentos médicos em tamanho apropriado) e ataques interpessoais são as experiências estigmatizantes mais comuns.
Greenberg I et. al. (2005)	Obes Res	Revisão de literatura	198 resumos; 17 artigos foram revistos em detalhe. Os períodos de busca foram de 1980 a 2004.	Encontramos uma alta incidência de depressão, imagem corporal negativa, distúrbios alimentares e baixos QV em pacientes com obesidade grave. Nosso subgrupo de trabalho recomendou que todos os candidatos ao WLS fossem avaliados por um profissional de saúde mental licenciado experiente no tratamento de pacientes com obesidade grave e trabalhando no contexto de uma equipe de cuidados multidisciplinares. Também recomendamos o desenvolvimento de planos de tratamento pré e pós-cirúrgico que abordem as contraindicações psicossociais para WLS e potenciais barreiras ao sucesso pós-operatório.
Herpertz S et. al. (2004)	Obes Res	Revisão de literatura	Avaliou-se estudos controlados e não controlados entre 1980 e 2002. Foram identificados 29 artigos que se concentraram nos preditores psicossociais de perda de peso e saúde mental após a cirurgia de obesidade.	Traços de personalidade não têm valor preditivo para o curso pós-operatório de peso ou estado mental. Além de transtornos psiquiátricos graves, incluindo transtornos de personalidade, a comorbidade psiquiátrica parece ter um valor mais preditivo para o bem-estar físico e mental como dois aspectos essenciais da qualidade de vida do que para a pós-cirurgia de perda de peso. No entanto, os sintomas depressivos e ansiedade como correlatos de estresse psicológico em relação à obesidade parecem ser preditores positivos de perda de peso pós-cirurgia. A gravidade dos sintomas é mais relevante para o resultado da cirurgia de obesidade do que a especificidade dos sintomas. Também não é apenas o consumo de alimentos distintos “proibidos”, como doces ou refrigerantes, mas sim um comportamento alimentar hipercalórico geral, seja como uma expressão do cumprimento inadequado do paciente ou uma desregulação no balanço energético, que está associada a uma pobre perda de peso pós-cirurgia.

Dixon JB; Dixon ME; O'Brien PE (2001)	Obes Res	Transversal		Todos os escores médios pré-operatórios (n = 459) foram inferiores aos valores da NC, com maior comprometimento no PCS (36,8 +/- 9,5 versus CN: 51,3 +/- 8,3, p <0,001) do que no MCS (45,7 +/- 8,2 vs. CN: 48,8 +/- 9,5, p <0,001). Após 1 ano, os escores foram mais próximos dos escores do CN (PCS: 52,4 +/- 8,2 e MCS: 48,4 +/- 7,7), e estes permaneceram mais próximos por 4 anos. A comorbidade pré-operatória de obesidade, especialmente a incapacidade física, foi o melhor preditor de escores pré-operatórios SF-36 e de melhora nos escores a 1 ano. A percentagem de perda de peso em excesso a 1 ano (46 +/- 16%) foi de pouco valor preditivo de QV melhorada.
Legenbauer T et. al. (2009)	Obes Facts	Estudo prospectivo, longitudinal.	Três amostras diferentes de indivíduos obesos - participantes num sistema convencional de perda peso programa de tratamento convencional (n = 250), pacientes de cirurgia obesidade (n = 153), e controle de indivíduos obesos (n = 128).	Sublinha a importância de abordar transtornos depressivos e de ansiedade atuais em pacientes obesos, especialmente quando esses pacientes estão passando por cirurgia bariátrica. Este estudo mostrou que pacientes com um transtorno depressivo e / ou ansioso perdeu significativamente menos peso comparado com aqueles sem um diagnóstico de comorbidade mental.
Petribu K et. al. (2006)	Arq Bras Endocrinol Metabol.	transversal	Foram entrevistados 67 dos 400 pacientes inscritos no programa (16,8%). O IMC variou de 36,1 a 81,8 kg/m ² (média de 48,5 +/- 8,8).	Todos têm doenças associadas, sendo as mais frequentes hipertensão arterial sistêmica, distúrbios do sono e osteopatias. Os distúrbios psiquiátricos mais frequentes foram: 47,8% de transtorno de ansiedade generalizada, 29,9% de transtorno depressivo maior, episódio único, 34,3% de transtorno depressivo maior recorrente. Neste grupo, 56,7% apresentaram BED (25,4% moderada e 31,3% grave) e os piores em todos os domínios de qualidade de vida (escala SF-36).
Wadden TA et. al. (2006)	Obesity (Silver Spring)	Transversal	Mulheres com diagnóstico de obesidade	As mulheres com obesidade classe III, em comparação com a classe I-II, relataram significativamente mais sintomas depressivos. 25% das mulheres no grupo anterior pareciam ter uma desordem significativa do modo em que se beneficiariam do tratamento. Em comparação com as mulheres com obesidade classe I-II, significativamente mais mulheres com obesidade classe III também relataram um histórico de complicações psiquiátricas, que incluiu abuso físico e sexual e maior estresse relacionado à sua saúde física e financeira / jurídica. Ambos os grupos de mulheres tinham expectativas de perda de peso irrealistas. Aqueles que procuraram cirurgia esperavam perder 47,6 +/- 9,3% do peso inicial, em comparação com 24,8 +/- 8,7% para aqueles que se inscreveram no controle de peso comportamental.
Kodama K et. al. (1998)	Psychiatry Clin Neurosci.	Série de casos	Três pacientes obesos	Quando algumas características psiquiátricas são confirmadas em pacientes obesos, a cirurgia de obesidade deve ser realizada de forma mais prudente porque os pacientes podem manifestar depressão no pós-operatório. A avaliação psiquiátrica pré-operatória é essencial para uma decisão sobre indicação de cirurgia de obesidade.



PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

4 | DISCUSSÃO

Cirurgia Bariátrica e Transtornos Mentais: as principais ponderações da literatura.

A obesidade é uma das enfermidades não transmissíveis mais graves e prevalentes da atualidade e está associada com doenças cardiovasculares e seus fatores de risco, levando a um maior estado de morbimortalidade. Tomando como exemplo o Chile, a obesidade aumentou em 100% de 2003 a 2010 na população chilena, (DELGADO

FLOODY et al, 2015), tornando a cirurgia bariátrica necessária em muitos casos.

A estigmatização baseada no peso é uma experiência comum entre indivíduos obesos que procuram cirurgia bariátrica e essas experiências estão associadas a consequências deletérias (GREENBERG et al, 2005). As barreiras ambientais (por exemplo, cadeiras muito pequenas, que impossibilitam encontrar equipamentos médicos em tamanho apropriado) e ataques interpessoais são as experiências estigmatizantes mais comuns (FRIEDMAN, ASHORE, APPLGATE, 2008).

Vários estudos longitudinais têm explorado o relacionamento entre a cirurgia bariátrica e depressão, a identificação de reduções significativas na depressão (BURGMER et al, 2007) e sintomas depressivos (DIXON et al, 2003; MITCHELL et al, 2014) após a cirurgia. Um estudo encontrou uma diminuição na depressão de 32,7% no pós-operatório, de 16,5% em 6-12 meses, e de 14,3% em 2-3 anos após a cirurgia (ZWAAN et al, 2011). Contudo, outros estudos sugerem que as melhorias após a cirurgia não conseguem se manter após o primeiro ano pós-operatório (MITCHELL et al., 2014) e sintomas depressivos podem surgir em alguns pacientes (IVEZAJ, GRILO, 2015). Entretanto, para Booth et. al., (2015), evidências que comprovem um efeito de cirurgia bariátrica sobre a depressão são limitadas por que os efeitos dos cuidados pós-operatórios, incluindo tratamento medicamentoso, não parecem persistir por mais de três anos.

Estudo realizado em 2016 (FALK, 2016) aponta que, na análise de prontuários de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, 38% tinham algum grau de depressão ou outros transtornos psiquiátricos. Em Alizai et. al. (2015), 84% dos pacientes que procuram a cirurgia bariátrica apresentaram pelo menos uma desordem de saúde mental, 50% dos participantes tiveram três ou mais transtornos mentais, um alto fator sintomático somático (46%), síndromes depressivas (62%) e distúrbios de ansiedade (29%) foram as síndromes psiquiátricas mais frequentes. O número médio de síndromes psiquiátricas foi de três para mulheres e um para homens ($p = 0,007$). A história pré-cirúrgica de transtorno depressivo maior foi encontrada em 47,8% dos 67 pacientes do estudo de Alosco et. al. (2015).

Gade, et. al., (2014), em ensaio controlado e randomizado, afirma que pacientes com obesidade mórbida sofrem com sintomas de ansiedade e depressão. Os transtornos de humor prevalecem com percentis de 16% e 24%. Os pacientes elegíveis para cirurgia bariátrica possuem o que, na Teoria Cognitiva Comportamental, chama-se de alimentação disfuncional. Os sintomas afetivos citados acima, se tratados, podem melhorar o controle de comer, o alívio da depressão e ajudar na experiência de auto eficácia, facilitando o tratamento de tais distúrbios. Em pós intervenção foi possível tratar comportamentos alimentares e induzir uma forte redução de alimentação disfuncional em pacientes com obesidade grave com cirurgia bariátrica agendada. Após a redução desses comportamentos alimentares disfuncionais, comprovou-se alívio moderado de sintomas de depressão e ansiedade, além de redução de peso corporal.

Em Mitchell et. al. (2012), dos 199 pacientes avaliados, 33,7% apresentaram

pelo menos um transtorno atual do Eixo I - transtornos psiquiátricos clínicos, incluindo transtornos do desenvolvimento e aprendizado - e 68,8% pelo menos um transtorno do Eixo I ao longo da vida. Destaca-se que 38,7% tiveram uma história de transtorno depressivo maior e 33,2% tiveram um diagnóstico de abuso ou dependência de álcool ao longo da vida. Nesse contexto, a literatura pontua que são necessários acompanhamentos psicológicos para os pacientes candidatos a esta modalidade cirúrgica (WADDEN et al, 2006; GREENBERG et al, 2005).

Em estudo (GADE et al, 2014), explicou a depressão associada a comportamentos alimentares, ligadas firmemente a traços da personalidade como neuroticismo (comportamentos ansiosos) e conscienciosidade (Mente focada, organização e controle sistemático das coisas), ocorrendo principalmente em mulheres. Pacientes sujeitos a cirurgia Bariátrica, que possuíam características de conscienciosidade possuíam maior habilidade para resistir ao ganho de peso, assumindo controle sobre o comer.

Além disso, o debilitado estado de saúde mental destes pacientes constitui um desafio no que tange às escolhas de opções de tratamento, incluindo cirurgia bariátrica. São necessários mais estudos sobre a forma como esses problemas de saúde mental prevalentes e muitas vezes graves impactam os resultados do tratamento comportamental e bariátrico em adultos jovens com obesidade grave (DREBER et al, 2015).

Cirurgia Bariátrica e Transtornos Mentais: Depressão como fator preocupante

Estudo de coorte (DIXON et al, 2001) com 459 pacientes em pré-operatório de cirurgia bariátrica, sendo 71 homens e 398 mulheres, afirma que uma das comorbidades mais comuns à obesidade seria a depressão, esta afeta a vida do paciente de forma multifatorial, tornando o incômodo pelo peso apenas um fator, sendo possível que, após a cirurgia, o fator psicológico ainda será prevalente. Assim, é importante preocupar-se não somente com os aspectos cirúrgicos, mas também com um acompanhamento Psicológico e Psiquiátrico para pacientes que possuem tais sinalizadores.

Em Ivezaj e Grilo (2015), quatorze (13,1%) participantes relataram aumentos discerníveis nos níveis de depressão após a cirurgia, 14 (13,1%) apresentaram diminuição discernível e 79 (73,8%) não relataram alterações discerníveis (sem alteração) nos escores da Escala de Depressão de Beck de 6 para 12 meses de pós-operatório.

Wadden et. Al. (2006) destacou em seu estudo que grupos femininos que possuíam obesidade extrema relataram bem mais sintomas depressivos do que grupos que possuíam sintomas depressivos de graus I ou II. Além disso, quase metade das pacientes com obesidade extrema possuíam sintomas depressivos. Ele relata, ainda, que pacientes com obesidade extrema devem recorrer à Terapia Comportamental e à Farmacologia para auxiliar na sua melhora psicossocial. Outrossim, diz que são necessários estudos de longo prazo para estabelecer uma relação entre psicopatologias no pré-operatório e sua

relação com a o pós-operatório da cirurgia bariátrica.

Segundo Sysko et. al. (2012), o primeiro estudo prospectivo longitudinal de adolescentes encontrou melhorias significativas no IMC, em sintomas depressivos e em saúde relacionados com qualidade de vida após a cirurgia, mas não examinou a interação entre fatores psicossociais pré-operatórios e posterior mudança de peso. Porém, ao contrário do que esse estudo esperava, os resultados não divergiram consideravelmente do estudo anterior, tendo conclusões semelhantes.

Em sua pesquisa, Jones-Corneille et. al. (2012), relata que a patologia psiquiátrica mais prevalente entre 195 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica era o transtorno depressivo maior, diagnosticado em 27% dos pacientes com transtorno de compulsão alimentar. Estes mesmos pacientes também foram significativamente mais propensos a ter uma vida história de transtornos de humor e ansiedade do que indivíduos sem compulsão. A depressão maior foi novamente o transtorno de humor mais comum, enquanto que os transtornos de ansiedade mais frequentes foram transtorno do pânico (sem agorafobia), transtorno de estresse pós-traumático, fobia social e fobia específica.

Estudo realizado em 2015, com 65 indivíduos de ambos os sexos, demonstrou que a relação entre impulsividade e comportamento alimentar patológico é mediada por sintomas depressivos e que o comportamento alimentar patológico tem efeito direto sobre a perda de peso (SCHAG, 2016). Petribu et. al. (2006) relatou que 67 dos 400 pacientes inscritos no programa de cirurgia da obesidade do Hospital Universitário Oswaldo Cruz apresentaram transtorno de ansiedade generalizada (47,8%), transtorno depressivo maior (29,9%) e transtorno depressivo maior recorrente (34,3%). Wadden et. al. (2006) mostrou que as mulheres com obesidade classe III, em comparação com a classe I-II, apresentaram mais sintomas de depressão. Uma revisão de literatura, realizada por Greenberg et. al. (2005), encontrou uma alta incidência de depressão, imagem corporal negativa, distúrbios alimentares e baixa qualidade de vida em pacientes com obesidade grave. Estudo transversal (DREBER et. al. 2015) constatou, em jovens que buscavam tratamento para obesidade, indícios de má saúde mental consistentes, em que o índice de depressão obtido no estudo chegou a 27%. Além disso, a depressão, neste estudo, esteve relacionada com baixa auto-estima e baixa aptidão cardiorrespiratória.

Em estudos propostos por Faulconbridge et. al. (2013), nos quais se analisava participantes que estariam submetidos à cirurgia e outros que utilizavam apenas a intervenção comportamental, com dieta ajustada e exercícios físicos. Nessa distribuição, a compulsão alimentar, ansiedade e depressão eram fatores que acompanhavam a obesidade dessas pessoas. Ao fim da intervenção, analisou-se que os participantes nos quais a intervenção cirúrgica foi utilizada obtiveram melhora do humor e da qualidade de vida. No resultado primário, foram avaliadas as alterações nos sintomas depressivos durante 12 meses e as melhorias significativas de humor, constatando-se que existe uma correlação positiva entre a perda de peso provocada pela cirurgia e a redução dos

sintomas depressivos. Portanto, quanto maior a perda de peso, maior a redução dos sintomas depressivos. No entanto, em curto prazo, (6 meses), na análise secundária, a intervenção comportamental se mostrou mais produtiva que a cirurgia bariátrica.

Em outra pesquisa feita com divisão de pacientes em grupos, quando avaliados 1 ano após a cirurgia, os pacientes que eram graves comedores compulsivos no início do estudo, teve a maior melhoria nos *escores* de depressão e de compulsão alimentar, quando comparado com os outros grupos. O impacto da depressão sobre o resultado pós-cirúrgico também foi avaliado. Cem pacientes foram submetidos a uma extensa avaliação psiquiátrica pré-operatória. Dezesete pacientes necessitaram de reinternação psiquiátrica pós-cirúrgica principalmente em virtude de depressão grave com ideação suicida, levando a uma recomendação de que os pacientes devem passar por uma triagem psiquiátrica antes da intervenção cirúrgica. (MALONE; ALGER-MAYER, 2004).

Para Herpertz et. al. (2004), os sintomas depressivos e de ansiedade como correlatos de estresse psicológico no que diz respeito à obesidade parecem ser preditores positivos de perda de peso após a cirurgia. A gravidade dos sintomas ou o distúrbio é mais relevante para o resultado da cirurgia de obesidade do que a especificidade dos sintomas.

Uma relação entre perda de controle alimentar como resultados pós-cirúrgico e depressão foi relatado em estudo realizado por White et. al. (2010), juntamente com aumento de transtornos alimentares e diminuição da qualidade de vida.

Entretanto, alguns vieses necessitam ser apontados. Os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica apresentam maior prevalência de problemas psíquicos em relação aos orgânicos. Sintomas psíquicos surgem na fase pré-operatória: (transtornos de ansiedade, humor e o alimentares) e pós-operatória (sensação de vazio, perda do interesse pelo trabalho e angústia) e culminam com os transtornos depressivos e os traços impulsivos que induzem à ingestão do alimento (DELLOSSO et al, 2013). No estudo de Waden (2006), uma parte significativa da amostra tinha outros fatores para desenvolvimento de depressão, tais como: abuso sexual ou físico, estresse atribuído a complicações financeiras e legais. Em Oliveira e Yoshida (2009) 25% dos participantes no pré-operatório apresentaram nível moderado de sintomas depressivos, sugerindo que a população atendida merece atenção e que a população de obesos de grau III é heterogênea quanto à depressão. Os níveis de depressão eram maiores no pré-operatório diminuindo no pós-operatório a partir do primeiro mês e permanecendo em queda após o sexto mês (PORCU, 2011).

A literatura pontua que a cirurgia bariátrica pode ser importante fator de proteção para depressão. Em Järholm et. al. (2015), os sintomas de ansiedade ($p = 0,001$), depressão ($p = 0,001$), raiva ($p = 0,001$) e comportamento disruptivo ($p = 0,022$) foram significativamente reduzidos dois anos após a cirurgia, assim como problemas relacionados à obesidade ($p < 0,001$). Em estudo anterior, Järholm et. al. (2012) relatou que, quatro meses após a cirurgia, os adolescentes mostraram menos sintomas de ansiedade e depressão. A literatura mostra estudo longitudinal com 31 pacientes de cirurgia bariátrica adolescentes

que obtiveram melhora significativa em transtornos de ansiedade e depressão 12 meses após o procedimento, com perda de IMC com uma média de 38%. (ZELLER et al, 2009). Neste contexto, avaliando-se a relação entre a cirurgia bariátrica e suas consequências, pode-se perceber que a redução tanto dos índices de ansiedade como dos índices de depressão acompanham a perda de peso após o procedimento cirúrgico (ALMEIDA, 2012).

Outro estudo que comprova a melhora da depressão através da cirurgia bariátrica foi feito por Delgado Floody et. al. (2015), em que, após o procedimento, foi constatada uma diminuição nos índices de depressão ($p=0,014$), além de aumento na autoestima e na qualidade de vida dos pacientes, possibilitando a manutenção da vontade de continuar perdendo peso. Ratcliff et. al. (2011) examinou se os sintomas depressivos em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica mudam durante o pré-operatório em comparação com pacientes obesos que não procuram a cirurgia. Foi demonstrada pequena mudança nos sintomas depressivos dos pacientes, mas com uma tendência para uma redução dos sintomas da avaliação psicossocial pré-operatório para imediatamente antes da cirurgia.

Gade et. al. (2015), em ensaio randomizado, comprovou que há uma melhora significativa da saúde mental dos pacientes de cirurgia bariátrica se houver um acompanhamento com Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) por até um ano após a cirurgia. Não há tanta diferença em termos de resultados em um espaço de tempo de um ano em relação a indivíduos que não fazem a terapia, mas há uma velocidade maior de melhora e o autor acredita que, a longo prazo, há uma diferença entre os grupos que fazem a TCC e os que não fazem.

Em relação ao uso de substâncias psicoativas, houve diminuição dos sintomas psiquiátricos após a cirurgia bariátrica e, conseqüentemente a redução do uso dessas substâncias. Além disso, houve melhora na qualidade de vida após o tratamento cirúrgico da obesidade. (TAE B et al, 2014). Uma revisão de literatura, realizada em 2014 (HERGET et al, 2014), sobre o estado psicossocial e a saúde mental em pacientes adolescentes com cirurgia bariátrica, mostrou que no pós-operatório, os níveis de sintomas de transtorno depressivo melhoraram significativamente.

Rojas et. al. (2011) evidenciou que após a cirurgia, a autoestima, o bem-estar, a auto-aceitação, a confiança e a culpa melhoraram significativamente. O estudo de Andersen et. al. (2010), revelou que a carga sintomática de ansiedade e depressão era alta antes da cirurgia, mas foi normalizada um e dois anos depois ($p < 0,001$). O grau de melhora na saúde física referida foi associado às reduções estatisticamente significativas nos sintomas de ansiedade ($P = 0,003$) e depressão ($P = 0,004$). A avaliação da ansiedade e dos sintomas depressivos no questionário *Anxiety State-Trait Inventory (STAI)* e *Personal Self Evaluation Questionnaire (OQ-45.2)* estava no intervalo normal antes e após a cirurgia. Estudo prospectivo longitudinal (TAE B et al, 2014), que teve como amostra 32 mulheres submetidas à cirurgia bariátrica, observou uma redução nos sintomas depressivos e

ansiosos, do comportamento bulímico, bem como melhora da qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e ambiental que foram avaliados.

Em contrapartida, em estudo feito com aplicação de questionários bem consistentes em 64 pacientes para avaliar o estado psicológico, incluindo tendência à depressão, antes da cirurgia bariátrica e 20 meses após ela, não constatou uma relação entre a perda de peso após o procedimento e o estado psicológico, contrariando os achados de estudos anteriores (FIGURA et al, 2015).

Booth et. al, (2015), em estudo, concluiu que pacientes obesos que recorrem à cirurgia bariátrica têm nível maior de sintomas depressivos do que outros indivíduos obesos que não requerem o procedimento. Este mesmo estudo mostra que há uma redução modesta do índice de depressão após a cirurgia bariátrica associada com uso de antidepressivos nos cuidados primários, mas que esse índice não pode continuar a diminuir por mais de 3 anos. Apesar das limitações do estudo, há uma disparidade em relação aos números que constam em pesquisas anteriores, que apresentavam maior relação entre diminuição de sintomas depressivos e cirurgia bariátrica.

Segundo Sousa et al (2014), apesar da perda de peso após a Cirurgia Bariátrica, as variáveis associadas à depressão e sua sintomatologia são semelhantes às apresentadas em população obesa sem intervenção cirúrgica. A relação entre obesidade e depressão é desenrolada por fatores como compulsão alimentar, insatisfação da imagem corporal, ganho de peso e alto comprometimento psicológico em pessoas, afetando-as de maneira interpessoal, o que se pode relacionar também à depressão. Não se sabe se a semelhança entre os sintomas é relacional causa-efeito, já que durante os primeiros meses pós cirurgia se perde peso, mas, após algum tempo, pode-se ganhar também, pois mesmo a causa física sendo resolvida, a compulsão ainda é evidente nesses casos.

Contudo, esses dados não são plenos na literatura, havendo discordância entre os achados. Os sintomas depressivos pós-operatórios preveem prospectivamente uma maior psicopatologia da perturbação alimentar e uma pior qualidade de vida durante 24 meses em White et al (2015). Esses aspectos emocionais são elementos significativos no quadro de obesidade observado nos pacientes (ALMEIDA, 2012).

Uma coorte (MITCHELL et al, 2014) realizada com amostra de 2.146 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica mostrou que a cirurgia bariátrica tem um impacto positivo sobre características depressivas. No entanto, os dados sugerem alguma deterioração na melhora após o primeiro ano pós-operatório. Zeller et al (2011), percebe uma redução significativa no peso e sintomas depressivos, bem como a melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) e autoconceito durante o primeiro ano pós-operatório. No entanto, estas são seguidas de desacelerações no segundo ano, incluindo a recuperação do peso ($p < .0001$), ligeiros aumentos nos sintomas depressivos ($p = 0,004$) e diminuição na QVRS.

Nesse contexto, é importante ressaltar a necessidade de uma triagem pré-cirúrgica

a fim de identificar precocemente sintomas depressivos e outros transtornos mentais. Os fatores psicológicos são considerados contra indicadores potenciais para a cirurgia bariátrica. Já Kodama et. al., (1998) alertava que, quando algumas características psiquiátricas são confirmadas em pacientes obesos, a cirurgia de obesidade deve ser realizada de forma mais prudente porque os pacientes podem manifestar depressão no pós-operatório. A avaliação psiquiátrica pré-operatória é essencial para uma decisão sobre indicação de cirurgia de obesidade.

Legenbauer et. al. (2009) sublinha a importância de abordar transtornos depressivos e de ansiedade atuais em pacientes obesos, especialmente quando esses pacientes estão passando por cirurgia bariátrica. Este estudo mostrou que pacientes submetidos a cirurgia bariátrica com transtorno depressivo e/ou ansiedade perderam significativamente menos peso comparado com aqueles sem uma comorbidade mental. Este resultado não foi detectado para pacientes que perderam peso por tratamentos convencionais. Uma tendência para ganhar peso foi observada em participantes com transtorno depressivo e / ou ansiedade. Em 2016, Duarte-Guerra et. al. aponta a Escala de Avaliação de Depressão Montgomery-Åsberg (MADRS) como um instrumento confiável e válido para avaliar os sintomas depressivos entre pacientes a procura de tratamento bariátrico.

Em Rutledge, Adler, Friedman (2011), 95 pacientes que eram candidatos à cirurgia bariátrica, dos quais 25 obtiveram aprovação para fazê-la. Os pacientes que progrediram para a candidatura bariátrica ao longo do seguimento diferiram dos pacientes não bariátricos em múltiplas áreas, incluindo relatos de taxas significativamente mais baixas de depressão (28% contra 48,7%, respectivamente $p = 0,04$).

Além da triagem pré-cirúrgica, é preciso acompanhar os pacientes no pós-operatório a fim de detectar precocemente o desenvolvimento de transtornos depressivos. Em Abilés et. al. (2013), de uma amostra de 35 pacientes com cirurgia bariátrica, 30 responderam avaliações pós-operatórias, 16 foram submetidos à terapia cognitivo-comportamental antes de cirurgia e 14 foram submetidos ao procedimento sem terapia psicoterapêutica. Este estudo revelou que os pacientes que obtiveram resultados bem-sucedidos na evolução da perda de peso aos dois anos de cirurgia bariátrica são principalmente que receberam terapia cognitivo-comportamental (94%), apresentando menores comorbidades psicológicas. Na coorte de Abilés et. al. (2013), com 110 pacientes, a terapia cognitivo-comportamental se mostrou eficaz para tratar as comorbidades psicológicas em candidatos a cirurgia bariátrica, independentemente da presença de transtorno de compulsão alimentar e grau de obesidade. Os resultados de Sheets et. Al. (2015) destacam a necessidade de avaliação pós-operatória de transtornos desordenados e transtornos depressivos, pesquisa adicional sobre o valor preditivo de fatores psicossociais pós-operatórios e desenvolvimento de intervenções direcionadas.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos demonstram que há uma tendência da melhora da autoimagem corporal, da confiança, da autoestima e, por conseguinte, dos sintomas depressivos e da socialização do paciente obeso submetido à cirurgia bariátrica. Entretanto, essa evidência não é absoluta, pois se deve considerar que grande parcela dos pacientes que se beneficiam da cirurgia apresenta algum transtorno psiquiátrico associado, tais como transtorno de Ansiedade, Transtorno Alimentar Compulsivo ou até mesmo o Transtorno Depressivo. Assim, a complexidade com a qual o paciente e os profissionais da saúde que prestam assistência se deparam no tratamento da obesidade mórbida reforça, por sua vez, a necessidade de estudos com metodologias arrojadas e amostras estatisticamente significativas objetivando construir protocolos terapêuticos que garantam uma terapêutica eficaz, segura e robusta para o paciente.

REFERÊNCIAS

- FERREIRA, Silvana Diniz et al. Prevalência e fatores associados ao sobrepeso/obesidade e à hipertensão arterial sistêmica em crianças da rede privada de ensino de Divinópolis/MG. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 289-297, 2015.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Media centre: obesity and overweight; [internet]. Geneva: **World Health Organization**, 2012. Acesso 14 jul. 2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- BALTIERI, Leticia et al. Utilização da pressão positiva no pré e no intraoperatório de cirurgia bariátrica e seus efeitos sobre o tempo de extubação. **Brazilian Journal of Anesthesiology**, v. 65, n. 2, p. 130-135, 2015.
- BRAY, George A. Medical consequences of obesity. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 89, n. 6, p. 2583-2589, 2004.
- MACEDO, Tassia Teles Santana de et al. Percepção de pessoas obesas sobre seu corpo. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 3, p. 505-510, 2015.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. Obesidade e depressão: Associação Recíproca [Internet], São Paulo, **ABESO**, 2009. Acesso em: 20 jul. 2017. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/noticias> .
- MORAES, Angela Lessa; ALMEIDA, Eliane Carnot; SOUZA, Luciana Borges. Percepções de obesos deprimidos sobre os fatores envolvidos na manutenção da sua obesidade: investigação numa unidade do Programa Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, p. 553-572, 2013.
- ALLISON, David B et al. Obesity as a disease: a white paper on evidence and arguments commissioned by the Council of The Obesity Society. **Obesity**, v. 16, n. 6, p. 1161-1177, 2008.
- OLIVEIRA, Verence Martins de; LINARDI, Rosa Cardelino; AZEVEDO, Alexandre Pinto de. Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 31, n. 4, p. 199-201, 2004.
- ALMEIDA, Sebastião Sousa; ZANATTA, Daniela Peroco; REZENDE, Fabiana Faria. Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 17, n. 1, p. 153-160, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Equity, social determinants and public health programmes [internet]. Geneva: **World Health Organization**, 2012. acesso 14 jul. 2017. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf>.

SAUERESSIG, Camila et al. Níveis de zinco sérico em pacientes internados com depressão. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 65, n. 3, p. 239-244, 2016.

DELGADO FLOODY, Pedro et al. Evaluación de un programa integral de cuatro meses de duración sobre las condiciones preoperatorias de pacientes obesos candidatos a cirugía bariátrica. **Nutrición Hospitalaria**, v. 32, n. 3, p. 1022-1027, 2015.

GREENBERG, Isaac et al. Behavioral and psychological factors in the assessment and treatment of obesity surgery patients. **Obesity research**, v. 13, n. 2, p. 244-249, 2005.

FRIEDMAN, Kelli E.; ASHMORE, Jamile A.; APPLGATE, Katherine L. Recent experiences of weight-based stigmatization in a weight loss surgery population: psychological and behavioral correlates. **Obesity**, v. 16, n. S2, p. S69-S74, 2008.

BURGMER, Ramona et al. Psychological outcome two years after restrictive bariatric surgery. **Obesity surgery**, v. 17, n. 6, p. 785-791, 2007.

DIXON, John B.; DIXON, Maureen E.; O'BRIEN, Paul E. Depression in association with severe obesity: changes with weight loss. **Archives of internal medicine**, v. 163, n. 17, p. 2058-2065, 2003.

DE ZWAAN, Martina et al. Anxiety and depression in bariatric surgery patients: a prospective, follow-up study using structured clinical interviews. **Journal of affective disorders**, v. 133, n. 1-2, p. 61-68, 2011.

MITCHELL, James E. et al. Course of depressive symptoms and treatment in the longitudinal assessment of bariatric surgery (LABS-2) study. **Obesity**, v. 22, n. 8, p. 1799-1806, 2014.

IVEZAJ, Valentina; GRILO, Carlos M. When mood worsens after gastric bypass surgery: characterization of bariatric patients with increases in depressive symptoms following surgery. **Obesity surgery**, v. 25, n. 3, p. 423-429, 2015.

BOOTH, Helen et al. Impact of bariatric surgery on clinical depression. Interrupted time series study with matched controls. **Journal of affective disorders**, v. 174, p. 644-649, 2015.

GULLIFORD, Martin C. et al. Impact of bariatric surgery on clinical depression. In: Costs and outcomes of increasing access to bariatric surgery for obesity: cohort study and cost-effectiveness analysis using electronic health records. **NIHR Journals Library**, 2016.

FALK, Vanessa et al. Laparoscopic sleeve gastrectomy at a new bariatric surgery centre in Canada: 30-day complication rates using the Clavien–Dindo classification. **Canadian Journal of Surgery**, v. 59, n. 2, p. 93, 2016.

ALIZAI, Patrick H. et al. Presurgical assessment of bariatric patients with the Patient Health Questionnaire (PHQ)—A screening of the prevalence of psychosocial comorbidity. **Health and quality of life outcomes**, v. 13, n. 1, p. 80, 2015.

GADE, Hege et al. The impact of a preoperative cognitive behavioural therapy (CBT) on dysfunctional eating behaviours, affective symptoms and body weight 1 year after bariatric surgery: a randomised controlled trial. **Obesity surgery**, v. 25, n. 11, p. 2112-2119, 2015.

MITCHELL, James E. et al. Psychopathology before surgery in the longitudinal assessment of bariatric surgery-3 (LABS-3) psychosocial study. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 8, n. 5, p. 533-541, 2012.

WADDEN, Thomas A. et al. Comparison of psychosocial status in treatment-seeking women with class III vs. class I-II obesity. **Obesity**, v. 14, n. S3, p. 90S-98S, 2006.

GREENBERG, Isaac; SOGG, Stephanie; PERNA, Frank M. Behavioral and psychological care in weight loss surgery: best practice update. **Obesity**, v. 17, n. 5, p. 880-884, 2009.

GADE, Hege et al. Psychological correlates to dysfunctional eating patterns among morbidly obese patients accepted for bariatric surgery. **Obesity Facts**, v. 7, n. 2, p. 111-119, 2014.

DREBER, Helena et al. Who is the treatment-seeking young adult with severe obesity: a comprehensive characterization with emphasis on mental health. **PLoS One**, v. 10, n. 12, 2015..

SYSKO, Robyn et al. A latent class analysis of psychiatric symptoms among 125 adolescents in a bariatric surgery program. **International Journal of Pediatric Obesity**, v. 6, n. 3-4, p. 289-297, 2011.

JONES-CORNEILLE, LaShanda R. et al. Axis I psychopathology in bariatric surgery candidates with and without binge eating disorder: results of structured clinical interviews. **Obesity surgery**, v. 22, n. 3, p. 389-397, 2012.

SCHAG, Kathrin et al. The impact of impulsivity on weight loss four years after bariatric surgery. **Nutrients**, v. 8, n. 11, p. 721, 2016.

PETRIBU, Kátia et al. Transtorno da compulsão alimentar periódica em uma população de obesos mórbidos candidatos a cirurgia bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife-PE. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 50, n. 5, p. 901-908, 2006.

FAULCONBRIDGE, Lucy F. et al. Changes in depression and quality of life in obese individuals with binge eating disorder: bariatric surgery versus lifestyle modification. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 9, n. 5, p. 790-796, 2013.

MALONE, Margaret; ALGER-MAYER, Sharon. Binge status and quality of life after gastric bypass surgery: a one-year study. **Obesity research**, v. 12, n. 3, p. 473-481, 2004.

HERPERTZ, S. et al. Do psychosocial variables predict weight loss or mental health after obesity surgery? A systematic review. **Obesity research**, v. 12, n. 10, p. 1554-1569, 2004.

WHITE, Marney A. et al. Loss of control over eating predicts outcomes in bariatric surgery: a prospective 24-month follow-up study. **The Journal of clinical psychiatry**, v. 71, n. 2, p. 175, 2010.

DELLOSSO, Ana Célia Ayres; SILVA, Mabile Francine F; CUNHA, Maria Claudia. Organic, psychological and nutritional aspects in bariatric patients. **Distúrb. comun**; v. 25, n. 2, p. 277 - 283, 2013.

DE OLIVEIRA, Jena Hanay Araujo; YOSHIDA, Elisa Medici Pizao. Psychological evaluation of grade III obese patients before and after Bariatric Surgery. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, v. 22, n. 1, p. 12, 2009.

PORCU, Mauro et al. Prevalence of depression and anxiety disorders in obese patients who underwent bariatric surgery. **Acta Scientiarum: Health Sciences**, v. 33, n. 2, 2011.

JÄRVHOLM, Kajsa et al. Two-year trends in psychological outcomes after gastric bypass in adolescents with severe obesity. **Obesity**, v. 23, n. 10, p. 1966-1972, 2015.

JÄRVHOLM, Kajsa et al. Short-term psychological outcomes in severely obese adolescents after bariatric surgery. **Obesity**, v. 20, n. 2, p. 318-323, 2012.

- ZELLER, Meg H. et al. Psychosocial functioning improves following adolescent bariatric surgery. **Obesity**, v. 17, n. 5, p. 985-990, 2009.
- ALMEIDA, S. S.; ZANATTA, D. P.; REZENDE, F. F. Body image, anxiety and depression in obese patients submitted to bariatric surgery. **Estudos de Psicologia**, v. 17, n. 1, p. 153-60, 2012.
- RATCLIFF, Megan B. et al. Changes in depressive symptoms among adolescent bariatric candidates from preoperative psychological evaluation to immediately before surgery. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 7, n. 1, p. 50-54, 2011.
- TAE, Bárbara et al. Impact of bariatric surgery on depression and anxiety symptoms, bulimic behaviors and quality of life. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 41, n. 3, p. 155-160, 2014.
- HERGET, Sabine et al. Psychosocial status and mental health in adolescents before and after bariatric surgery: a systematic literature review. **Obesity facts**, v. 7, n. 4, p. 233-245, 2014.
- ROJAS, Carmen et al. Descripción de manifestaciones ansiosas, depresivas y autoconcepto en pacientes obesos mórbidos, sometidos a cirugía bariátrica. **Revista médica de Chile**, v. 139, n. 5, p. 571-578, 2011.
- ANDERSEN, John Roger et al. Anxiety and depression in association with morbid obesity: changes with improved physical health after duodenal switch. **Health and quality of life outcomes**, v. 8, n. 1, p. 52, 2010.
- FIGURA, Andrea et al. Determinants of weight loss following laparoscopic sleeve gastrectomy: the role of psychological burden, coping style, and motivation to undergo surgery. **Journal of obesity**, v. 2015, 2015.
- SOUSA, Paula et al. Compreender a sintomatologia depressiva após a cirurgia bariátrica: o papel do peso, da alimentação e da imagem corporal. **Acta Med. Port**; v.27, n. 4, p.450 – 457, 2014.
- WHITE, Marney A. et al. Prognostic significance of depressive symptoms on weight loss and psychosocial outcomes following gastric bypass surgery: a prospective 24-month follow-up study. **Obesity surgery**, v. 25, n. 10, p. 1909-1916, 2015.
- ZELLER, Meg H. et al. Two-year trends in psychosocial functioning after adolescent Roux-en-Y gastric bypass. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 7, n. 6, p. 727-732, 2011.
- KODAMA, KAZUHIRO et al. Depressive disorders as psychiatric complications after obesity surgery. **Psychiatry and clinical neurosciences**, v. 52, n. 5, p. 471-476, 1998.
- LEGENBAUER, Tanja et al. Depression and anxiety: their predictive function for weight loss in obese individuals. **Obesity Facts**, v. 2, n. 4, p. 227-234, 2009.
- DUARTE-GUERRA, Leorides Severo et al. Clinical utility of the Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale for the detection of depression among bariatric surgery candidates. **BMC psychiatry**, v. 16, n. 1, p. 119, 2016.
- RUTLEDGE, Thomas; ADLER, Sarah; FRIEDMAN, Raquel. A prospective assessment of psychosocial factors among bariatric versus non-bariatric surgery candidates. **Obesity surgery**, v. 21, n. 10, p. 1570-1579, 2011.
- ABILÉS, V. et al. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in morbidity obese candidates for bariatric surgery with and without binge eating disorder. **Nutrición hospitalaria**, v. 28, n. 5, p. 1523-1529, 2013.
- ABILÉS, Verónica et al. Efectividad de la terapia cognitivo-conductual en la pérdida de peso tras dos años de cirugía bariátrica en pacientes con obesidad mórbida. **Nutrición Hospitalaria**, v. 28, n. 4, p. 1109-1114, 2013.
- SHEETS, Carrie S. et al. Post-operative psychosocial predictors of outcome in bariatric surgery. **Obesity surgery**, v. 25, n. 2, p. 330-345, 2015.

AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE

Data de aceite: 03/08/2020

Eliene Silva Mendes Sousa

Centro Universitário ICESP

<http://lattes.cnpq.br/9021823887556516>

**Thalita Lauanna Gonçalves da Silva
Ferreira**

Centro Universitário ICESP

<http://lattes.cnpq.br/3748961823817685>

RESUMO: Introdução: Insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma condição mórbida decorrente de uma série de fatores, não contemplando expectativa de cura. É uma doença que vem crescendo significativamente e tem como co-responsáveis o aumento da incidência de hipertensão arterial sistêmica; diabetes melitus; neoplasias de próstata e colo de útero, depressão, entre outras (Nifa e Rudnick 2010). A IRC está associada a depressão porque além de causar a perda da função renal ela causa a perda da qualidade de vida, desgaste emocional devido à necessidade de submeter-se a um tratamento longo que ocasiona limitação física e diminuição da vida social (Thomas e Alchieri, 2005). **Objetivo:** Identificar através do Inventário de Beck de depressão (BDI) se há ou não sinais de depressão em pacientes com IRC em tratamento em hemodiálise

(HD). **Métodos:** Participaram da pesquisa 66 pacientes com IRC de uma clínica particular de Brasília – DF em tratamento não intermitente (cinco vezes por semana), sendo 36 homens (54,54%) e 30 mulheres(45.45%) com idade média de 62 anos (26 a 88 anos), tempo de tratamento de 26 meses, onde responderam o questionário de BDI. **Resultados e Discussão:** Os resultados apontaram que 86,36% do total de pacientes apresentaram um quadro normal, ou seja, ausência de sinal de depressão, 9,09% apresentaram uma leve depressão e 4,54% depressão moderada e houve 0% classificados como grave. **Conclusão:** Concluimos que os pacientes com IRC submetidos a HD do nosso estudo apresentaram baixa prevalência de sintomas depressivos.

PALAVRAS-CHAVE: Insuficiência Renal Crônica (IRC); depressão; Inventário de Beck de Depressão(BDI).

EVALUATION OF DEPRESSIVE SYMPTOMS IN CHRONIC RENAL PATIENTS SUBMITTED TO HEMODIALYSIS

ABSTRACT: Introduction: Chronic Kidney Failure (CKD) is a morbid condition resulting from a series of factors, not contemplating cure. It is a disease that has been growing significantly

and its co-responsible is the increased incidence of systemic arterial hypertension; Diabetes Mellitus; prostate and cervical neoplasms, depression, among others (Nifa and Rudnick 2010). CKD is associated with depression because in addition to causing loss of renal function, it causes loss of quality of life, emotional distress due to the need to undergo long-term treatment that causes physical limitation and shortening of social life (Thomas and Alchieri, 2005). **Objective:** To identify through the Beck Depression Inventory (BDI) whether or not there are signs of depression in patients with CRF undergoing hemodialysis (HD). **Methods:** 66 patients with non-intermittent treatment (5 times a week) from a private clinic in Brasília - DF participated in the study, being 36 men (54.54%) and 30 women (45.45%) with a mean age of 62 years. (26 to 88 years), 26 months of treatment, where they answered the BDI questionnaire. **Results and Discussion:** The results showed that 86.36% of the total patients presented a normal picture, that is, no sign of depression, 9.09% presented mild depression and 4.54% moderate depression and 0% were classified. how serious. **Conclusion:** We concluded that patients with CRF undergoing HD in our study had a low prevalence of depressive symptoms.

KEYWORDS: Chronic Kidney Failure (CRF); depression; Beck Depression Inventory (BDI).

INTRODUÇÃO

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma condição mórbida decorrente de uma série de fatores, não contemplando expectativa de cura. É uma doença que vem crescendo significativamente e tem como co-responsáveis o aumento da incidência de hipertensão arterial sistêmica; diabetes melitus; neoplasias de próstata e colo de útero, entre outras causas. O paciente com IRC em estágio terminal é introduzido em um programa de terapia renal substitutiva, sendo o método mais comum a hemodiálise. (NIFA,2010).

A hemodiálise consiste na remoção de substâncias tóxicas e excesso de líquido por uma máquina de diálise, em um procedimento cuja duração leva de 2 a 4 horas, exigindo que o paciente se desloque para a unidade de tratamento numa frequência de 2 a 4 vezes por semana. A dificuldade de adaptação do paciente pode ser verificada logo no início do tratamento, pois se trata de uma situação em que a ansiedade pode se fazer presente durante o processo e até mesmo durante todo o tratamento (THOMAS, 2005)

Além do estado crônico sem possibilidades de reversibilidade, os pacientes com IRC em terapia de hemodiálise enfrentam o estresse causado pela complexidade e rotina do tratamento. Esses dados foram apresentados por (VALLE, 2013)) que identificaram em sua pesquisa que ocorrem altos níveis de estresse e ansiedade em pacientes com DRC sob tratamento de HD, condições que associadas a outros fatores podem aumentar o risco de depressão. Transtornos Depressivos (TD) alteram o humor (tristeza, irritabilidade, diminuição da capacidade de sentir prazer, apatia) e a cognição (DEL PORTO, 1999).

A depressão é a complicação mais comum nos pacientes em diálise, e geralmente

significa uma resposta à alguma perda real, ameaçada ou imaginada. Humor depressivo persistente, auto-imagem prejudicada e sentimentos pessimistas só algumas manifestações psicológicas. As queixas fisiológicas incluem distúrbio de sono, alterações de apetite e peso, ressecamento da mucosa oral e constipação e diminuição do interesse sexual. Os sintomas depressivos precisam ser analisados com muita atenção, pois podem ser confundidos com sintomas de uremia. (HIGA *et al.*2008).

Com a finalidade de contribuir com os estudos sobre a qualidade de vida associada ao tratamento do paciente em hemodiálise e a possibilidade de investigar a manifestação de depressão, este estudo tem como objetivo identificar a prevalência e a intensidade de Transtornos Depressivos em um grupo de pacientes com IRC sob tratamento em hemodiálise (HD).

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal com um grupo de pacientes com IRC submetidos ao programa de Hemodiálise de uma clínica particular de Brasília – DF. A pesquisa foi realizada através de entrevista no período de janeiro a março de 2019, a ferramenta utilizada foi o Inventário de depressão de BECK (BDI) próprio para identificação e mensuração de transtornos depressivos.

O BDI contém 21 itens, que classificam a gravidade do sintomas depressivos, sendo classificado 0 a 3 (0 é ausência de sintoma, 1 leve, 2 moderada e 3 corresponde a sintoma grave). A classificação final de acordo com gravidade de sintomas: ausência de depressão entre 0-13, depressão leve entre 14-19, moderada entre 20-28 e grave entre 29-63.

Foram excluídos do estudo pacientes com distúrbios neurológicos e limitações que interferiam na condição de responder o questionário. Em todo o grupo foi aplicado o termo livre esclarecido sobre os métodos e objetivos da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Participaram da pesquisa 68 pacientes, sendo 02 participantes excluídos por não conseguirem responder a entrevista de forma adequada. A amostra final foi composta por 66 pessoas sendo 36 homens (54,54%) e 30 mulheres (45,45%) com idade média de 62 anos (26 a 88 anos) e tempo médio de tratamento de 26 meses. A frequência média de sessões de tratamento observada foi de cinco vezes por semana.

Classificação	Homens (n=36)	Mulheres (n=30)	Total
Normal	88,88%	83,33%	57
Leve	8,33%	10%	6
Moderada	5,55%	3,33%	3
Grave	0%	0%	0

Tabela 1: Prevalência dos sintomas depressivos (n=66)

Os resultados apontaram que 86,36% do total de pacientes apresentaram um quadro normal, ou seja, ausência de sinal de depressão, 9,09% apresentaram uma leve depressão e 4,54% depressão moderada e houve 0% classificados como grave.

Nifa e Rudnick (2010) avaliaram 74 pacientes com IRC submetidos à HD, no que concerne à sintomatologia e intensidade depressivas, através do BDI, e encontraram que 66,7% dos participantes apresentaram nível mínimo de sintomatologia depressiva; 23,3% se encontram no nível leve e o restante, 10%, no nível moderado, similar ao nosso estudo em relação à porcentagem maior de participantes com sinais mínimos de depressão e nenhum caso de paciente com depressão grave.

A prestação de serviços de qualidade é fundamental para melhora da qualidade de vida e ampliação da expectativa de vida na população com IRC (COELHO *et al.*, 2008) fraqueza muscular, anemia, alterações metabólicas, bem como acarreta prejuízo na qualidade de vida. O exercício físico se apresenta como recurso terapêutico na prevenção reversão destas alterações. Este estudo teve como principal objetivo fazer uma revisão sistemática de estudos sobre treinamento por exercício durante a hemodiálise (HD). Esse pode ser um indicativo dos baixos índices de depressão da população pesquisada visto que os pacientes que fizeram parte do estudo fazem o tratamento numa clínica particular de Brasília, por plano de saúde, com acompanhamento especializado com equipe multidisciplinar, dentre eles acompanhamento com psicólogos e fisioterapeutas que realizam um trabalho de preventivo e de promoção de saúde.

Pacientes com DRC sob tratamento de HD possuem frequentemente redução da capacidade funcional, essa condição está ligada a diminuição de força muscular, hipertensão arterial e anemia, características predominantes na população com IRC (FASSBINDER *et al.*, 2015). A atividade física gera benefícios sistêmicos que podem melhorar o quadro funcional de pacientes com DRC através do aumento de força, diminuição da pressão arterial e diminuição do quadro de uremia como mostra Henrique (2010) nos resultados de um estudo onde os pacientes com DRC passaram por um programa de treinamento físico aeróbio sustentando.

Na clínica estudada as sessões de fisioterapia são realizadas durante a HD, objetivando a manutenção da capacidade funcional e a prevenção da perda de massa muscular. A

perda de massa muscular é um significativo preditor de mortalidade nos pacientes em HD (MAFRA; FARAGE, 2006). O exercício físico é um importante fator no controle reversão da perda muscular, apesar de ainda não estarem totalmente compreendidos os efeitos do mesmo nesta população (COELHO *et al.*, 2008).

Outro ponto importante na vida do paciente renal é a rotina com uma alta frequência de sessões durante a semana, por isso mobilidade desse grupo deve ser considerada, a clínica em questão oferece transporte com motorista particular, onde buscam e levam a suas residências.

Uma equipe multidisciplinar especializada compreende as limitações encontradas nesta população com DRC e pode contribuir para a criação de programas padronizados de exercícios físicos, com o objetivo de melhorar a capacidade funcional e a qualidade de vida desses indivíduos (DE LIMA, Fabiano F. *et al.*, 2013).

Esse conjunto de fatores pode ter implicado no baixo índice de depressão encontrado nesse estudo, seria interessante estudos futuros com uma comparação com pacientes acompanhados pela rede pública para verificar a diferença entre os dois grupos de pacientes.

CONCLUSÃO

Conclui-se com esse estudo que os pacientes com IRC submetidos a HD em uma clínica particular apresentaram baixa prevalência de sintomas depressivos. Por se tratar de pacientes em tratamento numa clínica particular, com uma assistência diferenciada com uma equipe de multiprofissionais, realizarem atividades físicas com fisioterapeutas podem ser fatores que explicam essa diferença entre os resultados do nosso estudo e estudos encontrados na literatura.

REFERÊNCIAS

- COELHO, D. M. *et al.* **Exercícios Físicos Durante a Hemodiálise : Uma Revisão Sistemática.** *J Bras Nefrol*, v. 30, n. 2, p. 88–98, 2008.
- DE LIMA, Fabiano F. *et al.* **Avaliação funcional pré e pós-programa de exercício físico de pacientes em hemodiálise.** *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*, v. 46, n. 1, p. 24-35, 2013.
- DEL PORTO, J. A. **Conceito e diagnóstico.** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 21, n. suppl 1, p. 06-11, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500003&lng=pt&tlng=pt>.
- FASSBINDER, T. R. C. *et al.* **Functional Capacity and Quality of Life in Patients with Chronic Kidney Disease In Pre-Dialytic Treatment and on Hemodialysis - A Cross sectional study.** *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 37, n. 1, p. 47–54, 2015. Disponível em: <<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0101-2800.20150008>>.
- HENRIQUE, D. M. N. *et al.* **Treinamento aeróbico melhora a capacidade funcional de pacientes em**

hemodiálise crônica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 94, n. 6, p. 823–828, 2010. Disponível em: <<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-77955649365&partnerID=iZOtx3y1>>.

HIGA, Karina, et al. **Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise.** *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 21, p. 203-206, 2008.

MAFRA, D.; FARAGE, N. E. **O papel do tecido adiposo na doença renal crônica: [revisão] TT** - The role of adipose tissue in the chronic kidney disease: [review]. *J Bras Nefrol*, v. 28, n. 2, p. 108–113, 2006. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-607402>>.

NIFA, Sabrina; RUDNICKI, Tânia. **Depressão em pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise.** *Revista da SBPH*, v. 13, n.1, p. 64-75, 2010.

THOMAS, Caroline Venzon; ALCHIERI, João Carlos. **Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à hemodiálise.**

VALLE, L. S.; SOUZA, V.F.; RIBEIRO, A. M. **Estresse e ansiedade em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise.** *Estudos de Psicologia-Campinas*, v.30, n.1, p. 131-138.

Data de aceite: 03/08/2020

Andrielly Patrícia Silva Araújo

Instituição de ensino superior-ILES/ULBRA
Itumbiara-GO

Marília Gonçalves Bruno

Instituição de ensino superior-ILES/ULBRA
Itumbiara-GO

<http://lattes.cnpq.br/4278757664451941>

Táine Silva Galvão

Instituição de ensino superior-ILES/ULBRA
Itumbiara-GO

Ana Carolina Rimoldi de Lima

Instituto luterano de ensino superior- ILES/ULBRA
Itumbiara-GO

RESUMO: O trabalho teve como objetivo descrever a depressão pós-parto e suas caracterizações. Esse tema foi escolhido, pois a depressão pós-parto muitas vezes é confundida no imaginário das pessoas com falta de amor, crueldade e psicopatia. Seja por ignorância ou medo de pedir ajuda, e essa situação pode trazer sofrimento para toda família. E assim, diante desta situação, foi vista a necessidade de se esclarecer melhor algumas das características da depressão pós-parto, como prevalência, sintomas, fatores de risco, prejuízos e consequências, e tratamentos eficazes, a fim

de trazer um melhor entendimento a puerpéra e sua família sobre o período em que estão enfrentando. Dentre as consequências citadas, os sintomas da depressão pós-parto interferem em todas as relações interpessoais da puerpéra, em especial no desenvolvimento da interação entre a mãe e seu bebê, impossibilitando que se forme um vínculo entre os dois, sendo que esta interação é de fundamental importância no desenvolvimento infantil, pois é a mãe que mostrará ao bebê o mundo em que ele vive, o acolherá, o protegerá e o estimulará.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão pós-parto, psicoterapia para depressão pós-parto, episódio depressivo, características diagnósticas da depressão pós-parto.

ABSTRACT: The work aimed to describe postpartum depression and its characterizations. This theme was chosen because postpartum depression is often confused in the minds of people with a lack of love, cruelty and psychopathy. Whether through ignorance or fear of asking for help, this situation can bring suffering to the whole family. And so, in view of this situation, it was seen the need to better clarify some of the characteristics of postpartum depression, such as prevalence, symptoms, risk factors, losses and consequences, and effective

treatments, in order to bring a better understanding to the puerperium. and your family about the period they are facing. Among the consequences cited, the symptoms of postpartum depression interfere in all interpersonal relationships of the puerperium, especially in the development of the interaction between the mother and her baby, making it impossible to form a bond between the two, and this interaction is fundamental importance in child development, as it is the mother who will show the baby the world in which he lives, welcome, protect and stimulate him.

KEYWORDS: Postpartum depression, psychotherapy for postpartum depression, depressive episode, diagnostic characteristics of postpartum depression

INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto é uma condição que afeta mulheres no pós-parto. Este quadro pode ser iniciado no primeiro ano do pós-parto, com uma maior incidência entre a quarta e à oitava semana após o parto. Normalmente se manifesta por um conjunto de sintomas como choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, irritabilidade, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, ansiedade entre outros (SCHMIDT, et al, 2005).As transformações do corpo, as mudanças hormonais, a adaptação ao bebê, a amamentação, a nova vida, as noites mal dormidas, a carência afetiva, uma menor atenção à mãe e um menor apoio familiar e social nesse período de adaptação e de grandes exigências e todas as outras modificações, tornam a mulher mais vulnerável a desencadear um transtorno mental (SCHMIDT, et al, 2005).Neste contexto, este trabalho foca na depressão pós-parto e suas caracterizações, assim apresentando a seguinte problemática:oque caracteriza a depressão pós-parto?Diante do que foi proposto, tem-se como objetivo geral entender quais são as principais características diagnósticas da depressão pós-parto. Assim determinam-se como objetivos específicos: descrever fatores de risco e de proteção da depressãopós-parto; identificar sintomas, consequências e prejuízos dos mesmos à pessoa acometida; identificar e descrever os tratamentos psicológicos quedemonstram bons resultados para uma melhora no quadro de depressão pós-parto.

METODOLOGIA

O trabalho compreende a pesquisa bibliográfica de cunho qualitativo, de caráter descritivo e exploratório. A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado,constituído principalmente de livros e artigos científicos. A vantagem da pesquisa bibliográfica está no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente (GIL, 2002). De acordo com Gil (2002) a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. A pesquisa

descritiva parte do objetivo da descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou então o estabelecimento de relações entre variáveis. As fontes consultadas foram artigos científicos e livros que discorrem sobre o assunto da pesquisa, publicados nos últimos 5 anos. Como estratégia foi realizada pesquisas em bases de dados como: Scielo (Biblioteca Científica Eletrônica em Linha), Pepsic (Periódicos Eletrônicos em Psicologia). As palavras chave para a busca dos artigos foram respectivamente: Depressão pós-parto, psicoterapia para depressão pós-parto, episódio depressivo, características diagnósticas da depressão pós-parto. Consideramos apenas artigos publicados em português. Uma análise qualitativa do material encontrado foi realizada, obtida através do levantamento teórico que foram lidos exhaustivamente, no intuito, de esclarecer os questionamentos levantados na problemática e nos objetivos do presente trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fernandes e Cotrin, (2013), destacam que na característica de linguagem materna há uma grande diferença entre mães deprimidas com seus bebês para mães não deprimidas. Segundo estes autores, em mães com depressão há uma interação mais empobrecida, assim são as interações face a face entre mãe-filho é alterada devido ao fato afetivo que vem a repercutir em suas vocalizações levando em conta o fator de tempo de expressão vocal e pausas e até na entonação da voz, pois mães com depressão pós-parto vocalizam em tons mais baixos que o normal ao responder as vocalizações do bebê. Segundo Campos e Rodrigues (2015), a ocasião de nascimento do bebê se torna um fator de risco significativos. Embora culturalmente associado a sentimentos positivos, é um período em que a mulher passa por muitos momentos de stress, constructo correlato à depressão. Como fatores de risco, Fernandes e Cotrin (2013), argumentam que, a gravidez indesejada pode ser um grande fator de risco assim como o fato de o companheiro não estar tão solícito quanto a ideia de paternidade, suporte familiar, de amigos, baixo nível socioeconômico e até histórico de patologias pregressas. O histórico pessoal e familiar de depressão é um fator que aumenta a probabilidade de desenvolver a depressão pós-parto, levando em conta toda a contribuição de fatores psicossociais atuais. Fatores de risco vistos como determinantes ao desenvolvimento da depressão pós-parto são respectivamente: baixa autoestima, problemas na situação conjugal e socioeconômica e gravidez indesejada. E para contrapor os fatores de risco ressaltamos os fatores de proteção, como o acompanhamento pré-natal, que por sua vez é reconhecido como importante para a promoção da saúde das mulheres, pelo fato de que além de favorecer a identificação de fatores de risco, auxilia na prevenção da depressão pós-parto. A participação de familiares e de pessoas significativas para a gestante durante o pré-natal e após o pós-parto é de grande relevância para a formação de uma rede de

apoio ou suporte para as mães durante ao período de gestação-puerpério. Sensibilização no intuito de identificar possíveis vulnerabilidade a DPP (Depressão pós-parto) e que por sua vez deve ser compartilhadas com toda a equipe de saúde e responsabilização pelos cuidados relacionados à mãe e a criança (BOTH, et al, 2016). Segundo Marques e Mendes (2017), a depressão maior se manifesta a partir de um período mínimo de duas semanas e apresenta humor depressivo ou anedonia associados a pelo menos quatro sintomas que são respectivamente: alteração significativa de peso, insônia ou sono excessivo, fadiga, agitação ou lentidão psicomotora, sentimento de culpa e desvalia, dificuldade de concentração ideação suicida ou de morte. A depressão pós-parto também inclui sintomas vegetativos, cognitivos, psicomotores, bem como alterações de humor. Os sintomas;em suma, tendem a ter uma duração razoável de meses o que por sua vez prejudica as atividades rotineiras da mãe. Costa (2013) enfatiza também que os sintomas mais comuns são desânimo persistente, sentimento de culpa, alterações do sono, ideias suicidas, temor de machucar o filho, redução do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental e presença de ideias obsessivas. Algumas consequências e prejuízos como em Fernandes e Cotrin (2013) diz que somente na presença de uma mãe suficientemente boa, aquela que tem a capacidade de criar uma empatia com as necessidades primárias do bebê e saná-las adequadamente, a criança pode iniciar um processo de desenvolvimento pessoal e real. Os bebês que recebem um bom apoio da mãe, rapidamente estabelecem-se como pessoas, cada um deles diferente de todos os outros que existem, já os bebês que recebem um apoio inadequado tendem a apresentar padrões comportamentais semelhantes, como inquietude, estranhamento, apatia, inibição e complacência. Sendo que o motivo deste apoio inadequado pode se relacionar diretamente com a ocorrência da DPP na mãe desta criança. A DPP pode, inclusive, repercutir negativamente na interação mãe-bebê e no desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança. Em relação ao tratamento da depressão pós-parto, dos artigos analisados, as opções de tratamento para a DPP incluem a terapia farmacológica e a psicoterapia (individual ou grupal), que podem ser utilizadas de forma isolada ou podem ser conjugadas. Na terapia farmacológica, destacam-se os inibidores seletivos de recaptção da serotonina (ISRS). A psicoterapia é uma opção de tratamento eficaz para a DPP. Dentre as abordagens psicoterapêuticas, a Terapia Cognitivo-Comportamental e a Psicoterapia Interpessoal têm-se reveladoas mais eficazes. Que é um tipo de psicoterapia breve, que se baseia na premissa de que o sofrimento emocional e os padrões decomportamentos desadaptativos estão associados a padrões de pensamento disfuncional; Desta forma, a TCC foca-se na identificação e modificação de padrões de pensamento disfuncional. (FONSECA, CANAVARRO) 2017. Nela utiliza-se várias técnicas a fim de amenizar o sofrimento do indivíduo através da identificação e reestruturação de três níveis de cognições: pensamentos automáticos disfuncionais, crenças intermediárias e crenças nucleares. Essas cognições são importantes na medida em que influenciam

sentimentos e comportamentos, podendo mediar respostas não adaptativas e geradoras de sofrimento, principalmente por se apresentarem como verdades absolutas para o sujeito (HILDEBRANDT, 2013). A TCC para a DPP deve atender a tópicos específicos do período perinatal, como crenças culturalmente difundidas associadas à maternidade, impacto da gravidez e do nascimento de um filho na identidade da mulher, mudanças na capacidade de se envolver em atividades que previamente eram significativas) e às relações interpessoais (FONSECA, CANAVARRO, 2017). Oliveira (2014) utiliza o argumento de que a psicoterapia em grupo pode trazer resultados positivos para as gestantes, uma vez que elas passam a ter consciência do momento que estão vivenciando, passando a tomar mais cuidados e tendo a compreensão, a atenção e o interesse da família e da equipe de saúde.

CONCLUSÕES

Considerando a etiologia multifatorial do transtorno, nota-se que os fatores que contribuem para o desenvolvimento da DPP são essencialmente psicossociais, embora também haja a presença de fatores biológicos. Acredita-se que as causas que desencadeiam o transtorno estejam relacionadas com variações hormonais que ocorrem nesse período, embora não haja comprovação específica de qual fator realmente induz o transtorno da depressão pós-parto. O tratamento usado para a depressão pós-parto é basicamente o mesmo utilizado na depressão sem relação com o pós-parto, sendo feita através da terapia farmacológica e a psicoterapia (individual ou grupal), que podem ser usados juntos ou separados. É importante destacar a necessidade de um acompanhamento psicoterápico não somente para com a gestante/puerpéra, mas também para com sua família, para que assim, informados das características do transtorno e de suas “consequências”, os familiares possam auxiliar, de forma saudável, no processo de restauração da saúde psicológica da mulher. A pesquisa permitiu uma compreensão mais ampla e significativa de todos os aspectos e fatores relacionados à DPP, com isso, identificou-se também formas de tratamento ao transtorno, dentre outras questões, respondendo assim, os objetivos geral e específicos. No entanto, em relação à terapia farmacológica e à amamentação, percebe-se a necessidade de mais estudos e pesquisas posteriores que tragam ao certo quais os malefícios de medicamentos para a mãe e o bebê, pois os estudos não são conclusivos quanto à segurança dos psicotrópicos na gestação e puerpério.

REFERÊNCIAS

BOTH, C. T., et al. Depressão pós-parto na produção científica da enfermagem brasileira: revisão narrativa. **Revista Espaço Ciência & Saúde**, v. 4, Rio Grande do Sul, 2016. Disponível em: <<http://revistaeletronica.unicruz.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/5251>>

CAMPOS, B. C. de; RODRIGUES, O. M. P. R. Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida. **Revista Psico**, v.46, n. 4.PUCRS, Porto Alegre, 2015. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-53712015000400009>

COSTA, L. M. da. **Depressão Pós-Parto**.Unicamp, São Paulo, 2013. Disponível em: <www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=000903610>

FERNANDES, F. C.; COTRIN, J. T. D. Depressão Pós-Parto e suas Implicações no Desenvolvimento Infantil.**Rev.Panorâmica on-line**. vol. 14, Mato Grosso,2013.Disponível:<revistas.cua.ufmt.br/index.php/revistapanoramica/article/view/454/132>

FONSECA,A.CANAVARRO,M.**DepressãoPós-Parto**.ArtmedPanamericanaEditora, UniversidadedeCoimbra, 2017. Disponível em: < <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/45085>>.

GIL, A. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo, 2002. Disponível nabiblioteca da instituição de ensino ILES/ULBRA Itumbiara.

MARQUES, D. C.; MENDES, D. R. G.**Fatores de Risco Associados à Depressão Pós-Parto**. Faculdade Sena Aires–FACESA Goiás, 2017. Disponível em: <<http://www.senaaires.com.br/wp-content/uploads/2017/05/FATORES-DE-RISCO-ASSOCIADOS-%C3%80-DEPRESS%C3%83O-P%C3%93S-PARTO.pdf>>SCHMIDT, E.; PICCOLOTO, N.; MULLER, M. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psico-USF**, v. 10, n. 1.Porto Alegre,2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psuf/v10n1/v10n1a08.pdf>>

HILDEBRANDT, F. **Depressão pós-parto:aspectos epidemiológicos e proposta de tratamento cognitivo-comportamental**. Tese Disponível em:(doutorado),Programa de pós-graduação em<objdig.ufrj.br/30/teses/807952.pdf>psicologia, UFRJ –Rio de Janeiro, 2013.

CAPÍTULO 14

A INCIDÊNCIA DOS CASOS DE SUICÍDIO ENTRE PESSOAS DA TERCEIRA IDADE NO BRASIL

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 06/05/2020

Débora Teodoro Carrijo

Centro Universitário de Anápolis- UniEvangélica
Anápolis, Goiás
<http://lattes.cnpq.br/0282338040835811>

Amanda Claudino Borges

Universidade Estácio de Sá - RJ - UNESA
Angra dos Reis
<http://lattes.cnpq.br/3500491935149685>

Felipe Batista Rezende

ITPAC Palmas - Instituto Tocantinense Presidente
Antônio Carlos S/A.
Palmas - Tocantins
<http://lattes.cnpq.br/7354899449447364>

Geovana Passos Brito

Centro Universitário de Mineiros
Mineiros - Goiás
<http://lattes.cnpq.br/1085953650375029>

Heloísa Teodoro Sequeira

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande - Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/8728674796852119>

Júlia Oliveira Carvalho

Centro Universitário de Anápolis- UniEvangélica
Anápolis - Goiás
<http://lattes.cnpq.br/1551459054310881>

Luísa Castilho Amâncio

Centro Universitário de Anápolis- UniEvangélica
Anápolis - Goiás
<http://lattes.cnpq.br/7807693748220997>

Maria Eduarda Giacomin da Cruz

Centro Universitário de Mineiros
Mineiros - Goiás
<http://lattes.cnpq.br/4760811363721197>

Mateus Teodoro Sequeira

Universidade Federal de Goiás
Goiânia – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/2556677690570878>

Natália Sousa Costa

Centro Universitário de Anápolis - UniEvangélica
Anápolis - Goiás
<http://lattes.cnpq.br/9786062646089203>

Paula Kathlyn de Oliveira

Centro Universitário de Mineiros
Mineiros - Goiás
<http://lattes.cnpq.br/4400492148743057>

Mithielle Rodrigues de Oliveira Peixoto

Universidade de Rio Verde
Goianésia – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/0337814669516861>

RESUMO: O suicídio é definido como o ato intencional de interrupção da vida. Na terceira idade, esse dano envolve situações de

transtornos mentais, depressão, isolamento social e perdas recentes, o que evidencia que o autoextermínio não se constitui em um fato isolado, sendo necessário analisar fatores associados ao biopsicossocial do idoso. Houveram avanços na medicina capazes de evoluir a pirâmide etária brasileira proporcionando um aumento na expectativa de vida da população do país, mas não foi proporcionado uma atenção à saúde mental dessa faixa etária. Este resumo tem como finalidade analisar os casos de suicídio na terceira idade, relacionando com as respectivas causas no Brasil, através de um estudo epidemiológico no período de 2010 a 2016. Envolve consulta ao DATASUS e comparação com artigos escritos em língua portuguesa, publicados entre 2017 e 2019 nas plataformas de pesquisa Scielo e PubMed por meio de descritores em ciência da saúde padronizados pela BIREME: suicídio, geriatria e saúde mental. O suicídio na terceira idade é reflexo direto de uma visão criada pela sociedade de que o indivíduo vale o que produz, gerando uma ideia de inutilidade após a aposentadoria. É comum que após a terceira idade o idoso desconstrua sua identidade profissional e pessoal, por não possuir a mesma disposição física e se ver só. Como muitos não conseguem se adaptar à nova rotina, há um aumento de crises depressivas e isolamento social, favorecendo ao aumento no número de óbitos por lesões autoprovocadas voluntariamente. Em 2010 houveram 1426 mortes e em 2016 o número subiu para 1996, a título de exemplo, o que comprova que o número de suicídios na terceira idade é elevado e vem aumentando com o tempo. As causas envolvem solidão, depressão, isolamento, e abandono familiar. Todas essas situações contribuem para casos de suicídios na terceira idade que poderiam ser evitados.

PALAVRAS-CHAVE: Suicídio; Geriatria; Saúde Mental; Terceira Idade.

THE INCIDENCE OF SUICIDE CASES AMONG THIRD AGE PEOPLE IN BRAZIL

ABSTRACT: Suicide is defined as intentional act of life interruption. In elderly, this damage involves situations like mental disorders, depression, social isolation e recent losses, which evidences that self extermination it's not an isolated fact and it's necessary to analyze factors associated to elderly's biopsychosocial. There were advances in medicine capable to evolve Brazilian age pyramid providing an increase in country's population life expectancy, but it was not provided attention to this age mental health This work aims to analyze suicide cases in elderly, relating to it respective causes in Brazil, trough a epidemiological study from 2010 to 2016. This work also evolves DATASUS query and comparation to articles written in Portuguese, published from 2017 to 2019 in Scielo and PubMed research platforms trough descriptors in health science standardized by BIREME: suicide, geriatric and mental health. Suicide in elderly is a direct reflection of a vision created by society that an individual's worth is what they can produce, creating an idea of uselessness after retirement. It's common that after third age elderly deconstruct their professional and personal identity, for not having the same physical disposition and finding themselves alone. Since a lot of them can't adapt to the new life, there is an increase in depression crises and social isolation, favoring increase in death numbers by voluntarily self-inflicted injuries. In 2010, there were 1426 deaths and in

2016 the number increased to 1996, for example, which proves that suicide numbers in third age is high and has increased over time. Causes involve loneliness, depression, isolation and family abandonment. All these situations contribute to suicide cases in third age that could be avoided.

KEYWORDS: Suicide; Geriatrics; Mental health; Third Age.

1 | INTRODUÇÃO

O suicídio constitui um ato intencional de interrupção da própria vida, possuindo diversas causas e origens, além de estar presente em todos os níveis socioeconômicos, raças, gêneros e idades (ROSA.; DEMARCO, 2019). Este representa um problema complexo de saúde pública, ocupando uma das principais causas de óbito entre a faixa etária de 15 e 34 anos. Nas últimas décadas, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), houve um incremento de 60% entre os óbitos por suicídio (VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013). O suicídio na terceira idade também é uma realidade, possuindo um grande número de casos e repetição de suas causas, o que torna fundamental um estudo embasado nesse problema de saúde pública (SOUSA, 2019).

O processo de envelhecimento traz consigo uma carga de mudanças biológicas, culturais e comportamentais que exigem uma adaptação das pessoas que se encontram nessa faixa etária (SOUSA, 2019). Devido a uma questão cultural, o indivíduo idoso tem sido rotulado como incapaz, menosprezando a sua figura social. O suicídio nessa fase está ligado principalmente à negligência e abandono de familiares, problemas financeiros, doenças crônicas, perda de autonomia, perdas pessoais importantes, como entes queridos, transtornos mentais e depressão (ROSA.; DEMARCO, 2019).

O Brasil, assim como muitos países em desenvolvimento, tem apresentado uma transição demográfica marcante, reduzindo a taxa de natalidade e mortalidade infantil, aumentando de maneira expressiva a faixa etária de pessoas acima de 60 anos, o que demanda um novo foco de atenção para manter a autonomia e bem-estar desses indivíduos (OLIVEIRA, 2019). No entanto, o país presencia um número crescente de suicídios na terceira idade, demonstrando o quão precária ainda é a assistência à essa população, necessitando de um maior foco para esse problema de saúde pública (SILVA; TOMAZ, 2018). Por isso, este trabalho tem objetiva analisar os casos de suicídio na terceira idade, relacionando com as respectivas causas no Brasil.

2 | METODOLOGIA

Foi realizado um estudo ecológico analítico com delineamento de tendência temporal, que averiguou dados referentes ao número de casos de suicídio em pessoas com idade igual ou superior a 60 anos no Brasil. O recorte temporal foi entre 2010 e 2016, tendo

sido analisado ano a ano. A fonte de dados utilizadas foi o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) registro do departamento de informática do Sistema único de Saúde (DATASUS). Abrange artigos em língua português publicados entre 2013 e 2019, os assuntos pesquisados para a obtenção dos artigos foram: suicídio, geriatria, saúde mental, depressão na terceira idade, envelhecimento, transição demográfica.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de envelhecimento inclui alterações biológicas e comportamentais, podendo ser acompanhado de limitações físicas ou até mesmo incapacitantes. Dessa forma, a velhice vem acompanhada de estereótipos e preconceitos relacionados à imagem do idoso, sendo que essa associação entre envelhecimento e pontos negativos, pode afetar emocionalmente e psicologicamente a pessoa idosa (SOUSA, 2019). Assim, fatores como a perda de autonomia, ideia de inutilidade, alteração na renda familiar e a dependência podem trazer como consequências as ideias e as tentativas suicidas (CONCEIÇÃO et al, 2018).

Segundo o Conselho Federal de Medicina (2015), suicídio é um “ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional” (SILVA; TOMAZ, 2018). Levando em consideração que a proporção entre tentativa e concretização de suicídio passa de 200:1 nos adultos para 4:1 nos idosos, considera-se que a idade é um fator de risco para essa adversidade. Apesar de constituir um problema de saúde pública, a questão de suicídio em idosos não recebe devida atenção dos órgãos governamentais, pesquisadores e da mídia, uma vez que dão prioridade à população mais jovem (FERRAIOULI; FERREIRA, 2017).

Além disso, de acordo com o Ministério da Saúde (2018), o Brasil apresenta uma alta taxa de suicídio entre os idosos com mais de 70 anos. Nessa faixa etária foram documentadas 8,9 mortes por 100 mil nos últimos anos, ao passo que a média nacional é de 5,5 por 100 mil (ROCHA, 2018). Esses dados corroboram com aqueles encontrados no DATASUS, apresentando um aumento no número de mortes de idosos por suicídio, passando de 1426 no ano de 2010 para 1996 em 2016. Vale lembrar que, esse aumento tem uma variação em relação ao gênero, sendo que os homens são o grupo com mais casos registrados, enquanto as mulheres são maioria em tentativas de suicídio (SANTOS et al, 2019).

Dessa forma, é preciso lembrar que não existe apenas um fator que leve o indivíduo a cometer suicídio, uma vez que seu comportamento é influenciado por uma gama de elementos que se associam e envolvem questões pessoais, sociais, psicológicas, culturais, ambientais e biológicas (MINAYO; FIGUEIREDO; MANGAS, 2017). Quando fala-se sobre o suicídio em idosos no Brasil, os principais fatores de risco são: sentimento de

inutilidade, conflitos familiares, isolamento social, doenças físicas, transtornos mentais, dependência de drogas e jogos, a frequente perda de amigos e familiares, situações de abuso e violência e perda do sentido da vida (SILVA; TOMAZ, 2018).

Além dos fatores já citados, alguns estudos apontaram outros aspectos que podem contribuir para o suicídio no idoso como, por exemplo, o afastamento do trabalho, a aposentadoria, redução do padrão econômico, o aparecimento de algumas doenças, a dependência física, a ausência dos colegas de trabalho, a perda de familiares, fazendo com que o indivíduo se sinta sozinho e sem motivação para continuar vivendo. Além disso, a depressão é uma grande aliada do suicídio, pois possui um diagnóstico mais difícil com a chegada da idade, uma vez que pode ser mascarada por sintomas de outras doenças físicas que aparecem com mais frequência na pessoa idosa. Com isso, pode demorar para que as ideias suicidas sejam percebidas por cuidadores, familiares e até mesmo a equipe médica, fator que corrobora para o aumento da taxa de suicídios nessa população (BERNARDO; MACEDO, 2019).

Por fim, considerando essa difícil detecção da situação psicológica da pessoa idosa e levando isso como uma das maiores dificuldades em relação ao tema exposto, algumas medidas devem ser tomadas a fim de prevenir esse acontecimento. Assim, faz-se necessário que em consultas de rotina com o médico clínico geral, ele avalie e, caso detecte algum indício de depressão, dificuldades psicológicas ou ideias suicidas, encaminhe o paciente às unidades psiquiátricas-psicológicas. Ainda é necessário campanhas de conscientização e alerta sobre o assunto, para que a família, amigos mais próximos e pessoas de alta convivência consigam identificar esses indícios psicológicos e, assim, procurem o serviço especializado para aquele idoso (SOUSA, 2019).

4 | CONCLUSÃO

Embora o suicídio muitas vezes não seja relacionado aos idosos, o estudo nos demonstra um crescente significativo em seus números, nos quais os homens são os que mais morrem, enquanto as mulheres são as que mais tentam o autoextermínio. Muitos fatores estão relacionados com esses índices como exemplo o abandono familiar, o sentimento de inutilidade, o conjunto de enfermidades desses pacientes, porém o que nos chama atenção é a negligência em relação a saúde desses indivíduos. Familiares e muitos profissionais de saúde menosprezam as queixas desses pacientes em quem em muitos casos a depressão está instalada e passa despercebida, podendo desencadear o suicídio.

Portanto, com o intuito de assegurar a vida dos idosos, e também garantir a qualidade de vida no envelhecimento são necessárias um conjunto de ações integrando ao cuidado na saúde, os próprios idosos, os familiares e amigos, e os profissionais de saúde que

estão em contato com o paciente. Para que assim, o processo de envelhecimento não se torne um problema aos indivíduos e tampouco para a saúde pública.

REFERÊNCIAS

BERNARDO, B.T.; MACEDO, F.L. Suicídio no idoso: aspectos psicossociais que contribuem para o aumento do suicídio em pessoas idosas. **Revista Interciência**, v.1, n.3, 2019.

CONCEIÇÃO, H.N., et al. Vulnerabilidade a ideações e práticas suicida em idosos e o impacto familiar e social. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, supl.12, p. 1252-1258, 2018.

FERRAIOLI, C.; FERREIRA, S.M.R.R. O outro lado da “melhor idade”: depressão e suicídio em idosos. **Perspectivas online**, v. 18, n. 7, p. 43-53, 2017.

MINAYO, M.C.S; FIGUEIREDO, A.E.B; MANGAS, R.M.N. O comportamento suicida de idosos institucionalizados: histórias de vida. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 981-1002, 2017.

OLIVEIRA, A.S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v.15, n.32, p.69-79, 2019.

ROCHA, G.B.F. Participação social, qualidade de vida e saúde na terceira idade: um recorte de algumas políticas públicas. 42f. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Federal de São Paulo - Unifesp, Santos, 2018.

ROSA, L.; DEMARCO, T.T. Suicídio na terceira idade e as estratégias de intervenção. **Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc Videira**, v.4, 2019.

SANTOS, E.D.G. et al. Suicídio entre idosos no Brasil: uma revisão de literatura dos últimos 10 anos. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, v. 9, n. 1, p. 258-282, 2019.

SILVA, L.C.O, TOMAZ, R.S.R. Suicídio em idosos: uma revisão sistemática. **Anais do Programa de Iniciação Científica da UniEVANGÉLICA**, 2018.

SOUSA, R.M.A. et al. O processo de envelhecimento e sua relação com o suicídio na pessoa idosa: uma revisão bibliográfica. **Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**, v.16, n.1, 2019.

VIDAL, C.E.L; GONTIJO, E.C.D.M.; LIMA, L.A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.1, p.175-187, 2013.

SUICÍDIO COMO OBJETO DE ESTUDO NA PSICOLOGIA: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 26/06/2020

Lorena Schettino Lucas

Universidade Federal do Espírito Santo
Vitória – ES

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3245482477350246>

Mariana Bonomo

Universidade Federal do Espírito Santo
Vitória – ES

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4087691008379051>

Vanessa Valentim Zamborlini

Universidade Federal do Espírito Santo
Vitória – ES

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0363888507330914>

Thais Assis Flauzino

Universidade Federal do Espírito Santo
Vitória – ES

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6116980409410858>

RESUMO: Este estudo investigou, através de revisão sistemática da literatura, de que forma o suicídio tem se configurado como objeto de estudo na Psicologia brasileira. Foram selecionadas 88 teses e dissertações da Psicologia, disponíveis no Banco de Teses e Dissertações da CAPES, defendidos entre 1996 e 2017. Os dados foram analisados através da

Classificação Hierárquica Descendente e da Análise de Conteúdo. Os resultados indicaram aumento no volume de publicações a partir do ano 2010, predominantemente na região Sudeste. Observou-se que as ações de prevenção do suicídio se concentram, majoritariamente, no campo clínico. Concluiu-se que o suicídio se apresenta como objeto de estudo ainda em processo de consolidação e reconhecimento na Psicologia brasileira, demandando novos estudos teóricos e empíricos que possam subsidiar a atuação profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Revisão sistemática; suicídio; psicologia.

SUICIDE AS AN OBJECT OF STUDY IN PSYCHOLOGY: SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Through a systematic review of the literature, this study investigated how suicide has been configured as an object of study in Brazilian Psychology. 88 theses and dissertations of Psychology were retrieved, available in the Bank of Thesis and Dissertations of CAPES, defended between 1996 and 2017. Data were analyzed through the Hierarchical Descending Classification and Content Analysis. The results indicated an increase in

the volume of publications from the year 2010, predominantly in the Southeast region. It was observed that the actions of suicide prevention are mainly concentrated in the clinical field. It was concluded that suicide is an object of study still in the process of consolidation in Brazilian Psychology, demanding new theoretical and empirical studies that can subsidize the professional performance.

KEYWORDS: Systematic review; suicide; psychology.

1 | INTRODUÇÃO

Considerado como problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio é um fenômeno cujos números surpreendem. A taxa anual de mortes autoprovocadas é de 10,7 a cada 100.000 habitantes, o que representa, aproximadamente, 1 morte a cada 40 segundos em todo o mundo (OMS, 2014). No Brasil, os suicídios representam 6 óbitos a cada 100.000 habitantes, estimativa esta que apresentou aumento de 16,8% entre 2007 e 2016 (MINISTÉRIO DA SAÚDE [MS], 2018).

Mortes por suicídio podem ser evitáveis, principalmente se as medidas preventivas forem tomadas como prioridade nacional. Países que buscam medidas eficazes de prevenção devem tratar o tema em sua integralidade e diversidade, considerando que o suicídio requer intervenções de vários níveis profissionais (OMS, 2014). No Brasil, estudos apontam para empecilhos na tentativa de redução das taxas de suicídio, como números pouco expressivos de publicações científicas sobre o tema, falta de capacitação dos profissionais da saúde e ausência de programas de apoio e prevenção em larga escala (FREITAS et al., 2013; MINAYO e CAVALCANTE, 2015; SILVA et al., 2017).

A OMS (2014) afirma que a capacitação de profissionais da atenção primária em saúde pode exercer papel fundamental na prevenção do suicídio e no acolhimento das vítimas de tentativas, visto que estes profissionais são, frequentemente, o primeiro recurso de atenção à saúde. Os programas de prevenção que envolvem a comunidade local e a psicoterapia também têm papel importante no estabelecimento de vínculos sociais, que se constituem em estratégias de prevenção e intervenção muito utilizadas em diversas localidades do país (MINAYO e CAVALCANTE, 2015; HERENIO, 2016).

Em agosto de 2006, o Ministério da Saúde lançou as Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio, cujo objetivo consiste em “reduzir as taxas de suicídios e tentativas e os danos associados com os comportamentos suicidas, assim como o impacto traumático do suicídio na família, entre amigos e companheiros (as), nos locais de trabalho, nas escolas e em outras instituições” (MS, 2006, p.5). Além disso, o Brasil é signatário do Plano de Ação em Saúde Mental lançado em 2013 pela OMS, que tem por objetivo reduzir a mortalidade por suicídio em 10% até 2020 (MS, 2018).

O assunto, em sua complexidade e multicausalidade, desperta o interesse de diversas áreas do conhecimento. Com o aumento de publicações sobre o suicídio, torna-se

notável o crescente interesse no avanço científico sobre o tema (CORONEL e WERLANG, 2010). As áreas da saúde são as que mais publicam artigos sobre o assunto, entretanto, discute-se a baixa incidência e divulgação de estudos brasileiros em plataformas latino-americanas e o seu baixo impacto na construção de políticas públicas em prevenção e atenção ao suicídio (CARDOSO et al., 2012; FREITAS et al., 2013).

A Psicologia, que se estabeleceu com metodologias e objetos de estudos próprios somente a partir do século XIX (BOCK, FURTADO e TEIXEIRA, 2001; DINIZ, 2006), vem sendo convocada para contribuir com novos conhecimentos e intervenções que contribuam para a prevenção do suicídio na atualidade. Diante disso, coloca-se a seguinte questão: de que forma o suicídio tem se configurado como objeto de estudo no campo da Psicologia no Brasil? A partir desta pergunta, objetivou-se analisar a produção acadêmica brasileira na Psicologia relacionada ao suicídio, produzida nos espaços dos Programas de Pós-Graduação (PPG) brasileiros, a partir de teses e dissertações defendidas entre 1996 e 2017.

2 | MÉTODO

Para responder ao objetivo proposto, foi adotada a estratégia de revisão sistemática proposta pela Colaboração Cochrane (ROTHER, 2007). Para identificar os estudos que abordam o suicídio na área da Psicologia no contexto dos PPG brasileiros, foi conduzida uma busca na base de dados *online* do Banco de Teses e Dissertações da CAPES. O portal da CAPES é uma biblioteca virtual que reúne e disponibiliza as teses e dissertações defendidas nos PPG brasileiros. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: a) ser uma tese ou dissertação da área de Psicologia; b) ter sido defendida entre os anos 1996 e 2017 (escolhidos por serem a primeira e a última data disponíveis no sistema *online* no momento da coleta); e c) ter o suicídio como tema principal do trabalho desenvolvido.

A busca foi realizada por meio de acesso eletrônico, a partir do descritor 'suicídio', entre outubro e novembro de 2017. Foram localizadas, inicialmente, 155 trabalhos da Psicologia. Desses, 88 teses e dissertações da Psicologia foram selecionadas e analisadas por meio dos resumos e dos textos completos, quando disponíveis. Dos 88 trabalhos finais selecionados para a análise, 24 não foram encontrados na íntegra, tendo sido analisados os resumos desses trabalhos, como ilustra a Figura 1.

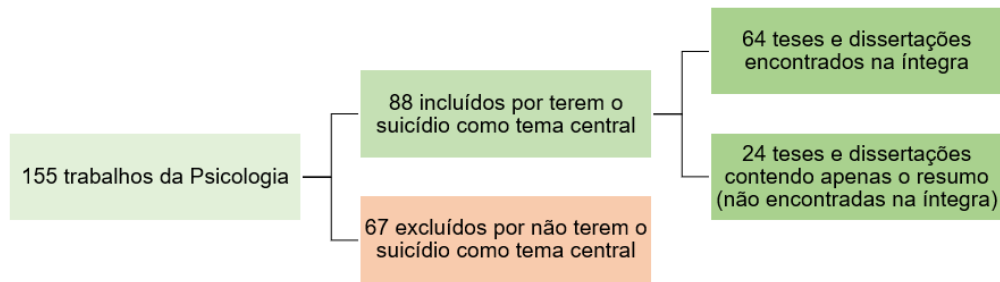


Figura 1. Procedimento de seleção das teses e dissertações no Banco de Teses e Dissertações da CAPES.

Foram utilizadas duas estratégias metodológicas para o tratamento e a análise, tendo em vista a natureza dos dados obtidos, quais sejam: (1) a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) utilizando o texto dos 88 resumos das teses e dissertações; e (2) a Análise de Conteúdo Temática dos 64 trabalhos que foram encontrados na íntegra.

Os resumos dos 88 trabalhos incluídos foram coletados e agrupados, formando um *corpus* textual, posteriormente analisado pela CHD. O *software* Alceste, que foi utilizado como recurso para a CHD, realiza a análise lexical do conteúdo apresentado, segmentando o texto em Unidades de Contexto Elementares e estabelecendo similaridades entre os segmentos e hierarquias de classes de palavras (NASCIMENTO e MENANDRO, 2006). Já os 64 trabalhos que foram encontrados na íntegra foram analisados à luz da Análise de Conteúdo Temática (BARDIN, 2002). A Análise de Conteúdo permite a identificação de pluralidades temáticas em um conjunto de textos, ao mesmo tempo em que avalia a frequência desses temas dentro do mesmo conjunto. A conjugação da análise da CHD com a Análise de Conteúdo pode, portanto, potencializar o entendimento do material de interesse, visto que as tendências verificadas na Análise de Conteúdo podem ser confirmadas ou não com o auxílio da análise viabilizada pelo *software* (NASCIMENTO e MENANDRO, 2006).

Em uma tabela no Excel, estabeleceu-se crivos de classificação que foram preenchidos considerando as seguintes informações: título do trabalho, ano de publicação, instituição de origem, subtemas associados ao suicídio, objetivos, campo teórico/conceitual utilizado na análise, principais resultados encontrados, principais conclusões e principais elucidaciones quanto à prevenção do suicídio.

3 | RESULTADOS

Os resultados são apresentados a partir de quatro conjuntos de dados principais, quais sejam: a) caracterização geral dos estudos; e análise b) dos subtemas associados; c) da referência à prevenção de suicídio; e d) dos núcleos de significação centrais, retratados nos resumos das teses e dissertações.

Na análise das 20 teses e 68 dissertações que atenderam aos critérios de

inclusão, identificou-se produções defendidas entre os anos 1996 e 2017, que foram, respectivamente, a primeira e a última data constante no Banco de Teses e Dissertações da CAPES. Verificou-se que 6 trabalhos foram defendidos entre 1996 e 2000, 42 foram defendidos na década de 2000 e 40 entre 2010 e 2017.

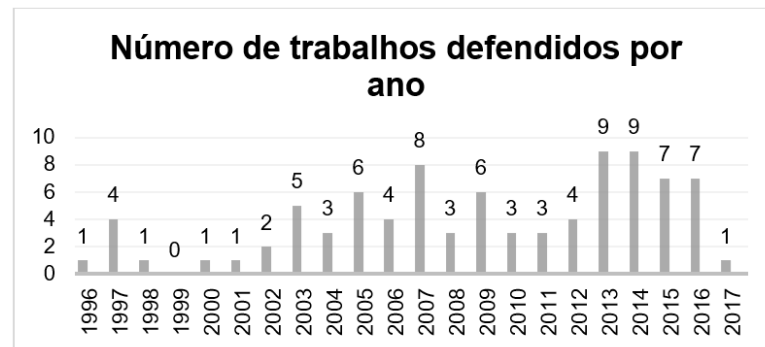


Figura 2. Distribuição do número de teses e dissertações defendidas entre 1996 e 2017 sobre o tema suicídio por ano de defesa do trabalho (n=88).

Em relação à concentração regional dos trabalhos selecionados, observou-se que a região Sudeste é o local onde mais teses e dissertações foram defendidas sobre o tema, com total de 30 estudos. Seguem-se a região Centro-Oeste, com 25; a região Sul, com 20; a região Nordeste, com 9; e a região Norte, com 4 trabalhos.

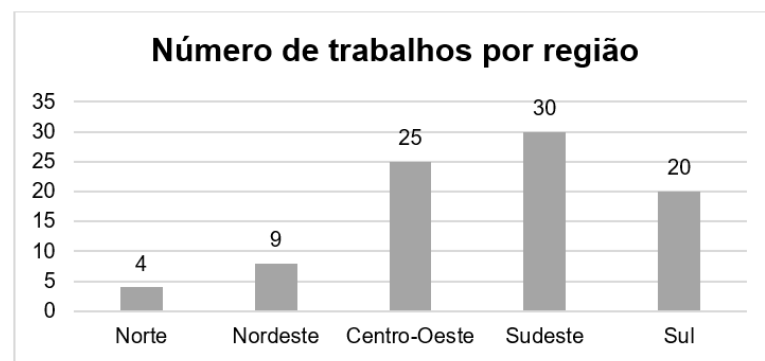


Figura 3. Distribuição do número de teses e dissertações defendidas entre 1996 e 2017 sobre o tema suicídio por região brasileira (n=88).

Os 64 trabalhos analisados na íntegra apresentaram variedade significativa de subtemas, sendo que alguns apresentaram mais de um subtema. Observou-se que, dos 64 estudos na íntegra, 14 buscaram analisar fatores e circunstâncias relacionados a grupos específicos como sendo de risco ou de proteção, além de testar a eficácia de métodos utilizados na avaliação e mensuração do risco de suicídio nesses indivíduos. A urbanização e a perda de territórios demarcados aparecem como fatores de risco para comunidades rurais e indígenas, respectivamente, por representarem a perda da identidade grupal e o início de um processo de adoecimento coletivo. Fatores como o bem-estar existencial e

os vínculos sociais, por sua vez, apresentaram-se como protetivos entre estudantes de Psicologia.

Subtemas associados ao estudo do suicídio	F
Fatores de risco e de proteção em grupos específicos	14
Fatores de risco e de proteção em cada estágio do desenvolvimento humano	13
Luto	09
Suicídio em elaborações literárias e artísticas	09
Psicopatologias	07
Relações familiares de pessoas com ideação suicida	06
Autolesão	05
Profissionais de saúde	03
Relações de gênero	03
Internet	03

Tabela 1. Subtemas associados ao estudo do suicídio (n=88).

F = Frequência absoluta

O viés etário também apresentou-se como temática de destaque para a compreensão desse fenômeno. As especificidades de cada etapa do desenvolvimento humano (infância, adolescência, adultez e velhice) e sua relação com os fatores potencializadores do suicídio foram o foco principal de 13 trabalhos. Estes estudos apontam para a importância dos vínculos sociais e familiares no acompanhamento do indivíduo com histórico de tentativas, principalmente na adolescência e na velhice. Outros pontos em comum entre essas duas faixas etárias seriam os maus tratos, a falta de sentido na vida e os problemas com os familiares como fatores de risco para o suicídio.

O estudo do luto também aparece como associado ao tema. As consequências para as pessoas após a morte de um ente são investigadas por 9 trabalhos, sendo estes voltados, principalmente, para o núcleo familiar próximo. A reconfiguração familiar se mostra como estratégia de enfrentamento possível, mas, em muitos casos, dificultada pela dor da perda e pela culpa sentida pelos familiares. O luto por suicídio é entendido como mais intenso e mais complexo, requerendo o apoio social e profissional para viabilizar este processo. A relação do indivíduo que possui ideias suicidas com a própria família é investigada em 6 estudos, onde aponta-se a melancolia e os traumas psicológicos como possíveis antecedentes de um episódio de suicídio.

A autolesão em consonância com o histórico de tentativas de suicídio é abordada em 5 teses e dissertações, sendo ela apresentada em diferentes formas, como queimaduras autoinfligidas, *cutting* e autoagressões. Observou-se a co-ocorrência desses fenômenos principalmente entre mulheres adultas, adolescentes e pessoas diagnosticadas com o Transtorno de Personalidade Borderline. Outras psicopatologias, como a psicose e a depressão, foram o foco de 7 estudos, que discorrem sobre as particularidades do comportamento suicida e do histórico de tentativas de suicídio em cada uma. Tais estudos sugerem intervenções psicoterápicas com a adoção de técnicas corporais e expressivas, além de reiterar a importância do suporte social para pacientes com tendências suicidas

diagnosticados com os transtornos mencionados.

Das 64 produções analisadas na íntegra, 9 trazem o conceito de suicídio presente em elaborações literárias e artísticas. Há análises da trajetória de personagens famosos que se suicidaram, bem como narrativas que tratam o suicídio como fenômeno multifacetado em diversas formas de produções artísticas, como obras cinematográficas e biografias. Também fazem menção a autores e linhas teóricas clássicas na Psicologia que se relacionam com o tema, como Durkheim e Existencialismo.

As vivências dos profissionais de saúde diante da morte e do luto estão presentes em 3 estudos, que explanaram sobre as experiências de atuação na assistência a pacientes com histórico de tentativas de suicídio. Observou-se que o suicídio para esses indivíduos adquire significados múltiplos, como dor, sofrimento e, ao mesmo tempo, impaciência com os casos recorrentes. Tais estudos reiteram a necessidade de acompanhamento e formação destes profissionais, visto que se encontram em ambientes com alto nível de estressores, como salas de urgências e emergências.

Também as discussões de gênero e sua relação com o suicídio foram analisadas em 3 trabalhos. A violência de gênero aparece como possível fator de risco para as mulheres, ao passo que os homens parecem desempenhar mais comportamentos autodestrutivos que predispõem ao suicídio. Em 3 trabalhos, a tomada de posição de grupos *online* a respeito do tema foi estudada, sendo as relações virtuais e as expressões de emoções na internet consideradas fatores de risco para ambos os gêneros.

Em relação às elucidações sobre a prevenção, observou-se que, dos 64 trabalhos analisados na íntegra, 46 citam a prevenção do suicídio e/ou apresentam possíveis propostas de intervenção. As teses e dissertações que apresentaram qualquer tipo de menção, consideração ou citação sobre a prevenção do suicídio dividem-se em 3 conjuntos principais, como ilustra a Tabela 2.

	F	Categoria	Subcategoria	F
Conjunto 1	16	Estratégias propostas sem aprofundamentos evidentes ao longo do texto.	Prevenir o suicídio	16
			Diminuir os fatores de risco	08
			Fortalecer os fatores de proteção	06
			Fortalecer programas de prevenção já existentes ou em desenvolvimento	06
Conjunto 2	25	Estratégias propostas baseadas na literatura existente sobre o tema.	Reduzir o preconceito/tabú em torno do assunto	03
			Monitorar grupos de risco	01
			Utilizar instrumentos de pesquisa específicos	01
			Realizar oficinas terapêuticas que fazem uso de técnicas corporais e expressivas	02
			Avaliar funcionalmente o uso de estratégias de enfrentamento e do manejo do estresse	02
Conjunto 3	05	Estratégias propostas baseadas nos próprios estudos da dissertação ou da tese.	Realizar o trabalho de posvenção	01

Tabela 2. Conjuntos de elucidações sobre a prevenção do suicídio nas teses e dissertações da Psicologia (n=46).

F = Frequência absoluta

O Conjunto 1 é composto por 16 estudos que mencionam a necessidade de prevenir o suicídio de maneira geral, sem apontar medidas, métodos ou alternativas de intervenção específicas. São estudos caracterizados pela breve citação da importância de se pensarem formas de prevenir o suicídio, mas sem a apresentação de reflexões sobre possíveis maneiras de diminuir as taxas de suicídio no Brasil e sem o apontamento de evidências científicas que subsidiem possíveis estratégias.

O segundo conjunto, por sua vez, é formado por 25 trabalhos que mencionam a necessidade de prevenção e sugerem meios possíveis para que ela ocorra. As medidas sugeridas no Conjunto 2 baseiam-se exclusivamente na literatura já existente sobre o tema, sendo elas: diminuição dos fatores de risco (f=8); fortalecimento de diferentes fatores de proteção (f=6); fortalecimento de programas de prevenção já existentes ou em desenvolvimento (f=6); redução do preconceito/tabú em torno do assunto (f=3); monitoramento de grupos de risco (f=1); e uso de instrumentos de pesquisa específicos (f=1).

O terceiro conjunto é constituído de 5 trabalhos, que, além de mencionarem a prevenção do suicídio e de sugerirem medidas já presentes na literatura, também trazem alternativas baseadas em intervenções próprias, realizadas pelos autores com os participantes das pesquisas em questão. Essas alternativas consistem: na inserção do indivíduo em oficinas terapêuticas que fazem uso de técnicas corporais e expressivas (f=2); na avaliação funcional do uso de estratégias de enfrentamento e do manejo do estresse pelo indivíduo que já tentou suicídio (f=2); e na prevenção das próximas gerações (f=1). Estes trabalhos contribuem com a experiência de intervenções cujo intuito era prevenir o suicídio, majoritariamente, no contexto de atendimentos clínicos, orientados por correntes teórico-psicológicas diversas, como a psicanálise, a análise do comportamento e o humanismo.

A fim de identificar os núcleos de significação que integram os trabalhos analisados, os 88 resumos das teses e dissertações foram organizados em um *corpus* textual e submetidos à análise da CHD, em que se obteve 87,62% de aproveitamento do material analisado. O conteúdo foi dividido em dois eixos principais, contendo duas classes cada. No primeiro, agruparam-se as classes 1 e 4 (com força de ligação de 0,54) e, no segundo, as classes 2 e 3 (associadas com 0,46 de força de ligação).

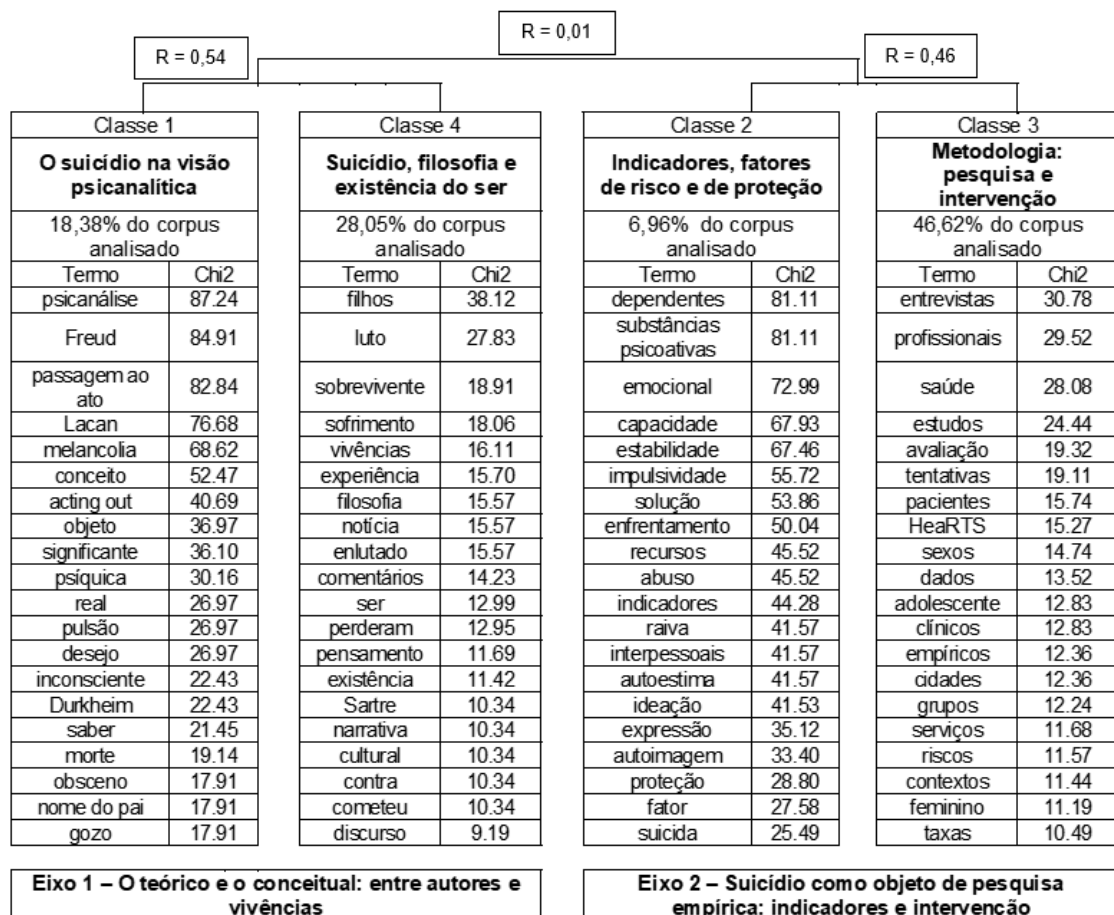


Figura 4. Dendrograma dos eixos e classes estáveis, segundo análise da Classificação Hierárquica Descendente (n=88).

O primeiro eixo, denominado *O teórico e o conceitual: entre autores e vivências*, contempla os conceitos fundamentais de cada área foram utilizados para o estudo do tema, que é abordado pelo viés individual, intrapsíquico e familiar. A classe 1, denominada *O suicídio na visão psicanalítica*, representou 18,38% do *corpus* analisado e é composta por conceitos predominantemente psicanalíticos e por termos que remetem ao campo de estudo da Psicanálise. Os termos *psicanálise* e *conceito* vêm acompanhados de seus principais autores, *Freud* e *Lacan*. Além destes, também *Durkheim*, no campo da Sociologia, é associado a essa classe em função do seu estudo pioneiro intitulado “O suicídio: estudo de sociologia”, publicado em 1897. Alguns dos termos presentes na classe 1 se apresentam mais diretamente ligados ao fenômeno do suicídio, como *passagem ao ato*, *acting out* e *morte*.

A classe 4, intitulada *Suicídio, filosofia e existência do ser*, composta por 28,05% do *corpus* analisado, refere-se às causas e às consequências do ato do suicídio no âmbito interpessoal, principalmente entre familiares próximos, apresentando termos como *filhos*, *luto*, *sobrevivente*, *enlutado* e *perderam*. A *filosofia* também se destaca, representada pelo filósofo *Sartre* e seus conceitos de *ser*, *existência*, *vivência* e *experiência*.

O segundo eixo, intitulado *Suicídio como objeto de pesquisa empírica: indicadores e intervenção*, é caracterizado pela pesquisa empírica e evidencia a possível influência

das relações interpessoais, dos fatores de risco e de proteção e apresenta medidas preventivas para as tentativas de suicídio. A classe 2, nomeada *Indicadores, fatores de risco e proteção*, corresponde a 6,96% do *corpus* analisado e é composta por termos que podem ser considerados como fatores de risco ou de proteção, a depender do contexto em que o sujeito se insere: *estabilidade, abuso, substâncias psicoativas e impulsividade*.

A classe 3, chamada *Metodologia: Pesquisa e Intervenção* e representante de 46,62% do *corpus* analisado, demarca os diferentes métodos utilizados pelos estudos, as possibilidades de intervenção e de atuação profissional que trazem, bem como variáveis referentes aos participantes das pesquisas. É constituída por termos vinculados à área de pesquisa, como *estudos, avaliação, dados e empíricos*, além de apresentar as *entrevistas* como metodologia para o estudo do suicídio. Observou-se a variedade de recursos metodológicos e de temas associados, o que demonstra a complexidade do objeto de estudo em questão e a heterogeneidade de perspectivas teóricas e metodológicas da Psicologia.

4 | DISCUSSÃO

As teses e dissertações analisadas representam fonte importante de conhecimento, visto que a partir destes trabalhos podem se originar recursos para a construção de estratégias, programas e políticas de prevenção do suicídio, além de indicarem a perspectiva através da qual o fenômeno vem sendo analisado pelos Programas de Pós-Graduação em Psicologia no Brasil.

O estudo do suicídio, de maneira geral, se mostra diversificado em suas associações a uma variedade de subtemas. Os fatores de risco e de proteção em determinados grupos, o luto e as especificidades de cada faixa etária despontam como assuntos abordados com maior frequência. Entretanto, outras questões também se fizeram presentes, como a compreensão do suicídio a partir de obras literárias, a influência da internet e a relação entre a violência de gênero e o suicídio.

A tentativa de conceituação do suicídio que se apresentou a partir da análise das teses e dissertações serve para torná-lo assunto recorrente e para que seja compreendido fora da concepção moral que ainda o atravessa como tabu (BOTEGA, 2015). Tendo em vista: a) o estabelecimento da Psicologia como ciência a partir de 1879, com a criação do primeiro Instituto de Psicologia por Wilhelm Wundt, na Alemanha; b) o início da tentativa de leitura do fenômeno através do paradigma científico apenas em 1897, a partir da obra *O Suicídio*, de Émile Durkheim; e c) a aquisição do status do suicídio como problema científico referente à saúde pública reconhecido pela OMS apenas em 1960 (BOTEGA, 2015); é possível pensar que a forma como o tema foi abordado desde os primórdios da sociedade ocidental ainda exerça papel elementar na maneira como é estudado hoje.

Ainda que possua suas bases na Filosofia desde a Antiguidade, a Psicologia pode ser considerada como ciência relativamente recente quando comparada a outras áreas (DINIZ, 2006), que veio se estabelecendo com metodologias e objetos de estudo próprios somente a partir do século XIX (BOCK, FURTADO e TEIXEIRA, 2001). Mesmo após a sua fundação, a apreensão do suicídio como objeto de estudo pela Psicologia não ocorreu de forma imediata, uma vez que a responsabilidade pelo tema diluiu-se sobre as áreas da saúde e das humanidades apenas na pós-modernidade (BOTEGA, 2015). Logo, o caminho de desenvolvimento científico do suicídio na área começou a ser trilhado há menos de 200 anos, visto que, antes disso, a nova ciência da Psicologia ainda não havia se apropriado do suicídio como assunto de interesse.

O tempo decorrido desde a primeira leitura do suicídio através do viés científico, nos estudos de Durkheim, é consideravelmente curto quando comparado aos longos períodos de sua condenação e demonização durante a Idade Média, entre os séculos V e XV. A romantização e o entendimento como dilema existencial humano, entre os séculos XVII e XIX, iniciaram o processo de secularização do suicídio (BOTEGA, 2015). Portanto, considera-se que a tentativa de conceituação observada nos trabalhos analisados reitera que o tema se encontra em processo de reconhecimento como objeto de estudo científico. Neste sentido, os trabalhos teóricos são de grande importância, uma vez que servem como contribuições para a sua consolidação como questão concernente à Psicologia na atualidade, considerando toda a complexidade e fatores psicológicos envolvidos neste fenômeno.

Tal complexidade e multicausalidade parecem contribuir para que existam diversas formas de pesquisá-lo, com enfoques, teorias e métodos distintos. Apesar da diversidade de recursos metodológicos destacada nos núcleos de significação das teses e dissertações analisadas, discute-se a baixa incidência de estudos que trazem contribuições próprias sobre medidas preventivas que funcionam na prática profissional. Dos 88 trabalhos analisados, apenas 5 apresentaram estratégias preventivas que, de fato, haviam sido utilizadas com os participantes das teses e dissertações, e não apenas citadas na literatura já existente sobre o tema. Tendo em vista que tais estratégias preventivas estão voltadas majoritariamente para o contexto da psicoterapia individual, discute-se até que ponto o tamanho modesto das amostras utilizadas nas pesquisas pode ser uma barreira no entendimento das intervenções como eficazes em alguns grupos de participantes, mas não em outros. Aponta-se também para a necessidade de replicação de tais medidas em situações distintas, para que sejam verificadas as possibilidades de aprimoramento e desenvolvimento dessas técnicas.

Considerando que o suicídio encontra-se em processo de consolidação na ciência psicológica brasileira, entende-se a predominância de trabalhos que fazem uma releitura dos métodos de prevenção já conhecidos como tentativa de sumariá-los e estabelecer bases para a criação de novas medidas. Neste sentido, os trabalhos empíricos realizados

com indivíduos, grupos e comunidades podem ser importantes para o estabelecimento de padrões específicos que podem vir a ser utilizados na articulação de intervenções futuras. Além disso, contribuem para a desmistificação de fatores que envolvem o suicídio, resultantes de muitos séculos de repressão e alocação no lugar do não-dito.

Observou-se ainda uma lacuna no que diz respeito às estratégias de prevenção fora do eixo clínico, o que pode estar relacionado à baixa expressividade dos programas preventivos em larga escala no Brasil (SILVA et al., 2017). Há também a necessidade de ampliação de políticas e projetos sociais que, apesar de não estarem diretamente ligados ao tema, auxiliam na diminuição de fatores de risco e no aumento dos fatores de proteção da população local (HERENIO, 2016). Entretanto, reitera-se a necessidade do estudo e desenvolvimento de estratégias sociais, governamentais ou não, que tenham como foco principal a prevenção do suicídio, para que se criem bases teóricas que subsidiem suas expansões.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Parece ser importante destacar que esta revisão apresenta um recorte dos estudos analisados, considerando a base de dados selecionada, o tipo de produção, os critérios de seleção utilizados e as variáveis analisadas. Novos estudos com a inclusão de artigos revisados por pares podem contribuir para a compreensão do suicídio como objeto de estudo na Psicologia em âmbito nacional. Salienta-se que, atualmente, tanto o profissional psicólogo como as práticas de cuidado e escuta não se limitam ao espaço da clínica, de tal modo que se fazem necessárias novas investigações sobre estratégias bem sucedidas também em outros cenários. Dessa forma, o suicídio configura-se como objeto de estudo em processo de consolidação e reconhecimento, que necessita de investigações capazes de orientar a atuação dos profissionais nos mais diversos contextos em que aparece como questão.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2002.

BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologias: uma introdução ao estudo da Psicologia**. São Paulo: Editora Saraiva, 2001.

BOTEGA, N. J. **Crise Suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

CARDOSO, H. F.; BAPTISTA, M. N.; VENTURA, C. D.; BRANÃO, E. M.; PADOVAN, F. D.; GOMES, M. A. Suicídio no Brasil e América Latina: revisão bibliométrica na base de dados Redalycs. **Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul**, v. 12, n. 2, p. 42-48, 2012.

CORONEL, M. K.; WERLANG, B. S. G. Resolução de Problemas e Tentativa de Suicídio: Revisão Sistemática. **Revista Brasileira De Terapias Cognitivas**, v. 6, n. 2, p. 59-82, 2010.

DINIZ, D. S. **A “ciência das doenças” e a “arte de curar”**: trajetórias da medicina hipocrática. 2006. 160 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

FREITAS, J. L.; PRADO, A. S.; MATHIAS, B.; GRESCHUCK, G. R.; NETO, J. D. Revisão Bibliométrica das Produções Acadêmicas sobre Suicídio entre 2002 e 2011. **Psicologia Em Pesquisa**, v. 7, n. 2, p. 251-260, 2013.

HERENIO, A. C. B. **Autoextermínio na adolescência: um estudo sobre ideação, tentativa e suicídio entre adolescentes da cidade de Goiânia**. 2016. 73 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Brasil.

MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G. Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: Revisão de Literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1751-1762, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ministério da Saúde atualiza dados sobre suicídio**, 2018. Recuperado de: <http://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/20/Coletiva-suic--dio.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**, 2006. Recuperado de: http://www.cvv.org.br/downloads/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf

NASCIMENTO, A. R. A.; MENANDRO, P. R. M. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 72-88, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Preventing Suicide: A Global Imperative**, 2014. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 5-6, 2007.

SILVA, N. K. N.; CARVALHO, C. M. S.; MAGALHÃES, J. M.; JUNIOR, J. A. M. C.; SOUSA, B. V. S.; MOREIRA, W. C. Ações do enfermeiro na atenção básica para prevenção do suicídio. **Revista Eletrônica de Saúde Mental, Álcool e Drogas**, v. 13, n. 2, p. 71-77, 2017.

ARTICULAÇÕES ENTRE O SABER DA EXPERIÊNCIA NO UNIVERSO INFANTIL DE GUIMARÃES ROSA

Data de aceite: 03/08/2020

Berta Lúcia Neves Ponte

Universidade de Fortaleza
Fortaleza-CE

Francisca Paula Viana Mendes

Universidade de Fortaleza
Fortaleza-CE

Amadeu de Sousa Moura Terceiro

Universidade de Fortaleza
Fortaleza-CE

José Clerton de Oliveira Martins

Universidade de Fortaleza
Fortaleza-CE

RESUMO: Partindo de uma reflexão acerca das sociedades contemporâneas e as possibilidades do resgate de valores como a satisfação e a liberdade que caracterizam a experiência de ócio, buscou-se com este manuscrito, através de uma Revisão de Literatura Narrativa, articular sobre infância na obra *Primeira Estórias* de Guimarães Rosa com o conceito de experiência de Jorge Larossa. Voltou-se para a infância como um momento potencial da vida em que o ser humano está em pleno desenvolvimento de si mesmo e conhecendo o mundo através da experiência. *Primeiras Estórias* conta a história de um Menino, personagem que aparece em

letra maiúscula e sem nome, representando a própria infância na obra de Rosa. Através da análise dos personagens e do campo semântico dos contos de *Primeiras Estórias* e da seleção de passagens dos contos relacionados ao desenvolvimento humano, a descoberta de si, à abertura e a relação com mundo, inferiu-se que o Menino, personagem sobre o qual se desenvolveu a articulação aqui proposta, na representação do paradigma do ser como experiência, descobertas e aberturas para significar um mundo no qual se desconhece e se redescobre. O Menino como paradigma do ser, representa uma possibilidade de resgate do ser humano na contemporaneidade através da disponibilidade sensorial infantil, um olhar que se renova e se reinventa sobre o mundo através da experiência.

PALAVRAS-CHAVE: Experiência, infância, contemporaneidade, primeiras estórias.

ABSTRACT: Reflecting on contemporary societies and the possibilities of rescuing values such as satisfaction and freedom that characterize the experience of leisure, we aimed with this manuscript, through a Narrative Literature Review, articulate about childhood in the work *Primeiras Estórias* of Guimarães Rosa with the experience concept of Jorge Larossa.

We have turned to childhood as a potential moment of life in which the human being is in full development of himself and knowing the world through experience. *Primeiras Estórias* tells the story of a Boy, a character that appears in capital letters and without a name, representing the childhood itself in the work of Rosa. Through the analysis of the characters and the semantic field of the stories of *Primeiras Estórias* and the selection of passages of tales related to human development, the discovery of self, the opening and the relationship with the world, it was inferred that the Boy, character about which we developed the articulation proposed here, in the representation of the paradigm of being as experience, discoveries and openings to signify a world that is unknown and rediscovered. The Boy as a paradigm of being, represents a possibility of rescuing the human being in reality through childhood sensorial availability, a look for himself that renews and reinvents himself on the world through experience.

KEYWORDS: Experience, childhood, contemporaneity, First Stories.

INTRODUÇÃO

Refletindo sobre as sociedades contemporâneas caracterizadas por seus excessos (de trabalho, de estímulos, de consumo, de apressamentos), diante de demandas atrás de demandas, inferimos que estas sociedades se revelam cansadas, obrigadas e esgotadas numa vivência de vazio e tédio (Han, 2015; Svendsen, 2006).

Para o coreano Byung-Chul Han (2015) as sociedades atuais podem ser descritas pelo seu cansaço, pois para além dos infartos e infecções estas sociedades geram, sobretudo, pessoas deprimidas e que se percebem fracassadas, que vivenciam a vida como um peso, como uma carga que lhes desgraça e adocece.

A perda da graça e o ânimo de viver parece ecoar no vazio, em que a experiência vem se empobrecendo e perdendo espaços para o acúmulo de informações, opiniões, apressamentos e excessos de trabalho (Larossa, 2014).

Ao refletirmos sobre possibilidades para recuperar a graça e o ânimo vital neste contexto, visualizamos dentre os possíveis caminhos, o resgate do ócio proposto por Francileudo e Martins (2016), uma vez que ócio para estes autores é caracterizado pela liberdade e a satisfação, a gratuidade e a voluntariedade, a plenitude e a busca pela dignidade.

Na busca pelo encontro destes valores, nos voltamos para a infância como um momento potencial em que o ser humano busca desenvolver a si mesmo e conhecer o mundo através da experiência. A infância como uma possibilidade de se compreender a abertura, a liberdade, a gratuidade e a plenitude que caracterizam a experiência e o ócio.

Acreditamos que resgatar a criança que fomos um dia e que continuamos a ser, seja um ponto de partida para a restituição do tônus vital, da alegria e dos afetos que nos habitaram e habitam como possibilidades reais na construção de significados e sentidos e, para tanto, compreendemos na obra de Guimarães Rosa (2016) *Primeiras Estórias*

uma possibilidade para esta articulação.

Guimarães Rosa causou impacto e mudanças no sistema literário brasileiro, principalmente na forma narrativa e lingüística de seus livros. Sua obra inicial, *Sagarana* (1946), ganha maior peso no universo literário mediante a publicação de *Grande Sertão: Veredas* em 1956.

A escrita de Rosa utiliza-se da palavra como ser movente, que tem vida, cores, texturas e afetos, diante de tal riqueza motivados pela prática da psicologia clínica infantil da autora principal deste manuscrito, propomos uma articulação dos contos sobre a infância na obra *Primeira Estórias* de Guimarães Rosa (2016) com o conceito de experiência do professor de Filosofia da Educação espanhol Jorge Larossa (2014), na medida em que compreendemos a infância como um momento na vida do ser humano de uma potencial abertura para o mundo e de busca por desenvolver a si mesmo, embasados nos estudos realizados no Laboratório *Otium* sobre, ócio, experiência e contemporaneidade.

METODOLOGIA

Partindo da leitura analítica da obra de Jorge Larossa (2014) e Guimarães Rosa (2016), utilizamos a Revisão de Literatura Narrativa para organizar as temáticas propostas, introduzindo o contexto do autor literário para adentrar na interpretação de sua obra, relacionando-a em seguida com os conceitos de experiência de Larossa (2014).

Larossa (2014) conceitua experiência como uma abertura, como aquilo que nos toca, aquilo que nos passa, como o que nos acontece. Não o que toca, não o que acontece. Mas ao que *me* toca, ao que *me* acontece. Experiência que se faz na relação inegociável entre o ser humano que se desenvolve e o mundo.

Por esta razão, nos concentramos nestas duas unidades temáticas: desenvolvimento humano e relação de abertura com o mundo, para selecionar trechos dos contos de Rosa (2016). Primeiramente através de análises semânticas de palavras e expressões, selecionando personagens e nos concentrando em suas experiências. Experiências essas que são fundamentais para o ser humano e não somente para a criança. Daí a ênfase no menino com letra maiúscula e sem nome.

Levou-se em consideração o paradoxo e a contradição, marcas importantes na obra de Rosa (2016), que revelam um ser humano em vias de se fazer, um ser humano em conflito que dialoga com o mundo. Deus e o Diabo, masculino e feminino, medo e coragem, bem e mal entre outras dualidades. Tal característica é que possibilita universalizar seu regionalismo literário e a buscar articulá-lo com a experiência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Partindo de uma visão literária onde o imaginário e a ficção prevalece, refletimos sobre o universo infantil a partir do olhar de Guimarães Rosa, enquanto autor literário que ajuda a pensar a criança, em suas falas, afetos e vivências, mais especificamente tendo como referência seu livro de contos: *Primeiras Estórias*, para compreender sobre ócio e experiência na contemporaneidade.

Compreendemos também que uma das marcas registradas da literatura é a imaginação e sua relação com um mundo concreto. A literatura enquanto representação do real aponta para o mundo do possível. Sua função não é reproduzir a realidade, mas dar outra visão dela. Ela distorce o mundo, perde o mundo, para depois achá-lo de outro jeito. Lugar do não nomeado, do não respondido, lugar da imaginação, lugar do *aberto* e, nesta perspectiva, por que não, lugar da experiência, é onde se coloca a literatura.

Sendo a linguagem o que caracteriza e marca o ser humano para Cassirer (2016) é por meio dela que construímos a leitura e escrita da vida e da nossa própria história. A ênfase especial nos traços culturais que marcam o ser humano coloca a linguagem em destaque na construção de sua consciência.

A partir destas considerações é que entendemos o ser humano como palavra, tecido por palavras, daí o cuidado de Larossa (2014) na exposição da etimologia da palavra experiência para fundamentar e demarcar o que vem a ser de fato a experiência em toda sua riqueza de possibilidades.

A etimologia da palavra experiência enfatizada por Larossa (2014) nos remete ao radical do latim *periri*, que se encontra também em *periculum*, perigo. A raiz indo-européia é *per*, com a qual se relaciona antes de tudo a ideia de travessia, o percorrido, a passagem: *peirô*, atravessar; *pera*, mais além; *peraô*, passar através, *perainô*, ir até o fim; *peras*, limites. Em nossa língua há uma palavra que tem esse *per* grego de travessia: a palavra *peiratês*, pirata.

Podemos, então, pensar juntamente com Larossa (2014) a experiência como algo de fascinante, onde se exposto, atravessamos espaços indeterminados e perigosos, colocando-se à prova e buscando nele sua oportunidade, sua ocasião, a abertura por ela convocada.

É neste ponto que nos deparamos com o saber da experiência proposto por Larossa (2014). Seu projeto é propor uma educação que tem por base a experiência, abrir novos campos para se construir um conhecer e um saber que, diferentemente da educação baseada unicamente nas polaridades ciência/técnica ou teoria/prática, é pensada a partir do par experiência/sentido. Não é a educação das escolas, das instituições, mas a educação da e para a vida.

Para tanto, Larossa (2014) inicia seu trabalho procurando dar certa legitimidade à experiência e fazê-la “soar de modo diferente”, apresentando primeiramente aquilo que

ela não é, para evitar, dentre outras ocorrências que a experiência, uma vez legitimada como ponto de partida de elaboração de uma proposta pedagógica, não vire uma “coisa”.

Para que não comece a abundar os técnicos da experiência, para que sua aplicação não seja dogmática e ou fetichista. É preciso tomar precauções para que o pensamento da experiência ou a partir da experiência, não volte contra a própria experiência, tornando-a impossível e sem uma linguagem própria (Larossa, 2014).

O volume de informação com o qual nos deparamos na contemporaneidade é para as proporções humanas, irreal, e a tentativa de acompanhar esta marcha irrefreável de notificações que preenche freneticamente os diversos campos, é justamente, de acordo com Larossa (2014), um dos fenômenos que cancela nossas possibilidades de experiência. “A primeira coisa que gostaria de dizer sobre a *experiência* é que é necessário separá-la da informação” (Larossa, 2014, p. 19). Ao lado da informação, Larossa coloca também a opinião, a falta de tempo e o trabalho como fatores que cancelam nossa possibilidade de experiência na contemporaneidade.

As sociedades contemporâneas marcadas pelo hiperconsumo (Lipovetsky, 2007), pelo cansaço (Han, 2015), pelo aceleração do tempo (Francileudo & Martins, 2016) e por sua liquidez (Bauman, 2001) são também as sociedades em que se presencia o empobrecimento das experiências (Larossa, 2014) em que o ser humano entendido não como um ser concreto, mas como uma entidade abstrata se percebe desamparado e desorientado.

Diante destas leituras é inevitável a reflexão sobre como resgatar a experiência e a dignidade humana na contemporaneidade. Para tanto, utilizou-se a temática da infância a partir da literatura para pensar sobre esse resgate.

Quando utilizamos palavras, não se trata das palavras em si, mas do que trata a palavra para quem as pronuncia e como damos sentido ao que somos e ao que nos acontece através das palavras, coloca Larossa (2014).

É como vemos o que nomeamos, como correlacionamos as palavras e as coisas, que se trata o uso das palavras. Nomear o que fazemos não é uma questão terminológica, “As palavras com que nomeamos o que somos, o que fazemos, o que pensamos, o que percebemos ou o que sentimos são mais do que simplesmente palavras” (Larossa, 2014, p. 17-18). Não é, portanto, sobre a definição de “experiência”, mas para onde a palavra “experiência” é capaz de dirigir o ser humano que importa.

É neste sentido que vamos de encontro à obra de Guimarães Rosa (2016), *Primeiras Estórias*, onde suas personagens, loucos, velhos e crianças são algumas das “personagens” que nos fazem deparar com o indeterminado, o imprevisível fazendo-nos pensar a vida como experiência, como a possibilidade de um milagre.

Milagre aqui como define Hannah Arendt: “Todo ato, considerado, não da perspectiva do agente, mas do processo em cujo quadro de referência ele ocorre e cujo automatismo interrompe, é um “milagre” – isto é, algo que não poderia ser esperado” (Arendt, 2016,

p.218).

Milagre é tudo aquilo que nos tira do automatismo e, portanto, nos livra do vazio, do cansaço e do tédio, nos remetendo ao inesperado ao que ainda será descoberto – feito ou refeito. Como no conto: “Os irmãos Dagobé” (*Primeiras Estórias*): “Sabiam o até-que-ponto, o que ainda não estavam fazendo (...) A tramada situação. A gente vê o inesperado (...) se e se? A gente ia ver, à espera”. (Rosa, 2016, p.23,25).

No pensamento de Arendt (2016), ser começo e ser humano é a mesma coisa. No nascimento de cada ser humano esse começo inicial é reafirmado, e continuará a sê-lo diante do “milagre” no cotidiano de nossa vida.

É a capacidade de começar, que anima e inspira todas as atividades humanas e que constitui a fonte oculta de todas as coisas grandes e belas. É da própria natureza de todo início o irromper no mundo como uma improbabilidade infinita, como uma cadeia de milagres (Arendt, 2016), de acontecimentos inéditos e primários, e por que não, de serem sempre as *Primeiras Estórias*.

As personagens de *Primeiras Estórias*, como bem cita Paulo Rónai em nota introdutória à edição da Nova Fronteira (2016), são quase todas loucos e crianças, porque de alguma forma estão “desadaptados” e que por isso não têm medo de se colocar esse recomeço, de olhar o mundo de maneira emergente, desarrumada, desorganizada, um mundo que não tem encaixe, que não se fecha, pelo contrário abre-se de forma miraculosa, para ser adivinhado, para ser descoberto. Mundo que é entendido a partir do saber da experiência.

No conto “O Espelho” (*Primeiras Estórias*) o narrador narra não uma aventura, mas uma experiência que lhe possibilitou uma série de raciocínios e intuições, na verdade como ele se viu desfigurado, “des-almado”, na reconstrução de seu próprio ser.

E... Sim, vi, a mim mesmo, de novo, meu rosto, um rosto; não este, que o senhor razoavelmente me atribui. Mas o ainda-nem-rosto-quase delineado, apenas-mal emergindo, qual uma flor pelágica, de nascimento abissal...E era não mais que: rostinho de menino, de menos-que-menino, só. Só. Será que o senhor nunca compreenderá? (Rosa, 2016, p.68).

O estranhamento diante do mundo, como se cada dia fosse um primeiro dia, como se cada história fosse as *Primeiras Estórias*, é a presença do sentimento da infância. O Menino mantém o maravilhar-se, o admirar-se, de quem descobre o mundo e se descobre a cada dia. “O Menino via, vislumbrava. Respirava muito. Ele queria poder ver ainda mais vívido – as novas tantas coisas – o que para os seus olhos se pronunciava”. (Rosa, 2016, p. 4).

Observando algumas palavras e expressões que tecem o campo semântico de *Primeiras Estórias*, como: esquisito, espanto, milagre, pasmo, arregalar os olhos, estranho, assombrável, surpresa, espavorido, aparvoado, aturdir, irreconhecer, tremer, enigma, confusão, mistério, fatalidade, sobressalto, “todas convergem para a problemática central: a falta de lógica da existência, ou a angústia provocada pela insegurança da vida

humana”. (Ramos in Coutinho, 1990, p. 519).

É como se nessa obra Guimarães Rosa nos remetesse ao paradigma de nossa existência, “o móvel mundo”, o qual o Menino enxerga do avião. Como nos diz Ortega y Gasset (1986): “A realidade não é gratuita, algo presenteado – e sim construção que o homem faz com o material dado”. Por isso Ortega y Gasset adverte para a necessidade de tirarmos o véu que encobre a realidade, na verdade a necessidade de construirmos a realidade, pois ela não é algo pronto e acabado, mas matéria movente.

Olhar a infância através do “Menino” de Guimarães Rosa nos incita à curiosidade e nos permite pensar a infância não como uma fase que passa, mas como um *continuum*, um modo de ser e continuar sendo. Como uma abertura, uma disponibilidade sensorial com relação ao mundo e a si mesmo.

A memória como criação de vida é que nos possibilita pensar esse *continuum* do ser, onde as distâncias estipuladas por idades, fases, etapas não separam, mas apenas permitem a coexistência e interpenetração das diferenças que dialogam no decorrer de nossas vidas. “As lembranças são outras distâncias. Eram coisas que paravam já à beira de um grande sono. A gente cresce sempre, sem saber para onde”. (Rosa, 2016, p. 48).

Para falar do “homem humano”, Guimarães Rosa (2016) começa e finda suas *Primeiras Estórias*, com o Menino. Há um privilégio da criança. A visão do Menino para Araújo (1990) revela o deslumbramento de quem descobre a vida, de quem se descobre em autoconstrução e interação com o próprio mundo a que pertence. Na verdade, a infância é colocada como paradigma do ser.

Não é por acaso no dizer da autora supracitada, que o Menino aparece em letra maiúscula e sem nome, isto é, o menino, a criança, a infância, enfim somos nós no que deveríamos continuar sendo. Como a primeira e primária experiência humana, onde o ponto de partida é o mesmo de chegada – o Menino.

Quando percebemos que o ponto de partida é o mesmo ponto de chegada, compreendemo-nos como um *homoviator*, como *in via* - “Chegamos, afinal!” – o Tio falou. - “Ah, não. Ainda não...” – respondeu o Menino. Sorria fechado: sorrisos e enigmas, seus. E vinha a vida. (Rosa, 2016, p.156). O Menino é esse ser que descobre a si mesmo se pondo em relação direta e concreta com o mundo. Não a partir de certezas, mas de dúvidas e questionamentos. O Menino de Rosa (2016) é o sujeito da experiência de Larossa (2014) que em sua disponibilidade sensorial para com o mundo e a si mesmo, se mantém aberto e em fluxo.

A vivência da morte, a consciência do tempo, os sentimentos, a lembrança, o brincar, tudo isso se mescla na recém descoberta do mundo pelo Menino. O Menino processa a construção e reconstrução da realidade, na medida em que ele vai aprendendo a dialogar com ela, consentindo na sua plasticidade, topando com o que ele não sabe ou mesmo com o que ele nem queria.

CONCLUSÃO

Buscou-se com este manuscrito articular sobre infância na obra *Primeira Estórias* de Guimarães Rosa (2016) com o conceito de experiência de Jorge Larossa (2014), através da análise de seus personagens, do seu campo semântico e da seleção de passagens dos contos de Rosa que tratassem sobre a construção de si e o desenvolvimento humano e relação balizada por uma renovação provocada pela abertura para com o mundo.

Pensando com Larossa (2014), a experiência é a passagem da existência, de uma existência metaforizada pelo Menino de “Primeiras estórias”. O Menino na representação do paradigma do ser como experiência, descobertas e aberturas para significar um mundo no qual desconhece ou redescobre. A finitude, a morte, a existência, a perda e o recomeço atravessam o menino das Margens da alegria aos Cimos, onde ele é o mesmo sendo outro, transformado e perpassado por experiências. Ler Guimarães Rosa é obrigar-se a sair do senso comum, do pensar a linguagem como algo estabelecido e estático. Ele nos induz a um processo reflexivo que nos possibilita repensar significados. O conhecimento que Guimarães Rosa desenvolveu a respeito de línguas é que lhe possibilitou flexibilizá-la, inová-la e com isso restaurar-lhe o poder de comunicação.

Entre o primeiro conto, *As margens da alegria*, até chegar ao último, *Os cimos*, decorrem mais dezenove contos, para que Guimarães Rosa (2016) nos retorne ao Menino inicial, que sendo o mesmo já é outro, transformado. Do primeiro ao último conto o Menino vai desenvolvendo uma fala interior, uma fala de reconhecimento, que lhe permite ir situando-se no mundo.

Pensamos que assim como o Menino de Rosa (2016), o ser humano na contemporaneidade pode resgatar através desta disponibilidade sensorial infantil, a experiência, resignificando assim, o vazio existencial, o tédio e o cansaço provocados pelos excessos contemporâneos.

REFERÊNCIAS

Araújo, Heloisa Vilhena de. *O Espelho: contribuição ao estudo de Guimarães Rosa*. São Paulo: Mandarim, 1998.

Arendt H. *A Condição Humana*. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitari; 2016.

Bauman, Z. *Modernidade Línquida (2001)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar

Cassirer, Ernest. (2016) *Antropologia filosófica*. México: Fondo de cultura.

Coutinho, E.F. (1990). *Guimarães Rosa*. Coleção Fortuna Crítica vol.6. In. Araújo, Análise estrutural de primeiras estórias. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira Ed.

Francileudo F. A; Martins, J.C. (2016). *Sentido do Tempo, Sentido do Ócio, Sentidos para o Viver*. Coimbra: Grácio Editor.

Han B. *Sociedade do cansaço*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2015.

Hohendorf F, J.V.; Koller, S.H.; COUTO, M.C. (org). *Manual de Produção Científica*. Porto Alegre: Penso, 2014.

Larrosa, J. *Tremores: Escritos sobre experiência*. Tradução Cristina Antunes, João Wanderley Geraldi. Belo Horizonte: Autêntica, 2014.

Lipovetsky, G. (2007). *A felicidade paradoxal: ensaio sobre a sociedade de hiperconsumo*. Lisboa: Edições 70, 2007

Ortega Y Gasset, José. *Tirar o véu que esconde a verdade*. IN: CORREIO DA UNESCO. Ano 14 p. 38. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, jul./ago. 1986.

Rosa, G. (2016). *Primeiras Estórias*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Svendsen, Lars (2006). *Filosofia do Tédio*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

AS ATITUDES DO ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO ESCOLAR NA PERSPECTIVA DA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 05/05/2020

José Antônio dos Santos Filho

Centro Universitário UniFanor/Wyden

Fortaleza-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/6906800184709570>

RESUMO: O presente trabalho possui como objetivo discutir as atitudes do acompanhante terapêutico escolar na perspectiva da Abordagem Centrada na Pessoa, para a prática da educação inclusiva. Para cumprir este objetivo utilizou-se a metodologia de investigação bibliográfica exploratória. O artigo está dividido da seguinte forma: inicialmente, discute aspectos relacionados a historicidade do surgimento do trabalho de acompanhante terapêutico nas instituições psiquiátricas até sua necessária transição para o ambiente escolar. Posteriormente, discute-se a teoria da Abordagem Centrada na Pessoa e sua proposta de ir para além das técnicas por meio da relação estabelecida entre psicólogo e cliente. Em seguida, são abordadas as atitudes do acompanhante terapêutico escolar na perspectiva da Abordagem Centrada na

Pessoa e suas possibilidades de intervenção dentro desse constructo teórico. Finalmente, nas considerações finais, aponta-se os atravessamentos surgidos da dimensão teórica deste texto, os quais podem servir como base para lançar luz a novas práxis, em que as atitudes estejam à frente das técnicas.

PALAVRAS-CHAVE: Abordagem Centrada na Pessoa. Acompanhante Terapêutico Escolar. Educação Inclusiva.

THE ATTITUDES OF THERAPEUTIC COMPANION IN SCHOOL FROM THE PERSPECTIVE OF PERSON-CENTERED APPROACH

ABSTRACT: This work has the purpose of discussing the attitudes of therapeutic companion in school from the perspective of person-centered approach for the practice of inclusive education. To fulfill this goal it was used the method of exploratory bibliographic investigation. The article was divided as follows: initially it discusses aspects related to the historicity of the work of therapeutic companion in psychiatric institutions until its necessary transition to the school environment. Then, it discusses the theory of the person-centered

approach and its proposition of going beyond the technics throughout psychologist-client relationship. Next, it discusses the attitudes of the therapeutic companion in school from the perspective of the person-centered approach and its possibilities of intervention within this theoretical construct. Finally, on final considerations, it points to the crossings that emerge from the theoretical dimension of the text, which may be the foundation to bring new praxis to light, in which the attitudes might be considered before the technics.

KEYWORDS: Person-centered approach. Therapeutic accompaniment in school. Inclusive education.

1 | INTRODUÇÃO

O presente trabalho surgiu da minha experiência ainda como graduando de psicologia, durante o cumprimento de estágios curriculares não obrigatórios, na atuação como acompanhante terapêutico escolar. Esse serviço é realizado, geralmente, por graduandos de pedagogia ou psicologia, que atuam dentro da sala de aula com estudantes que possuem necessidades educacionais específicas, na tentativa de promover uma educação integral, que leve em conta aspectos biopsicossociais.

Durante o período de cinco anos, pude vivenciar várias experiências, em quatro escolas da rede particular de ensino de Fortaleza - CE, as quais são referências em educação inclusiva, e possuem em seu projeto político pedagógico diretrizes para o trabalho com este público. Os principais diagnósticos que esses estudantes possuem são: Síndrome de Down, Transtorno do Espectro Autista (TEA), Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade (TDA/H) e dificuldades de aprendizagem diversas.

Ao adentrar na primeira instituição de ensino pude observar como o trabalho com a educação inclusiva era levado a sério, pois o ambiente em que o estudante estava inserido era facilitador do seu crescimento, o que me influenciou positivamente em relação à prática da educação inclusiva. Antes de se ater à aprendizagem propriamente dita, a referida escola tinha a preocupação em preparar o ambiente, pois acreditava que o aprender é consequência de um movimento preparado primeiramente para que o estudante se sinta bem e acolhido no espaço escolar. Este processo acontecia todos os dias, incansavelmente, através de ações de toda a equipe. Tal postura reafirmava a confiança nas potencialidades da criança e corroborava o entendimento da importância do compromisso ético com ela e sua família.

Logo que chegava à escola, no momento da acolhida, um dos estudantes que participava do projeto de inclusão, diagnosticado com síndrome de down, costumava abraçar todos os amigos da sala de aula, demonstrando sua afetividade e satisfação em estar no ambiente escolar. A turma respondia ao gesto e havia uma troca de afetos que o deixava constantemente alegre. Nos dias em que chegava após a acolhida, também era evidenciada a troca de afetos; comumente ele tinha liberdade de ir à cadeira de cada

amigo de seu grupo e os abraçava, demonstrando o cuidado com cada um.

A partir disso, inspirado em leituras de artigos, livros e capítulos de livros sobre Abordagem Centrada na Pessoa, educação inclusiva e as interlocuções entre ambas, e, ao mesmo tempo, percebendo a escassez de publicações teóricas sobre tal temática, surgiu a motivação para escrever este trabalho de cunho teórico, que tem como objetivo discutir as atitudes do acompanhante terapêutico escolar na perspectiva da Abordagem Centrada na Pessoa, para a prática da educação inclusiva.

A Abordagem Centrada na Pessoa é um aporte teórico-vivencial criado pelo psicólogo norte-americano Carl Ramson Rogers (1902-1987) a partir de suas experiências como psicoterapeuta individual e de grupo, bem como seus escritos sobre educação e sua prática como mediador de conflitos (ROGERS, 2014). De acordo com essa teoria, o indivíduo tem dentro de si uma força de crescimento que se manifesta a partir de uma relação de pessoa para pessoa, em que estejam presentes condições facilitadoras.

No que concerne à educação inclusiva, esta pode ser compreendida como um processo de oferecer a crianças que possuem dificuldades no seu processo de ensino-aprendizagem, sejam físicas, cognitivas, emocionais ou ambientais, oportunidades de aprender de forma igualitária. “[...] A inclusão, é uma saída para que a escola possa fluir, novamente, espalhando sua ação formadora por todos os que dela participam (MANTOAN, 2003, p. 12).

Os processos de inclusão de estudantes com necessidades educacionais específicas no ambiente escolar têm recebido o auxílio de estudantes e profissionais, denominados de “acompanhante terapêutico escolar”. Estes, possuem a tarefa de serem, através de suas atitudes, coparticipantes do processo de desenvolvimento integral dessas crianças, sendo mediadores dos seus processos de ensino-aprendizagem e das suas relações com escola e família.

No que se refere ao diálogo entre Abordagem Centrada na Pessoa e a educação inclusiva, observa-se pouca atenção de teóricos da própria abordagem em dissertar sobre este tema de extrema relevância. Conquanto, destaca-se os trabalhos de Axline (1976), a qual descreve um caso clínico de uma criança que demonstra dificuldades no seu processo de escolarização, sendo erroneamente enquadrada no diagnóstico de autismo por seus cuidadores. Ressalta-se ainda o estudo de Amatto e Alves (2015), que faz uma reflexão sobre educação inclusiva e tece críticas à medicalização da infância. Pode-se salientar, ainda, o estudo de Rogers (1978) com crianças e adolescentes “desajustados”, que pode ser compreendido como passo importante no estudo sobre educação especial, embora não trate de forma direta sobre inclusão escolar, mas lança luz sobre a importância de ir além do diagnóstico.

Nesta direção, abre-se espaço para a discussão das contribuições da Abordagem Centrada na Pessoa para a educação inclusiva através da prática do acompanhante terapêutico escolar, na medida em que, na atual conjuntura, torna-se um tema de extrema

importância, que poderá contribuir para uma prática fincada no acolhimento e no respeito às diversidades que se apresentarem. Além disso, como já destacado, poucos autores da educação e da psicologia têm se aventurado na escrita de tal temática que denuncie a práxis de um acompanhante terapêutico escolar.

2 | METODOLOGIA

Este trabalho se configura como estudo teórico, que se sustenta na modalidade de investigação bibliográfica exploratória. Este tipo de pesquisa científica requer um esforço da parte do pesquisador de analisar o que já foi escrito sobre determinada área do conhecimento, e, a partir disso, construir novas reflexões, buscando aproximações e distanciamentos possíveis (PIZZANI et al., 2012).

A teoria que sustenta este artigo é a da Psicologia Humanista de Carl Rogers, mais precisamente a aplicação da Abordagem Centrada na Pessoa na educação. Esta abordagem confia na capacidade inata que todo indivíduo tem de se atualizar, se estiver experimentando um ambiente facilitador do seu crescimento. Utilizar-se-á durante a escrita do presente trabalho os conceitos de educação inclusiva, autonomia, tendência atualizante, autenticidade, compreensão empática, consideração positiva incondicional e presença.

Os materiais bibliográficos utilizados foram artigos científicos pesquisados em plataformas digitais, uma dissertação de mestrado e livros e capítulos de livros que versam sobre a temática. No que concerne aos artigos pesquisados, utilizou-se os seguintes descritores nas plataformas digitais *Pepsico* e *Scielo*: Abordagem Centrada na Pessoa e Educação Inclusiva. Identificou-se inicialmente 47 (quarenta e sete) artigos acerca do tema proposto. Destes, 44 (quarenta e quatro) se referiam a temáticas somente da Abordagem Centrada na Pessoa e 3 (três) dissertavam sobre as interlocuções desta abordagem com a educação inclusiva. No final da pesquisa, foram selecionados um total de 8 (oito) artigos científicos pertinentes ao assunto abordado ou que fazem ligação entre Abordagem Centrada na Pessoa e educação inclusiva, sendo esses completos, indexados em português, e que atendem ao intervalo de anos estabelecidos entre 2006 a 2019, justificando-se pela carência de artigos que fazem alusão a essa temática. A dissertação de mestrado selecionada é a de Freire (2000), por sua aproximação com a temática das atitudes facilitadoras e promotoras de crescimento. No que se refere aos livros e capítulos de livros, destacam-se como autores principais: Axline (1976), Rogers (1975, 1977, 1978, 1987, 1994, 2014), Mantoan (2003) e Wood (1994).

3 | ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO ESCOLAR: BREVE HISTÓRICO

Em termos históricos, a prática do acompanhante terapêutico nasce a partir de uma necessidade clínica. Estes profissionais, psicólogos e psicanalistas, eram requisitados principalmente por psiquiatras, para o tratamento de pessoas diagnosticadas com transtornos psiquiátricos graves, de forma continuada, chegando a acompanhá-los vinte e quatro horas por dia, até que a crise do paciente fosse sanada e ele pudesse ser reinserido no meio social (REIS NETO; PINTO; OLIVEIRA, 2011).

De acordo com os autores supracitados, trata-se de um trabalho que “caracteriza-se por ser um tratamento que se faz em movimento” (REIS NETO; PINTO; OLIVEIRA, 2011, p. 31), ou seja, o acompanhante terapêutico, na condição de mediador e na qualidade de itinerante, vai ao encontro do seu paciente, seja em casa ou em outros ambientes, a fim de trabalhar aspectos de ordem comportamental e/ou emocional, que dificultam seu ingresso na clínica convencional.

Este trabalho tem se estendido para outras áreas de conhecimento, como é o caso da educação. Um exemplo disso tem sido a sua inserção no ambiente escolar na atuação com crianças diagnosticadas com transtornos graves, moderados ou leves, bem como tem contemplado as diversas dificuldades de aprendizagem encontradas no contexto de escolarização.

No ambiente escolar, estes profissionais têm sido chamados de “acompanhante terapêutico”, “acompanhante terapêutico escolar”, “itinerante” ou simplesmente “estagiário”. O segundo termo é o que está sendo utilizado neste trabalho, tendo em vista, contemplar mais de perto a complexidade e a importância de tal trabalho.

O acompanhante terapêutico escolar atua no chão da escola, ou seja, é um profissional que deve estar intimamente conectado com as práticas que constituem a escola. Seu espaço de atuação perpassa as quatro paredes da sala de aula, nessa direção, todo ambiente físico da escola pode ser utilizado como seu instrumento de intervenção. Sua proposta de intervenção se sustenta entre o pedagógico e o terapêutico (NASCIMENTO et al., 2019).

4 | ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA: PARA ALÉM DA TÉCNICA

A Abordagem Centrada na Pessoa aposta em tipos de relações mais lineares, em que a técnica fica em segundo plano, e as atitudes facilitam o processo de crescimento da pessoa, seja em psicoterapia, na educação ou em propostas grupais. AmatuZZi (2012) acredita que esta abordagem seja uma ética das relações humanas; desta forma, onde houver relação humana, há possibilidade de crescimento, ou seja, haverá possibilidade de atuação, pois é na relação de pessoa a pessoa que a ética se apresenta. Ou ainda, tal aporte teórico pode ser encarado como um jeito de ser, pois é na interseção entre atitudes

e experiências vivenciadas que o psicólogo irá se posicionar como pessoa (WOOD, 1994).

Outra forma de entender esse aporte teórico é como um jeito de estar, pois o psicólogo, na condição de facilitador, é convidado a encontrar o seu próprio jeito de estar em relação. Finalmente, esta abordagem tem sido encarada como um jeito de viver. É, sobretudo, nos “momentos de movimento” entre pessoa e mundo, que a Abordagem Centrada na Pessoa se apresenta como necessariamente uma aposta teórico-vivencial, que nos convida a tomar uma posição de ser companheiros do processo de crescimento de nossos clientes.

Tal aporte se insere nas correntes ditas Humanistas, chamada terceira força em Psicologia, pela sua contraposição à Psicanálise e ao comportamentalismo, saberes que detinham notoriedade à época (VIEIRA; FREIRE, 2006). As Psicologias Humanistas, diferentemente das correntes behavioristas e psicanalíticas, que acreditavam no tecnicismo e no enquadramento do indivíduo em estruturas para melhor compreensão de seus aspectos psicológicos, apostam na autonomia como fator primordial para o processo de crescimento do indivíduo. Neste sentido, ratifica-se que o pressuposto da Psicologia Humanista é o da autonomia, ou seja, os seres humanos como arquitetos de suas próprias existências, afetando-se e deixando-se afetar pelas circunstâncias que a vida lhes apresenta (AMATUZZI, 2012).

A autonomia é um processo que deve ser desenvolvido tanto na psicoterapia quanto na educação, a partir da relação estabelecida entre facilitador e cliente. É neste movimento que a Abordagem Centrada Pessoa, influenciada pelo movimento Humanista em Psicologia, traz como pressuposto básico o conceito de tendência atualizante. Para Rogers, existe um potencial inato de crescimento em todos os seres humanos, o que contribui para a busca de uma maior autonomia (ROGERS; KINGET, 1977). Ou seja, um dos objetivos desta proposta teórica é a busca de aproximar o indivíduo de si mesmo, fazê-lo o mais consciente possível de sua própria experiência, o que contribui para seu autoconhecimento e a busca pelas suas próprias respostas em relação a si e ao mundo.

A tendência atualizante é a mais fundamental do organismo em sua totalidade, sendo ela inerente a todos os seres humanos, tornando-os capazes de desenvolver todas as suas potencialidades de maneira a favorecer seu crescimento, bem como a manutenção de sua vida, assegurando sua conservação e enriquecimento. Esta tendência pode ser liberada desde que o psicólogo atue com três atitudes facilitadoras; são elas: autenticidade, compreensão empática e consideração positiva incondicional (ROGERS, 1994).

A autenticidade requer que o psicólogo seja integralmente verdadeiro, sem máscaras ou fachadas na relação, adotando uma postura plenamente aberta aos sentimentos do seu cliente. Desta forma, irá emergir uma relação única e de confiança entre psicólogo e cliente, o que autoriza o segundo a se aproximar do seu autoconceito, tornando possível uma atmosfera adequada para o seu crescimento (ROGERS, 2014).

A compreensão empática, por sua vez, consiste no movimento de o psicólogo imergir no mundo subjetivo do cliente e aproximar-se de suas experiências mais íntimas,

percebendo suas significações como se fosse ele próprio, mas sem perder de vista o “como se” estivesse no lugar dele, ou seja, mantém um caráter empático e compreensivo, esforçando-se em comunicar tal percepção ao cliente (FONTGALLAND; MOREIRA; MELO, 2018). Buys (2019, p. 58) valida que o “[...] terapeuta, enquanto ser humano, seja absolutamente igual ao seu cliente; [...] que o terapeuta, enquanto pessoa, seja outra pessoa que não a do seu cliente”.

O’Hara (2019) afirma que a empatia é uma atitude que convida o psicólogo para uma maior abertura ao seu cliente, sendo este um passo importante para que ele se sinta valorizado em meio a uma sociedade cada vez mais capitalista, egocêntrica, e que não valoriza aspectos relacionados ao subjetivo. A autora lembra ainda a dificuldade encontrada pelos clientes, de acordo com seus discursos recorrentes, em serem reconhecidos e valorizados em suas alteridades.

A consideração positiva incondicional, por seu lado, prioriza todas as experiências do cliente como sendo de valor único, sem juízo de valor por parte do psicólogo daquilo que seja mais ou menos importante, implica uma atitude de completa aceitação da pessoa do cliente (ROGERS, 1994). Este conceito começa a ser abordado por Rogers em suas obras com a nomenclatura aceitação e estima, como componentes básicos para manutenção de uma postura de não julgamento por parte do psicólogo não-diretivo ou conselheiro, do seu paciente, nos primórdios do que viria a tornar-se a Abordagem Centrada Pessoa (ROGERS, 1987).

Tal conceito Rogers tomou emprestado de Stanley Standal, um de seus alunos. Em sua tese de doutorado intitulada *“the need for positive regard”*, defendida na Universidade de Chicago, em 1954, Standal aponta para um novo constructo, o qual denominou de “consideração positiva incondicional”, que, em sua visão, daria conta daquilo que vinha a ser chamado por Rogers até o presente momento de sua teoria de “aceitação, estima e apreço” (ALMEIDA, 2009). A partir de então, o aludido autor, em suas obras posteriores, adota esta nomenclatura, por entender que ela dava conta da completude desta atitude.

Portanto, ao psicólogo, psicoterapeuta individual ou de grupo, assim como para os educadores, faz-se necessária uma atuação que fuja dos padrões tecnicistas e aponte para implementação de uma relação que leve em consideração, sobretudo, as atitudes facilitadoras propostas por Rogers, pois:

“em uma linguagem menos precisa, mas, talvez, mais comunicativa, essa abordagem se realiza quando alguém dirige a melhor parte de si mesmo à melhor parte do outro e, assim, pode emergir algo de valor inestimável que nenhum dos dois faria sozinho” (WOOD, 1994, contracapa).

5 | ATITUDES DO ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO ESCOLAR NA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA

Assim como o acompanhamento terapêutico, a Abordagem Centrada na Pessoa tem suas raízes fincadas na prática clínica de seu idealizador, e só posteriormente se estende para a educação (ROGERS, 1975). Ao longo de sua vida, Carl Rogers produziu muito sobre a temática da Educação, a qual batizou de “Ensino Centrado no Aluno”, uma tentativa de converter os princípios da sua teoria da psicoterapia para a educação. É possível encontrar o desenvolvimento dessa prática nos livros “Terapia Centrada no Cliente”, “Liberdade Para Aprender”, “Sobre o Poder Pessoal”, onde há uma tentativa de Rogers de aproximar seu modelo de educação à Pedagogia do Oprimido de Paulo Freire, e “Liberdade Para Aprender em Nossa Década”.

Este modelo educacional compreende os processos de ensino-aprendizagem através da tentativa de retirar do professor o protagonismo e colocar o aluno como centro deste processo, na busca de uma aprendizagem significativa e/ou experiencial. O professor torna-se uma espécie de facilitador. A meta, seria, então, impulsionar uma educação menos autoritária e hierárquica, ao preço de uma relação professor/aluno mais democrática. O objetivo seria a promoção de uma aprendizagem significativa, que não leve em conta somente o cognitivo, mas seja construída por meio da experiência (ROGERS, 1975).

O facilitador deste processo deposita em seu aluno a confiança de que ele próprio, se estiver em um ambiente facilitador, experimentando as atitudes facilitadoras, poderá alcançar a aprendizagem significativa de forma autônoma. O acompanhamento terapêutico escolar realizado por profissionais que atuam na perspectiva da Abordagem Centrada na Pessoa deve, então, seguir seus princípios norteadores. Portanto, essa atuação tem de estar baseada nas atitudes facilitadoras e promotoras de crescimento, que, convertidas para o processo de educação inclusiva, seriam: ver e ouvir para além do diagnóstico (consideração positiva incondicional); compreender empaticamente (compreensão empática); respeito à diversidade (congruência); e presença (junção das três atitudes).

Ver e ouvir para além do diagnóstico é exercitar a consideração positiva incondicional, a partir das seguintes proposições: 1) a possibilidade de afetar, e, principalmente, ser afetado pela alteridade desta criança; 2) encontrar naquilo que é universal, num transtorno, por exemplo, algo de singular, indo sempre para além do convencional; 3) o diagnóstico diz da criança, mas, para além dele, existe uma pessoa: quem é ela? 4) quais cores o transtorno têm?; 5) quais contornos?; 6) o desafio é dar autonomia a esta criança, de tal forma que ela não precise do acompanhante no decorrer de algum tempo; 7) e isso só é possível quando é depositada confiança nas suas potencialidades.

Muito mais do que empatia - colocar-se lugar da criança - a vivência com crianças de educação inclusiva pede o duplo movimento de, primeiro, na condição de pessoa, esforçar-se em compreender o seu mundo interno; e, o segundo movimento, de navegar pelo

seu interior e capturar seus sentimentos, esforçando-se para estar presente. De acordo com Miranda (2009, p. 29), “[...] qualquer manifestação psíquica que é considerada pela psiquiatria tradicional como distúrbio, é vista pela ACP (Abordagem Centrada na Pessoa) como uma expressão singular do sujeito, que precisa ser comunicada e compreendida”.

Compete ao acompanhante terapêutico escolar, a partir de sua autenticidade, que diz do acordo interno entre seu *self* e suas experiências, o devido respeito às diversidades, tanto as suas quanto as da criança. Através deste passo, pode-se construir práticas mais congruentes, aproximando-se da genuinidade e da transparência, o que colabora para uma sociedade mais tolerante, que consegue conviver com a diferença sem querer modificá-la ou colocá-la em determinados padrões específicos. “Uma outra questão é saber que queremos nos opor à corrente violenta que procura fazer da educação um treino para o conhecimento meramente factual” (ROGERS, 2014, p. 339).

Finalmente, compete ao acompanhante terapêutico escolar ser presença, ou, mais que isso, estar presente. De acordo com Freire (2000) a presença na perspectiva Centrada na Pessoa refere-se à implementação das três atitudes facilitadoras na relação. Ou seja, trata-se não somente de ser presença, mas, sobretudo, estar presente, aberto e inteiro para acolher às singularidades que se apresentam no contexto educacional, a partir de tais atitudes. Somente “nessa perspectiva, a aprendizagem significativa proposta por Rogers se constitui como uma forma de conceber a educação que pode se tornar uma possível resposta à proposta de inclusão escolar” (AMATTO; ALVES, 2016, p. 239).

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve o objetivo de discutir a importância das atitudes do acompanhante terapêutico escolar na perspectiva da Abordagem Centrada na Pessoa, para a prática dos processos de educação inclusiva. Tal abordagem psicológica tem de ser compreendida não apenas como simples referencial teórico, mas, sobretudo, por sua dimensão experiencial, na medida em que propõe aos seus praticantes formas de relações que promovem crescimento a partir de uma relação de ajuda.

A práxis do acompanhante terapêutico escolar fincada nesses pressupostos pode ser considerada uma reposta promissora para o desenvolvimento da aprendizagem, que não tenha como foco somente o cognitivo, mas que entenda o indivíduo de forma ampla. Desta forma, poderá contribuir para o processo de educação inclusiva em que o educando seja compreendido em sua integralidade. Talvez a verdadeira missão de uma educação inclusiva centrada na pessoa seja a de crescer e fazer crescer, juntos, de mãos dadas, educador, educando e escola, reafirmando as potencialidades e respeitando os limites de cada um. Mas isso só será possível quando forem na contramão da atual conjuntura, pagando o preço por uma sociedade realmente inclusiva.

Ademais, assinala-se que a práxis do acompanhante terapêutico escolar que obedece aos ensinamentos da teoria de Carl Rogers, colabora para propostas inclusivas mais humanas, pois à medida que este profissional sai do lugar de expert e caminha para o de facilitador, contribui para o crescimento socioemocional e o desenvolvimento da autonomia das crianças a que atende. Pois, “o homem que se educa é aquele que aprendeu como aprender” (ROGERS, 1975, p. 107). Resta destacar que essa forma de atuação resgata aquilo que Alves (2011) chamou de alegria de ensinar e de arte de aprender, visto que, para o autor mencionado, a missão da educação seria a de resgatar o prazer da aprendizagem significativa, usando as ferramentas da autonomia e da curiosidade.

Por fim, considera-se esse tema de extrema relevância tanto no aspecto acadêmico como no experimental, uma vez que as publicações teóricas e vivenciais têm sido escritas somente nos âmbitos da Psicanálise e da Análise do Comportamento. Outrossim, é interessante haver discussões que ultrapassem os muros das abordagens supramencionadas; deste modo, abrir-se-á espaço para que a Psicologia Humanista, mais precisamente a Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers, ocupe-se da práxis de tal fazer. Finalmente, é esperado que este artigo seja a ponte de outros estudos que porventura se dediquem a contribuir para a formação teórica e prática do acompanhante terapêutico escolar.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. R. Consideração positiva incondicional no sistema teórico de Carl Rogers. **Rev. Temas em psicologia**, v. 17, n. 1, 2009.

ALVES, R. **Educação dos sentidos**. Campinas-SP: Editora Verus, 2011.

AMATTO, L. L.; ALVES, V. L. P. Uma reflexão a respeito da educação inclusiva e medicalização da infância a partir das ideias de Carl Rogers sobre educação. **Memorandum**, v. 30, n. 1, 2016, p. 239.

AMATUZZI, M. M. **Rogers - ética humanista e psicoterapia**. São Paulo: Alínea, 2012.

AXLINE, V. M. **Dibs: em busca de si mesmo**. Rio de Janeiro: Agir, 1976.

BUYS, R. Empatia e psicoterapia. In: TASSINARI, M.; DURANGE, W. (Organizadores). **Empatia a capacidade de dar luz à dignidade humana**. Curitiba: Editora CRV, 2019, p. 58.

FONTGALLAND, R. C.; MOREIRA, V.; MELO, C. F. A experiência de ser empático para o psicoterapeuta humanista-fenomenológico iniciante. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 70, n. 1, 2018.

FREIRE, E. S. **A implementação das atitudes facilitadoras na relação terapêutica centrada no cliente**. 2000. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, Campinas, 2000.

MANTOAN, M. T. E. **Inclusão escolar: o que é? Por quê? Como fazer?** São Paulo: Moderna, 2003, p. 12.

MIRANDA, C. S. N. Fotografias do uso do diagnóstico no pensamento rogeriano. **Revista do Nufen**, v. 01, n. 02, 2009, p. 29.

NASCIMENTO, V. G. et al. Acompanhamento Terapêutico Escolar: uma atuação caracterizada pelo “entre”. **Estilos da Clínica**, v. 24, n. 3, 2019.

O’HARA, M. Abertura à empatia: um modo de ser desvalorizado. In: TASSINARI, M.; DURANGE, W. (Organizadores). **Empatia a capacidade de dar luz à dignidade humana**. Curitiba: Editora CRV, 2019.

PIZZAN, L. et al. A arte da pesquisa bibliográfica na busca do conhecimento. **Rev. Dig. Bibl. Ci. Inf.**, Campinas, v.10, n.1, 2012.

REIS NETO, R. O.; PINTO, A. C. T.; OLIVEIRA, L. G. A. Acompanhamento terapêutico: história, clínica e saber. **Psicologia: ciência e profissão**, v.31, n. 1, 2011.

ROGERS, C. R. As condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica de personalidade. In: WOOD, J. K. et al. **Abordagem centrada na pessoa**. Vitória: Editora Fundação Ceciliano Abel de Almeida, 1994.

ROGERS, C. R. **Psicoterapia e consulta psicológica**. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

ROGERS, C. R. **Liberdade para aprender**. Belo Horizonte: Interlivros, 1975, p. 107.

ROGERS, C. R. **O tratamento clínico da criança problema**. São Paulo: Martins Fontes, 1978.

ROGERS, C. R. **Tornar-se pessoa**. São Paulo: Martins Fontes, 2014, p. 339.

ROGERS, C. R.; KINGET, G. M. **Psicoterapia e Relações Humanas**. Belo Horizonte: Interlivros, vol. 1, 1977.

VIEIRA, E. M.; FREIRE, J. C. Alteridade e psicologia humanista: uma leitura ética da abordagem centrada na pessoa. **Estudos em Psicologia**, Campinas, v. 23, n. 4, 2006.

WOOD, J. K. et al. **Abordagem Centrada na Pessoa**. Vitória: Editora Fundação Ceciliano Abel de Almeida, 1994.

ESPIRITUALIDADE COMO FERRAMENTA PSICOLÓGICA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 03/06/2020

Amanda Valério Espíndola

Universidade Federal de Santa Maria
Tôres – Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/9588706973960735>

Carolina Schmitt Colomé

Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-2855-4940>

Fernanda Nardino

Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-8453-3941>

Mikaela Aline Bade München

Universidade de Santa Cruz do Sul
Santa Cruz – Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/1364524814595399>

Alberto Manuel Quintana

Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria – Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/7464902899875284>

Trabalho originalmente publicado nos anais do XXI Simpósio de Ensino, Pesquisa e Extensão da Universidade Franciscana (UFN).

RESUMO: Este trabalho propõe questionar a articulação entre as temáticas da psicologia nos cuidados paliativos e a espiritualidade. Para tanto, realizou-se uma revisão narrativa da literatura. Encontrou-se que as dimensões psicossocial e espiritual são apontadas como parte do sofrimento daqueles doentes acometidos por patologias potencialmente ameaçadoras à vida. Dessa forma, a assistência paliativa deve abranger o cuidado a essas diferentes dimensões. A Psicologia enquanto área que atua na palição pode ofertar cuidado psicossocial e espiritual, porém, identificou-se que essa segunda dimensão – a espiritual, que diz de questões existenciais – é por vezes confundida com aspectos religiosos e de religiosidade, o que dificulta um olhar e uma escuta adequados a essa dimensão. Conclui-se que os psicólogos podem dar conta de aspectos espirituais nos cuidados paliativos, desde que este cuidado não ultrapasse limites éticos da profissão.

PALAVRAS-CHAVE: Espiritualidade; Cuidados Paliativos; Psicologia.

SPIRITUALITY AS A PSYCHOLOGICAL TOOL IN PALLIATIVE CARE

ABSTRACT: This work proposes to study the

articulation between psychology in palliative care and spirituality. Therefore, a narrative literature review was carried out. Psychosocial and spiritual dimensions are pointed out as part of the suffering of patients which are affected by potentially life threatening pathologies. Thus, palliative care must include these different dimensions. As an area that acts in palliation, psychology can offer psychosocial and spiritual care. However, it was identified that this second dimension - the spiritual one, which represents existential issues - is sometimes confused with religion and religiosity. It is concluded that psychologists can deal with spiritual aspects in palliative care, as long as it does not exceed the profession's ethical limits.

KEYWORDS: Spirituality; Palliative Care; Psychology.

1 | INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos consistem em uma modalidade assistencial cujos recursos concentram-se em oferecer suporte a sofrimentos físico, psicossocial e espiritual a indivíduos acometidos por patologias potencialmente ameaçadoras à continuidade da vida e seus familiares (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002). Esta abordagem terapêutica centra-se no bem-estar e na dignidade do doente e seus entes queridos, consolidando-se, dessa forma, como um contraponto ao ideal contemporâneo da área da saúde, cujos esforços operam em busca da cura de agravos, a partir da oferta de tecnologias e procedimentos que, por vezes, promovem o prolongamento da vida, em detrimento de uma adequada qualidade de vida (KÓVACS, 2003).

Compreende-se que a palição e o emprego de tecnologias fúteis em situação de fim de vida correspondem a duas formas de enfrentamento da morte incompatíveis. Enquanto uma propõe a morte como um processo entendido como parte da vida, o qual não deve ser adiantado ou postergado – reconhecido pelo termo “ortotanásia” –, uma segunda forma de enfrentamento, descrita como distanásia, busca a evitação da morte a qualquer custo, compreendendo-a como uma ameaça a ser combatida (FELIX et al. 2013).

Neste sentido, a ortotanásia funde-se ao ideário dos cuidados paliativos, na medida em que ambas promovem a busca por uma boa morte, por meio da oferta de cuidados aos sofrimentos físico, psicossocial e espiritual. O cuidado se dá desde o diagnóstico de doenças potencialmente ameaçadoras à vida até o óbito (na perspectiva daqueles sujeitos adoecidos) ou até o acompanhamento no período de luto dos familiares (PESSINI, 2003).

Partindo-se da prerrogativa que a palição abrange a atenção e a assistência psicossocial, infere-se que os psicólogos correspondem a uma categoria profissional que deve estar inserida em equipes de cuidados paliativos, tendo em vista que são estes os profissionais da saúde que disponibilizariam recursos para o enfrentamento das repercussões emocionais e sociais decorrentes de adoecimentos físicos (HERMES; LAMARCA, 2013).

Contudo, apesar de se compreender a prática psicológica no campo dos cuidados

paliativos a partir da atenção às repercussões emocionais e sociais, põe-se em dúvida quais profissionais estariam adequadamente capacitados para a oferta de assistência espiritual aos doentes em cuidados paliativos: tratar-se ia de uma atribuição de psicólogos? De que forma se realiza essa assistência? Que características diferenciam e aproximam o cuidado espiritual e o cuidado religioso?

Com o intuito de tentar responder a tais questionamentos, o presente trabalho teve como objetivo compreender o papel da psicologia nos cuidados paliativos em articulação à espiritualidade e à religiosidade. Para tanto, realizou-se uma revisão de literatura, do tipo revisão narrativa, método caracterizado pela apropriação e discussão não sistemática do estado da arte acerca de determinada temática, a partir de busca em artigos, livros e outras publicações científicas. (ROTHER, 2007). No tópico a seguir, serão apresentados os achados referentes à pesquisa bibliográfica realizada.

2 | DESENVOLVIMENTO

A assistência em cuidados paliativos consolida-se a partir da urgência em oferecer suporte àquelas pessoas que estão acometidas por agravos crônico-degenerativos potencialmente ameaçadores à continuidade da vida. Trata-se de um ramo recente do campo da saúde, o que se reconhece como esperado, tendo em vista que a possibilidade de manutenção da vida em concomitância ao tratamento de agravos é também algo recente – devido à descoberta de antibióticos, quimioterápicos, alimentação e respiração artificial, intervenções que passam a existir como possibilidades terapêuticas a partir do século XX (NATIONAL CONSENSUS PROJECT FOR QUALITY PALLIATIVE CARE, 2013).

Entende-se que a assistência em cuidados paliativos percebe o sujeito adoecido e seus familiares como uma unidade integrada a qual exige, portanto, cuidados integradores, os quais podem ser desenvolvidos através de intervenções interdisciplinares e multiprofissionais. Busca-se o alívio de sofrimentos diversos – físico, psicossocial, espiritual, com práticas fundamentadas na compaixão e na busca pela manutenção da dignidade e da autonomia em processos de adoecimentos graves e de fim de vida (BURLÁ; PY, 2014).

No campo da palição, o mote das intervenções psicológicas realizadas com pacientes em fim de vida e seus familiares consiste na busca pela melhora da qualidade de vida destes, buscando o desenvolvimento de uma prática que possibilite o bem-estar psíquico e espiritual, através da possibilidade de pensar e atribuir novos sentidos e significados ao adoecimento e a esse momento de vida, além da necessária abordagem dos aspectos envolvidos na terminalidade (MARTINHO, PILHA; SAPETA, 2015). Conforme Kóvacs (2007) o cuidado espiritual aproxima-se da psicologia tendo em vista que esta possibilita a reconstrução subjetiva de sentidos e significações. A assistência espiritual por parte dos profissionais seria, para a autora, a escuta das dúvidas, pensamentos e crenças dos

pacientes, sendo esse ato (o de escutar) livre de dogmas ou credos religiosos. Kóvacs (2007) ainda acrescenta que a busca por religiões se relaciona às questões existenciais dos sujeitos.

Identifica-se que parte dos estudos que abordam as temáticas de fim de vida e espiritualidade insinuam que para se enfrentar a morte, se recorre à uma crença em algo superior, normalmente em um Deus cristão, como por exemplo: “Yvan falou da doença como de uma experiência que lhe abriu o caminho em direção a si mesmo e em direção a Deus”. (HENNEZEL, 2006, p. 44). Contudo, uma tendência oposta também vem se fazendo presente: “Observa-se no século XX uma necessidade de expulsar Deus, como se o homem pudesse se bastar sozinho” (KÓVACS, 2007, p. 249). Tendo em vista a quantidade de religiões, crenças, ceticismos e descrenças disponíveis, urge a busca por aportes que demonstrem de que forma se pode integrar a espiritualidade e a religiosidade em práticas psicológicas.

Supõe-se que as dificuldades na abordagem de questões relativas às religiões e à espiritualidade pelo campo da Psicologia iniciam pelas atribuições em defini-las conceitualmente e diferenciá-las. Assim, aponta-se para a necessidade de compreendê-las, visto que há implicações destas na vida dos sujeitos a quem se destina o fazer psicológico. Dessa forma, Saфра (2007) explica que a terminologia “religião” se vincula a um conjunto de crenças, regras, dogmas e valores compartilhados por um determinado grupo. O termo religião diferencia-se do termo “religiosidade” à medida que este segundo relaciona-se à concepção subjetiva que cada indivíduo expressa sobre o divino – inclui-se, neste espaço, a “religiosidade atea”. Divergente dessas duas conceituações, o termo “espiritualidade” remonta ao sentido que os indivíduos atribuem a sua própria existência.

Entende-se que a espiritualidade, a religiosidade e as religiões, ainda que se compreendam como parte fundante das ciências, das civilizações e, portanto, do pensamento humano, são aspectos por vezes minimizados ou negligenciados por algumas linhas teóricas da Psicologia, além de serem pouco descritos em investigações científicas (DIAS; SAFRA, 2015). Convergente a essa afirmação, Ribeiro (2004) sugere que este afastamento da ciência psicológica à espiritualidade e às religiões é algo proposital: afasta-se e nega-se aquilo que não se pode explicar. De maneira geral, as teorias psicológicas consideram as experiências místicas – estas que envolvem a religião, a religiosidade e a espiritualidade – através de uma perspectiva da psicopatologia, apontando-as como defesas regressivas e patológicas (DIAS; SAFRA, 2015).

O afastamento da espiritualidade e da religiosidade da ciência psicológica nega estas temáticas como fundamentais do ser humano, o que possivelmente relaciona-se ao receio em “des-cientificar” a Psicologia ao confundir aspectos fundantes dos indivíduos com dogmas religiosos. Isto também pode ser explicado pelas indiferenciações conceituais das terminologias espiritualidade, religiosidade e religião (DIAS; SAFRA, 2015).

Atenta-se, porém, à necessidade da abordagem espiritual em cuidados paliativos e

de fim de vida, a qual é preconizada nos manuais assistenciais e melhor compreendida a partir do conceito de espiritualidade como aquilo que dá sentido à existência e um sentido para além desta. Assim, a espiritualidade é algo intrínseco aos indivíduos, já que remonta a questões existenciais e, portanto, é aquilo com o que se lida quando se enfrenta a possibilidade de morte – a busca pelo que é sagrado e transcendente àquela pessoa por meio daquilo que concede sentido às experiências e oferece um propósito de vida. Sugere-se que caso as questões espirituais demandem uma atenção religiosa – como rituais específicos – cabe aos profissionais de saúde acionarem capelães ou outros assistentes religiosos (REGO; NUNES, 2016).

Identificam-se como questões espirituais em fim de vida a falta de propósito ou de sentido àquilo que se vivencia, a culpa, o medo, o arrependimento, as incertezas frente à progressão da doença e à proximidade da morte. Dessa forma, os psicólogos que trabalham em cuidados paliativos podem favorecer a constituição de narrativas a pacientes e familiares, as quais auxiliem na construção de sentido àquilo que vivenciam em um processo de adoecimento e proximidade da morte. Esta intervenção terapêutica – o “cuidado de narrativa” –, quando direcionado à dimensão espiritual do cuidado, mostra-se como uma ferramenta de escuta empática que favorece a identificação de sentido aos sofrimentos enfrentados por doentes em fim de vida e seus familiares através da recuperação de suas histórias de vida (REGO; NUNES, 2016).

3 | CONCLUSÃO

Evidencia-se que grande parte dos estudos que abordam a temática dos cuidados paliativos em articulação à Psicologia trazem a dimensão espiritual como um cuidado que pode ser ofertado por psicólogos. Entretanto, possivelmente por conta do distanciamento das ciências daquilo que é sagrado e da confusão entre as terminologias “espiritualidade”, “religiosidade” e “religião”, há também um afastamento e uma insegurança em afirmar que a Psicologia possa dar conta de demandas espirituais. Há, porém, iniciativas de psicólogos que buscam demonstrar que a espiritualidade, por tratar de questões existenciais, pode ser abrangida pelo campo da Psicologia e, dessa forma, oferecer assistência espiritual aos indivíduos adoecidos e seus familiares, à medida que promove a busca por sentido aos sofrimentos, à existência, à proximidade do fim de vida.

REFERÊNCIAS

BURLÁ, C.; PY, L. Cuidados paliativos: ciência e proteção ao fim da vida. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 1-3. Jun 2014. Disponível em: <[https:// pdfs.semanticscholar.org/2e27/933bb02fd88e98b90f8f0b7048150b56faf5.pdf](https://pdfs.semanticscholar.org/2e27/933bb02fd88e98b90f8f0b7048150b56faf5.pdf)>. Acesso em 11 de agosto de 2017.

- DIAS, P.H.C.; SAFRA, G. O lugar da mística na clínica psicanalítica. **Memorandum**, Belo Horizonte, v. 28, p. 171-183. Abr. 2015. Disponível em: <<https://seer.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6319/4797>>. Acesso em 11 de agosto de 2017.
- FÉLIX, Z.C.; et al. Eutanásia, ortotanásia e distanásia: revisão integrativa da literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2733-2746, Set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 de agosto de 2017.
- HENNEZEL, M. de. **Morrer de olhos abertos**. Alfragide: Casa das Letras, 2006.
- HERMES, H.R.; LAMARCA, I.C.A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, Set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000900012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 de agosto de 2017.
- KÓVACS, M.J. Bioética nas questões da vida e da morte. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 115-167, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642003000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 de agosto de 2017.
- KÓVACS, M.J. Espiritualidade e psicologia – cuidados compartilhados. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 246-255, 2007. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/53/12_Espiritualidade.pdf>. Acesso em 11 de agosto de 2017.
- MARTINHO, A.R.; PILHA, L.; SAPETA, P. **Competências do psicólogo em cuidados paliativos**. Lisboa: Repositório Científico do IPCB, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/3103/1/RSL%20repositorio.pdf>>. Acesso em 11 de agosto de 2017.
- NATIONAL CONSENSUS FOR PALLIATIVE CARE. **Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care**. Pittsburgh: National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2013.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines**. Segunda Edição. Genebra: WHO, 2002.
- PESSINI, L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 27, n.1, p. 15-32. Jan-mar 2003.
- REGO, F.; NUNES, R. The interface between psychology and spirituality in palliative care. **J Health Psychology**. Epub ahead of print, Ago 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/1359105316664138>>. Acesso em 11 de agosto de 2017.
- RIBEIRO, J. Psicologia e religião. Em Holanda, A. (Org.). **Psicologia, religiosidade e fenomenologia**, p. 11-35. Campinas: Alínea, 2004.
- ROTHER, E.T. Revisão sistemática x Revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 4-6. Abr-jun 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307026613004>>. Acesso em 11 de agosto de 2017.
- SAFRA, G. Perspectivas do manejo clínico da experiência religiosa. Em I.G. Arcuri e M. Ancona-Lopez (Orgs.). **Temas em Psicologia da Religião**, p. 77-90. São Paulo: Vetor, 2007.

A MOTIVAÇÃO NAS PRÁTICAS ESPORTIVAS E SUA REPERCUSSÃO NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM DE DEFICIENTES VISUAIS

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 15/06/2020

Emmeline Abreu Almeida

Centro Universitário UNDB

São Luís – Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/3109332619037995>

Helena Raquel Sousa Pinheiro de Barros da Costa

Centro Universitário UNDB

São Luís – Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/8825735871778136>

Jacques Alastair Martins Silva

Centro Universitário UNDB

São Luís – Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/7754057285208433>

Erica de Fátima Ristau

Centro Universitário UNDB

São Luís – Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/8114681423503491>

Maria Emília Miranda Álvares

Centro Universitário UNDB

São Luís – Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/0190707281103414>

Valeria Maria Lima Cardoso

Centro Universitário UNDB

São Luís – Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/0085798856885193>

Thayara Ferreira Coimbra Lima

Centro Universitário UNDB

São Luís – Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/3871852033646639>

Silvia Regina Moreira Vale

Centro Universitário UNDB

São Luís – Ma

<http://lattes.cnpq.br/1135911679524648>

RESUMO: O artigo desenvolvido por alunos de Psicologia contempla uma escola localizada na cidade de São Luís – MA, que busca fornecer educação e inclusão à crianças, adolescentes e adultos com diferentes níveis de deficiência visual. A partir disso, o presente trabalho tem como objetivo oportunizar a reflexão e o aprendizado interdisciplinar com foco voltado para as relações entre alunos e professores desta escola, alunos estes com limitações visuais, sob a demanda de motivá-los e integrá-los ao esporte e às demais atividades escolares, sendo desenvolvido mediante integração das disciplinas: Psicologia do Esporte, Psicologia Escolar e Educacional, Psicologia Social e Psicologia e Aprendizagem. A coleta de dados foi realizada por via da pesquisa bibliográfica, através de consultas em obras literárias e publicações periódicas. Ademais, foi realizada

uma visita de campo, envolvendo observações diretas do contexto escolar e entrevistas com membros da equipe pedagógica da escola, que forneceram explicações sobre a dinâmica acadêmica. Como produto desse estudo, foi desenvolvida uma cartilha orientadora para uso dos professores, contemplando conceitos e orientações que vão contribuir para as ações destes no processo de ensino-aprendizagem, na criação e no fortalecimento de vínculos interpessoais, bem como na motivação dos alunos em situações de atividades esportivas, competitivas ou não, promovendo a integração social e a aprendizagem.

PALAVRAS-CHAVE: Deficiência visual; Aprendizagem; Motivação; Psicologia.

THE MOTIVATION IN SPORTS PRACTICES AND ITS REPERCUSSION ON THE TEACHING-LEARNING PROCESS OF VISUALLY IMPAIRED PEOPLE

ABSTRACT: The present article was developed from the analysis of a school located in São Luís, in Brazil, who aims to provide education and inclusion to children, adolescents and adults with different levels of visual impairment. Therefore, this study's purpose is to enable the reflection and interdisciplinary learning, focusing in the teacher-student relations in the school, in order to motivate and integrate the students in sport and others school activities. The data collection was executed through bibliographic research, more specifically consultations in literary works and periodicals, as well as field visits, involving direct observations of the school context and interviews with members of the school's pedagogical team. A guiding booklet was developed for the teachers use, contemplating the concepts and orientations that can contribute to the teaching-learning process, to the creation and strengthening of interpersonal bonds, as well as the motivation of students in sport activities.

KEYWORDS: Visually impaired people; Motivation; Psychology.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo a OMS – Organização Mundial da Saúde, a palavra deficiência é um termo utilizado para definir, dentro da biologia humana, a ausência ou a disfunção de uma estrutura do indivíduo, que pode ser anatômica, psíquica ou fisiológica. Os variados níveis de implicações que a deficiência visual impõe afeta o desenvolvimento intelectual do indivíduo por meio de dificuldades de acesso à leitura, escrita, atividades pessoais e domésticas, relacionamento e profissional, necessitando de uma adequação e adaptação para que desenvolvam a sua cidadania, visto que possuem o mesmo empenho e competência de pessoas videntes (ACAPO, 2019).

De acordo com o censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, indivíduos com deficiência visual grave correspondem a aproximadamente 3,4% da população brasileira. No Maranhão, o número de pessoas com deficiência visual grave equivale a 4.2% da população total.

A escola voltada para aprendizagem de deficientes visuais é uma instituição localizada na cidade de São Luís, fundada em 1967 por uma professora que é deficiente visual e teve que estudar fora do estado pela ausência de oportunidades educacionais adequadas. A escola busca fornecer educação e inclusão a crianças, adolescentes e adultos com diferentes níveis de deficiência visual, fazendo com que os alunos se percebam como seres produtivos e atuantes em sua própria realidade.

Atualmente, a instituição possui aproximadamente 100 alunos, sendo 16 internos, 19 alunos com perda de visão total, 7 com perda de visão parcial, e 58 alunos videntes (sem deficiência visual). Os alunos cegos participam de atividades referentes ao futebol de cinco e o *golbol* (versões adaptadas do futebol para cegos), e, segundo o treinador e professor de educação física, demonstram ausência de estratégias para lidar com as perdas e derrotas esportivas, o que gera desmotivação em relação às suas capacidades.

Farrel (2008) pontua que, caso não seja utilizado metodologias educacionais específicas para deficientes visuais, o desenvolvimento psicossocial, educacional, da linguagem e motricidade podem ser afetados, e conseqüentemente, podem gerar prejuízos às relações interpessoais, desmotivação, e ausência de autonomia. Por isso, percebe-se a necessidade de se estabelecer uma estratégia, incentivando a motivação dos alunos no contexto esportivo, assim promovendo a integração social, aprendizagem e criação de repertórios que os ajudem a lidar com as frustrações e derrotas.

2 | OS DEFICIENTES VISUAIS E A LINGUAGEM

Segundo Vignoli (2006), a vulnerabilidade pode ser compreendida como uma exposição, ou predisposição, de determinado grupo social, a riscos de múltiplas origens, sejam eles econômicos, sociais, políticos e culturais. Os deficientes visuais em vulnerabilidade social vivenciam diversas dificuldades que estão presentes em seu ambiente. As dificuldades físicas incluem os obstáculos que limitam o acesso, a movimentação e a livre circulação de pessoas cegas. As dificuldades sistêmicas estão relacionadas a uma determinada organização histórica e estrutural da sociedade, que, por exemplo, dificulta o desenvolvimento psicossocial de pessoas cegas ao não proporcionar condições de aprendizagem adequadas nas escolas e instituições de ensino.

Além disso, há a estigmatização, discriminação e exclusão de deficientes visuais, causando uma variabilidade de prejuízos nas relações intrapessoais e interpessoais. Um dos prejuízos causados pelo processo de estigmatização é a desmotivação do aluno cego acerca de suas próprias capacidades cognitivas e sociais (JULIÃO et al., 2013). A compreensão do cego como defeituoso atrapalha suas relações sociais, tanto pela falta de conhecimento acerca de sua situação verdadeira, quanto pela idealização social equivocada sobre as possíveis limitações.

De acordo com Vygotsky (*apud* LIRA; SCHLINDWEIN, 2008), por meio da linguagem,

o cego pode ter acesso às significações da cultura e participar das práticas sociais. Assim, as características orgânicas não podem ser impedimento para que as crianças cegas sigam o curso de seu desenvolvimento sociocultural. Por isso, considera-se que o uso da linguagem e as relações sociais são de extrema importância no processo de ensino-aprendizagem.

Ao considerar a linguagem e as relações sociais como fundamentais no processo de ensino-aprendizagem, é possível analisar a deficiência visual a partir de uma perspectiva positiva no que se refere ao desenvolvimento psicossocial e à motivação da criança cega (LIRA; SCHLINDWEIN, 2008).

A análise da motivação permeia a Psicologia social, posto que o direcionamento de uma ação pode estar atrelado à inserção em um grupo social. Desse modo, as pesquisas relacionadas ao tema convergem para uma conclusão: a motivação pode ser compreendida como fator fundamental e que impacta diretamente nos resultados da aprendizagem presente no campo social e educacional. É um equívoco conceitual ignorar o aspecto multifacetário que implica e coexiste em muitas outras dimensões da vida (PESTANA, 2000).

É dessa forma que as relações sociais e a motivação se relacionam, tornando-se processos básicos para a formação da sociedade. De acordo com os estudos efetivados por Zimbardo (2013) a Psicologia social está pautada na análise do indivíduo em suas interfaces situacionais na vida em sociedade, em perspectiva latitudinal e longitudinal. É plausível conceber que a dependência e a interdependência entre os indivíduos potencializam as suas habilidades, promovendo desenvolvimento e modificação de realidades internas e externas.

Diante do exposto, surge a necessidade de associar a motivação como item presente nas interações grupais, que por sua vez, é um item da Psicologia Social. Torna-se necessário a observância das implicações que permeiam o conceito: a motivação orientada para o resultado, para a tarefa e para a aprovação social (NICHOLLS, 1984).

3 | A MOTIVAÇÃO NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM

As atividades esportivas profissionais, amadoras, ou de lazer, geram ocasião para que as relações sociais sejam ampliadas, porque costumam promover integração entre os participantes. Contudo, o esporte sozinho não pode ser responsabilizado ou indicado para atividades sócio adaptativas, exigindo profissionais de múltiplas especialidades para integrar esse processo.

Segundo Silvestre e Marques (2007), o processo de mediação, por meio da prática esportiva, da relação entre o indivíduo e a sociedade, exige uma ampla atuação profissional neste cenário, de modo a integrar aspectos psicológicos, motores, sociais e cognitivos, incentivando as relações interpessoais, para que haja assimilação das demandas, das

exigências, para que o indivíduo consiga lidar com os sucessos e os fracassos e para que desenvolva práticas específicas.

Segundo Rubio (1999), a psicologia ampliou seus horizontes e espaços, relacionando-os com diversas atividades profissionais, o que elucida o diálogo entre áreas complementares, cada uma com suas particularidades. A mesma autora explana que temas que envolvem motivação, personalidade, agressão e violência, liderança, dinâmica de grupo, bem-estar psicológico, pensamentos e sentimentos, devem ser estudados para uma melhor atuação profissional junto aos atletas, pois trabalhar as emoções, ou seja, a preparação emocional, se mostra capaz de influenciar resultados diversos, competitivos ou não.

Blázquez Sánchez (1999), reafirma o esporte como uma área que, por meio de sua atuação, serve como ferramenta para socializar e promover de forma integrada, o desenvolvimento do indivíduo.

A motivação, segundo Samulski (*apud* SILVA et al., 2018), define-se como um processo funcional e proposital, cuja finalidade é alcançar um objetivo ou meta. Esse processo pode ser influenciado por fatores intrínsecos, que são direcionados ao próprio indivíduo, e extrínsecos, que se originam do ambiente a qual o indivíduo está inserido. No contexto do esporte, a motivação permanece influenciada por esses dois aspectos, podendo ocorrer, por exemplo, visando à autossuperação (fator intrínseco) ou medalhas, prêmios, dinheiro e reconhecimento (fator extrínseco).

De acordo com Ferreira e Ramos (2012), o movimento é uma necessidade intrínseca dos seres vivos, e está diretamente relacionado com a motivação. A criança cega é desprovida de uma motivação intensa para se movimentar, visto que o ambiente percebido, nos primeiros anos de vida, restringe-se ao seu próprio corpo. Portanto, na ausência de um estímulo visual, os sentidos remanescentes são responsáveis por perceber os estímulos que ocasionam e controlam o movimento.

Uma das principais dificuldades enfrentadas por crianças cegas diz respeito ao seu desenvolvimento motor. Na ausência de estimulação preliminar, é possível que exista consequências como isolamento social, autoestima prejudicada, ausência da motivação para a motricidade, comprometimento do desenvolvimento psicomotor, e dificuldade na organização espaço-temporal (FERREIRA; RAMOS, 2012).

Bandeira (2012) explica que durante a idade escolar, os alunos passam por vários processos de crise, nos esportes, no aprendizado, na convivência com seus pares, no ambiente familiar, crises de identidade. Por isso, é preciso uma mobilização nesse contexto escolar para abraçar essas crises, de forma que toda a escola seja um ambiente propício para desenvolver o máximo de habilidades possíveis para a vivência de situações frustrantes e desafiadoras.

Segundo Martinez (2010), a forma de atuação tradicional do psicólogo escolar tem aspectos muito parecidos com a atuação clínica, e isso se mostra problemático pois

diagnósticos acabam sendo feitos com base em dificuldades que só se apresentam por causa do contexto social do aluno. Então, a psicologia escolar deve ter atenção para a causa das dificuldades escolares, a fim de evitar diagnósticos errôneos, considerando a origem do problema.

Sendo assim, uma falta de motivação por parte dos alunos no ambiente escolar não pode ser compreendida como um problema unicamente do aluno, mas como uma questão que influencia o contexto escolar e que é influenciada por ele. Logo, o aluno não deve ser observado estritamente com base nos problemas que apresenta, pois deve ser entendido a partir de sua totalidade como sujeito participante de vários contextos sociais que influenciam seu comportamento. Sendo a falta de motivação o problema de algum aluno, não é possível tomar a falta de motivação como um diagnóstico final de seu problema, é preciso pensar em como seu contexto oportuniza essa falta de motivação.

Percebe-se, através deste projeto, que as atividades desportivas podem ter grande repercussão e impacto em várias áreas da vida dos estudantes. Isso se dá pois as práticas esportivas proporcionam o desenvolvimento de habilidades que ultrapassam o contexto esportivo, e que conectam os processos de ensino-aprendizagem, possibilitando o desenvolvimento de estratégias que se relacionam com a frustração, ansiedade, e outros sentimentos comuns ao ser humano independente do contexto em que ele se encontra.

É muito importante, para o processo de aprendizagem, que o indivíduo saiba lidar com momentos de crise, e com as próprias falhas. Jófili (2002), discutindo as similaridades e as diferenças entre as ideias de Piaget e Vygotsky sobre a construção do conhecimento, reflete sobre como o professor pode facilitar a aquisição de conhecimento. Uma das formas propostas é levar o aluno à um conflito cognitivo, fazendo com que os alunos comparem suas próprias ideias com conhecimentos cientificamente aceitos. A partir disso, ocorre uma reestruturação e ampliação da sua compreensão, que proporcionará a obtenção de conhecimentos futuros. Ou seja, a proposta apresentada para facilitar a aprendizagem, envolve uma crise induzida, que leva o aluno a pensar até achar uma solução. Portanto, é necessário que o aluno saiba viver esse momento de conflito para, de maneira saudável, seguir construindo seu conhecimento.

Para Piaget (1999), todo indivíduo tenta se adaptar ao meio acomodando os objetos externos em sua estrutura cognitiva, e esse é um processo chamado por ele de assimilação. A acomodação é outro processo que ocorre quando são feitas as mudanças cognitivas necessárias para compreender de forma completa a informação com a qual a pessoa está interagindo.

Assim, procurando adaptar-se, o sujeito interage com o meio através de suas ações e o modifica, ao mesmo tempo que ele mesmo é modificado. Por isso, ele busca equilíbrio entre as necessidades internas e as novas informações do meio externo. Nessa perspectiva, Piaget (1999), reforça que deve haver equilíbrio entre os fatores internos e externos ou, isto é, no geral, entre a assimilação e a acomodação.

Então, o desenvolvimento através da aquisição de conhecimento, para Piaget, envolve entrar em desequilíbrio para acomodar um novo conhecimento, e reorganizar as estruturas cognitivas com esse novo conhecimento, entrando novamente, depois desse processo, em um estado de equilíbrio.

Sendo assim, aprender é um processo que faz com que as pessoas passem por momentos de desequilíbrio, e de acordo com Piaget (1999), esse desequilíbrio sempre vai estar presente no processo de aprendizagem - não está restrito à um estágio, e exige do indivíduo que ele possua habilidades para permanecer estável durante esse processo que envolve confusão, frustração e dificuldade.

Por essa razão, saber lidar com as frustrações e ter motivação é uma peça chave para que o indivíduo, apesar das complicações do processo de aprendizagem, continue se expondo a novas informações, proporcionando, de tal modo, seu desenvolvimento em diversos aspectos educacionais.

4 | A MOTIVAÇÃO DE ALUNOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL NAS PRÁTICAS ESPORTIVAS

A escola oferece aos alunos com deficiência visual a oportunidade de praticarem esportes adaptados para suas condições: o futebol de cinco e o *golbol*. Durante as visitas, os alunos praticantes dos esportes se mostraram interessados em um produto que os ajudasse a enfrentar a dificuldade que o time tem em superar as derrotas e de se sentirem motivados para os treinos e jogos após os maus resultados.

O treinador também se mostrou interessado em uma solução para essa questão, demonstrando que não sabia o que fazer diante da frustração e desânimo dos jogadores. Por essa razão, foi elaborado um produto que visou instruir o treinador e todos os profissionais ligados ao esporte e educação física na escola.

O produto consistiu em uma cartilha que instrui sobre questões relacionadas à frustração, e como ajudar os alunos a ficarem motivados para os jogos e treinos independentemente dos resultados das partidas. A cartilha foi dividida nas seguintes seções:

- a. Informações sobre o que é frustração e desânimo.
- b. Fatores que podem estar envolvidos na frustração de alunos com deficiência visual.
- c. A importância da vivência da derrota e como aproveitá-la.
- d. Sugestões sobre o que e como conversar com os alunos.

O produto construído se vincula às disciplinas envolvidas na elaboração deste projeto. Se vincula a Psicologia Social uma vez que, os estudos da literatura a respeito do

tema enfatizam que a motivação apresenta um viés de adequação de processos grupais e a conservação desses. Considerando que a escola é um espaço de interação social e o desporto um desdobramento específico dessa dinâmica interativa, o referido produto contribuirá para a otimização das relações sociais que se estabelecem tanto a nível escolar como extraescolar.

Uma vez consolidado esse vínculo o desenvolvimento de habilidades sociais será impulsionado através da percepção de si e contato com o outro, o diferente. E é nesse panorama que envolve comunicação, percepção social, estatutos e papéis sociais que acontece o surgimento e desenvolvimento da identidade, itens que o produto contempla em seu conteúdo, tendo como ponto de intersecção a motivação.

Ele contempla também a Psicologia escolar e educacional pois focaliza a relação professor-aluno, e instrui o professor/treinador sobre como agir com o aluno, fazendo com que o aluno seja encarado não apenas como alguém que deve absorver o conhecimento e desenvolver habilidades, mas também como um sujeito que está se desenvolvendo em várias outras áreas enquanto aprende, e um indivíduo que é a confluência de vários fatores e questões. Dessa forma, o produto promove o afastamento de uma forma simplista de enxergar o aluno, ao mesmo tempo que ampara o professor/treinador em suas dificuldades.

A Psicologia da Aprendizagem é contemplada no sentido de que as habilidades adquiridas no manejo das frustrações e dos momentos de crise no esporte, contribuem para a prática do aprendiz. A razão para isso é que essas habilidades também são necessárias no processo de aquisição do conhecimento.

Considerando que a deficiência visual dificulta a orientação espacial, a realização de certas atividades motoras, e o comportamento social, julga-se importante, no contexto da Psicologia do Esporte, que a criança cega se sinta motivada em relação às atividades físicas e esportivas, pois apenas mediante a realização de certas habilidades motoras haverá o desenvolvimento motor, psicossocial e motivacional do aluno.

5 | CONCLUSÃO

No cenário que compôs a construção desse trabalho, foi possível conhecer toda a estrutura da escola, possibilitando o conhecimento e a compreensão das limitações visuais e como estas afetam os alunos cegos de várias formas, uma vez que a dependência do outro para lhe apresentar o mundo interfere na autonomia e desenvolvimento de um cidadão capaz de construir suas pontes.

Dentre as demandas apresentadas, foi elencado a motivação como sendo um fator que compromete o desempenho desses alunos em situações de competitividade esportiva e interação com os demais alunos. Entendendo que os sentimentos são termômetros norteadores para a prática do “ser” alguém, do “ser reconhecido” enquanto indivíduo

capaz, estes precisam ser motivados a prática esportiva, ampliando seu alcance sobre o mundo, contribuindo com as interações sociais, o desenvolvimento cognitivo e motor.

Dessa forma, o presente trabalho usou da integração das disciplinas do curso de psicologia: Psicologia do Esporte, Psicologia Escolar e Educacional, Psicologia Social e Psicologia da Aprendizagem para a construção de uma cartilha norteadora, com o objetivo de que esta sirva de suporte aos professores de educação física, treinadores e toda equipe de voluntários inseridos nas práticas desportivas, para o entendimento de conceitos e aplicação para a realidade dos alunos, motivando-os, fortalecendo-os e contribuindo para o desenvolvimento de um indivíduo forte, saudável e realizado.

Com base no que foi apresentado, fica o entendimento e a construção do saber no que diz respeito a importância da atuação do psicólogo nos mais diversos contextos, modificando e contribuindo para que novos caminhos sejam traçados e conduzidos para a formação do cidadão realizado, seguro e capaz.

REFERÊNCIAS

- ACAPO – Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal. **Informações: cegueira**, 2019. ACAPO – Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal Disponível em: < <http://www.acapo.pt/deficiencia-visual/glossario>>. Acesso em: 04, junho de 2020.
- BLÁZQUEZ SÁNCHEZ, D. A modo de introducción. In: D. Blázquez Sánchez (Org.) **La iniciación deportiva y el deporte escolar**. 4ª edição. Barcelona, Espanha: INDE Publicaciones, 1999.
- BANDEIRA, Cláudia; HUTZ, Claudio Simon. **Bullying: prevalência, implicações e diferenças entre os gêneros**. Psicologia Escolar e Educacional, v. 16, n. 1, p. 35-44, 2012.
- FARRELL, M. Guia do Professor: **Deficiências sensoriais e incapacidades físicas**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- FERREIRA, Carlos Alberto de Mattos; RAMOS, Maria Inês Barbosa. **Psicomotricidade: educação especial e inclusão social**. 2. ed. Rio de Janeiro: Wak, 2012.
- CENSO DEMOGRÁFICO 2010. **Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. In: IBGE. Sidra: sistema IBGE de recuperação automática. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf. Acesso em: mar. 2020.
- JÓFILI, Zélia. **Piaget, Vygotsky, Freire e a construção do conhecimento na escola**. Educação: teorias e práticas, v. 2, n. 2, p. 191-208, 2002.
- JULIÃO, Claudia Helena et al. **A deficiência visual e o processo de construção da cidadania: um estudo no Instituto de Cegos do Brasil Central de Uberaba**. Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, [s. L.], v. 1, n. 1, p.42-49, nov. 2013.
- LIRA, Miriam Cristina Frey de; SCHLINDWEIN, Luciane Maria. **A pessoa cega e a inclusão: um olhar a partir da psicologia histórico-cultural**. Cadernos Cedes, [s.l.], v. 28, n. 75, p.171-190, ago. 2008.
- MARTINEZ, Albertina Mitjás. **O que pode fazer o psicólogo na escola?**. Em aberto, v. 23, n. 83, 2010.

NICHOLLS, J. G. **Achievement motivation: Conceptions of ability, subjective experience, task choice, and performance.** *Psychological Review*, v.91, n. 3, p. 328–346, 1984.

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes. **Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS.** 6ª edição. Lisboa: Edições Sílabo, Lda., 2008.

PIAGET, Jean. **Seis estudos de Psicologia/Jean Piaget.** Tradução: Maria Alice Magalhães D'Amorim e Paulo Sérgio Lima Silva. 24ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999.

RUBIO, Katia. **A psicologia do esporte: histórico e áreas de atuação e pesquisa.** *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 19, n. 3, p. 60-69, 1999.

SILVA, Osni Oliveira Noberto da et al. **Educação Física e a pessoa com deficiência.** Goiânia: Kelps, 2018.

SILVESTRE F.; MARQUES, J. **Compromisso Social na Prática;** in: Rubio, K. (org). *Educação Olímpica e Responsabilidade Social.* Casa do Psicólogo. São Paulo, 2007.

VIGNOLI, Jorge Rodríguez. **Vulnerabilidade sociodemográfica: antigos e novos riscos para a América Latina.** In: CUNHA, José Marcos Pinto (org.). *Novas Metrôpoles Paulistas: População, vulnerabilidade e segregação.* Campinas: Nepo/Unicamp, 2006.

ZIMBARDO, P. **O Efeito Lúcifer: como pessoas boas se tornam más.** Rio de Janeiro: Record, 2013.

HYPERICUM PERFORATUM NO TRATAMENTO DA ANSIEDADE LEVE E MODERADA

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 21/05/2020

Wêdja Martins Almeida

Centro Universitário do Vale do Ipojuca –
UNIFAVIP/WYDEN
Caruaru-PE

<http://lattes.cnpq.br/5168280604390648>

Vivian Mariano Torres

Centro Universitário do Vale do Ipojuca –
UNIFAVIP/WYDEN
Caruaru-PE

<http://lattes.cnpq.br/8398891501773153>

RESUMO: Intitulada entre os transtornos mentais, a ansiedade tem tomado proporções progressivas, surpreendendo de forma negativa profissionais da saúde com grande parte dos habitantes acometidos pela enfermidade. No atual momento, cerca de 18,6 milhões de brasileiros e brasileiras convivem com os sinais da ansiedade, formalizando uma patologia pertencente aos transtornos neurológicos, sendo caracterizada por uma mistura de sentimentos e emoções, como por exemplo preocupação intensa e algumas vezes excessiva, nervosismo, medo e inquietação, acarretando complicações e obstáculos na vida pessoal e na profissional

do paciente. A partir desta concepção, origina-se uma vasta procura por medicamentos para essa patologia de uma forma que sejam eficazes e com mínima probabilidade de agressão ao organismo. Uma pesquisa realizada através de base de dados científicas, foram utilizados artigos com Qualis Capes A e B que abrangem a premissa, indica a *Hypericum Perforatum* (habitualmente conhecida por Erva-de-são-joão) como alternativa cabível para o tratamento usando medicação fitoterápica, uma planta que tem corroborado uma efetividade considerável para essa demanda.

PALAVRAS-CHAVE: Patologia, Transtornos neurológicos, Fitoterápico.

HYPERICUM PERFORATUM IN THE TREATMENT OF LIGHT AND MODERATE ANXIETY

ABSTRACT: Entitled among mental disorders, anxiety has taken on progressive proportions, negatively surprising health professionals with most of the inhabitants affected by the disease. At the present time, about 18.6 million Brazilians live with signs of anxiety, formalizing a pathology belonging to neurological disorders, being characterized by a mixture of feelings and emotions, such as intense and sometimes

excessive worry, nervousness, fear and restlessness, causing complications and obstacles in the patient's personal and professional life. From this conception, a wide search for drugs for this pathology begins in a way that is effective and with little probability of aggression to the organism. A research carried out in a scientific database, articles with Qualis Capes A and B were used that cover the premise, indicates *Hypericum Perforatum* (usually known as St. John's wort) as a suitable treatment alternative with herbal medicine, a plant which has demonstrated considerable effectiveness for this demand.

KEYWORDS: Pathology, Neurological disorders, Herbal medicine.

INTRODUÇÃO

Dentre todos os transtornos, o que é conhecido como ansiedade é o que mais desponta em todo o mundo (KESSLER *et al*, 2009). A ansiedade se manifesta como um sentimento doloroso que habitualmente reconhecemos como apreensão, inquietação ou preocupação (SELIGMAN; WALKER; ROSENHAN, 2001).

Aproximadamente um quinto dos habitantes adultos do mundo já sofreu com algum episódio do transtorno de ansiedade em qualquer ponto de sua vida, com mulheres sendo 1,5 vezes mais predispostas a desenvolvê-los (KESSLER *et al*, 2005).

A ansiedade quando tratada de forma desafortunada pode se converter em um estado crônico que tem sido associada ao fracasso acadêmico, desemprego e muitas vezes até morte precoce (KESSLER; GREENBERG, 2002). Este transtorno tem grande representação para a carga de saúde mundial com profundas decorrências sociais e econômicas. Os sintomas são amplos e variam da hiper excitação às dificuldades de concentração (OLIVERA *et al*, 2016). No Brasil, transtornos que afetam os aspectos mentais e comportamentais estão inseridos como os principais encarregados pelo crescimento na autorização dos benefícios, tanto no auxílio-doença não acidentário, quanto para o acidentário. Entre 2004 para 2013 por exemplo, os números de auxílios-doença acidentários para esta enfermidade cresceram 1.964% para essa concessão (BRASIL, 2014).

Na prática, pessoas que estão enfrentando essa patologia costumam apresentar determinados sintomas, como distração e diminuição na concentração, enquanto estudos de base populacional expõem déficits na função executiva e memória episódica nos transtornos de ansiedade (AIRAKSINEN; LARSSON; FORSELL, 2005).

Ao desenrolar da década de 70, a Organização Mundial da Saúde (OMS), elaborou um programa sobre Medicina Tradicional (ou Medicina Alternativa), com o desígnio de formular uma política pública nesta área. Também é transmitido desde então resoluções e comunicados expressando o proferindo da OMS, e encorajando os Estados-membros a utilizar terapias empregadas como complementares em conjuntos de atenção à saúde, como também a efetivação de políticas públicas para a administração sensata

de remédios da então fundada Medicina Tradicional (OMS, 2002). Desta forma, para auxiliar os tratamentos é adotado medicamentos originados de plantas, que são vistos com bons olhos pelo público em geral e apontado como seguro pelos médicos, apesar dos numerosos índices de ensaios clínicos e descrições de casos que salientam que os preparados à base de plantas podem ter efeitos colaterais consideráveis. (HOBAN; BYARD; MUSGRAVE, 2015).

Desta forma, a *Hypericum Perforatum* desde os tempos antigos foi adotada, onde o seu extrato é isolado e manuseado por suas inúmeras propriedades na medicina (WHEATLEY, 1998). Esta planta faz parte da família Hypericaceae, e simboliza uma das mais antigas ervas medicinais usadas e mais amplamente investigadas. A configuração medicinal apresenta os topos de floração e as folhas (RUSSO *et al*, 2014). A Erva-de-são-jão é infundável e porta distribuição mundial, e é empregue há séculos para o tratamento de várias enfermidades, que variam de pequenas queimaduras até transtornos mentais. Nos últimos anos, seus atributos antidepressivos foram exaustivamente estudados. (OLIVEIRA *et al*, 2016).

METODOLOGIA

Tipo de estudo

O presente estudo é uma pesquisa bibliográfica sobre o tratamento da ansiedade em estágio leve e moderado, evidenciando um método alternativo que demonstra grande evidência terapêutica da planta *Hypericum Perforatum*.

Local da pesquisa

Trabalho realizado dispondo de bases de dados científicas encontradas na internet.

Coleta de dados

Efetuada em pesquisas precedentes, que são encontradas online ou impressas, essa documentação está inscrita em uma plataforma com alta estima acadêmica.

Critérios de inclusão e exclusão

Foi incluso livros ou artigos que estejam inseridos em bases de dados como: PUBMED CENTRAL, PUBMED, SCIELO. Selecionando artigos com Qualis Capes que vão variar de B3 a A1, pois tem relevância maior no meio acadêmico.

Período analisado

Não contém restrições quanto ao tempo dos artigos selecionados, levando em consideração a escassez do material existente sobre o tema estudado.

Análise e interpretação dos resultados

A presente pesquisa ocorreu com a intenção de condensar resultados obtidos através de pesquisas sobre o tema, de uma forma englobante. Contribuindo assim para obtenção de informações mais amplas sobre o problema.

Considerações éticas

A pesquisa foi realizada respeitando os direitos autorais de todo material pesquisado, utilizando assim referências conforme rege Associação Brasileira de Normas e Técnicas (ABNT).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os cientistas se empolgam com os compostos químicos compreendidos na planta *Hypericum Perforatum*, e pela profusão de metabólitos secundários. Por volta de dez classes de compostos podem ser apercebidos na Erva-de-são-joão, entre eles aminoácidos, taninos, xantonas, vitamina C, antraquinonas/naftodiantronas, flavonóides, carotenoides, óleos voláteis, derivados de floroglucinol, cumarinas e biflavonas. A porcentagem dos constituintes é relativa, e depende do ambiente em que foi cultivado e período da colheita, o processo que leva a secagem e também as condições em que é armazenado é capaz de interferir. Observando tanto o extrato aquoso, quanto o orgânico é possível verificar que 20% dos compostos pertencentes ao extrato da planta exibe grande eficiência biológica (GREESON, SANFORD, MONTI, 2001; HUSSAIN, ANSARI, ARIF, 2009).

Entre tantos compostos referentes a esta planta foi possível indicar que as propriedades que enquadram a finalidade farmacológica se devem a partir da capacidade única de combinação da hiperforina e hipericina, inibindo a recaptção de vários neurotransmissores de maneira sinérgica não competitiva (NATHAN, 2001). Vários dados de suma importância foram descritos sobre as particularidades antidepressivas do *H. perforatum* em ensaios clínicos com diferentes modelos. Diversos ensaios englobando os antidepressivos conseguiram expor que a planta citada possui a hipericina e hiperforina, que consegue ter autonomia sobre as propriedades antidepressivas e ansiolíticas equivalentes aos antidepressivos. Eles são famosos por inibirem seletivamente a recaptção da serotonina, que são os tricíclicos, e com suaves e escassos efeitos contraditórios. (ZIRAK N *et al*, 2018). Ao administrar em condição repetitiva a *Hypericum Perforatum*, é presumível obter conversão do seu efeito ansiogênico e o fenótipo afetivo, conseguindo reverter ambos, ocorrendo em animais dirigido pela corticosterona. Isto posto, é aconselhado que a administração da *Hypericum perforatum* tenha extensa eficácia no combate aos efeitos negativos assíduos da ansiedade que abalam a maturidade de neurônios do hipocampo. (CRUPI *et al*, 2011).

É comum encontrar vitaminas como piridoxina, tiamina, ácido fólico e cianocobalamina associadas a erva-de-são-joão, isto sucede porque estas constituem significativos cofatores para a terapia da depressão e ansiedade. Tanta importância é referente ao funcionamento das vitaminas como coenzimas nos sistemas enzimáticos circundando aminoácidos para que ocorra a síntese de neurotransmissores e/ou decomposição de metabólitos, contribuem de sistemas enzimáticos correlacionados com o metabolismo dos carboidratos e ainda são integrantes para a criação de hemácias cuja deficiência pode causar variações no humor do paciente (CASS, 1999; SACRAMENTO & SILVA, 2002).

A Erva-de-são-joão é evidenciada por ser utilizada no tratamento de transtornos de depressão e/ou ansiedade (BRASIL, 2016). Em artigos onde foi investigado o uso da *Hypericum Perforatum*, impulsionam a análise apontando que o seu extrato acelera a recuperação da depressão e ansiedade, em seus estágios leves ou moderados, induzindo todos os sinais e sintomas contidos na doença. Desta forma o perfil terapêutico que o fármaco oferece foi semelhante à forma dos inibidores seletos da recaptção de serotonina. (KASPER; DIENEL, 2002). A erva-de-são-joão é hábil em regular os efeitos antidepressivos eminentes, representando um tratamento eficaz e seguro. No entanto, as evidências clínicas atuais sobre a eficácia do *H. perforatum* em outras desordens psiquiátricas e neurodegenerativas não são suficientes para tirar uma conclusão robusta. (ZIRAK *et al*, 2018).

Quanto às reações adversas, que é uma das preocupações para população, *H. perforatum* é referido como geralmente bem tolerado. Quando apontados, os efeitos colaterais são considerados leves e/ou transitórios. Os mais comuns são sintomas gastrointestinais, fadiga, tonturas, confusão e sedação, reações alérgicas, inquietação, dor de cabeça e boca seca. Isso pode ocorrer em 1-3% dos pacientes que tomam *H. perforatum*. Também foram retratadas reações adversas incomuns que incluem fototoxicidade (queimadura solar). Os sintomas indicativos de fototoxicidade incluem eritema dérmico, erupção cutânea e prurido. Essas reações adversas foram então atribuídas aos naftodiantronas. Outras reações adversas raras descritas compreendem alopecia, neuropatia e mania (BARNES; ANDERSON; PHILLIPSON, 2001). À vista disso, os estudos em que a toxicidade aguda era estudada, as doses repetidas não apontaram efeitos tóxicos. (BRASIL, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível encontrar artigos com resultados relevantes e estudos específicos, mostrando bons resultados *in vitro* e também *in vivo*. Os estudos envolvidos na pesquisa validaram a eficácia quanto a diminuição nos níveis da ansiedade e comedimento quando conduzido a alto nível de estresse, demonstrando suficiência na sua ação em transtornos mentais deste tipo. Ainda é notável a constatação de baixa probabilidade de reações

destoantes, mostrando assim ser uma alternativa viável, segura e eficaz no tratamento desse transtorno de saúde mental.

REFERÊNCIAS

- AIRAKSINEN, E.; LARSSON, M.; FORSELL, Y. **Neuropsychological functions in anxiety disorders in population samples: evidence of episodic memory dysfunction.** *J. Psychiatr Res.* v. 39, n. 2. 2005, p. 207-214.
- BARNES, J.; ANDERSON, L. A.; PHILLIPSON, J. D. **St John's wort (*Hypericum perforatum* L.): a review of its chemistry, pharmacology and clinical properties.** *J. Pharm. Pharmacol.* v. 53, n. 5. 2001, p. 583-600.
- BRASIL. Ministério da saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Memento Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira.** 1º Ed, p. 54. Brasília, 2016.
- BRASIL. Secretaria de Políticas de Previdência Social. **2º Boletim Quadrimestral de Monitoramento dos Benefícios.** Brasília: Secretaria de Políticas de Previdência Social, 2014. Disponível em <<http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2015/01/2%C2%BA-boletim-quadrimestral.pdf>>. Acesso em 23 de set. de 2019.
- CASS, H. **Erva de são joão: o antidepressivo natural.** São Paulo: Editora Madras, 1999.
- CRUPI, R.; MAZZON, E.; MARINO, A.; SPADA, G.L.; BRAMANTI, P. BATTAGLIA, F.; Cuzzocrea, S.; Spina, E. ***Hypericum perforatum* treatment: effect on behaviour and neurogenesis in a chronic stress model in mice.** *BMC Complementary and Alternative Medicine*, v.11, n. 1, 2011, p.1-10.
- GREESON, J.M.; SANFORD, B.; MONTI, D.A. **St. John's wort (*Hypericum perforatum*): a review of the current pharmacological, toxicological, and clinical literature.** *Psychopharmacology*, v.153, n.4, 2001, p. 402-414.
- HOBAN, C. L.; BYARD, R. W.; MUSGRAVE, I. F. **A comparison of patterns of spontaneous adverse drug reaction reporting with St. John's Wort and fluoxetine during the period 2000-2013.** *Clin Exp Pharmacol Physiol.* v. 42, n. 7, 2015, p. 747-751.
- HUSSAIN, S.; ANSARI, Z.H.; ARIF, M. **Hyperforin: a lead for antidepressants.** *International Journal of Health Research.* v.2 n.1, 2009, p. 15-22.
- KASPER N, DIENEL A. **Cluster analysis of symptoms during antidepressant treatment with *Hypericum* extract in mildly to moderately depressed out-patients. A meta-analysis of data from three randomized, placebo-controlled trials.** *Psychopharmacology (berl).* v. 164, n. 3, 2002, p. 30-308.
- KESSLER R.C. *et al.* **The Global Burden of Mental Disorders: An Update on WHO World Mental Health Research (WMH).** *Epidemiol Psychiatr Soc.* v. 18, n. 1, 2009, p. 23–33.
- KESSLER, R.C. *et al.* **Lifetime prevalence and age distributions of onset of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication.** *Arch Gen Psychiatry.* v. 62, n. 6, 2005, p. 593-602.
- KESSLER, R.C.; GREENBERG, P.E. **The economic burden of anxiety and stress disorders.** *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation Progress.* v. 67, 2002, p. 982–992.
- NATHAN, P. J. ***Hypericum perforatum* (St John's Wort): A non-selective reuptake inhibitor? A review of the recent advances in its pharmacology.** *J. Psychopharmacol.* v. 15, n. 1, 2001, p. 47–54.

OLIVEIRA, A. I. *et al.* **Neuroprotective Activity of Hypericum perforatum and Its Major Components.** *Front Plant Sci.* v. 7, n. 1004, 2016.

RUSSO, E. *et al.* **Hypericum perforatum: pharmacokinetic, mechanism of action, tolerability, and clinical drug-drug interactions.** *Phytother Res.* v. 28, n. 5, 2014.

SACRAMENTO, E. F.; SILVA, B. B. **Vitaminas e minerais.** In SILVA, P. *Farmacologia.* 6. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002.

SELIGMAN, M.E.; WALKER, E.F.; ROSENHAN, D.L. **Abnormal Psychology.** Norton & Company. New York, NY, USA, 2001.

WHEATLEY, D. **Hypericum Extract - Potential in the treatment of depression.** *CNS drugs.* v. 9, 1998, p. 431–440.

WHO traditional medicine strategy. **World Health Organization.** 2002. Disponível em: <<https://www.who.int/medicines/publications/traditionalpolicy/en/>>. Acesso em: 17 de set. de 2019.

ZIRAK, N *et al.* **Hypericum perforatum in the treatment of psychiatric and neurodegenerative disorders: Current evidence and potential mechanisms of action.** *J Cell Physiol.* v. 234, n. 6, 2018, p. 8496-8508.

O PAPEL DO PSICÓLOGO NO ACONSELHAMENTO GENÉTICO DE PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 05/06/2020

Emmeline Abreu Almeida

Centro Universitário UNDB

São Luís - Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/3109332619037995>

Beatriz Veras Barbosa

Universidade Federal do Maranhão

São Luís - Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/1989338330514238>

RESUMO: A esquizofrenia é uma das doenças psiquiátricas mais graves e complexas, e afeta aproximadamente 1% da população mundial. Os sintomas são prejudiciais aos contextos multifacetados na vida do paciente, sendo estes sociais, afetivos, familiares ou profissionais. O presente trabalho foi realizado com o objetivo de analisar os fatores genéticos e ambientais que estão relacionados com a manifestação da esquizofrenia, e elucidar os benefícios do aconselhamento genético e psicológico direcionados a pacientes esquizofrênicos. A coleta de dados foi realizada por meio de pesquisa bibliográfica, através de consultas em obras literárias e publicações periódicas.

Se incluem, como subtópicos, elucidações da relação entre esquizofrenia com fatores genéticos e ambientais, respectivamente. Por fim, evidencia-se a importância do aconselhamento genético multidisciplinar no contexto de pessoas com esquizofrenia.

PALAVRAS-CHAVE: Esquizofrenia; Aconselhamento genético; Psicologia.

THE ROLE OF PSYCHOLOGISTS IN THE GENETIC COUNSELING OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

ABSTRACT: Schizophrenia is one of the most severe and complex psychiatric diseases, and it affects approximately 1% of the world population. The symptoms are prejudicial to the multifaceted contexts of the patient's life, which are social, economics, professionals and family related. This present article aims to analyze the genetic and environmental factors associated with the manifestation of schizophrenia, and to elucidate the benefits of genetic and psychological counseling to schizophrenic patients. The data collection was realized athwart bibliographic research, through literally works and periodicals. Are included, as subtopics, the relation between schizophrenia and the genetic and environmental factors.

Lastly, it is emphasized the importance of multidisciplinary genetic counseling for people with schizophrenia.

KEYWORDS: Schizophrenia; Genetic counseling; Psychology.

1 | INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é uma síndrome psicótica caracterizada principalmente pela presença de alterações na percepção, alucinações auditivas e sonorização dos pensamentos. De acordo com Andreasen (1995 *apud* DALGALARRONDO, 2008) os especialistas em psicopatologias dividiram a esquizofrenia em três subcategorias, sendo essas a síndrome negativa, síndrome positiva, e síndrome desorganizada. Os sintomas da síndrome negativa são marcados pelo isolamento social, lentidão da capacidade psicomotora, empobrecimento da linguagem e pensamento. Os principais sintomas da síndrome positiva são alucinações (auditivas ou visuais), ideias paranoides, atos impulsivos e agitação psicomotora. A forma desorganizada da síndrome esquizofrênica, também chamada de esquizofrenia hebefrênica, tem sintomas com predomínio na desorganização mental e comportamental.

De acordo com Noto e Bressan (2012), os primeiros casos de doenças psiquiátricas com início na juventude e que comprometem as funções neuropsicológicas foram relatados na Antiguidade. Porém, o conceito contemporâneo do que atualmente é denominado de esquizofrenia fundamenta-se nos saberes teóricos de Kraepelin, Bleuler e Schneider no final do século XIX e começo do século XX. Para Kraepelin, os transtornos psiquiátricos são restritos e definidos por um conjunto de sintomas específicos. Os autores neokraepelinianos consideram as alucinações e ideias paranoides como exclusivas do transtorno esquizofrênico.

Os sintomas da doença surgem, majoritariamente, no período da adolescência ou início da idade adulta, muitas vezes de maneira camuflada. Sintomas patológicos que não estão exclusivamente ligados à esquizofrenia, como falta de energia, humor depressivo e isolamento podem aparecer antes do surgimento dos sintomas específicos da doença. Além disso, podem ocorrer alterações cognitivas que afetam a memória, atenção e habilidades sensoriais (SILVA, 2006).

Bleuler diferenciou os sintomas entre *fundamentais* e *não essenciais* como critérios para o diagnóstico. Os sintomas *fundamentais* incluem o distúrbio de atenção e distúrbios de associação de pensamento, e os *não essenciais*, ou “acessórios”, são caracterizados pela alucinações, distúrbios de humor e catatonismo. Além disso, Bleuler também diferenciou os sintomas entre primários – alterações orgânicas – e secundários – alucinações –, que ocorreriam em decorrência aos sintomas primários (NOTO e BRESSAN, 2012).

Em 1948, Schneider definiu os “sintomas de primeira ordem”, ou SOPs, que seriam: sonorização do pensamento, alterações na percepção e escuta de vozes. Apesar das

influências que os SOPs tiveram na psiquiatria, novos estudos mostram que muitos desses sintomas não são exclusivos da esquizofrenia, podendo ser observados em outras patologias (NOTO e BRESSAN, 2012).

A partir desse contexto, observa-se a importância de analisar a etiologia do transtorno esquizofrênico, relacionando-o com os fatores genéticos e ambientais, sendo os fatores ambientais tudo que opera sobre o organismo a partir do momento da fecundação, juntamente com influências culturais e educacionais.

2 | ESQUIZOFRENIA E GENÉTICA

De acordo com Plomin et al. (2011), aproximadamente 1% da população mundial é diagnosticada com esquizofrenia em algum período da vida. Se um indivíduo possuir parentesco de 2º grau com um esquizofrênico, a porcentagem para a manifestação dos sintomas é de 4%. O risco para pessoas que possuem parentesco de 1º grau com esquizofrênicos eleva-se para 9%, e se múltiplos membros da mesma família forem afetados, a porcentagem é ainda maior. O estudo de gêmeos fraternos e idênticos contribuíram significativamente para o entendimento do padrão de herdabilidade de doenças complexas. A porcentagem para um gêmeo dizigótico ser esquizofrênico, se o outro gêmeo possuir o transtorno, é de 17%. No caso de gêmeos monozigóticos, o risco é de aproximadamente 48% para um irmão cujo gêmeo desenvolveu sintomas de esquizofrenia. Ou seja, a probabilidade de desenvolver esquizofrenia aumenta proporcionalmente em função do nível de semelhança genética com outra pessoa que apresenta os sintomas (PLOMIN et al., 2011).

Em relação aos padrões de herança propostos, os principais são: modelo oligogênico, poligênico e misto. O modelo oligogênico sugere a existência de uma quantidade pequena de genes que, conjuntamente, influenciam na predisposição genética da esquizofrenia. O modelo poligênico propõe a presença de uma quantidade grande de genes ligados à fatores ambientais que interagem entre si, e corroboram para a manifestação da doença. Já o modelo misto acrescenta o conceito de que existe um gene principal que, associado a outros fatores poligênicos, exercem uma papel na causa do transtorno (NARDI et al., 2015).

3 | ESQUIZOFRENIA E O AMBIENTE

Além dos aspectos genéticos observados que influenciam a manifestação dos sintomas esquizofrênicos, nota-se a existência de aspectos ambientais multifacetados que possivelmente são fatores de risco para o seu desenvolvimento. As complicações obstétricas, que incluem crescimento uterino comprometido, infecções virais pré-natais, e outros problemas gestacionais ou durante o parto ocasionariam uma predisposição

para o desenvolvimento da esquizofrenia (PHELPS et al., 1997 *apud* PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).

As complicações ambientais que podem acometer o crescimento intrauterino afetam a formação de certas estruturas cerebrais, aumentando a suscetibilidade para um indivíduo desenvolver esquizofrenia. As enfermidades maternas que estão relacionadas com o surgimento de sintomas da esquizofrenia incluem diabetes, anemia e doença pulmonar crônica. Ainda que significantes, essas condições estão relacionadas à poucos casos onde os sintomas da esquizofrenia se manifestam, porém também estão relacionadas ao surgimento de outras doenças psiquiátricas (AKIL & WEINBERGER, 2000 *apud* SILVA, 2006).

Além disso, pesquisas utilizando ressonância magnética identificaram diminuições de volumes cerebrais em pacientes esquizofrênicos, abrangendo áreas do cérebro como o córtex temporal medial, o córtex pré-frontal, e o tálamo. Essas alterações podem ser indícios de que a origem da esquizofrenia encontra-se nas primeiras fases de desenvolvimento cerebral, ou que são resultado de processos degenerativos que ocorrem ao longo do desenvolvimento da doença (WRIGHT et al., 2000; HONEA et al., 2005; *apud* NETO, A.G.A.A. et al., 2007).

De acordo com Silva (2006), a respeito das causas e origens da esquizofrenia, o modelo “vulnerabilidade *versus* estresse” busca associar fatores psicossociais a fatores biológicos. Esse modelo apresenta que pacientes esquizofrênicos são vulneráveis à doença de maneira biológica (geneticamente ou subsequente à agressões ambientais prematuras), porém também são influenciados por estressores psicossociais existentes na vida de um indivíduo. A partir dessa visão, é possível implementar uma estratégia de tratamento que abranja não apenas os sintomas, como também a prevenção de aspectos ambientais estressores.

4 | O ACONSELHAMENTO GENÉTICO NO CONTEXTO DE PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS

Kessler (1979 *apud* PETEAN, 1995) afirma que, inicialmente, o aconselhamento genético foi vastamente utilizado por movimentos eugênicos para incentivar a reprodução entre indivíduos supostamente superiores geneticamente, e para desencorajar a reprodução entre indivíduos considerados inferiores. Porém, gradativamente, o aconselhamento genético foi apropriado pelo saber médico, onde passou a assumir um papel preventivo e educacional, proporcionando informações médicas às famílias acerca dos riscos e dos tratamentos de uma patologia, além da orientação sobre o planejamento familiar.

Ao contemplar a existência de agentes multifatoriais na ocorrência da esquizofrenia, justifica-se a necessidade de realizar o aconselhamento genético multidisciplinar, com o

objetivo de informar sobre o funcionamento dos genes e os riscos de desenvolvimento de patologias (PLOMIN et al., 2011). De acordo com Costa Junior (1996), três funções devem ser realizadas no processo de aconselhamento genético: analisar o risco genético para o desenvolvimento de uma patologia, sua gravidade e letalidade; compreender o impacto emocional e psicológico que infligem o paciente e seus familiares; avaliar consequências psicossociais e comportamentais para o paciente com determinada patologia.

O aconselhamento genético multidisciplinar promove a compreensão de aspectos médicos e genéticos e o entendimento do risco de manifestação da doença, tendo como objetivo, conseqüentemente, o bem-estar físico e mental de pacientes e seus familiares. De acordo com Hannum et al. (2015), o modelo unicamente preventivista e clínico do aconselhamento genético possui carácter medicalizante, pois visa prevenir a ocorrência de doenças genéticas sem considerar as implicações a nível psicológico e social.

De acordo Lima (1984 *apud* COSTA JUNIOR, 1996),

As principais causas que motivam a busca do Serviço de Aconselhamento Genético são, primeiro, anomalias que seguem um padrão simples e bem estabelecido de herança, permitindo cálculo fácil do risco de repetição e, depois, anomalias não relacionadas a mecanismos genéticos simples, visto que em sua etiologia intervêm fatores genéticos e ambientais ainda não totalmente esclarecidos (Lima, 1984 *apud* COSTA JUNIOR, 1996).

A variabilidade de fatores envolvidos no surgimento da esquizofrenia justifica a necessidade da interdisciplinaridade e de psicólogos no processo de aconselhamento genético. A ausência de um psicólogo nesse contexto limita as possibilidades de tratamento da esquizofrenia, reduzindo o conceito de saúde à condição de bem-estar físico (COSTA JUNIOR, 1996).

5 | CONCLUSÃO

Sendo o aconselhamento genético instituído como um processo complexo capaz gerar alterações nos mais diversos âmbitos da vida de um indivíduo, a prática multiprofissional deve optar por uma conduta que não se limite apenas à fatores técnicos e medicalizantes, introduzindo, no contexto profissional, psicólogos cujo objetivo deve ser de acompanhar o paciente e seus familiares por todo o processo.

De acordo com Hannum (2015), a inclusão de psicólogos no processo de aconselhamento genético possibilitaria:

- O acolhimento das demandas dos pacientes e de seus familiares;
- A orientação dos demais profissionais para que saibam identificar possíveis consequências emocionais advindas do processo, e encaminhar o paciente ao atendimento psicológico.
- Verificação das principais e mais recorrentes preocupações do paciente e seus familiares no processo.

A função do aconselhamento genético, portanto, não deve se limitar apenas ao auxílio

acerca de decisões reprodutivas, mas deve intervir em fatores associados à motivação, à fatores psicológicos e dinâmicas familiares. Hannum et al. (2015) aponta a necessidade de avaliar as consequências emocionais presentes após um diagnóstico positivo, que podem ser angústia, tristeza, culpa e desconhecimento de como lidar com determinada patologia.

REFERÊNCIAS

ARARIPE NETO, Ary Gadelha de Alencar; BRESSAN, Rodrigo Affonseca; BUSATTO FILHO, Geraldo. **Fisiopatologia da esquizofrenia: aspectos atuais**. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, v. 34, supl. 2, p. 198-203, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832007000800010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Jun 2020.

COSTA JUNIOR, Aderson L. **Atuação profissional do psicólogo em aconselhamento genético**. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s.l.], v. 16, n. 3, p.19-26, 1996. Acessado em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931996000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Jun 2020.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

HANNUM, Juliana Santos Souza et al. **Aconselhamento Genético: Análise e Contribuições a partir do Modelo de Aconselhamento Psicológico**. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s.l.], v. 35, n. 3, p.797-808, set. 2015. Acessado em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000300797&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: on 05 Jun 2020.

NARDI, Antonio Egidi et al. **Esquizofrenia: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

NOTO, Cristiano S.; BRESSAN, Rodrigo A. **Esquizofrenia: Avanços no Tratamento Multidisciplinar**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

OJOPI, Elida P. Benquique et al. **O genoma humano e as perspectivas para o estudo da esquizofrenia**. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, v. 31, n. 1, p. 9-18, 2004. Acessado em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Jun 2020.

PAPALIA, Diane E.; OLDS, Sally Wendkos; FELDMAN, Ruth Duskin. **Desenvolvimento Humano**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PETEAN, Eucia Beatriz Lopes. **Avaliação qualitativa dos aspectos psicológicos do aconselhamento genético através do estudo prospectivo do atendimento das famílias**. 1995. 137f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/309858>>. Acesso em: 21 out. 2019.

PLOMIN, Robert et al. **Genética do comportamento**. 5. ed. Porto Alegre: Art, 2011.

SILVA, Regina Cláudia Barbosa da. **Esquizofrenia: uma revisão**. **Psicologia USP**, v. 17, n. 4, p. 263-285, 2006. Acessado em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642006000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Jun 2020.

O CINEMA E UMA NOVA REPRESENTAÇÃO DA MULHER

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 06/05/2020

Beatriz Castro Silva

Universidade Presbiteriana Mackenzie – CCBS

São Paulo – SP

<http://lattes.cnpq.br/6335733536722270>

Alex Moreira Carvalho

Universidade Presbiteriana Mackenzie – CCBS

São Paulo – SP

<http://lattes.cnpq.br/0423487266873659>

RESUMO: Nesta pesquisa fez-se uma análise do filme “Tudo sobre minha mãe” (1999), do diretor Pedro Almodóvar e também do contexto cultural em que a ação dramática ocorre. Discutiu-se a questão da representação feminina sob uma perspectiva que se desprende da produção *Star System*, que sofre grande influência do patriarcado e do pensamento machista, trazendo a possibilidade de uma nova forma de perceber o que é ser mulher através do cinema. Unindo as concepções culturais de gênero e sua influencia no meio cinematográfico, foi possível compreender como as representações do cinema articulam novas formas de subjetivação. Conseqüentemente, foi possível notar a

importância de uma representação feminina empoderadora e desprendida de estereótipos, podendo beneficiar a constituição de uma nova maneira de pensar e ver as mulheres. Também é importante ressaltar que o cinema, se feito para provocar pensamentos e não apenas para difundir mais símbolos e significados já conhecidos pode ser responsável em ajudar a criação de outras construções culturais e do psiquismo acerca das perspectivas e possibilidades do feminino, quebrando o processo de dominação da visão machista sobre a mulher e diminuindo o efeito frustrante da impossibilidade de se alcançar padrões imaginários irrealis que acabam por prejudicar a autoimagem feminina e a transformar as mulheres em meros produtos a serem consumíveis.

PALAVRAS-CHAVE: Cinema. Representação feminina. Análise cinematográfica.

CINEMA AND A NEW REPRESENTATION OF WOMEN

ABSTRACT: This article intends to do an analyses of the movie “All about my mother” (1999), from the director Pedro Almodóvar and also the cultural context that the movie is inserted, to discuss the issue of female

representation from a perspective that emerges from Star System production, which suffers great influence of patriarchy and male chauvinist thinking, bringing the possibility of a new way to perceive what it is to be a woman through the cinema. By uniting the cultural conceptions of gender and their influence in the cinematographic field it was possible to understand how the representations of the cinema resonate in human beings and their psychism. Consequently, it was possible to note the importance of a empowering feminine representation and detached from stereotypes, which could benefit the formatting of a new way of thinking and seeing women. It is also important to emphasize that cinema, if done to provoke thoughts and not only to spread more symbols and meanings, can be responsible for helping the creation of other cultural constructions and psychism about the perspectives and possibilities of the feminine, breaking the domination process of the male view over women and diminishing the impossibility to achieve unrealistic imaginary patterns frustrating effect that end up undermining female self-image and turning women into mere commodities to be consumable.

KEYWORDS: Cinema. Female representation. Movie analysis.

1 | INTRODUÇÃO

O cinema se inaugurou trazendo consigo a ilusão de realidade. Ela acontece de forma que a história passada de um lado da tela traga um possível retrato ou um recorte de uma verdade que os espectadores experimentam do outro lado. Por conta do cinema, as pessoas foram capazes de realizar ou viver fantasias, como se elas fossem reais por um momento, satisfazendo necessidades e dando prazer aos que vivem através das telas o que não podem viver em suas realidades.

Esse movimento foi o que concedeu ao cinema tamanho sucesso e então, importância de influência na cultura, no ser humano e na sociedade. Para se tornar um meio de comunicação em massa, o cinema precisou chamar a atenção da burguesia de alguma forma. Sua via foi através do encantamento de pessoas pela sua capacidade sedutora de realizar em tela desejos e fantasias dos espectadores. Portanto, os dominantes, levando em conta a cultura ocidental e o pensamento resultante do patriarcado, passaram a usar o cinema a seu favor como processo de dominação, reproduzindo através dele significados e ideias que foram tomadas como naturais na sociedade. Como afirma Bernardet (1980),

Dizer que o cinema é natural, que ele reproduz a visão natural que coloca a própria realidade na tela, é quase como dizer que a realidade se expressa sozinha na tela. Eliminando a pessoa que fala ou faz cinema, ou melhor, eliminando a classe social ou a parte dessa classe social que produz essa fala ou esse cinema que representa um ponto de vista. Ao dizer que o cinema expressa a realidade, o grupo social que encapou o cinema coloca-se como que entre parênteses, e não pode ser questionado. (p.130).

É importante ressaltar aqui que a subjetividade de um indivíduo é formada com base em suas experiências com o mundo externo e como elas são entendidas e internalizadas. Conseqüentemente, quando esse mesmo indivíduo assiste a um filme ou vai ao cinema,

ele está recebendo informações de suas experiências exteriores, ou seja, as imagens ali mostradas são capazes de suscitar nele um processo de subjetivação. Segundo Leontiev (1978) (apud. Rossler, 2004), “O psiquismo humano estrutura-se a partir da atividade social e histórica dos indivíduos, ou seja, pela apropriação da cultura humana material e simbólica, produzida e acumulada objetivamente ao longo da história da humanidade” (p. 101).

Como consequência, a classe dominante e sua origem patriarcal consegue espalhar para a sociedade, de forma tão natural que se torna cultural e estrutural, a ideologia dominante que é entendida sempre como verdade e não como apenas um dos pontos de vista. Por conta dessa forte influência do cinema nos psiquismos e comportamentos, a representação que é feita do homem e da mulher acaba por se tornar algo perpetuado como única verdade. O que é industrialmente transmitido acaba se tornando o objetivo final de ser da sociedade, criando diversas barreiras entre o ideal e o real.

Os filmes, sendo mediadores culturais, são, em sua maioria e com maior popularidade, industrializados. Eles legitimam a ideologia dominante por atingir as massas, ditando padrões éticos, morais, estéticos e políticos, o que cria nos espectadores comportamentos de todos os tipos, principalmente de consumo, que os aproximem desse ideal, ilusório e inalcançável, reproduzido pelo cinema.

Portanto, quando imagens são produzidas, porém industrializadas, elas perdem o poder de fazer o espectador pensar, o que as tornam apenas validações de certos estereótipos, sem a capacidade de problematizar sobre a perpetuação de determinados valores e comportamentos que a sociedade impõe sobre o indivíduo, exercendo um poder que controla a maneira como ele deve pensar, típico de imagens-movimentos, que segundo Deleuze (1983) (apud. Machado, 2009) são apresentações do tempo por meio do movimento, ou seja, um cinema de ação que expõe um encadeamento sensorio motor e dão ao espectador algo já pensado, e não o que pensar.

De acordo com Mulvey apud Bento, 2008, p. 239: “... O cinema funciona muito como a fala do analisado no divã do psicanalista: o que nós vemos na tela pode ser interpretado como contendo um significado oculto que reflete os desejos e problemas da sociedade contemporânea daquele cinema.” Ou seja, as questões que geralmente temos como verdade legitimadas podem ser na realidade um problema oculto da sociedade. Esse artigo traz uma dessas questões.

Restringindo a ideia discutida para a questão de gêneros e mais especificamente da representação da mulher e do feminino no cinema, a análise cinematográfica desse artigo pretende visualizar o feminino e suas representações de modo mais amplo e menos estereotipado, criando assim a possibilidade de quebra do já legitimado e problematização da visão imposta sobre o que é ser mulher.

Em primeiro lugar é importante mencionar que gênero é construção social, ou seja, ele não é inato, natural e inquestionável. Muito pelo contrário, a ideia de gênero se dá

pelas práticas e relações sociais exercidas pela sociedade, ditando assim o que é ser homem e o que é ser mulher.

Filmes do movimento *Star System*, vulgo hollywoodiano, passaram a ser elemento fundamental do movimento cinematográfico que, portanto, se tornou um dos formadores do imaginário ocidental moderno. Pode ser citado aqui um trecho de Siqueira (2006): “... o poder é exercido pelos meios de comunicação de massa através de múltiplas relações de força. De um lado se situa a obra – instituidora de sentidos – e do outro o indivíduo, historicamente situado, que é ao mesmo tempo sujeito e objeto do discurso” (p.131).

Esse imaginário é o que mais acima foi chamado de subjetivo. Os homens e mulheres têm internalizado representações do que é ser um ou outro, gerando então identificação para com o semelhante e a estranheza para com o outro. Segundo Lopes (2006): “Essa preocupação leva ao questionamento da cultura e da arte não como criadoras, mas como reafirmadoras ou críticas dos clichês das representações de gênero e de orientação sexual.” (p.381).

O cinema não se restringe apenas à categoria de hollywoodiano, mesmo que esse seja o mais popular e dominante no ocidente, o que significa dizer que existem produções cinematográficas que quebram com essa forma de reprodução de símbolos, significados e representações. A escolha do diretor Pedro Almodóvar se deu nesse sentido, na busca de entender além de como a instituição dos padrões modernos se dão, para também compreender como eles podem ser quebrados, mudados ou refeitos.

O cinema pode criar sobre a questão de gênero uma determinada classificação, estabelecendo para cada um deles um lugar de ocupação, especificando quem são seus objetos de interesse e como eles devem ser representados nas telas. Segundo Lauretis, 1978, p. 28, apud Gubernikoff, p. 66, 2009:

Afirma-se que o cultural é uma área de intervenção da ideologia, e se a imagem representada da mulher é uma imagem estereotipada, pode-se dizer que a construção social da mulher, aquela trabalhada pelas diferentes mídias (seja por revistas ou anúncios, seja por cinema e televisão) é baseada em critérios preestabelecidos socialmente e impõe uma imagem idealizada da mulher.

Além de tudo, gênero é geralmente limitado a apenas dois – homem e mulher – deixando a margem ou então a uma representação ainda mais estereotipada e marginalizada de outras categorias, como transexuais ou travestis, e identificando o homossexual com características de seu sexo oposto, de forma a invalidar ou enfraquecer sua posição social por não ser aquilo que era esperado dele, de acordo com o ideal da sociedade. É então compreensível como a ideia de gênero seja constitutiva das relações entre as pessoas, baseando-se nas diferenças entre os sexos, o que dá significado às relações de poder, e é nesse momento que a representação feminina no cinema precisa ser trabalhada e discutida.

Em um movimento muito comum, o cinema industrializado tem como característica

manter um padrão de como ele é capaz de criar e representar personagens femininas nas telas. Segundo a pesquisadora feminista Mulvey (1975) (apud Maluf, De Mello, Pedro, 2005), essas representações no cinema são feitas sob uma perspectiva masculina, que corresponderia a uma imagem da mulher como objeto passivo, ou fetichizando a imagem feminina, reduzindo-a a mero objeto de estímulo sexual. O espectador é conduzido a vivenciar aquelas imagens dessa forma, então acaba por subjetivar essas representações, o que dá continuidade a dominância machista para com a imagem da mulher.

O que se conclui é que foram os homens os produtores das representações femininas existentes até hoje, e essas estão diretamente associadas às formas de a atual mulher ser, agir e se comportar. O que se discute é o fato de a mulher contemporânea buscar se enquadrar em uma imagem projetada de mulher que, na verdade, é aquela que eles gostariam que ela fosse, a partir de representações femininas cunhadas pelos meios de comunicação e, principalmente, pelo cinema. (Gubernikoff, 2009, p. 67)

Nesse contexto, fica claro como a cultura onde esse trabalho é discutido carrega consigo uma intensa forma de opressão, objetificação, classificação e desconsideração da mulher em sua posição social definida por seu gênero, sendo a ideologia patriarcal responsável por essa instituição. Essas imagens e caracterizações do que é ser mulher para o cinema feito sob essas medidas está diretamente associado à influência que aplica sobre as mulheres que o assistem, moldando, portanto, sua autoimagem de acordo com o que lhe foi apresentado como ideal.

O problema aqui gerado é uma frustração e uma busca eterna da mulher contemporânea para se encaixar nos padrões imaginários e, muitas vezes, longe do real, do que os homens gostariam que elas seguissem. A construção da autoimagem feminina fica prejudicada e ela acaba aceitando um lugar social e ideológico em que foi colocada, não por concordar com ele, mas por que suas construções sociais foram subjetivadas daquela maneira num movimento de projeção e identificação, sem nenhum questionamento feito, sem que as imagens que ditaram todos os rumos que deveria tomar em sua vida tivessem sido pensadas, resinificadas ou problematizadas.

A mulher projetada nos filmes do *Star System*, então, se torna um produto a ser consumido pelos homens e um objeto de consumo na intenção de serem consumíveis. Nesse sentido, Siqueira (2006), diz: "... as imagens do cinema se confundem muitas vezes com as próprias imagens que o sujeito tem de si mesmo. As imagens não são vistas como objetos externos que trazemos para reflexão, mas como âncoras facilitadoras do conhecimento de nós mesmos/as" (p.139).

Além disso, as mulheres também se tornam consumidoras de dois outros produtos, o primeiro é a ideologia capitalista e o segundo é a sua própria feminilidade. Dessa forma, Gubernikoff diz:

Feminilidade tornou-se, assim, sinônimo de atração sexual e, portanto, disponibilidade para os homens. A mulher interiorizou os conceitos divulgados pelo cinema clássico como se fossem a sua própria identidade. Nesse processo, foi objetivada como consumidora. De um lado, de uma ideologia – a capitalista, e, de outro, de um produto – sua própria feminilidade. Enfim, ela só é mais um dos elementos na estrutura da sedução.

Nota-se, por fim, que a mulher está sujeita a consumir para ser consumida e que sua representação sofre grande objetificação, colocando-a numa posição oprimida. Essa é a motivação de ter realizado esse estudo, com o objetivo de trazer junto à análise de um filme outra possibilidade de olhar e representar a mulher.

Bersani e Dutoit trazem a explicação da relevância de se fazer filmes que visam quebrar o comum, romper com o cotidiano problemático legitimado como a única via possível de se entender o mundo e a sociedade. Segundo Bersani e Dutoit apud Bento, 2008, p. 241:

Esses filmes, então, conteriam um poder potencialmente emancipador, devido ao modo pelo qual suas narrativas fogem das formas fixas de subjetividade. Para os autores, o interesse nesses filmes nunca deve ser puramente formal, limitado ao nível de catalogar dispositivos e formas narrativas, mas também ético e reflexivo. De acordo com Bersani e Dutoit, o trabalho dos filmes seria assumir um papel ativo de mobilização das subjetividades dos espectadores, mexendo com suas identidades fixas. Esta relação deveria implicar possibilidades de mudanças na percepção estética e nas implicações éticas.

Foi utilizada a análise cinematográfica para decompor o filme em partes, entendê-las e analisá-las, além de explicar suas articulações e sua construção, propondo uma interpretação. Segundo Cf. Vanoye (1994) (apud Penafria, 2009) “(...). É necessário voltar ao filme tendo em conta a ligação entre os elementos encontrados. O filme é o ponto de partida para a sua decomposição e é, também, o ponto de chegada na etapa de reconstrução do filme. ” (p. 02).

Trabalhou-se na análise da dinâmica da narrativa, dos pontos de vista (no sentido sonoro-visual, sentido narrativo e sentido ideológico.), de algumas cenas principais do filme e por fim, criaram-se conclusões com base nas análises. Essa estrutura foi retirada do artigo *Análises de filmes – conceitos e metodologia(s)*, de Manuela Penafria (2009).

Além da estrutura sugerida por Penafria (2009), o processo de análise do material fílmico foi feito a partir das orientações metodológicas elaboradas por Vigotski (1998) para a Psicologia da Arte. Nesta proposta a reação estética é inferida da análise da composição artística. No caso do filme *Tudo sobre minha mãe*, foram consideradas as partes e as relações entre as partes que constituem a obra.

2 | DESENVOLVIMENTO DO ARGUMENTO

Tudo sobre minha mãe é um filme de 1999, do gênero drama, gravado na Espanha, escrito e dirigido por Pedro Almodóvar. A trama se inicia com Emanuela, enfermeira e mãe solteira, e seu filho, Esteban, um jovem apaixonado por literatura e teatro. Em seu aniversário de 17 anos, ele e sua mãe vão ao teatro. Na saída, ao tentar pegar um autógrafa da atriz principal da peça, Esteban é atropelado e falece. Emanuela fica abalada com a perda do filho e decide ir atrás do pai dele. Ela vai até Barcelona, onde acredita que

pode encontrá-lo. Em meio a sua busca, ela encontra outras personagens que mudam o rumo de sua vida. Ela consegue encontrar o pai de Esteban e conversar com ele. No final da história, Emanuela se depara com uma nova possibilidade de ser feliz, mesmo após a perda do filho.

As cenas analisadas seguiram um padrão ao serem filmadas em dois aspectos cinematográficos. O uso frequente do plano *Close-up* médio nas personagens enquanto elas mantêm a estrutura de conversa de 180° graus. O filme varia muito em planos, mas nas cenas com grande impacto e teor emotivo, essa junção se torna predominante. Existem exceções, mas elas também seguem um padrão de plano geral pequeno, dando enfoque em mostrar o ambiente e a participação de cada mulher nele. A iluminação no filme é mediana e variável, usando bastante da luz natural quando é dia e luzes fracas em ambientes fechados a noite.

As cores seguem extremos. Em determinadas cenas, elas são quentes e fortes e em outras cenas, são frias e neutras. Contudo, a cor mais marcante do filme é o vermelho. Ele está sempre presente de alguma forma, simbolizando o sangue derramado ao longo da narrativa por cada uma das personagens em seus momentos de sofrimento ou dor, mas também representa a força e a vitalidade de cada personagem. A história segue uma lógica cronológica e o filme é rodado em cenas dependentes umas das outras, porém com cortes e enfoques apenas no necessário, apesar do necessário ser, muitas vezes, cotidiano.

Emanuela, sendo a personagem principal, será a primeira analisada. Ela é enfermeira, mãe, solteira e claramente independente. É a personagem que carrega consigo a representação da maternidade, mas acima de tudo, de uma grande força de vontade e pulso firme. O início do filme, em que se mostra a relação dela com o filho, ilustra como ela assume o papel materno no cuidado, na atenção, no que ela deixa claro que é capaz de fazer por ele. Contudo, Emanuela não assume somente o papel de mãe de Esteban. Ela omite a história do que aconteceu com o pai do garoto, que não é presente na vida deles. Com isso, ela também toma conta do papel disciplinador e rígido que, simbolicamente, caberia ao pai. A relação dela com o filho não é romantizada, mesmo que essa seja a maior característica dele, um escritor que diz querer escrever papéis para a mãe atuar.

Existe um momento muito significativo no filme em que Esteban, antes da peça de teatro, está numa lanchonete escrevendo e do outro lado da rua, tem um pôster imenso de Huma, sua atriz favorita, com lábios vermelhos bem marcantes. Nesse momento, chega Emanuela, usando um sobretudo vermelho e para, em pé, a frente do pôster. A simbologia aqui diz respeito à grandeza que essas duas mulheres tem na vida do garoto.

Depois de sair da peça, Esteban, juntamente com a mãe, esperam por Huma, debaixo de chuva, para lhe pedir um autógrafa. Ele corre atrás do taxi, sofre um acidente e morre. Emanuela tem sua vida transformada drasticamente com tal ocorrido. O que antes ela vivia apenas no trabalho, como coordenadora e atriz de cenas para exemplificar

momentos de trágicas notícias sobre morte e conscientização por transplante, agora se torna algo empírico, real e doloroso. Ela tem dificuldades de lidar com sua vida atual em Madri e decide partir para Barcelona, onde fica clara sua intenção: contar ao pai sobre Esteban, aquele pai que ele tanto quis conhecer. O pai não sabia da existência de seu filho. Nesse momento do filme, já fica nítido toda a força e independência que Emanuela carrega consigo, mesmo em luto.

Em seguida, surge Agrado, uma travesti que trabalha como prostituta. A sua representação na trama é uma importante crítica social se levado em conta seu nome. A personagem Agrado significa aquilo que a sociedade rejeita, mesmo que por toda sua vida, tenha apenas tido a intenção de agradar aos outros. Sua primeira aparição no filme é quando Emanuela a salva do ataque um homem que pretende dela abusar. Ela é espancada, maltratada e desrespeitada por sua imagem, por seu emprego e por sua orientação sexual, não só por aquele homem, como por todas as pessoas.

Em uma cena bastante simples, ao andar pela rua com a amiga Emanuela, elas começam conversando sobre roupa. Agrado diz que um conjunto de marca a fazia sentir-se respeitável e depois comenta que o conjunto não é verdadeiro, pois ela não seria capaz de gastar tanto dinheiro assim em uma roupa com tanta fome pelo mundo. Depois acrescenta que de verdadeiro ela só tem sentimentos e silicone. Isso já é uma quebra do perpetuado estereótipo que mulheres só se importam com o superficial, mostrando como existe a conscientização pelo outro na personagem e que isso não anula sua possibilidade de investir em si mesma, em sua aparência. Então, o assunto se volta para a surra que Agrado levava na noite passada do abusador, e então ela fala que aquela surra é só mais uma das que ela já levou ao longo de 40 anos. É importante considerar aqui que ela está se referindo à surras não necessariamente físicas, mas metafóricas, por todas as dificuldades que já enfrentou na vida, como travesti, homo-afetiva e mulher.

Em determinado momento do filme, Agrado mostra suas duas lutas constantes com a sociedade. Na primeira cena, ela está passando roupa no camarim de Huma, para quem trabalha como assistente, quando um dos atores da peça entra e começa a insinuar que seria relaxante se ela o chupasse. Ela se revolta, diz já ter abandonado essa vida e se nega. Ele não leva seu 'não' a sério, insistindo até ela perder a paciência e se irritar com ele. Em outra cena, ela precisa informar à plateia que a peça não acontecerá devido um problema de saúde das atrizes.

Em seguida, ela sugere que quem decidir ficar, poderá se divertir ao ouvi-la contando sobre seu processo de transformação física. Algumas pessoas vão embora, mas muitas ficam e ela descreve quanto gastou e em quais partes do corpo colocou silicones e fez cirurgias estéticas. O dinheiro que ela cita é uma simbolização também para todo o seu sacrifício em se tornar aquilo que um dia desejou ser. Para finalizar sua apresentação, ela diz a seguinte frase: "Você fica mais autêntica quanto mais parecida fica com o que sonhou de si mesma". Esta frase sugere que ser aquilo que ela sonhava ser não tinha

nada a ver com obedecer a padrões, atingir ideais irreais e se prender em um corpo ou uma orientação sexual que não lhe satisfazia. Ela se tornou autêntica com a quebra de tudo o que lhe foi ditado, mesmo que isso tenha lhe custado caro, em dinheiro e em questões sociais.

Enquanto a cena supracitada acontece, é importante ressaltar que atrás de Agrado a cortina fechada é vermelha. Novamente a cor ressalta por um lado o sofrimento relacionado ao vir a ser alguém que destoa dos padrões vigentes e por outro, a força vital que ela carrega em si e em toda sua história de vida.

Rosa é a próxima mulher que aparece no filme. Ela é uma freira que trabalha com população marginalizada e de risco. Ela está prestes a viajar para substituir uma companheira de trabalho morta numa cidade que estava em guerra quando Agrado e Emanuela a encontram. Elas pedem auxílio para encontrar um emprego e Rosa se dispõe a ajudá-las. Ela está no filme carregando consigo um papel caridoso, ingênuo e altruísta.

Contudo, Rosa também é construída para criticar, mas diferente de Agrado, ela está colocada no lugar de vítima do destino enquanto a outra é colocada como desafiadora do mesmo. Não é dito nada sobre punição ou castigo no filme, mas pode ser passível de interpretação pelo que acontece com essa mulher por ter tomado uma decisão contraditória a sua escolha de vida. Ela é freira, porém engravidada de Lola, uma travesti que mais a frente do filme, descobre ser também o pai de Esteban. Lola é prostituta, usa drogas há 15 anos e não apresenta muito senso de empatia, de acordo com o que é dito sobre ela. Rosa faz exames e descobre ter ser soro positivo para AIDS, além de ter uma gravidez de imenso risco que a obriga a desistir do trabalho e ficar de repouso absoluto. Ao final do filme, ela falece no parto da criança.

Huma, já citada acima, é a atriz principal da peça “Um bonde chamado desejo”, atriz a qual Esteban desejava um autógrafa quando sofreu um acidente. Ela se torna parte da história quando Emanuela entra em seu camarim e acaba por ajudar Huma a encontrar Nina, sua parceira de palco e namorada, que enfrenta um sério problema com drogas. Nessa atitude, Emanuela ganha confiança de Huma e aceita a proposta de trabalhar como sua assistente, temporariamente.

Huma e Nina são opostos e complementares em suas representações. Huma representa força e poder enquanto Nina se coloca num lugar de desejo constante por fuga de realidade e comportamentos egoístas, que a prejudicam e prejudicam Huma também. A relação delas é de certa forma patológica e Huma é consciente disso, mas não consegue deixar Nina. O ponto importante a ser levantado aqui é a capacidade de amar, apesar de todos os problemas que isso possa causar e também a quebra da ideia de que mulheres se tornam vulneráveis ao amar. Huma nunca perde sua identidade forte e determinada ao amar Nina, assim como ela não é salva de seus problemas com drogas pelo amor de Huma.

Lola é a grande peça de fechamento da história. Ela, segundo Emanuela, representa

o pior lado de um homem e o pior lado de uma mulher. Sua aparição é curta, porém significativa. É quando ela aparece que a trama se fecha. Emanuela conta a ela sobre o filho que tivera, conta sobre o acidente e mostra um de seus escritos em que diz que gostaria de conhecer o pai, independente de quem era ou de como se comportou com a mãe, o que mostra a possibilidade de aceitação que Lola tanto buscava. Ela está infectada com AIDS e morrerá em breve, o que a força a se despedir de Emanuela e de seu outro filho com Rosa, que também foi nomeado Esteban.

Todos os filhos levaram consigo o nome do pai, porém nunca o amor ou a presença dele. Isso também é um efeito de crítica muito importante.

É notável que, independente do tipo de representação que cada uma dessas mulheres tenha, a relação entre elas é sempre um vínculo positivo, mostrando solidariedade e ajuda. Não existe rivalidade ou julgamentos. Essas mulheres se ajudam, contam umas com as outras e parecem demonstrar grande empatia com a próxima, o que sugere a importância da lealdade de mulher a mulher e quebra com ideais industrializados de competição feminina.

Para exemplificar o que foi dito acima, uma relação bastante importante é a de Rosa e Emanuela. Rosa pede para alugar um quarto do apartamento e conta que está grávida de Lola. Emanuela tem uma reação bastante irritada com relação à notícia, mas sua razão para discutir com Rosa é preocupação e um pouco de medo. Ela se nega a alugar o quarto para a freira, mas diz que ela precisa ir ao médico e a acompanha. Depois da consulta, Emanuela diz a Rosa que ela precisa contar para a mãe e novamente, elas entram conflito. Ainda que o modo da conversa tenha se desembocado em uma discussão, o motivo é de preocupação e cuidado. Emanuela briga com Rosa como uma mãe briga com uma filha, com a única finalidade de querer o bem para ela.

A relação delas se torna mais íntima e próxima quando Rosa descobre ser soropositivo para AIDS. Emanuela então decide cuidar dela por todo o período da gravidez de risco e também cria a oportunidade de Rosa contar à verdade à mãe sobre tudo o que lhe aconteceu. Por fim, quando Rosa falece, Emanuela decide adotar e cuidar de seu filho. Aconteceu um processo de identificação e suporte entre Emanuela e Rosa, o que sugere que por todo o percurso, a relação das duas mulheres foi de solidariedade e apoio. Ainda que existissem conflitos e tensões, elas só aconteceram por preocupação, carinho e diligência.

A ligação feminina positiva, apesar de todas as suas diferenças, se mostra clara na cena em que Huma vai até o apartamento de Emanuela para lhe pagar por seu trabalho de assistente, do qual tinha se demitido. Lá, ela encontra Rosa e em seguida, Agrado, que acaba por ser indicada para trabalhar com Huma no lugar de Emanuela. As quatro ficam na sala, tomando champanhe e conversando descontraidamente e rindo juntas. Essa cena, além de ser uma grande quebra do clima dramático do filme, ilustra como o vínculo entre mulheres pode ser benéfico para todas quando esse se dá por acaso, sem

intenções ou finalidades que não apenas estarem umas com as outras.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com as reflexões teóricas e as análises, podemos concluir que o filme analisado tem grandes efeitos em uma nova representação feminina no cinema, que é importante para uma reconstrução no ideal de o que é mulher e do que é ser mulher. A identidade hoje construída, assim como a internalização do conceito e do padrão pode ser afetada de outra forma por personagens como as de Almodóvar, de forma a quebrar com a desenfreada produção de imagens estereotipadas e restritivas do universo feminino, possibilitando assim uma ampliação na visão da mulher no cinema e na sociedade, dando a elas mais voz política, social e econômica, ou seja, renomeando as relações de força da sociedade.

As mulheres da trama, ainda que feitas sob a perspectiva de um diretor, não estão ali para o consumo e prazer dos homens, não são fetichizadas, não são usadas como objetos sexuais ao longo da história para atrair olhares masculinos e Pedro Almodóvar deixa isso claro. É preciso pensar também como o psiquismo masculino internaliza as mulheres e como isso afeta na perpetuação do patriarcado, do machismo e de práticas que desconsideram as lutas femininas por espaço, respeito, reconhecimento etc.

O cinema pode ser a porta de entrada para uma nova compreensão do que é ser gente, mudando a maneira como as mulheres, os homens e todos aqueles que ainda não acharam uma maneira de se definir, se enxergam e enxergam uns aos outros. Nesse aspecto, Bento, 2008, p. 241 diz:

O cinema bem explorado em suas potencialidades, seria capaz de colocar em jogo novas possibilidades de existência e atuar construindo novas formas de subjetividades. Certos filmes teriam a força de provocar experiências psíquicas profundas no espectador – experiências para as quais somos convidados a participar, evocando não apenas a disponibilidade de modos alternativos de ser, mas a possibilidade de escapar dos limites de qualquer modelo pré-determinado de compreensão da realidade.

Tanto na forma como as representa, quando nos diálogos e nas lutas que elas enfrentam dia a dia (desistência da vida de prostituição, reconhecimento, respeito etc.), as personagens de Pedro Almodóvar são ativas em suas próprias vidas, independentes de homens num aspecto geral e causam forte impacto por não serem submissas, consumidoras da feminilidade para serem consumidas e também não são sexualizadas.

Portanto, refletindo sobre tudo o que fora previamente discutido, seria relevante se o cinema pudesse oferecer, dentro de seu grande e generalizado poder de influência e subjetivação, outros pontos de vista e possibilidades sobre o que é ser mulher e rever como esse ideal hollywoodiano é inalcançável e desestruturante para o psiquismo feminino. *Tudo sobre minha mãe* pode ser um dos filmes que começa uma nova era do cinema, a era em que o cinema gera uma nova representação da mulher.

REFERÊNCIAS

- BENTO, G. da R.: O espectador e os efeitos da experiência cinematográfica. **Ciências & Cognição**. 2008; Vol 13 (2): 235-242<<http://www.cienciasecognicao.org> > © Ciências & Cognição Submetido em 14/02/2008 | Revisado em 27/03/2008 | Aceito em 28/05/2008
- BERNARDET, J.C. **O que é cinema?** São Paulo: Brasiliense, 1985.
- GUBERNIKOFF, G. A imagem: representação da mulher no cinema. **Conexão – Comunicação e Cultura**, UCS, Caxias do Sul, v. 8, n. 15, jan/jun. 2009.
- LOPES, D. Cinema e Gênero. IN: Mascarello, F. (org.). **História do cinema mundial**. Campinas, SP: Papyrus, 2006.
- MACHADO, R. **Deleuze, a arte e a filosofia**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.
- MALUF, S. W. DE MELLO, C. . PEDRO, V. Políticas do olhar: feminismo e cinema em Laura Mulvey. **Estudos feministas**, Florianópolis, 13: 256, maio/agosto /2005.
- PENAFRIA, M. Análise de filmes – conceitos e metodologia(s). VI Congresso SOPCOM, Abril de 2009.
- ROSSLER, J. H. O desenvolvimento do psiquismo na vida cotidiana: aproximações entre a psicologia de Alexis N. Leontiev e a teoria da vida cotidiana de Agnes Heller. **Cad. Cedes**, Campinas, vol. 24, n. 62, p. 100-116, abril 2004.
- SIQUEIRA, V. H. F. Sexualidade, Gênero e Educação: a subjetivação de mulheres pelo cinema. **Educação & Realidade**, 2006 - redalyc.org.
- VIGOTSKI, L. **Psicologia da Arte**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- TUDO SOBRE MINHA MÃE. Direção: Pedro Almodóvar. Produção: Agustín Almodóvar. Espanha (Barcelona e Madri): El Deseo S.A. Renn Productions. France 2 Cinéma. Vía Digital, 8 de outubro de 1999. Disponível no Netflix ou em DVD.

REFLEXÕES SOBRE CIDADE E ALMA

Data de aceite: 03/08/2020

Priscila Valente Alonso

Psicóloga Clínica

Membro Analista da Associação Junguiana do Brasil, AJB- IJUSP, filiada à International Association for Analytical Psychology – IAAP

RESUMO: O artigo baseia-se nas ideias de James Hillman e nas de Jung para desenvolver uma reflexão sobre cidade e alma. O autor parte do conceito de arquétipo, da psicologia arquetípica e da noção de *anima mundi* para nortear seu texto, refletindo sobre a subjetivização do indivíduo como tendo apartado-o do mundo e questiona como reconhecer a alma no mundo, nas coisas e nas cidades.

PALAVRAS - CHAVE: Alma, cidade, mundo.

REFLECTIONS ON CITY AND SOUL

ABSTRACT: The article draws on James Hillman and Jung's ideas to develop a reflection about the city and the soul. The author starts from the concept of archetype, archetypal psychology and the notion of *anima mundi* to guide his text, reflecting on the subjectivization

of the individual as having separated him from the world and asking how to recognize the soul in the world, in things and in the cities.

KEYWORDS: Soul, city, world.

REFLEXÕES SOBRE CIDADE E ALMA

De quem são as cidades?

Nós somos da cidade

Mas as cidades de quem são?

(MIKLOS, P.)¹

Em agosto de 2017, participei de um congresso junguiano², onde houve uma conversa sobre o tema deste artigo provocada por trechos de textos do analista americano James Hillman, que tanto nos enriquece com suas ideias, ampliando nosso olhar para a alma, a psicologia clínica, as artes e o mundo. A contribuição de Hillman é de extrema importância e relevância, ao que me parece, não só para analistas junguianos, mas para todos nós.

Hillman segue Jung ao fazer seu trabalho, e desenvolver suas ideias, principalmente com a herança que Jung nos deixou sobre a noção de arquétipos. Hillman aprofunda a compreensão sobre o arquetípico, ampliando

1 MIKLOS, P., *De quem são as cidades?*, 1994.

2 XXIV Congresso Nacional da Associação Junguiana do Brasil – Fronteiras - Foz do Iguaçu/PR de 24 a 27 de agosto de 2017.

nosso modo de pensar e praticar psicologia. É, para mim, o mais junguiano dos junguianos... Norteada pelas ideias de Hillman e pela psicologia arquetípica, escrevo este artigo.

Pensando no tema “Cidade e Alma”, no congresso citado acima, ficou uma pergunta “no ar”, que me fez voltar à estas reflexões. A pergunta de um dos participantes foi “se não é na cidade, nem nas montanhas, então onde ir para cultivar alma?”

Explico: numa das citações de Hillman do livro “Cidade e Alma”, editado em 1993 no Brasil pela editora Studio Nobel, ele afirma que o subjetivismo não foi a melhor saída da psicanálise, pois contribuiu para deixar nossas cidades violentas, sujas e feias, e avança dizendo que evadir das cidades para montanhas ou lugares isolados, não é a melhor solução para cultivarmos alma.

Esses lugares “místicos” não nos tiram do subjetivismo, diz Hillman. Ele afirma que nossas questões particulares, também são reações aos espaços públicos e escreve, “(...) nossos problemas se originam não apenas em nossos eus particulares e seus passados, mas são reações aos nossos espaços públicos (...) e habitações, nossa interioridade psíquica e desenhos interiores estão profundamente correlacionados, tanto quanto se acreditava há séculos que a alma da pessoa e a *anima mundi* ou alma do mundo são inseparáveis.”³

Sendo a alma da pessoa e a alma do mundo inseparáveis, talvez possamos olhar o mundo de outro lugar, e estar no mundo, em um lugar que nos aproxime e envolva com o mundo, com as cidades; e, não, nos apartando deles.

Dentre as muitas definições da palavra “alma”, no antigo dicionário Aurélio, a primeira delas é “princípio de vida”, mais adiante “sede dos afetos, dos sentimento, das paixões” e ainda, “sentimento, generosidade, coração, entusiasmo, pessoa que é objeto vivo de amor ou amizade, essência”; deriva do latim *anima*.

“Cidade” no dicionário Houaiss, significa aglomeração humana de certa importância, localizada numa área geográfica circunscrita e que tem numerosas casas, próximas entre si, destinadas à moradia e/ou a atividades culturais, mercantis, industriais, financeiras e a outras não relacionadas com a exploração direta do solo.

Se juntarmos as duas definições, numa equação simplista e literal, entende-se por cidade o lugar de muitas pessoas iniciarem a vida e experimentarem afetos e sentimentos do coração, como amor e amizade.

A alma quer consistência e profundidade, ela produz imagens. Psique é imagem, segundo Jung⁴. A cidade que nos abriga, nos obriga a experimentá-la. Viver a cidade é uma experiência arquetípica porque é comum à todos nós e se repete.

Para continuar a tecer ideias sobre este assunto acho importante relatar brevemente à que a psicologia arquetípica de Hillman se propõe.

A psicologia arquetípica intenciona ir além da clínica dentro dos consultórios de

3 HILLMAN, J., **City and Soul**, (Uniform ed., vol. 2) Spring Publications, 2006. Tradução livre citada no texto de Jonathan Harrel *Longing for Ugliness* na 3ª revista anual do The Dallas Institute of Humanities and Culture, 2014. p. 149.

4 JUNG, C.G., OC 13 §75, Petrópolis, Ed. Vozes, 2003.

psicoterapia e sair para o mundo, para a cultura e para a imaginação da cultura e do que se cultua. “É uma psicologia deliberadamente ligada às artes, à cultura, e à história das ideias, na forma como florescem da imaginação”.⁵

Vale lembrar que, na definição tradicional, arquétipos são formas primárias e padrões básicos que governam a psique, se repetem e são comuns a todos nós. Os arquétipos são padrões, ou melhor, estilos de comportamento e imagens universais existentes desde os tempos mais remotos, comuns a todos nós seres humanos e que se repetem em toda experiência humana.⁶ Hillman reforça e amplia esta idéia, afirmando que “(...) arquetípico pertence a toda a cultura, a todas as formas de atividade humana(...)”.⁷ Se os arquétipos estão presentes em todo tempo e lugar, podemos pensar na cidade não só como um dos lugares de manifestações arquetípicas, mas também como uma realidade arquetípica.

A noção de *anima mundi*, alma do mundo, nos auxilia e nos aproxima dessas reflexões. Significa dizer que a alma está no mundo, nas coisas, dando aos fenômenos significado e intenções inteligíveis, além de interioridade. A alma torna possível o significado transformando eventos em experiências. Hillman diz que “a psique como *anima mundi*, a alma neoplatônica do mundo, já está dada junto com o mundo, de tal forma que a segunda tarefa da psicologia é escutar a psique falando através de todas as coisas do mundo, recuperando assim o mundo como lugar da alma.”⁸

A alma estando no mundo, nas cidades e nos lugares ‘fora de nós’, nos tira da subjetividade tão valorizada em nossos tempos modernos, abrindo a possibilidade da ideia de interioridade nas coisas que estão também fora de nós.

Esta ênfase, talvez exagerada, na subjetividade nos isolou do mundo, das cidades, dos lugares e da própria alma. Perdemos a alma nesse longo processo de “subjetivização” distanciando-a do sentido platônico; erramos! Perdemos as imagens e a capacidade de imaginar, esse foi o resultado da intensificação do subjetivo, “a psicologia arquetípica especifica este erro como uma perda da alma, perda que ela depois identificará com a perda das imagens e do sentido imaginário. A consequência foi a intensificação da subjetividade, que aparece tanto dentro de um egocentrismo fechado como na hiperatividade, ou fanatismo pela vida...”⁹ Ficamos “umbigados” demais e subjetivos demais - voltados para nós mesmos.

Esse inchaço de subjetividade, equívoco da própria psicoterapia moderna, entende a interioridade das coisas e do mundo numa equação simples da projeção de nossas próprias fantasias e humores, de uma subjetividade que pertence só ao humano.

A noção de subjetividade aprisionou mais do que libertou em suas metáforas, ideias

5 HILLMAN, J., **Psicologia Arquetípica – um breve relato**, São Paulo: Ed. Cultrix, 1983, p. 21.

6 JUNG, C.G., *OC 9/1 §89*, Petrópolis, Ed. Vozes, 2003. “O conceito de arquétipo, que constitui um correlato indispensável da idéia do inconsciente coletivo, indica a existência de determinadas formas na psique, que estão presentes em todo tempo e em todo lugar.”

7 HILLMAN, J., **Psicologia Arquetípica – um breve relato**, São Paulo: Ed. Cultrix, 1983, p. 21.

8 Idem, p. 40.

9 HILLMAN, J., **Psicologia Arquetípica – um breve relato**, São Paulo: Ed. Cultrix, 1983, p. 48.

e imagens do “interior” e do “interno” - a pessoa de dentro, o indivíduo, a vida dentro, a introversão. A vida externa, o mundo exterior ficou inanimado, só existindo à medida que o “eu” subjetivizado o anima.

Penso que essa noção precisa ser reelaborada, revista. A doença foi para ‘fora’ depois de tanto olhar para dentro.

A crise passou a ocupar o ‘fora’ - poluição, crimes, fraudes, exibições exageradas, aumento de lixo, queda de nível de instrução... Esta crise urbana foi construída, pois não temos mais o habitat para as matérias se decomporem, fermentarem, e fazerem natural e organicamente suas funções. A carência dessas operações são equivalentes ao colapso das coisas construídas. Gustavo Barcellos enriquece esta consideração, afirmando em seu texto *A alma na cidade* : “(...) é hoje nas cidades, na esfera pública, burocracia, na mídia, nas ruas onde parece estarmos ainda mais à mostra em nossa patologia coletiva e em nossa necessidade de consciência.”¹⁰ Penso que o momento de crise do mundo, é um chamado para tornar-se consciente dele próprio como realidade psíquica, um pedido para aliviar seu sofrimento.

A alma foi, aos poucos, expulsa do mundo na tradição ocidental, deixando-o inanimado. O mundo precisa se “almar”, se perceber na penumbra, perceber a interioridade dos espaços públicos, das praças, parques, ruas e avenidas. Para isso não são necessárias decisões de melhorias em programas políticos falsos, e nem se trata de algo místico ou transcendente. Qualidade de alma nas coisas e no mundo, é enxergar *interioridade* em todos os eventos das coisas do mundo.

Voltemos, então, à ideia de *anima mundi* citada acima. É ela que permite perceber que todas as coisas têm um sentido mais profundo, essência e caráter. A alma na cidade e no mundo, indica e aponta a possibilidade animada de cada evento ou fato. Hillman nos auxilia dizendo: “Não apenas animais e plantas almadados, como na visão romântica, mas a alma que é dada em cada coisa, as coisas da natureza dadas por Deus e as coisas da rua feitas pelo homem.”¹¹

Considerando que a interioridade está também nos espaços públicos e não só em nosso passado individual, a interioridade da cidade também está em nós. Nos provoca, nos encanta, nos entristece, nos alegra, nos atinge.

Reconhecer a *anima* no inanimado, ou o que parece ser, faz o trabalho do culto à alma da cidade. Penso que à psicologia da cidade, pertencem a qualidade de seu conhecimento histórico, seus hábitos, sua cultura geral, linguagem, experiências trágicas ou não vividas (guerras, fracassos, vitórias), bem como seus sistemas e acontecimentos políticos, as características de suas instituições, o funcionamento do seu sistema viário, suas construções, seus meios de transporte e seu lixo. Tudo isso tem um formato, um jeito, uma cara. O mundo e as cidades aparecem para nós em cores, climas e atmosferas.

10 BARCELLOS, G. *Vãos e Raízes – ensaios sobre psicologia arquetípica, imaginação e arte*. São Paulo: Ed. Ágora, 2006, p.97.

11 HILLMAN, J. *O pensamento do coração e a alma do mundo*. Campinas –SP: Ed. Verus, 2010, p.89.

Novamente, Hillman vem nos auxiliar dizendo que “um objeto presta testemunho de si mesmo na imagem que oferece, e sua profundidade está nas complexidades dessas imagens. (...) Cada evento particular, incluindo os seres humanos com seus pensamentos, sentimentos e intenções invisíveis, revela uma alma em seu aspecto imaginativo.”¹²

Se as cidades são os lugares onde vivemos e nos abrigamos, e isso nos atinge, nossos abrigos estão voltando-se para nós como um ataque inimigo, pois, em sua maioria andam excessivamente violentos, criminosos, feios e corrompidos; a alma da cidade está nos respondendo patologizada. Aí, nesses eventos está a alma e o interior do mundo atual, pedindo atenção.

*Ó nostalgia dos lugares que não foram
Bastante amados na hora passageira
Quem me dera devolver-lhes de longe
O gesto esquecido, a ação suplementar.*
(Rilke)¹³

Me pergunto qual seria a “saída” para essas reflexões e volto à pergunta inicial, “para onde ir”? Deveríamos levar nossos espaços públicos, sejam eles praças, ruas, parques ou avenidas para a terapia? Como oferecer o retorno da alma ao mundo e às coisas do mundo? Que metáforas nos ajudariam no cultivo da alma na cidade?

A cidade como realidade arquetípica, vai além da compreensão literal da aglomeração de pessoas, ela é o lugar físico onde vivemos. Esse lugar tem um nome, uma característica, possui sua particularidade e, em seu reconhecimento, podemos encontrar sentido e profundidade. Do ponto de vista psíquico, essa perspectiva é o que nos abriga, nos acolhe, nos sustenta e em seu viés nos repele do mundo.

Nos seus bancos de praça, instituições, programas políticos, arranha-céus há que se reconhecer significado. Re-imaginar a cultura, as cidades e os lugares podem nos ajudar. Recuperar a perspectiva re-apresentada por Hillman no total resgate da ideia platônica de *anima mundi*, a alma do mundo, conferindo a todos os fenômenos significados e intenções inteligíveis, qualificando-os.

Hillman diz, textualmente, que “o processo de re-imaginar e de re-animar a psique cultural, objetivo da psicologia arquetípica, necessita de patologizar, pois somente esse enfraquecimento, ou “desestruturação”, quebra uma subjetividade autocentrada e a restitui às suas profundezas na alma, permitindo a reparação da alma no mundo das coisas”.¹⁴ A alma reaparece no aprofundamento dos eventos animando as coisas e o mundo. Isto nos obriga a aceitar o sofrimento do mundo, sua feiura, seus erros e vazios.

As cidades também são para nós elementos que se entranham em nossa afetividade, nos envolvendo com alma, pois fazem parte de nosso acervo de experiências através de memórias e referências estéticas e afetivas como já foi mencionado acima. Sob este olhar, elas têm alma, ou a alma as têm, o que permite uma perspectiva diferente no modo

12 Idem, p.91.

13 RILKE apud BACHELARD, G. **A poética do espaço**. São Paulo -SP: Ed. Martins Fontes, 2008, p.70.

14 HILLMAN, J., **Psicologia Arquetípica - um breve relato**, São Paulo: Ed. Cultrix, 1983, p. 48.

de sentir, estar e pensar o mundo. A cidade existe em nossa imaginação e pode ser imaginada nós.

Talvez a resposta estética, no sentido da filosofia, voltada para a reflexão a respeito da beleza sensível e do fenômeno artístico, seja um modo de devolvermos à alma ao mundo. Estar na cidade, viver em nossas cidades, relacionando-se com elas, sob a perspectiva poética, pode nos permitir reconhecer a alma no mundo, ativando o coração no sentido de responder sensorialmente. Não menciono um comportamento ligado à emotividade, mas sim a um modo de “pensar” e responder pelo coração como órgão da percepção produtor de imagens que inspiram e conduzem as sensações permitindo avanços ao mundo e a nós.

Aqui estamos no terreno de uma compreensão menos crítica e cartesiana e mais circular, num reconhecimento das coisas e do mundo com menos subjetividade, mais fraternidade, ajudando a retornar a alma ao mundo e às cidades de uma maneira urgente e também como cura.

A linguagem poética, através das imagens, nos auxilia a fazer ligações diretas com a realidade psíquica.

Refiro-me aos poetas, arquitetos, músicos, filósofos e artistas que, com seu trabalho, reconhecem beleza na interioridade, na alma das coisas, das cidades e do mundo. Traços delicados de lindos projetos arquitetônicos, imagens existentes nas poesias e canções, pinturas, danças, esculturas, fontes, devolvem e harmonizam a beleza e estética, possibilitando acesso mais fácil à afetividade da cidade e na cidade e, portanto, da alma do mundo, recuperando a *anima mundi*.

Termino estas reflexões transcrevendo as letras de duas canções de dois de nossos grandes compositores da Música Popular Brasileira onde, de maneiras diferentes mas não menos poéticas, reconhecem a alma e a beleza da cidade do Rio de Janeiro, considerada o coração do Brasil. São eles Noel Rosa, com a letra de “Cidade Mulher”, e Chico Buarque de Holanda, em sua “Carioca”.

“Gostosa, quentinha, tapioca

O pregão abre o dia: hoje tem baile funk, tem samba no Flamengo

O reverendo, no palanque lendo o Apocalipse, o homem da Gávea criou asas

Vadia, gaivota, sobrevoa a tardinha, e a neblina da ganja

O povaréu sonâmbulo, ambulando que nem muamba nas ondas do mar

Cidade maravilhosa, és minha! O poente na espinha das tuas montanhas

Quase arromba a retina de quem vê

De noite, meninas, peitinhos de pitomba, vendendo por Copacabana

As suas bugigangas, suas bugigangas”

(HOLLANDA, Chico Buarque de) ¹⁵

15 HOLLANDA, C.B. **Carioca**, 1998.

“Cidade de amor e aventura, que tem mais doçura que uma ilusão

Cidade mais bela que um sorriso, maior que o paraíso, melhor que a tentação

Cidade que ninguém resiste na beleza triste de um sambacanção

Cidade de flores sem abrolhos que encantando nossos olhos, prende o nosso coração

Cidade notável, inimitável, maior e mais bela que outra qualquer.

Cidade sensível, irresistível, cidade do amor, cidade mulher.

Cidade de sonho e grandeza que guarda riqueza na terra e no mar

Cidade do céu sempre azulado, teu Sol é namorado da noite de luar

Cidade padrão de beleza, foi a natureza quem te protegeu

Cidade de amores sem pecado, foi juntinho ao Corcovado que Jesus Cristo nasceu”

(ROSA, Noel)¹⁶

Se as letras dos poetas nos levam para a interioridade da cidade, reconhecendo-a, podemos, como eles, imaginar com o coração desperto, os lugares e o mundo que vivemos, reconhecendo que a alma também está lá fora.

Santos, São Paulo

Setembro, 2019¹⁷.

REFERÊNCIAS

ALONSO, P.V., Atas do colóquio “**cidade & alma I perspectivas**” de 20 de outubro de 2017. Faculdade de Arquitetura e Urbanismo /Universidade de São Paulo (FAUUSP): 2017. Disponível em: <http://www.fau.usp.br/cidadeealmaperspectivas/CIDADEEALMA2018.pdf>. Acessado em 09/09/2019.

BARCELLOS, G. **Vôos & Raízes – ensaios sobre imaginação, arte e psicologia arquetípica**. São Paulo: Ágora Ed., 2006.

HILLMAN, J. **Psicologia Arquetípica – um breve relato**. São Paulo: Cultrix Ed., 1988.

_____ **O pensamento do coração e a alma do mundo**. Campinas-SP: Verus Ed., 2010.

JUNG, C.G. **Os arquétipos e o inconsciente coletivo**. Petrópolis-RJ: Vozes Ed., 2003.

_____ **Estudos Alquímicos**. Petrópolis-RJ: Vozes Ed., 2003.

16 ROSA, N. **Cidade Mulher**, 1936.

17 Revisado e ampliado a partir do artigo homônimo do autor, redigido em Setembro de 2017.

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 e Psicologia. Na pós-graduação da Faculdade Plus é professor dos cursos de: Políticas Públicas, Saúde Pública, Neuropsicopedagogia, Psicopedagogia, Gestão de Pessoas, Psicologia Organizacional e Educação Infantil. É colaborador na elaboração de projetos sociais pelo Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), pelo município de Limoeiro do Norte, no Estado do Ceará. Tem 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.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Aconselhamento 82, 86, 90, 203, 206, 207, 208

Adolescência 14, 20, 59, 60, 73, 75, 76, 77, 78, 80, 82, 152, 159, 204

Alma 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227

Aprendizagem 27, 59, 61, 72, 73, 170, 171, 173, 176, 177, 178, 186, 187, 188, 189, 191, 192, 193, 194

Arquitetura 30, 31, 35, 36, 37, 227

Autismo 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 171

Avaliação 45, 53, 54, 60, 61, 62, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 81, 109, 111, 114, 116, 121, 122, 124, 129, 133, 151, 154, 156, 158, 208, 228

C

Cidade 30, 31, 34, 35, 36, 78, 85, 88, 89, 90, 91, 92, 159, 186, 188, 217, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227

Cinema 18, 209, 210, 211, 212, 213, 219, 220

Cirurgia bariátrica 105, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 114, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 127, 128

Compulsão 43, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 112, 114, 120, 121, 123, 124, 127

Conduta 24, 30, 31, 32, 33, 37, 207

Contemporaneidade 11, 29, 160, 162, 163, 164, 167

Cuidados paliativos 180, 181, 182, 183, 184, 185

Cultura 7, 2, 3, 4, 20, 25, 41, 42, 49, 96, 97, 107, 167, 189, 210, 211, 212, 213, 220, 223, 224, 225

D

Deficiência 61, 62, 68, 72, 113, 186, 187, 188, 189, 192, 193, 194, 195, 200

Depressão 14, 78, 81, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 142, 143, 144, 145, 146, 152, 200

E

Educação 3, 4, 5, 6, 7, 11, 23, 26, 27, 28, 72, 86, 87, 88, 92, 94, 162, 163, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 176, 177, 178, 186, 188, 192, 194, 195, 220, 228

Ensino 5, 7, 27, 29, 66, 72, 86, 87, 91, 101, 125, 135, 140, 170, 171, 176, 180, 186, 187, 188, 189, 191, 228

Espaço público 30, 34, 35

Espiritualidade 81, 180, 182, 183, 184, 185

Esquizofrenia 57, 203, 204, 205, 206, 207, 208

Estresse 51, 52, 76, 79, 103, 104, 115, 116, 120, 121, 130, 134, 154, 200, 206

Etiologia 57, 68, 69, 70, 75, 80, 139, 205, 207

Experiência 2, 20, 27, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 92, 95, 110, 115, 118, 154, 155, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 170, 174, 176, 178, 183, 185, 220, 222, 223, 228

F

Formação 3, 11, 21, 23, 25, 27, 28, 29, 31, 40, 55, 68, 95, 137, 153, 178, 189, 194, 206

G

Geriatrics 142, 144

I

Indústria 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11

Infância 19, 60, 61, 63, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 82, 110, 152, 160, 161, 162, 164, 165, 166, 167, 171, 178

Institucionalização 38, 39, 40, 41, 44, 48

Instrumento 26, 32, 54, 62, 109, 124, 173

Insuficiência renal 129, 130, 134

Inventário 66, 113, 129, 131

L

Liberdade 4, 7, 24, 25, 32, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 99, 160, 161, 170, 176, 179

M

Marketing 1, 6, 10

Motivação 2, 3, 59, 69, 110, 136, 145, 171, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 208, 214

Mulher 21, 24, 25, 28, 29, 78, 87, 89, 97, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 136, 137, 139, 209, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 226, 227

mundo 4, 10, 12, 13, 15, 23, 26, 41, 42, 55, 69, 93, 99, 103, 106, 135, 148, 160, 161, 162, 163, 165, 166, 167, 174, 176, 185, 193, 194, 197, 210, 214, 216, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227

Mundo 165, 185

N

Neurose 51, 52

P

Patologia 98, 113, 120, 196, 197, 206, 207, 208, 224

Pole dance 30, 31, 34, 35, 36

Privação 39, 40, 99

Psicologia 2, 7, 12, 20, 21, 23, 25, 27, 28, 29, 38, 39, 41, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 61, 63, 64, 68, 83, 97, 104, 106, 125, 127, 128, 134, 137, 140, 147, 149, 152, 153, 156, 157, 158, 159, 162, 170, 172, 174, 178, 179, 180, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 203, 208, 214, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 227, 228

Psicoterapia 52, 61, 135, 137, 138, 139, 148, 157, 173, 174, 176, 178, 179, 223

R

Relacionamento 5, 10, 12, 17, 18, 19, 58, 90, 99, 107, 118, 187

Resistência 4, 10, 30, 33, 46, 47, 48, 93, 110

S

Suicídio 42, 49, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159

T

Terceira idade 141, 142, 143, 144, 146

Trabalho 1, 5, 28, 31, 38, 40, 41, 44, 45, 46, 48, 50, 51, 52, 59, 64, 67, 68, 80, 81, 85, 88, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 99, 107, 115, 121, 132, 135, 136, 137, 143, 145, 146, 148, 149, 150, 151, 161, 163, 164, 169, 170, 171, 172, 173, 177, 180, 182, 186, 193, 194, 198, 203, 213, 214, 215, 217, 218, 221, 224, 226

Transtorno 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 68, 70, 71, 72, 73, 77, 78, 79, 81, 82, 101, 104, 110, 112, 113, 115, 116, 118, 119, 120, 122, 124, 125, 127, 136, 139, 152, 170, 176, 197, 201, 204, 205

Tratamento 41, 52, 58, 61, 62, 63, 71, 73, 74, 75, 77, 81, 82, 86, 90, 102, 106, 107, 109, 110, 115, 116, 118, 119, 120, 122, 124, 125, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 138, 139, 140, 150, 173, 179, 182, 196, 198, 200, 201, 206, 207, 208

V

Violência 21, 22, 23, 24, 25, 28, 29, 40, 42, 43, 44, 48, 89, 91, 93, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 145, 153, 156, 190

Vulnerabilidade 28, 42, 44, 46, 49, 84, 86, 93, 94, 96, 138, 146, 188, 195, 206

A PSICOLOGIA NA CONSTRUÇÃO DE UMA SOCIEDADE MAIS JUSTA 2

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

@atenaeditora 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

 **Atena**
Editora

Ano 2020

A PSICOLOGIA NA CONSTRUÇÃO DE UMA SOCIEDADE MAIS JUSTA 2

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

@atenaeditora 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 