

Atena  
Editora  
Ano 2021

Ezequiel Martins Ferreira  
(Organizador)

# *A Pesquisa em Psicologia:*

Contribuições para o  
Debate Metodológico

2

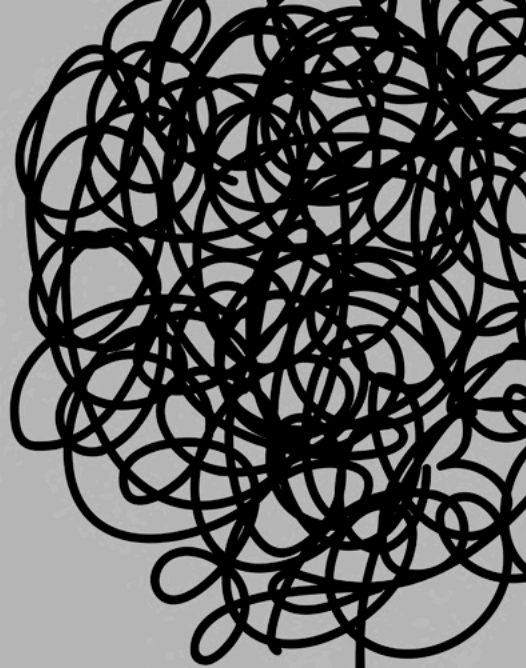


Ezequiel Martins Ferreira  
(Organizador)

# *A Pesquisa em Psicologia:*

Contribuições para o  
Debate Metodológico

2



**Editora chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Assistentes editoriais**

Natalia Oliveira

Flávia Roberta Barão

**Bibliotecária**

Janaina Ramos

**Projeto gráfico**

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

**Imagens da capa**

iStock

**Edição de arte**

Luiza Alves Batista

**Revisão**

Os autores

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 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.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

**Conselho Editorial**

**Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

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

Profª Drª Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

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. Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense  
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense  
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília  
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia  
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo  
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  
Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná  
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador  
Prof. Dr. José Luis Montesillo-Cedillo – Universidad Autónoma del Estado de México  
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  
Prof. Dr. Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso  
Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco  
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. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Salvador  
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### **Ciências Agrárias e Multidisciplinar**

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano  
Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará  
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados  
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. Jayme Augusto Peres – Universidade Estadual do Centro-Oeste  
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  
Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí  
Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão  
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 Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina  
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 Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra  
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. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará  
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 Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará  
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
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 da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

### **Ciências Exatas e da Terra e Engenharias**

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto  
Profª Drª Ana Grasielle Dionísio Corrêa – Universidade Presbiteriana Mackenzie  
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás  
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás  
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro

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  
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Sidney Gonçalves de Lima – Universidade Federal do Piauí  
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  
Profª Drª Edna Alencar da Silva Rivera – Instituto Federal de São Paulo  
Profª Drª Fernanda Tonelli – Instituto Federal de São Paulo,  
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 do Paraná  
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

## A pesquisa em psicologia: contribuições para o debate metodológico 2

**Diagramação:** Maria Alice Pinheiro  
**Correção:** Maiara Ferreira  
**Indexação:** Gabriel Motomu Teshima  
**Revisão:** Os autores  
**Organizador:** Ezequiel Martins Ferreira

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P474 A pesquisa em psicologia: contribuições para o debate metodológico 2 / Organizador Ezequiel Martins Ferreira. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-430-3

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.303210209>

1. Psicologia. I. Ferreira, Ezequiel Martins (Organizador). II. Título.

CDD 150

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

**Atena Editora**

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



## DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access, desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

## APRESENTAÇÃO

A coletânea *A Pesquisa em Psicologia: Contribuições para o Debate Metodológico 2*, reúne vinte e sete artigos que abordam algumas das possibilidades metodológicas do saber psicológico.

A Psicologia enquanto campo teórico-metodológico traz em suas raízes tanto a especulação filosófica sobre a consciência, a investigação psicanalítica do inconsciente, quanto a prática dos efeitos terapêuticos da medicina e em especial da fisiologia.

E, desse ponto de partida se expande a uma infinidade de novas abordagens da consciência humana, creditando ou não algum poder para o inconsciente como plano de fundo.

A presente coletânea trata de algumas dessas abordagens em suas elaborações mais atuais como podemos ver nos primeiros capítulos em que se tratam do inconsciente em suas relações com os mitos, o erotismo, os corpos, as contribuições socioeducativas entre outros olhares para o que é abarcado pelo psiquismo humano.

Em seguida temos alguns temas situacionais de nossa realidade imediata quanto aos efeitos psicológicos do isolamento social e o medo da morte, assim como de uma, não tão nova, ferramenta para o tratamento psicológico que é o teleatendimento.

Uma boa leitura!

Ezequiel Martins Ferreira


## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1..... 1**

#### CONTOS DE FADAS: VAMOS JOGAR?

Paula Isabel Gonçalves dos Santos

Marta Silva Coelho


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3032102091>

### **CAPÍTULO 2..... 12**

#### OFICINA TERAPÊUTICA DE ESCRITA COM ADOLESCENTES: A ELABORAÇÃO DE UMA TRAVESSIA

Lorena Peixoto da Silva

Emilse Terezinha Nunes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3032102092>

### **CAPÍTULO 3..... 22**

#### UM OLHAR À MÃE: RELATO DE EXPERIÊNCIA ACERCA DE PROJETO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA COM GESTANTES DA REDE PÚBLICA

Thais Daiane Schmidt

Nadia Sefrin Nascimento Pinto


Evelyn Mates Bueno

Rosiane Guetter Mello

Thairine Camargo dos Santos

Ana Glória Siqueira da Silva

Bruna de Moraes Teixeira


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3032102093>

### **CAPÍTULO 4..... 35**

#### REDES SOCIAIS VIRTUAIS (*INSTAGRAM E FACEBOOK*): APOIO MÚTUO E INFLUÊNCIA PSICOLÓGICA DIANTE DA VIVÊNCIA DA INFERTILIDADE

Ana Paula Estevam Melo Pimentel

Juliana Santos de Souza Hannum

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3032102094>

### **CAPÍTULO 5..... 51**


#### AS INFLUÊNCIAS DA INTERNET E REDES SOCIAIS E SEU USO PATOLÓGICO NA SOCIEDADE DIGITAL

Jéssel Renan Balleroni

Felipe Boso Brista

Adriana Pagan Tonon

Fernando Luis Macedo


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3032102095>

**CAPÍTULO 6..... 64**

**A COMPREENSÃO DOS SONHOS NA CLÍNICA FENOMENOLÓGICO-EXISTENCIAL: UM ESTUDO TEÓRICO**

Maria de Fátima Belancieri

Felipe da Silva Bazilio

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3032102096>

**CAPÍTULO 7..... 75**

**PROPRIEDADES DE CONTROLE AVERSIVO EM MANUAIS DE PSICOTERAPIA ANALÍTICO-FUNCIONAIS CONTRARIAM AS RECOMENDAÇÕES DE SKINNER E SIDMAN?**


Fanny Bohnenberger Ruschel

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3032102097>

**CAPÍTULO 8..... 91**

**PELO SUJEITO EM ECOLINGUÍSTICA**

Ezequiel Martins Ferreira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3032102098>

**CAPÍTULO 9..... 99**

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DEL POBLADO DE AQUILES SERDÁN, CHAMPOTÓN, CAMPECHE**

Betty Sarabia Alcocer

Betty Mónica Velázquez-Sarabia

María Eugenia López-Caamal

Baldemar Aké-Canché

Tomás Joel López-Gutiérrez

Carmen Cecilia Lara-Gamboa

María Concepción Ruíz de Chávez-Figueroa


María Guadalupe Jaimez-Rodríguez

Pedro Gerbacio Canul Rodríguez

Rafael Manuel de Jesús Mex-Álvarez

Patricia Margarita Garma-Quen

Alicia Mariela Morales Diego

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3032102099>

**CAPÍTULO 10..... 109**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A PREVENÇÃO DE SUICÍDIO E COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA PÚBLICA BRASILEIRA**

Gabrielli Ketlyn Ramos Andreani

Gabrielle Ecks

Geórgia Schubert Baldo

Ana Paula Ferreira Gomes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.30321020910>

**CAPÍTULO 11..... 115**

**PERCEÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL**

Leandro Lopes Gibson Alves

Leide da Conceição Sanches

Elaine Rossi Ribeiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.30321020911>

**CAPÍTULO 12..... 126**

**PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA PARA PESSOAS IDOSAS QUE RESIDEM EM ÁREAS DE VULNERABILIDADE SOCIAL**


Dayara Fermiano Campos

Giovanna Silveira Ronqui Souza

Luana Silva Machioski

Thaynara Garcia Gomes

Felipe Ganzert Oliveira


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.30321020912>

**CAPÍTULO 13..... 136**

**PROJETO NACIONAL DE EDUCAÇÃO PELOS PARES DA FUNDAÇÃO PORTUGUESA “A COMUNIDADE CONTRA A SIDA” A FORMAÇÃO PEDAGÓGICA DOS JOVENS VOLUNTÁRIOS**

Filomena Margarida Venâncio Frazão de Aguiar

Paula Cristina de Almeida Costa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.30321020913>

**CAPÍTULO 14..... 148**

**POPULAÇÃO VULNERÁVEL: IDOSOS**

Alyssa Reis Daniel

Bruna Silverio de Sousa


Hugo Murilo de Carlos Vergnano

Jamile Brey Vieira

Julia Marchesi Zeferino

Denise Ribas Jamus

Silvia Regina Hey

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.30321020914>


**CAPÍTULO 15..... 157**

**O PSICODIAGNÓSTICO E SUAS CONTRIBUIÇÕES DIANTE DA QUEIXA DE TRANSTORNO DE APRENDIZAGEM**

Ana Raquel Gomes Ferreira

Lúcia Fernanda Costa Castro

Mara Eduarda Sousa de Alencar

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.30321020915>

**CAPÍTULO 16..... 164**


**PERCEÇÃO DA DOENÇA E DIABETES TIPO 1: REVISÃO SISTEMÁTICA**

Graciele da Silva Campos

Luana Thums

Elisa Kern de Castro

Tonantzin Ribeiro Gonçalves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.30321020916>

**CAPÍTULO 17..... 178**

**EFICÁCIA A LONGO PRAZO DA PSICOTERAPIA NA DEPRESSÃO MAJOR: ESTUDO DE COMPARAÇÃO ENTRE A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E A TERAPIA FOCADA NAS EMOÇÕES**

Paula Marinho Vieira

João Manuel de Castro Faria Salgado

Robert Elliott

Carla Alexandra Castro Cunha

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.30321020917>

**CAPÍTULO 18..... 188**


**DANDO MAIS TEMPO AO TEMPO NAS ESCOLAS**

Zena Eisenberg

Carlos Alberto Quadros Coimbra

Sibele Cazelli

Jéssica Castro Nogueira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.30321020918>

**CAPÍTULO 19..... 207**

**MECANISMOS DE COMPENSAÇÃO ADOTADOS POR UMA NONAGENÁRIA IMPOSSIBILITADA DE ANDAR: UM ESTUDO DE CASO**

Rosaine da Silva Santos Sousa


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.30321020919>

**CAPÍTULO 20..... 217**

**CRENÇAS INFANTIS DE CONCEÇÃO E NASCIMENTO E FATORES ASSOCIADOS**

Filomena de São José Bolota Velho

Elisabete Batoco Constante de Brito

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.30321020920>

**CAPÍTULO 21..... 242**

**OS QUESTIONÁRIOS NA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA. FUNDAMENTOS PARA A SUA CONSTRUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E ESTUDO DA FIDEDIGNIDADE E VALIDADE**

Maria João de Castro Soares

António João Ferreira de Macedo e Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.30321020921>

**CAPÍTULO 22.....267**

**MONITORIA ACADÊMICA NA DISCIPLINA DE INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA:  
EXPERIÊNCIAS E CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO DOCENTE**

Denise Maria de Azevedo Frota

Maria Laís dos Santos Leite

Mauro Michel El Khouri

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.30321020922>

**CAPÍTULO 23.....275**

**SÍNDROME DE *BURNOUT*: ESTUDO EM UMA INDÚSTRIA ALIMENTÍCIA**


Álvaro Jorge Loro

Aline Bogoni Costa

Samantha de Toledo Martins Boehs

Thais Cristine Farsen

Samara Meinchein Furlanetto


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.30321020923>

**CAPÍTULO 24.....288**

**ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO CÂNCER INFANTIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Ray Roberto Andrade Nascimento

Rita Cristina de Souza Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.30321020924>

**CAPÍTULO 25.....299**

**A DEVOLUÇÃO DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADOS E UM  
DIÁLOGO COM A PSICOLOGIA**

Aldenise Barreto de Albuquerque Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.30321020925>

**CAPÍTULO 26.....312**

**UMA PONTE ENTRE O PSÍQUICO E O SOMÁTICO: O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO  
COMO POSSIBILITADOR DA PROMOÇÃO DE SAÚDE**

Carline Engel Krein


Valeska Schwarz Kucharski

Luciane Miranda

Bruna Sipp Rodrigues

Tatiane Ströher Renz

Simoni Antunes Fernandes


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.30321020926>

**CAPÍTULO 27.....319**

**ANSIEDADE PRÉ – COMPETITIVA E AUTOCONFIANÇA EM MODALIDADE DE ESPORTE  
COLETIVO**

Andréia Maria Bernardt

Scheila Beatriz Sehnem

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.30321020927>

<b>SOBRE O ORGANIZADOR.....</b>	<b>329</b>
<b>ÍNDICE REMISSIVO.....</b>	<b>330</b>



# CAPÍTULO 1

## CONTOS DE FADAS: VAMOS JOGAR?

*Data de aceite: 20/08/2021*

*Data de submissão: 06/07/2021*

### **Paula Isabel Gonçalves dos Santos**

Psicobodycare Unipessoal, Lda.  
Porto-Portugal

### **Marta Silva Coelho**

Psicobodycare Unipessoal, Lda.  
Porto-Portugal

**RESUMO: Introdução:** É sabido que a psicanálise reconhece a importância dos contos de fadas na saúde mental infantil. Os contos de fadas permitem que as crianças se expandam emocionalmente, ajudando-as a compreender a realidade, ao incluir personagens através das quais a criança pode facilmente projetar-se e exteriorizar os seus processos mentais de um forma controlada e compreensiva. Este estudo visa compreender se os contos de fadas, na forma de jogos de tabuleiro, possuem utilidade clínica. **Metodologia:** Foram criados quatro jogos baseados nos contos de fadas e posteriormente inquiridos 82 psicólogos de ambos os géneros, após utilizarem esses jogos com pelo menos uma criança. **Resultados:** Os resultados mostraram que a totalidade da amostra já recorreu à técnica dos jogos dos contos de fadas, sendo que a grande maioria afirma que esta metodologia é interessante e útil em termos de prática clínica. **Discussão e Conclusão:** Os quatro jogos criados com base nos contos de fadas têm como objetivo facilitar a psicoterapia infantil. Assim, e

tendo em conta os resultados deste estudo, esta metodologia apresenta-se como uma técnica de relacionamento terapêutico, dado que representa uma plataforma através da qual a criança se desinibe e se expressa, permitindo trabalhar o seu mundo interno.

**PALAVRAS - CHAVE:** Contos de Fadas; Jogos Terapêuticos; Psicoterapia Infantil.

### **FAIRY TALES: LET'S PLAY?**

**ABSTRACT: Introduction:** It is well known that psychoanalysis recognizes the importance of fairy tales in children's mental health. Fairy tales allows the children to expand emotionally, helping them to understand reality by including characters through which the child can easily project and externalize their mental processes in a controlled and comprehensive way. This study aims to understand whether fairy tales, in the form of board games, have clinical utility.

**Methodology:** Four games were created based on fairy tales and 82 psychologists of both genders were later interviewed, after using these games with at least one child. **Results:** The results showed that the entire sample has already resorted to the technique of fairy tale games, with the vast majority claiming that this methodology is interesting and useful in terms of clinical practice. **Discussion and Conclusion:** The four games created based on fairy tales are intended to facilitate child psychotherapy. Taking into consideration, the results of this study, this methodology is presented as being a technique of therapeutic relationship, as it represents a platform through which a child is uninhibited and

expresses himself, allowing him to work on his internal world.

**KEYWORDS:** Fairy Tale; Therapeutic Games; Child Psychotherapy.

## 1 | OS CONTOS DE FADAS

Os contos de fadas sempre fizeram parte do dia-a-dia das crianças (HAMMON, 1992). A essência de um conto de fadas é ser uma história que é partilhada e transmitida de geração em geração e que sugere uma solução para os conflitos e dificuldades que todo o ser humano vive ao longo do seu desenvolvimento. Assim, contar contos de fadas pode ser uma maneira segura de entrar em contacto com a criança (HOURS, 2014).

De acordo com SILVERMAN (2020), as crianças necessitam de poder experimentar o prazer de imaginar, muito antes de encontrarem o prazer de ouvir um texto e da linguagem escrita, sendo que o facto de contar histórias a bebés irá favorecer a construção das suas primeiras representações acerca do mundo.

Desde há vários séculos que a população detém conhecimento do universo da fantasia, através dos contos de fadas, uma vez que estes possuem significados simbólicos, que desde sempre despertaram o inconsciente e o consciente, possibilitando um mapa complexo do imaginário (SAFRA, 2005). Sendo assim, no passado, os contos de fadas serviam para adormecer as crianças (SCHNEIDER e TOROSSIAN, 2009). Atualmente, estes contos, estimulam as capacidades imaginativas e fantasiosas das crianças (SCHNEIDER e TOROSSIAN, 2009) em que é possível ver refletidas soluções para problemas diários, sentimentos e emoções problemáticas acerca das relações interpessoais. Para além disso, os contos de fadas representam maneiras importantes de ajudar as crianças a partilhar os seus desejos e expressar as suas agonias e conflitos interiores (TSITSANI et al. 2012).

As diferentes narrativas contêm e constroem ligações e hipóteses entre experiências, conectando o presente, passado e futuro numa estrutura que envolve sentido e significado (ANGUS e MCLEOD, 2004; FREDA, 2011; MARTINO et al. 2013).

Os contos de fadas narrados às crianças são estruturados com o objetivo de sugerirem imagens mentais, sendo essas mesmas imagens que permitem às crianças reorganizar os seus pensamentos (BETTELHEIM, 2002). Como tal, contar histórias às crianças e estabelecer um diálogo acerca das mesmas, vai potenciar o aparecimento de reações favoráveis no que diz respeito ao desenvolvimento da capacidade de imaginar e recriar (VACHKOV, 2015).

De acordo com CASHDAN (2000) os contos de fadas percorrem cinco etapas, sendo elas: a passagem ao mundo imaginário, a viagem por esse mundo, uma personagem má ou um obstáculo a ser ultrapassado, a dificuldade em vencer e por fim a recompensa.

Nos contos de fadas, as personagens não são boas e más em simultâneo, como acontece com o ser humano, ou seja, uma personagem ou é boa ou é má (uma irmã pode ser honesta e a outra mandriona), contudo estes contos possuem o dom de entusiasmar as

crianças. Tal situação acontece nestes contos, com o intuito de ser mais fácil para as crianças diferenciarem o bem do mal e dessa forma transportar as atitudes e comportamentos das personagens para a sua vida real, projetando-se como se fosse ela própria (BETTELHEIM, 2002).

Paralelamente, os contos de fadas procuram dirigir-se seriamente a problemas existenciais como é o caso da necessidade de ser amado(a), o amor pela vida e o medo da morte. Assim, a forma como os contos terminam (exemplo: *“E viveram felizes para sempre”*) mostram à criança a possibilidade de uma vida eterna assim como a necessidade de edificar uma verdadeira união satisfatória com as outras pessoas. Através dos contos de fadas, a criança consegue compreender quer a nível inconsciente, quer a nível consciente a necessidade de se desprender do adulto e ser independente, uma vez que o herói da história, parte sempre na procura de algo, ou seja, os contos de fadas são direcionados para o futuro e servem como um guia para a criança (BETTELHEIM, 2002).

Nos contos de fadas, por vezes, o herói mostra-se isolado, construindo um paralelismo com a criança que também se sente assim com frequência e como tal estes heróis possuem o poder de mostrar à criança que ela também tem o direito de se sentir rejeitada e abandonada no mundo, mas assim como ele irá sempre receber ajuda quando necessitar. Nestas narrações, as crises psicossociais do desenvolvimento das crianças são representadas de forma simbólica através das diferentes personagens: fadas, bruxas, animais ferozes, figuras sobre-humanas com inteligência, mas o herói e/ou heroína permanecem humanos comuns que terão uma morte tal como todos os seres humanos (BETTELHEIM, 2002).

De uma forma geral, toda a criança gosta de fantasia, heróis e histórias fantásticas, e os contos de fadas apresentam acontecimentos imaginários adaptados à realidade, promovendo a fantasia e transportando a pessoa que os ouve para um mundo de sonhos e divagações, podendo estes contos representar um porto de abrigo tanto para as crianças como para os pais (BETTELHEIM, 2002).

“Cada conto de fadas é um espelho mágico que reflete alguns aspetos do nosso mundo interior e das etapas exigidas na nossa evolução da imaturidade à maturidade. Esta é uma das muitas verdades reveladas pelos contos de fadas, que podem guiar as nossas vidas.”

(BETTELHEIM, 1976).

## 2 | OS CONTOS DE FADAS E A PSICANÁLISE

Diferentes autores (GUTFREIND, 2002; PICARD, 2002; XANTHAKOU, 2001) sublinham a importância da utilização de contos de fadas no tratamento psicanalítico. Os contos de fadas transmitem significações tanto latentes como manifestas, dirigindo-se de forma simultânea a todos os níveis da personalidade: id, ego e superego, sendo que estes

níveis são portadores de mensagens importantes para o psíquico (FREUD, 1913).

Por norma, as crianças não pedem aos cuidadores para contar uma nova história, mas sim preferem ouvir aquela que já conhecem, uma vez que esperam que a história permaneça imutável, que nada mude, nem mesmo o tom ou a pessoa que a está a contar. Assim, estes contos auxiliam no trabalho de ambivalências escondidas, sendo que as fantasias inconscientes das crianças, as angústias pré-genitais e o complexo de Édipo são extraídos através dos contos de fadas (DIATKINE, 2007).

O início dos contos remonta sempre para tempos muito longínquos (*“Era uma vez”*; *“Há muitos anos atrás”*), com o objetivo de simbolizar à criança que a realidade é colocada de lado e que se vai enveredar por um mundo imaginário e de fantasia. Porém, por mais que os contos de fadas se desviem da realidade, o seguimento da história não se extingue, isto é, a criança pode ser transportada para um mundo de fantasia, mas no final o conto irá restituir-lhe a realidade da forma mais segura possível. Tal fenómeno permite à criança retirar uma lição: não faz mal dar largas à imaginação e viajar, mas o importante é que não se deixe dominar por ela (BETTELHEIM, 2002).

Os pais, quando narram estas histórias às crianças, dão a entender que apreciam e valorizam as suas experiências internas projetadas na história, atribuindo-lhes alguma mais-valia para a realidade e tal acontecimento assume-se como um marco de extrema importância para a criança, uma vez que ela observa as suas próprias experiências internas aceites como realistas. Por sua vez, os pais quando escolhem os contos de fadas mais apropriados para os seus filhos, devem ter conhecimento do que se passa no inconsciente deles e não no seu, para que o conto vá de encontro às necessidades da criança (BETTELHEIM, 2002).

### **3 | OS CONTOS DE FADAS COMO MEIO TERAPÊUTICO**

O poder terapêutico dos contos de fadas tem vindo a ser documentado por inúmeros autores, nomeadamente Freud, Melanie Klein e Winnicott (HOURS, 2014).

Segundo BETTELHEIM (1976) os contos de fadas constituem um alicerce terapêutico ao futuro desenvolvimento da criança, contribuindo para o seu desenvolvimento a nível psicológico e assumindo-se como um suporte para enfrentar os diversos problemas da vida infantil, como é o caso da carência emocional. Assim, e ao contar uma história a uma criança, proporciona-se uma visão global do mundo que a rodeia, onde é permitido expor os seus sentimentos e pensamentos através de uma linguagem simbólica, oferecendo-lhe diferentes perspetivas acerca da vida (CALDIN, 2004), sendo que os contos de fadas vão favorecer a criança através da estimulação de diferentes formas de resolução de problemas, permitindo-lhes compreender e aceitar os seus próprios sentimentos e motivações e fomentar a procura do seu autoconceito (FRANZKE, 1989).

A psicoterapia recorre aos contos de fadas para minimizar o impacto da doença

em pacientes psicossomáticos assim como em crianças que sofrem de cancro, sendo considerada benéfica pelo facto de estes indivíduos narrarem as dificuldades humanas e libertarem as suas frustrações e tristezas funcionando como um incentivo à imaginação e à aptidão do simbolismo, acarretando também um estímulo para o pensamento humano e proporcionando um diálogo e socialização dos doentes, contribuindo dessa forma para uma comunicação funcional e saudável (RUNBERG et al. 1993). Portanto, os contos obrigam a criança a concentrar-se e impulsionam para uma reorganização de conceitos pré-adquiridos, sendo que desta forma estimulam o pensamento (GUTFREIND, 2004) assumindo-se como uma estratégia acessível e eficaz para que as crianças aceitem a sua condição (LEZHAVA e RTSKHILADSE, 2006).

No âmbito do contexto terapêutico é possível recorrer a duas técnicas distintas: o ato de contar histórias mútuas e a invenção de histórias personalizadas. No contar histórias mútuas, a criança começa a contar uma história enquanto o/a terapeuta ouve. Quando a criança termina o/a terapeuta reflete sobre o significado do conteúdo da história baseando-se nos aspetos não-verbais que possuem relevância para o contexto. De seguida, o/a terapeuta responde à narrativa contando uma nova história inventada por ele/a, ao passo que são adicionadas soluções mais fidedignas e adaptativas face aos problemas e conflitos representados na história inicial que a criança contou. Por sua vez, a invenção de histórias personalizadas, refere-se à narração de histórias inventadas pelo/a terapeuta, baseadas nos acontecimentos e sentimentos que ele/a deteta na própria criança (FRANZ, 1996).

Num estudo realizado com crianças onco-hematológicas, a utilização de contos de fadas inventados, em contexto de grupo, permitiu que estes pacientes contassem e compartilhassem a experiência da doença de uma forma diferenciada, que lhes permitia expressar simbolicamente a sua dor. Neste sentido, os contos de fadas inventados, sobretudo em modalidade grupal, são utilizados como uma ferramenta para expressar, partilhar e apoiar a vivência da doença nas crianças. Para além disso, esta estratégia terapêutica assume-se como um mediador de processos psíquicos que oferecem novas soluções ao mesmo tempo que melhora o relacionamento/comunicação interpessoal entre os participantes do grupo (MARGHERITA et al. 2013), assumindo-se como uma forma de conectar aspetos emocionais e cognitivos relacionados com a doença, desencadeando conflitos, frustrações e significados simbólicos, diminuindo a ansiedade e levando ao controlo ao nível das tarefas de desenvolvimento que são espelhadas no relacionamento com os outros (KEYTON e BECK, 2009).

Num estudo elaborado por TSITSANI e col. (2012), verificou-se que 66,4% dos pais utilizavam os contos de fadas para servir de exemplo aos filhos, 50% a fim de amenizar as suas ansiedades geralmente na hora de dormir, todos os participantes concordaram que os contos de fadas representam ferramentas instrutivas, afirmando que possuem um efeito positivo na vida dos seus filhos e ainda todos os participantes reconheceram que os seus filhos se divertem com os contos de fadas. Portanto, os resultados deste estudo

ênfatizam o papel crucial que a narrativa desempenha na vida e desenvolvimento normal das crianças.

Por sua vez, a utilização dos jogos com base em contos de fadas, como meio terapêutico (LIMA e KALLAS, 2015; PAPAROTO et al. 2009) vai permitir à criança expressar melhor as suas emoções, favorece a formação do vínculo com a criança, permite identificar os conceitos e as regras que governam o seu comportamento, permite verificar a forma como a criança se relaciona com os outros, permite identificar sentimentos em relação a si mesma, a determinadas pessoas e situações, treinar para a resolução de problemas e desenvolver competências individuais e sociais, assumidas como fundamentais para a obtenção e transmissão de valores e de *insights*.

No que toca à intervenção clínica, os jogos permitem alcançar determinados objetivos que estão diretamente relacionados com a queixa clínica e permitem ainda atuar sobre respostas, com o intuito de modifica-las, em virtude da função reforçadora da tarefa (CLAMAN, 2005; GADELHA e MENEZES, 2004; PAPAROTO et al. 2009).

Em suma, autores como LAFFORGUE (1995) defendem que os contos possibilitam, num nível pré-consciente, enfrentar certas ansiedades, e portanto, assumem dessa forma um valor terapêutico.

## 4 | OBJETIVO

Este estudo teve como objetivo compreender se os contos de fadas, na forma de jogos de tabuleiro, elaborados pela equipa de investigação, apresentam ou não utilidade clínica.

## 5 | METODOLOGIA

### 5.1 Participantes

Para a realização deste estudo, foram inquiridos 82 psicólogos, 92% do sexo feminino com média de 10 anos de experiência profissional ( $DP= 2,4$  anos), após a utilização dos jogos abaixo apresentados, com pelo menos uma criança.



Figura 1: O Jogo da Branca de Neve.



Figura 2: O Jogo do João e da Maria.

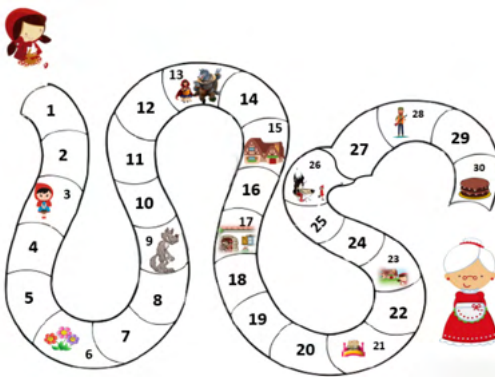


Figura 3: O Jogo da Capuchinho Vermelho.

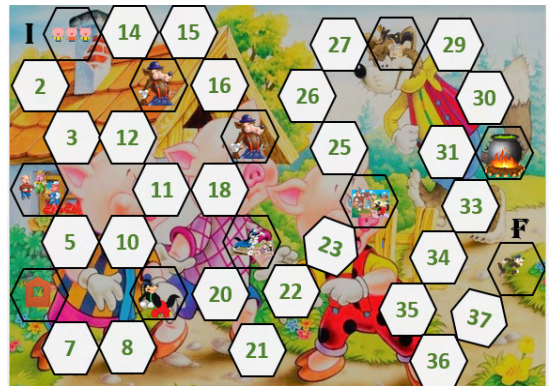


Figura 4: O Jogo dos três Porquinhos.

## 5.2 Procedimentos

Foi realizado um estudo transversal, em que os autores se propuseram a escutar a opinião de dezenas de psicólogos que utilizaram os jogos terapêuticos na prática clínica como instrumento e estratégia de intervenção. Paralelamente, foi administrado um questionário sociodemográfico e recolhido o feedback acerca da utilidade terapêutica dos jogos.

## 6 | RESULTADOS

Os resultados deste estudo demonstram que a totalidade da amostra (100%) afirma ter recorrido aos jogos baseados nos “Contos de Fadas” como técnica terapêutica ou pedagógica, considerando estas atividades como um instrumento importante no âmbito da prática clínica (Figura 5).

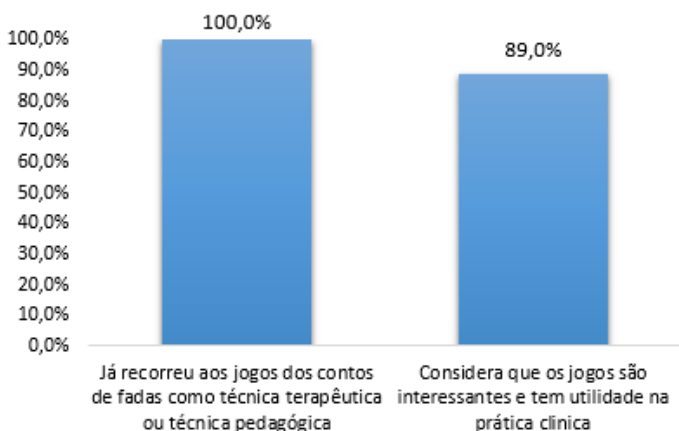


Figura 5: Utilização dos jogos dos “Contos de Fadas.”

Os resultados indicam ainda, que as mensagens que os jogos pretendem transmitir são assinaladas pelos profissionais como presentes, dado que a maioria das respostas se situa entre o “concordo” e o “concordo totalmente” (Tabela 1).

n=82	DT	D	C/D	C	CT	Med
Na vida nada surge por acaso. é necessário trabalhar	3 (3.7%)	6 (7.3%)	7 (8.5%)	34 (41.5%)	32 (39.0%)	4
É importante não desistir perante as dificuldades	6 (7.3%)	9 (11.0%)	12 (14.6%)	30 (36.6%)	25 (30.5%)	4
Às vezes cometemos erros (por exemplo o João e Maria quando comeram a casa de chocolate) mas acabamos por ter oportunidade de os resolver se soubermos aprender com eles	2 (2.4%)	5 (6.1%)	7 (8.5%)	31 (37.8%)	37 (45.1%)	4
As crianças por vezes sentem-se sozinhas e “abandonadas” até os heróis que no final vencem	4 (4.9%)	11 (13.4%)	9 (11.0%)	37 (45.1%)	21 (25.6%)	4
É importante nunca desistir	3 (3.7%)	5 (6.1%)	8 (9.8%)	29 (35.4%)	37 (45.1%)	4

Alfa de Cronbach

.83

Tabela 1: Mensagens principais transmitidas pelos contos.

## 7 | DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Ouvir contar histórias na infância é muito importante para a formação da criança, e é através delas que se pode sentir e viver importantes emoções como é o caso da raiva, tristeza, alegria ou tranquilidade, permitindo viver de forma profunda tudo o que as narrativas provocam em que as ouve (MAINARDES, 2019).



Os contos de fadas pretendem fornecer modelos de comportamento e regras implícitas de pedagogia para a educação das crianças (ZIPES, 1988 *cit. in* TSITSANI et al. 2012), e ao misturar factos reais com ficção, promovem a iniciativa e a capacidade de autonomia das crianças de uma forma mais efetiva do que a própria experiência da vida quotidiana (RUSTIN e RUSTIN, 2011).

Os jogos terapêuticos assumem-se como poderosos aliados para os psicólogos em terapia infantil, tanto como veículo de investigação como de intervenção terapêutica, sendo o jogo terapêutico uma parte da psicoterapia. Outro aspeto importante relativo a estes jogos prende-se ao facto de ocorrer um fortalecimento do vínculo com as crianças (GADELHA e MENEZES, 2004; PAPAROTO et al. 2009).

Portanto, é possível concluir que os jogos elaborados e disponibilizados pelos autores aos psicólogos que participaram neste estudo, representam um potencial terapêutico muito interessante, são prazerosos para as crianças e podem fortalecer a relação terapêutica, constituindo-se assim como mais uma ferramenta clínica ao dispor dos diferentes profissionais.

## REFERÊNCIAS

ANGUS, Lynne; MCLEOD, John. **The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research.** Sage, 2004

BETTELHEIM, Bruno. **The Uses of Enchantment. The Meaning and Importance of Fairy Tales.** The Slavic and East European Journal, United States, v. 21, n. 3, p. 396-398, jan./1976.

BETTELHEIM, Bruno. **A Psicanálise dos contos de fadas.** 16. ed. [S.l.]: Paz e Terra, 2002. p. 3-326.

CALDIN, Clarice Fortkamp. **A aplicabilidade terapêutica de textos literários para crianças.** Encontros Bibli: revista eletrônica de biblioteconomia e ciência da informação, Florianópolis, v. 9, n. 18, p. 72-89, jan./2004.

CASHDAN, Sheldon. **Os 7 pecados capitais nos contos de fadas: como os contos de fadas influenciam nossas vidas.** 1. ed. Brasil: Elsevier, 2000. p. 30-236.

CLAMAN, Lawrence. **O Jogo do Rabisco com histórias na psicoterapia de crianças.** Mudanças-Psicologia da Saúde, Brasil, v. 13, n. 2, p. 389-405, dez./2005.

DIATKINE, René. **As linguagens da criança e a psicanálise.** IDE, São Paulo, v. 30, n. 45, p. 35-44, dez./2007.

FRANZ, Marie-Louise Von. **The Interpretation of Fairy Tales.** 2. ed. [S.l.: s.n.], 1996.

FRANZKE, Erich. **Fairy tales in psychotherapy: The creative use of old and new tales.** 1. ed. [S.l.]: Hogrefe & Huber Publishers., 1989.

FREDA, Maria Francesca. **Understanding continuity to recognize discontinuity.** Integrative Psychological and Behavioral Science, United States, v. 45, n. 3, p. 335-346, set./2011.

FREUD, Sigmund. **The occurrence in dreams of material from fairy tales.** 1. ed. [S.l.: s.n.], 1913. p. 279-288.

GADELHA, Yvanna Aires; MENEZES, Izane Nogueira De. **Estratégias lúdicas na relação terapêutica com crianças na terapia comportamental.** Universitas: Ciências da saúde, Brasília, v. 2, n. 1, p. 57-68, jun./2004.

GUTFREIND, Celso. **La psychothérapie de groupe à travers les contes: une expérience clinique avec les enfants placés en foyer.** La psychiatrie de l'enfant, France, v. 45, n. 1, p. 207-246, jan./2002.

GUTFREIND, Celso. **Psicoterapia com crianças: benefícios do conto e da narratividade.** Revista Brasileira de Psicoterapia, Porto Alegre, v. 6, n. 3, p. 239-247, dez./2004.

HAMMON, C P. **Dangerous comics--only a fantasy?** Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Germany, v. 41, n. 5, p. 184-188, jun./1992.

HOURS, Armelle. **Reading fairy tales and playing: A way of treating abused children.** Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy, United States, v. 13, n. 2, p. 141-151, mai./2014.

KEYTON, Joann; BECK, Stephenson. **The influential role of relational messages in group interaction.** Group dynamics: Theory, research, and practice, United State, v. 13, n. 1, p. 14-30, jan./2009.

LAFFORGUE, Pierre. **Petit Poucet deviendra grand: le travail du conte.** 1. ed. France: Mollat, 1995.

LEZHAVA, D.A. & RTSKHILADSE, I. G. **Fairy tales as a method of education of children with bronchial asthma.** Pediatric Pulmonology, United States, v. 24, n. 16, p. 1-308, jan./2006.

LIMA, Maria Galvão Rios; KALLAS, Renata Galves Merino. **Cara a cara com os personagens familiares: o uso elaborativo do jogo a partir de uma abordagem winnicottiana.** Semina: Ciências Sociais e Humanas, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 43-52, dez./2015.

MAINARDES, Rita. Colégio Estadual Newton Ferreira da Costa. **A arte de contar histórias: uma estratégia para a formação de leitores.** Paraná, 2019.

MARGHERITA, Giorgia. *et al.* **Invented fairy tales in groups with onco-haematological children.** Child: care, health and development, United Kingdom, v. 40, n. 3, p. 426-434, abr./2013.

MARTINO, Maria Luisa; FREDA, Maria Francesca; CAMERA, Flavia. **Effects of Guided Written Disclosure Protocol on mood states and psychological symptoms among parents of off-therapy acute lymphoblastic leukemia children.** Journal of Health Psychology, United Kingdom, v. 18, n. 6, p. 727-736, jun./2013.

PAPAROTO, Abreu; CASSIA, Alba; MUNHOZ, María Luiza Puglisi. **Jogos no espaço terapêutico em psicopedagogia: a reconstrução do prazer em aprender.** In: I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, 2009. Buenos Aires.

PICARD, Catherine. **Contes et thérapie**. Dialogue, France, v. 156, n. 2, p. 15-22, jan./2002.

RUNBERG, Marianne; BRUN, Birgitte; PEDERSEN, Ernst. **Symbols of the soul: Therapy and guidance through fairy tales**. 1. ed. [S.l.]: Jessica Kingsley Publishers, 1993.

RUSTIN, Margaret; RUSTIN, Michael. **Where is home? An essay on Philip Pullman's Northern Lights (Volume 1 of His Dark Materials)**. Journal of Child Psychotherapy, United Kingdom, v. 29, n. 1, p. 93-105, jun./2011.

SAFRA, Gilberto. **Curando com histórias: a inclusão dos pais na consulta terapêutica da criança**. [S.l.: s.n.], 2005

SCHNEIDER, Raquel Elisabete Finger; TOROSSIAN, Sandra Djambolakdjian. **Contos de fadas: de sua origem à clínica contemporânea**. Psicologia em revista, Belo Horizonte, v. 15, n. 2, p. 132-148, ago./2009.

SILVERMAN, Yehudit. **The story within-myth and fairy tale in therapy**. 2. ed. [S.l.]: Jessica Kingsley Publishers, 2020.

TSITSANI, Pelagia. *et al.* **Fairy tales: a compass for children's healthy development—a qualitative study in a Greek island**. Child: care, health and development, United Kingdom, v. 38, n. 2, p. 266-272, mar./2012.

VACHKOV, Igor. **Introduction to Fairytale Therapy**. 1. ed. Moscow: Genesis, 2015.

XANTHAKOU, Margarita. **Les contes, il faut avoir le temps de les rêver**. L'Homme. Revue française d'anthropologie, France, v. 158, n. 159, p. 365-376, set./2001.

# CAPÍTULO 2

## OFICINA TERAPÊUTICA DE ESCRITA COM ADOLESCENTES: A ELABORAÇÃO DE UMA TRAVESSIA

*Data de aceite: 20/08/2021*

**Lorena Peixoto da Silva**

<http://lattes.cnpq.br/7087200442542559>

**Emilse Terezinha Naves**

<http://lattes.cnpq.br/7589021673609995>

**RESUMO:** Esse artigo origina-se de uma oficina terapêutica de escrita com adolescentes no Centro de Convivência do Pequeno Aprendiz (CCPA) na cidade de Catalão-GO, cujo objetivo é possibilitar uma escuta psicanalítica dirigida aos adolescentes da referida instituição. Ao longo do artigo destaca-se alguns conceitos teóricos referentes a adolescência, propondo um enlace entre as experiências desenvolvidas e as construções psicanalíticas. A oficina foi realizada durante o segundo semestre de 2018 e o primeiro semestre de 2019.

**PALAVRAS - CHAVE:** Adolescência, Oficina Terapêutica, Psicanálise.

### THERAPEUTIC WRITING WORKSHOP WITH ADOLESCENTS: THE ELABORATION OF A CROSSING

**ABSTRACT:** This article originates from a therapeutic writing workshop with teenagers at the Little Apprentice Coexistence Center (CCPA) in the city of Catalão-GO, whose objective is to enable a psychoanalytical listening aimed at the adolescents of the aforementioned institution. Throughout the article, some theoretical concepts

referring to adolescence are highlighted, proposing a link between the developed experiences and the psychoanalytic constructions. The workshop was held during the second half of 2018 and the first half of 2019.

**KEYWORDS:** Adolescence, Therapeutic Workshop, Psychoanalysis.

### 1 | INTRODUÇÃO

Este trabalho origina-se do projeto de Extensão “Escrita da Adolescência: Oficina de Traços e Vozes na Elaboração de uma Travessia” da Universidade Federal de Goiás- Regional Catalão (UFG), onde é desenvolvida uma oficina terapêutica de escrita com adolescentes no Centro de Convivência do Pequeno Aprendiz (CCPA) na cidade de Catalão- GO. O CCPA é uma instituição subsidiada pela Prefeitura Municipal e visa ofertar aos seus usuários de 9 a 22 anos a aprendizagem de ofícios como os de artesanato, corte de cabelo, maquiagem e micropigmentação, dança, inglês e o curso de auxiliar administrativo.

A oficina terapêutica de escrita objetiva criar um lugar de fala e escrita, no qual, os adolescentes possam compartilhar suas experiências e possibilitar a elaboração de seus conflitos e angústias, além de contribuir para a construção de laços sociais e para a constituição dos processos identificatórios.

No período da adolescência a relação com a linguagem é de transformação e

reconstrução do que se compreende como sendo próprio, assim, há um reinventar-se constante. Desse modo, o objetivo desse estudo é construir uma discussão teórico e prática, por meio, dos construtos psicanalíticos e da experiência obtida durante a oficina terapêutica. Considerando o processo da escrita, no contexto da adolescência, como um processo de produção de um espaço que vai além do âmbito familiar e possibilita um espaço próprio que viabiliza a construção de uma assinatura, uma singularidade, a apropriação de algo seu, a partir da identificação com os traços maternos e paternos. Além disso, a produção da escrita de si faz emergir discussões sobre questões inerentes adolescência na contemporaneidade, como por exemplo, a automutilação a ideação suicida e o declínio da metáfora paterna.

## **2 I ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A ADOLESCÊNCIA**

A adolescência de acordo com Papalia e Feldman (2013, p. 386) é “uma transição no desenvolvimento que envolve mudanças físicas, cognitivas, emocionais e sociais e assume formas variadas em diferentes contextos sociais, culturais, e econômicos”. Não obstante, a adolescência nem sempre teve a conotação adquirida na atualidade.

De acordo com Ariès (1978) a adolescência com suas características peculiares e únicas surge no século XX, com a modernidade e após a implantação da concepção da infância como um momento da vida distinto da idade adulta e que necessita de atenção e cuidados diferenciados. Uma das condições que também favoreceram o surgimento da concepção de adolescência no século XX foi a necessidade de se dedicar mais tempo a formação profissional especializada, o que fez com que os jovens demorassem mais tempo para entrar no mercado de trabalho, ou seja, mais tempo sob a tutela dos pais.

De acordo com Papalia e Feldman (2013), alguns pesquisadores atribuem a intensidade emotiva e a instabilidade de humor no inaugurar da adolescência aos desenvolvimentos hormonais. Há, contudo, uma diferença entre a adolescência e a puberdade, a última envolve alterações físicas, visto que, ocorre um aumento na produção do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH) no hipotálamo, o que “leva a uma elevação em dois hormônios reprodutivos fundamentais: o hormônio luteinizante (LH) e o hormônio estimulador dos folículos (FSH)” (PAPALIA; FELDMAN, 2013, p. 387).

Não obstante, a adolescência se situa principalmente no campo social e tem sua singularidade constituída a partir do meio, no qual, está inserida. Salles entende que as “condições históricas, políticas e culturais diferentes produzem transformações não só na representação social da criança e do adolescente, mas também na sua interioridade” (2005, p.34). Sendo assim, a adolescência “deve ser pensada como uma categoria que se constrói, se exercita e se reconstrói dentro de uma história e tempo específicos”. (FROTA, 2007, p. 154).

## 2.1 Adolescência: um olhar psicanalítico

A adolescência refere-se a um campo de investigação amplo nos estudos psicanalíticos, tendo em vista que não submetida aos preceitos biológicos da puberdade, em psicanálise “a tônica é colocada nas repercussões psíquicas geradas pela chegada do sujeito a essa etapa de sua vida.” (SAVIETTO; CARDOSO, p.17, 2006).

De acordo com Oliveira “na adolescência retornam-se as questões de identidade: quem sou eu. Trata-se de um replay dos estágios iniciais do desenvolvimento, dependência relativa rumo à independência, isto é, um segundo desafio” (2009, p.94). Desse modo, o desamparo que a princípio referia-se a insuficiência psicomotora do bebê, significa na adolescência a “insuficiência do aparelho psíquico em dar conta do excesso de excitação pulsional.” (SAVIETTO; CARDOSO, p.24, 2006).

Não obstante, na adolescência o desamparo retorna acrescido de arrogância, hostilidade e a necessidade de apoio e conforto social, tendo em vista que, “na fantasia inconsciente, crescer é, inerentemente, um ato agressivo” (WINNICOTT, 1975, p.195), o adolescente sente que “está sozinho nesta busca de conhecer-se, nesta construção de uma subjetividade própria, nesta reinstalação do seu si-mesmo.” (FROTA, 2006, p.60)

Freud em *Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905) aponta que “como advento da puberdade, introduzem-se as mudança que levarão a vida sexual infantil à sua configuração definitiva normal. O instinto sexual, que era predominantemente autoerótico, encontra agora um objeto sexual.” (FREUD, 1905/2010, p.121). Diante da obtenção das capacidades reprodutivas ocorre na adolescência uma reedição das vivências do complexo de Édipo, adormecido no período de latência devido à impotência do corpo infantil para efetivar o ato sexual incestuoso. Logo, “a força readquirida pelo Complexo de Édipo nesta ocasião e a possível vivência de sedução ou de perseguição por parte dos objetos (internos) parentais contribuem para que o sujeito sintá-se violentado na adolescência.” (SAVIETTO; CARDOSO, p.19, 2006).

Desse modo, a adolescência demonstra-se um momento conturbado, visto que, além da retomada do complexo de Édipo o adolescente deve fazer um duplo luto pelo corpo: “o de seu corpo de criança, quando caracteres sexuais secundários colocam-no ante a evidência de seu novo status e o aparecimento da menstruação na menina e do sêmen no menino, que lhe impõem o testemunho [...] do papel que terão que assumir.” (ABERASTURY; KNOBEL, p.14, 1981). Esses processos vividos na adolescência abalam fortemente as bases narcísicas.

A concepção do Ego é formada a partir do narcisismo, Freud em *Introdução ao Narcisismo* (1914) chama atenção para esse fenômeno propondo que ele é indispensável a todos os sujeitos, desse modo, o narcisismo torna-se um estágio comum no desenvolvimento sexual humano. A primeira relação que estabelecemos ao nascer é com a figura materna, pessoa que cuida e supre as necessidades. O bebê em seus primeiros meses de vida está

extremamente dependente do desejo dos pais e não experiencia perdas, “esse estado paradisíaco de perfeição e completude, entretanto, está fadado a ser interrompido sob pena de a criança não ascender ao estatuto de sujeito.” (ARAÚJO, p.80-81, 2010).

Com o tempo a criança passa a compreender que não é o objeto de desejo da mãe, essa ferida narcísica primária faz com que o sujeito se esforce para reatar com essa plenitude perdida, tentando reconquistar o seu amor. Isso faz com que a criança entre no segundo estágio do narcisismo “ao qual Freud denominou de narcisismo do ego ou narcisismo secundário, porque foi retirado dos objetos a partir dos processos de identificação com as figuras parentais ou seus representantes.” (ARAÚJO, p.81, 2010). Saviotto e Cardoso apontam que “as falhas narcísicas que se desenvolvem a partir do início da subjetivação também vão ressurgir por ocasião da adolescência, quando está em jogo a tensão entre dependência e autonomia.” (p.21, 2006).

O apoio dos pais torna-se indispensável nesse processo de desenvolvimento conturbado da adolescência, tendo em vista que, é necessária a presença dos pais para que os filhos sejam capazes de se desvincularem deles ou não, “o suporte parental é, portanto, crucial para que a transação narcísica seja efetivada pelo adolescente. Isto significa que, para serem capazes de investir em novos objetos, os filhos adolescentes têm que abandonar seus pais como objetos de desejo.” (SAVIETTO; CARDOSO, p.21, 2006). A renúncia aos desejos incestuosos propicia uma mudança significativa nos referencial identificatório. Desse modo, para que o adolescente possa realizar investimentos objetais secundários é indispensável que ele se desvincule do modelo parental. Essa reorganização impõe um luto da figura protetora dos pais.

Para Winnicott (1975, p.194) “na época do crescimento adolescente, meninos e meninas canhestra e desordenadamente emergem da infância e se afastam da dependência, tateando em busca do status adulto”. Paradoxalmente a imaturidade é uma parte importante da adolescência, pois “nela estão contidos os aspectos mais excitantes do pensamento criador, sentimentos novos e diferentes, ideias de um novo viver.” (WINNICOTT, 1975, p.198). Esse deslocamento entre a realidade interna e externa e/ou a alienação e a separação do Outro são parte fundamental na constituição da subjetividade. Transitividade essa que no campo da “abordagem winnicottiana, envolve o exercício da dimensão de transicionalidade, ou seja, do encontro com objetos da cultura intermediários que possam ser apropriados e utilizados de forma singular por cada sujeito.” (COUTINHO; ROCHA, 2007, p. 75).

## **2.2 Adolescência e escrita**

A mãe é o primeiro objeto de amor da criança, desse modo, nos primeiros momentos de vida “o que a criança busca, como desejo de desejo, é poder satisfazer o desejo da mãe. (LACAN, 1958/1999, p.197). Tendo isso em vista, *Lacan (1958)* introduz como ponto axial do progresso do complexo de Édipo a metáfora paterna que é um significante metafórico

similar à castração apontada por *Freud (1933)*, ela possibilita que a criança não se fixe na relação com a mãe construindo novos laços. Portanto, a metáfora paterna “propõe o advento do recalçamento como marca do aparecimento da escrita.” (LIMA, 2006, p.64).

Desse modo, a lei do pai possibilita a identificação com um novo traço que não o materno e a constituição da noção do Eu. Esse “traço não aponta para uma unidade – já que ela é imaginária –, mas para a possibilidade de contar-se um entre os semelhantes, assim como de marcar sua diferença pelo seu traço, que é um, e, conseqüentemente, singular.” (LIMA, 2006, p.65).

Bidaud (2010) aponta que uma das assinaturas que marcam os sujeitos na contemporaneidade são as inscrições sobre o próprio corpo. Os cortes feitos pelos adolescentes parecem testemunhar uma “falta em significar em relação ao Outro. Elas são a marca cicatrizada de uma escrita sem endereçamento, anúncio pobre e desesperado de um gesto de nomeação que não carrega nada em si.” (BIDAUD, 2010, p. 179) Logo, as condutas adolescentes de auto-mutilação, inscrição no corpo sem nenhum endereçamento, parece indicar uma insistência em permanecer no agir para se proteger do encontro com a divisão subjetiva entre o eu e o Outro.

Devido ao luto que deve ser realizado quanto ao corpo infantil, o adolescente, “parece encontrar-se ameaçado no seu valor de traço, dado que seus antigos contornos modificam-se,” (LIMA, 2006, p. 68). Logo, o advento da adolescência exige um “retorno do estádio do espelho, quer dizer um “re-jogo” de troca de olhares, [que] engaja os sujeitos num posicionamento (a busca de sua posição) em sua relação à sua imagem própria e a imagem do Outro.” (BIDAUD, 2010, p. 177). Desse modo, a adolescência pressupõe uma crise na escrita, para a construção de novos traços e de uma assinatura que “tem a ver com o reconhecimento de um sujeito que é nomeado e que pode se contar entre outros” (BIDAUD, 2010, p. 177).

### 3 | METODOLOGIA

O projeto de Extensão “Escrita da Adolescência: Oficina de Traços e Vozes na Elaboração de uma Travessia” propõe como metodologia a realização oficinas semanalmente no Centro de Convivência do Pequeno Aprendiz (CCPA) da cidade de Catalão- GO, com duração de uma hora, coordenada por duas alunas do curso de Psicologia. A oficina foi composta por dez participantes, e mesmo sendo aberto a ambos os sexos, foi composto exclusivamente por mulheres. Sua dinâmica de funcionamento consiste no acolhimento inicial e em seguida na escrita livre sobre o tema que vier à mente das participantes, desse modo, posteriormente são realizadas reflexões e pontuações quanto ao material produzido.

São realizadas supervisões semanais com as estagiárias a partir dos relatos que elas elaboram após o término de cada oficina terapêutica.

Para os objetivos desse estudo, tendo como base o material clínico e os relatórios



obtidos na realização das oficinas foi realizado uma pesquisa bibliográfica de autores psicanalíticos para compreender a constituição da adolescência, a escrita e as oficinas terapêuticas, visando desenvolver uma análise da escrita e das falas das participantes a fim de compreender o alcance desse dispositivo terapêutico no cuidado com a adolescência.

## 4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 A Oficina Terapêutica- Caminhos para a construção de uma travessia

A adolescência é um “longo trabalho de elaboração de escolhas e um longo trabalho de elaboração da falta no Outro.” (ALBERTI, 2010, p. 10). De acordo com Coutinho e Rocha “neste re-encontro com o Outro na adolescência, é consenso entre os psicanalistas que trabalham com adolescentes a importância do espaço de grupo como espaço de fala, de reconhecimento e de suporte para novas identificações” (2007, p.77) Logo, a oficina terapêutica torna-se “um lugar de sustentação psíquica, do holding, base para a reedificação do ‘espaço potencial’ – área intermediária entre a realidade interna e externa; em outras palavras, lugar das experiências ligadas aos fenômenos e objetos transicionais.” (CARVALHO, 2015, p. 93). Assim, as oficinas terapêuticas são um *setting* com locus privilegiado, pois promovem um espaço confiável e não invasivo.

De acordo com Coutinho e Rocha “o grupo promove um fechamento em torno de um sintoma, de uma fantasia, alimentada pelas identificações horizontais entre seus integrantes, de forma que o que surge dentro do grupo se constitui em formações do inconsciente grupal.” (2007, p.76). Frente a isso, o psicanalista se posiciona como um facilitador do processo de alienação e separação constituintes do Eu na adolescência, desse modo, atuando na encruzilhada entre o desejo do sujeito e o desejo do Outro.

Tal processo de identificação e desidentificação causa a sensação de desamparo, insuficiência e abandono, algo que é recorrente na fala e na escrita das adolescentes e que aponta para um desencontro entre elas e os pais, desenlace que ocorre porque elas não conseguem suprir seus desejos e expectativas. Desse modo, encontra-se presente na escrita das adolescentes frases como: “minha mãe me xinga todo dia, fala que eu não presto e que cada dia que passa ela desgosta de mim” (M.L, 14 anos). “sabe quando você faz tudo para agradar as pessoas mas não é o suficiente, então, eu passei esses últimos dias tentando agradar a minha mãe mas ela nunca estava feliz, eu tento parar de fazer o que eu gosto só pra agradar ela e nunca está bom e nunca é suficiente” (M. 14 anos).

O desencontro entre as expectativas e desejos dos pais e os desejos dos seus filhos fazem com que por diversas vezes ocorra um distanciamento entre eles. Uma das adolescentes chega a relatar: “meu pai sumiu da minha vida” (M. 14 anos). O efeito da desistência dos pais em relação aos filhos é devastador, visto que, “desesperado e perdido, o adolescente então inicia uma busca que pode ser uma completa catástrofe na tentativa de alcançar novamente a mão dos pais, o que, como numa bola de neve, tem cada vez

mais dificuldade de conseguir.” (ALBERTI, 2010, p. 22).

Nessa tentativa de reatar a relação perdida com os pais as adolescentes, algumas vezes, encontram-se em uma encruzilhada, entre seus desejos e o desejo do Outro, situação geradora de angústia, visto que, “quando a integridade egóica é ameaçada, o sujeito é sinalizado por meio de sensações de angústia.” (COSTA apud SAVIETTO; CARDOSO, 2006, p. 20). Nesse sentido, esse desencontro e, conseqüente distanciamento, dificulta ao adolescente encontrar os caminhos para dar vez aos processos de desidentificação e alcance de novas identificações, podendo culminar em atuações desastrosas para sua vida.

Logo, a fala e a escrita no espaço potencial que é a oficina terapêutica torna-se um meio pelo qual as adolescentes encontram a possibilidade de expressar-se e construir caminhos de mediação entre o ideal do eu e o eu ideal, efeito similar ao ocasionado pelos objetos transicionais no bebê. Winnicott aponta que “na relação com o objeto transicional, o bebê passa do controle onipotente (mágico) para o controle pela manipulação (envolvendo o erotismo muscular e o prazer de coordenação).” (1975, p.23). Desse modo, o objeto transicional permite que a criança suporte a separação da mãe e caminhe da total dependência em direção a uma dependência parcial.

Na adolescência, quando ressurgem questões identitárias da primeira infância esse processo de separação da figura dos pais retorna com maior vividez se intensificando, o que faz ressurgir também a necessidade de mecanismos que auxiliem o adolescente a elaborar e suportar a falta do Outro para constituir-se como sujeitos. Frente a isso, a escrita pode adquirir status de objeto transicional, visto que, torna-se de suma importância para a constituição da subjetividade, pois, além de aliviar as tensões presentes frente ao encontro com a realidade ela permite que o sujeito adquira o sentimento de *self*.

Lima aponta que “do declínio vertiginoso da metáfora paterna, o adolescente, pela escrita, apela à construção de imagens para o trabalho de modelagem de contornos que lhe possibilitem existir.” (2006, p.70) Logo, a linguagem possibilita uma relação com o objeto perdido, estabelecida na sua ausência e, que não apenas indica sua perda, mas a construção de sentido. Assim, as adolescentes, por meio, da escrita na oficina terapêutica podem construir significados para seus afetos.

Os relatos de automutilação, ideação suicida e tentativas efetivas de suicídio também são frequentes nas oficinas. “Tem dias que eu acordo com muita vontade de morrer” (K, 15 anos). “Tentei me matar, tomei vários remédios, tudo que você pensar eu tomei, eu só queria morrer em paz.” (B. 16 anos). Macedo e Werlang apontam que a passagem ao ato ocorre, pois, “dor, compulsão à repetição e ato se confundem na busca de dar fim a algo que atormenta o sujeito. (2007, p.102)

A incapacidade de atribuir sentido à angústia na adolescência faz com que muitas vezes não se sintam escutadas e compreendidas. K. (15 anos) afirma: “ninguém nunca entenderá o que passa na mente de uma pessoa suicida, só ela entende o que aquela

confusão está causando ali dentro, nem sempre um suicida quer acabar com sua vida [...] queremos é acabar com tudo de uma vez.” A passagem ao ato está relacionado a incapacidade de atribuir sentido a algo que ingressou no psiquismo (MACEDO; WERLANG, 2007). Logo, a desesperança, a sensação de ser incompreendida e de abandono feito pelos responsáveis, por vezes torna-se “companheira e motor de combustão para a busca de fim.” (MACEDO; WERLANG, 2007, p.102). Nesses contextos, nos quais, o ato toma o lugar da fala a escuta psicanalítica torna-se urgente, pois, pela via da transferência atua na repetição possibilitando a construção de palavras que transformem o excesso pulsional.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da experiência no Centro de Convivência do Pequeno Aprendiz (CCPA) da cidade de Catalão-GO é possível constatar que as oficinas de escrita com adolescentes favorecem a construção de um trabalho grupal que é igualmente subjetivo e singular, podendo “favorecer a circulação de sentidos e os deslizamentos significantes, com alguma repercussão possível nos modos de gozo dos sujeitos que delas participam, atrelados às identificações e aos “lugares” ocupados por eles no campo da cultura.” (COUTINHO; ROCHA, 2007, p.81)

A escuta psicanalítica nesse campo deve ser crítica e transformadora, preocupando-se com manejo da transferência e o uso das palavras. Mediando a construção de um espaço que propicie a elaboração dos afetos, desejos, anseios e vontades dos participantes viabilizando a elaboração de novas saídas, novas identificações e novas possibilidades.

Por fim, almeja-se com esse estudo contribuir para as discussões quanto à realização de oficinas terapêuticas com adolescentes. Não obstante, apesar dos resultados positivos, essa experiência é apenas um recorte da realidade de algumas adolescentes da cidade de Catalão-GO, o que leva a apontar a necessidade de mais pesquisas sobre o tema, tendo em vista que diante das questões que envolvem adolescência e contemporaneidade, torna-se cada vez mais indispensável a construção de espaços que possibilitem a expressão dos sentimentos e afetos que perpassam essa fase.

## REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência Normal: Um enfoque psicanalítico**. Porto Alegre: Artmed, 1981.

ALBERTI, S. **O adolescente e o Outro**. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

ARAÚJO, M. G. **Considerações sobre o narcisismo**. Estudos de Psicanálise. Aracaju, n. 34, p. 79-82, 2010.

ARAÚJO, C. A. S. **O autismo na teoria do amadurecimento de Winnicott**. Natureza Humana. São Paulo. v.5, p.39-58. 2003.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

BIDAUD, E. O adolescente e sua assinatura ou a reescrita do adolescente (2010). In: **Escrita e Psicanálise II**. Curitiba, Editora CRV, 2010, p. 175-182.

CARVALHO, A. G. **Adolescentes e Facebook: do espaço potencial e ambiente suficientemente bom à possibilidade de brincar na rede**. Estudos de Psicanálise. Belo Horizonte, n. 44, p. 91–100, 2015

COSTA, T. **Psicanálise com crianças**. 3 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2010

COUTINHO, L. G; ROCHA, A. P. R. **Grupos de reflexão com adolescentes; elementos para uma escuta psicanalítica na escola**. Psicologia Clínica. Rio de Janeiro. vol.15, n.2, p. 71-85, 2003.

FREUD, S. Três ensaios sobre a sexualidade. In: **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (“o caso Dora”) e outros textos (1901-1905)**. Obras completas, vol. 6. Tradução de Paulo César de Souza. 4<sup>a</sup> ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 20-155.

FREUD, S. Introdução ao Narcisismo. In: **Introdução ao Narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)**. Obras completas, vol. 12. Tradução de Paulo César de Souza. 4<sup>a</sup> ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 11-37.

FROTA, A. M. M. C. **Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção**. Estudos e Pesquisas em Psicologia. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 144-157. 2007

FROTA, A. M. **A reinstalação do si-mesmo: uma compreensão fenomenológica da adolescência à luz da teoria do amadurecimento de Winnicott**. Arquivos Brasileiros de Psicologia. Rio de Janeiro. v. 58, n. 2, p.51-66. 2006.

LIMA, M. C. P. **Sobre a escrita adolescente**. Estilos da Clínica, São Paulo. v. XI, n. 20, p.58-71. 2006.

MACEDO, M. M. K. WERLANG, B, S, G. **Trauma, dor e ato: o olhar da psicanálise sobre uma tentativa de suicídio**. Ágora, Rio de Janeiro, v. XX, n. 1. p. 89-106. 2007.

OLIVEIRA, D. M. **Contribuições para o estudo da adolescência sob a ótica de Winnicott para a educação**. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Centro de Ciência da Vida, PUC- Campinas, Campinas.

OLIVEIRA, H. M; HANKE, B. C. **Adolescer na contemporaneidade: Uma crise dentro da crise**. Ágora, Rio de Janeiro. v. XX , n. 2, p. 295-310, 2017.

PAPALIA, D. E; FELDMAN,R. D. **Desenvolvimento humano**. 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

SAFATLE, V. Depois da culpabilidade: figuras do supereu na sociedade de consumo. In: DUNKER, C.; PRADO, L. A. (orgs.). **Zizek crítico: política e psicanálise na era do multiculturalismo**. São Paulo: Hacker, 2005.

SALLES, L. M. F. **Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos.** Estudos de Psicologia. Campinas, v. 22, n.,p. 33-41, jan./mar. 2005.

SAVIETTO, B. B; CARDOSO, M. R. **Adolescência: ato e atualidade.** Revista mal-estar e subjetividade. Fortaleza, v.VI, n.1, p.15-43, mar. 2006.

SILVA, B. O. G; SATO, H. T; DALPIAZ, S. C. Trabalhando com oficinas terapêuticas em estágio profissionalizante em saúde mental: criando o espaço potencial.

WINNICOTT, D. W. Um homem encara a maternidade(1982). **A criança e o seu mundo.** Tradução de Álvaro Cabral. 6 ed. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1982. p.15-19.

WINNICOTT, D. W. Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais. (1975). In: **O brincar e a realidade.** Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de janeiro: Imago, 1975. p. 13-44.

WINNICOTT, D. W. Conceitos Contemporâneos de Desenvolvimento Adolescente e suas implicações para a Educação. (1975). In: **O brincar e a realidade.** Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de janeiro: Imago, 1975. p. 187-202.

# CAPÍTULO 3

## UM OLHAR À MÃE: RELATO DE EXPERIÊNCIA ACERCA DE PROJETO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA COM GESTANTES DA REDE PÚBLICA

*Data de aceite: 20/08/2021*

*Data de submissão: 04/06/2021*

### **Thais Daiane Schmidt**

Graduanda do Curso de Psicologia pelas  
Faculdades Pequeno Príncipe Curitiba –  
Paraná

ORCID: 0000-0002-0452-8190

<http://lattes.cnpq.br/6813494400658615>

### **Nadia Sefrin Nascimento Pinto**

Graduanda do Curso de Psicologia pelas  
Faculdades Pequeno Príncipe  
Curitiba – Paraná

ORCID: 0000-0002-2465-6552

<http://lattes.cnpq.br/5932725421542049>

### **Evelyn Mates Bueno**

Graduanda do Curso de Psicologia pelas  
Faculdades Pequeno Príncipe Curitiba –  
Paraná

ORCID: 0000-0001-8594-9386

<http://lattes.cnpq.br/5910322453823412>

### **Rosiane Guetter Mello**

Diretora de pesquisa e pós graduação das  
Faculdades Pequeno Príncipe  
Curitiba - Paraná

ORCID: 0000-0002-7937-6590

<http://lattes.cnpq.br/6425367037211487>

### **Thairine Camargo dos Santos**

Mestre no programa de Pós-Graduação da  
Faculdades Pequeno Príncipe  
Curitiba – Paraná

ORCID: 0000-0001-8643-2629

<http://lattes.cnpq.br/4888876777028879>

### **Ana Glória Siqueira da Silva**

Graduanda do Curso de Psicologia pelas  
Faculdades Pequeno Príncipe  
Curitiba - Paraná

ORCID: 0000-0002-6207-4043

<http://lattes.cnpq.br/1018717118630932>

### **Bruna de Moraes Teixeira**

Graduanda do Curso de Psicologia pelas  
Faculdades Pequeno Príncipe  
ORCID: 0000-0003-2099-6725

<http://lattes.cnpq.br/0325850423877927>

**RESUMO:** A gestação é um período de intensas mudanças e descobertas tanto físicas quanto emocionais para a mulher, e essa preparação para o nascimento de uma nova criança impactará no percurso de desenvolvimento que se seguirá. O objetivo dessa pesquisa foi conhecer a realidade nas unidades selecionadas para o estudo, no que diz respeito ao bem estar emocional de gestantes entre vinte e trinta semanas de gestação, e realizar intervenções em grupo terapêutico. Trata-se de um relato de experiência realizado através de um estudo de coorte, quantitativo, de cunho exploratório e descritivo, realizada em três unidades básicas de saúde localizadas em um distrito sanitário de saúde de uma capital do sul do país. A amostra total de gestantes captadas nas unidades de saúde no tempo 0 foi de 165 mulheres, sendo que 35 delas apresentaram sintomas de ansiedade ou depressão, e a amostra final foi equivalente a 11 participantes. A seleção se deu a partir dos resultados acima de onze na aplicação da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HAD. Foram realizados três grupos

distintos, que contaram com dois encontros em cada unidade de saúde. Os resultados obtidos foram relacionados com a literatura já existente sobre o assunto. Além disso, foi realizada uma revisão narrativa, as buscas de dados foram realizadas nas bases: PUBMED, BVS e Google Acadêmico, com os descritores: Gestante, Saúde Mental, Rede Pública. Foram excluídos artigos que não relataram os aspectos psíquicos e emocionais de gestantes e aqueles que ressaltaram a importância de outros métodos terapêuticos além do psicológico. Ao todo, foram selecionados dezesseis artigos que correspondiam aos critérios definidos. A intervenção grupal pôde ser considerada positiva, visto que criou situações de apoio mútuo entre as participantes, explicado através do fenômeno da identificação projetiva. Conclui-se que os grupos terapêuticos são estratégias importantes para trabalho com gestantes que apresentam sintomas de ansiedade ou depressão.

**PALAVRA - CHAVE:** Gestante; Saúde Mental; Rede Pública.

## A LOOK AT THE MOTHER: EXPERIENCE REPORT ABOUT THE UNDERGRADUATED RESEARCH PROJECT WITH PREGNANT WOMEN FROM THE PUBLIC HEALTH NETWORK

**ABSTRACT:** Pregnancy is a period of intense physical and emotional changes and discoveries for a woman, and this preparation for the birth of a new child will impact the developmental path that will follow. The objective of this research was to know the reality in the health centers selected for the study, regarding the emotional well-being of pregnant women between twenty and thirty gestation weeks, and to perform interventions in therapeutic groups. This is an experience report through a cohort, quantitative, exploratory, and descriptive study, carried out in three basic health centers located in a sanitary health district of a southern Brazilian capital. The total sample of pregnant women picked up at the health centers at time 0 was 165 women, 35 of whom had symptoms of anxiety or depression, and the final sample was equivalent to 11 participants. The selection was based on the results above eleven on the application of the Hospital Anxiety and Depression Scale - HAD. Three different groups were held, with two meetings in each health center. The results obtained were related to the existing literature on the subject. In addition, a narrative review was conducted, data searches were performed in the databases: PUBMED, BVS, and Google Scholar, with the descriptors: Pregnant Woman, Mental Health, Public Network. Articles that did not report on the psychic and emotional aspects of pregnant women and those that stressed the importance of therapeutic methods other than psychological were excluded. A total of sixteen articles matching the defined criteria were selected. The group intervention could be considered positive, since it created situations of mutual support among the participants, explained through the phenomenon of projective identification. From this, it can be concluded that therapeutic groups are important strategies for working with pregnant women who present symptoms of anxiety or depression.

**KEYWORDS:** Pregnant Woman; Mental Health; Public Health Network.

## 1 | INTRODUÇÃO

A gestação é um período delicado, no qual a mulher está sujeita a alterações tanto físicas, devido às reorganizações hormonais, bioquímicas e corporais, quanto sociais, envolvendo a adaptação de um novo papel social e da sua identidade. Dessa forma,

a gestante se encontra exposta há diversos sentimentos a serem elaborados, estando vulnerável à ansiedade e à depressão (KLEIN; GUEDES, 2008). O nascimento de um filho pode provocar mudanças significativas na vida de uma mulher. Devido a responsabilidades da troca de papel, e o estresse de cuidar de um bebê, aumentam a possibilidade de ocorrer episódios de ansiedade e depressão na vida dessa mãe. A ansiedade durante a gestação, segundo Silva *et al.* (2015), é considerada um fator de risco notável, pois pode prejudicar o desenvolvimento do bebê, podendo até mesmo levar a prematuridade ou baixo peso ao nascer.

Cabral *et al.*, (2012) afirma que a prevenção e proteção da mulher no período gestacional minimiza o impacto dos fatores de risco, diminuindo assim, a possibilidade de se desenvolver uma depressão puerperal. Por isso é importante que sejam tomadas medidas de prevenção e sejam implementadas estratégias variadas nos serviços de saúde que rastreiem esses grupos em vulnerabilidade e por fim, fazer uma intervenção psicológica para evitar que os quadros de vulnerabilidades psíquicas se agravem. O período do pré-natal favorece a intervenção devido ao constante contato das gestantes com profissionais da área da saúde (LARA *et al.*, 2010). Outro aspecto que torna relevante realizar uma intervenção durante o período perinatal, são os possíveis efeitos no bebê. Um estudo demonstrou que filhos de mães deprimidas apresentaram níveis elevados de noradrenalina e cortisol, desregulação acentuada do sono e pequena resposta a expressões faciais (FIELD, 1998).

Também foi constatado em pesquisas que os bebês demonstram mais descontentamento e menos vocalização (FIELD, 1995). Estudos com crianças mais velhas que cresceram com mães depressivas apontaram para maior propensão à intolerância à frustração, introversão, apego inseguro e dificuldade de separação decorrentes do desenvolvimento em um ambiente estressante e com uma figura parental distante, menos afetiva e possivelmente negligente nos cuidados (CICCHETTI, ROGOSCH e TOTH, 1998; GOODMAN e GOTLIB, 1999). Outras possíveis consequências são o atraso no desenvolvimento neurológico e a desregulação emocional (FIELD, 1998; MONK, 2001).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o número de gravidez na adolescência no Brasil está acima da média, sendo que a cada mil adolescentes entre 15 e 19 anos, 68,4 já engravidaram, o que comunica a condição psicológica a qual estão submetidas, pois se refletirmos sobre sua conjuntura de desenvolvimento psicológico, é preocupante (DADOORIAN, 2003). Além das estatísticas demonstradas nas adolescentes, não há um censo indicativo sobre a saúde mental de mulheres na gestação ou dados que apontem para o índice de depressão pós-parto, diagnósticos de ansiedade, psicoses, ou qualquer outra alteração psíquica no puerpério. Boa parte dos estudos é voltada à saúde física, não dando a devida atenção para as complicações por fatores psicossomáticos (DADOORIAN, 2003).

Além desse fator, o que se observa no serviço público é a falta de assistência



psicológica à essa população de gestantes, isso devido a uma grande demanda de atendimentos, como outros fatores. Diante desse cenário, esse trabalho busca discorrer sobre os aspectos psicológicos da mulher durante a gravidez, assim como ressaltar a importância do cuidado da saúde mental durante o período do pré-natal, como um método preventivo de posteriores complicações em sua saúde como também na saúde do bebê.

## 2 | OBJETIVOS

- Analisar o contexto psicológico de gestantes.
- Investigar a importância da prevenção da depressão e ansiedade em gestantes.
- Sugerir propostas de intervenção psicológica na rede pública.
- Elaborar um relato de experiência acerca de uma intervenção psicológica realizada na rede pública.

## 3 | MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência realizado através de um estudo de coorte, quantitativo, de cunho exploratório e descritivo, realizada em três unidades básicas de saúde localizadas em um distrito sanitário de saúde de uma capital do sul do país. A amostra total de gestantes captadas nas unidades de saúde no tempo 0 foi de 165 mulheres, sendo que 35 delas apresentaram sintomas de ansiedade ou depressão, e a amostra final foi equivalente a 11 participantes. A seleção se deu a partir dos resultados acima de onze na aplicação da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HAD. Foram realizados três grupos distintos, que contaram com dois encontros em cada unidade de saúde. Juntamente a isso, foi feita uma revisão sistemática a respeito das terapias grupais e como elas influenciam nas gestantes deprimidas e/ou ansiosas.

Além disso, foi realizada uma revisão narrativa, que teve como base a busca de dados na literatura e informações bibliográficas de outros estudos para a obtenção do resultado (ROTHER, 2007). As buscas de dados foram realizadas nas bases: PUBMED, BVS e Google Acadêmico, com os descritores: Gestante, Saúde Mental, Rede Pública. Foram excluídos artigos que não relataram os aspectos psíquicos e emocionais de gestantes e aqueles que ressaltaram a importância de outros métodos terapêuticos além do psicológico. Ao todo, foram selecionados dezesseis artigos que correspondiam aos critérios definidos.

## 4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Relato de experiência

Durante as sessões grupais o que mais pode ser observado, foi a emergência de assuntos que nada tinham a ver com a gestação, mas que as gestantes acabavam atribuindo à criança. Por exemplo, conflitos com seus maridos, conflitos sobre sua vida profissional e conflitos em relação a sua própria feminilidade. E, de maneira muito compreensível, uma conseguia ajudar a outra a partir de alguma experiência já vivida. Sendo assim, observa-se a presença de um fenômeno característico da psicanálise, a identificação projetiva. O conceito criado por Melanie Klein é colocado como mecanismo de defesa primitivo, originado nas relações objetais primitivas e que se apresenta na interrelação entre os sujeitos, no qual o ouvinte tem sua mente acometida pelo mecanismo e ocorre um processo de repetição (CAVALARI e MOSCHETA, 2007; ZIMERMAN, 2000).

O método utilizado nos grupos com as gestantes, foi a de associação livre. De acordo com revisão sistemática realizada, nenhum estudo foi encontrado que utilizasse da associação livre como intervenção psicológica. Ou seja, não é usual a utilização da associação livre em grupos de intervenção psicológica em gestantes com ansiedade e/ou depressão. Os métodos de intervenção mais encontrados foram de terapia interpessoal, terapia cognitiva comportamental e intervenção psicoeducacional. Um fator predominantemente complicador para esta pesquisa, foi a vinculação das gestantes que participaram dos grupos, sendo atribuído pelo número pequeno de sessões grupais.

Neste estudo, as gestantes selecionadas obtiveram resultados acima de onze na aplicação da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HAD, e a partir disso, participaram de dois encontros de intervenção grupal. Na revisão sistemática pode-se perceber que a maioria dos estudos selecionados desenvolveram seis sessões grupais ou mais (BITTNER *et al.*, 2014; MC GREGOR *et al.*, 2014; LARA *et al.*, 2010; GREEN *et al.*, 2015; FIELD *et al.*, 2013; AUSTIN ET AL, 2008). A respeito do HAD, na experiência dessa pesquisa há concordância com Botega *et al.* (1995) que aponta que a pequena quantidade de itens prejudica o rastreamento na identificação de algum transtorno de humor, também questiona se o instrumento não se torna facilmente manipulável pelo sujeito avaliado devido à presença da pontuação das respostas. Ademais, a literatura sobre o assunto aponta que a participação de gestantes em grupos, tem se mostrado de forma válida, uma vez que, além de trazer pontos e questões terapêuticas à tona, oferece um suporte para essas gestantes (SARTORI, VAN DER SAND; 2004).

### 4.2 Contexto Psicológico de gestantes

Ao contrário do que o senso comum afirma, a maternidade não se caracteriza como um processo inato, o qual a mulher já vem preparada para gerar uma vida desde que se configura com o aparato de seu útero, ovários, vagina e mamas. Biologicamente pode

até ser assim que ocorre, porém, psicologicamente o processo é muito mais profundo. A função materna é uma construção na mente da mulher, realizada ao longo da gestação, a qual pode ser facilitada ou dificultada de acordo com os recursos psicológicos que a mulher possui (STELLIN *et al.*, 2011).

Os estudos psicanalíticos são os que mais se debruçam sobre a interação mãe-bebê, e dentro dessa teoria, entende-se que a criança ao nascer é um ser que necessita de estímulos para ingressar ao mundo, são os desejos da mãe que irão moldá-lo e marcá-lo de forma que, a partir de então, ele irá se tornar alguém, e assim, sua personalidade será constituída. Entende-se que a mãe já foi essa criança em desenvolvimento que, dentro desse processo, adquiriu seus recursos psíquicos, e que, necessariamente, necessita deles para tornar-se mãe (STELLIN *et al.*, 2011).

Além disso, dentro desta teoria, há as esferas consciente e inconsciente, onde o inconsciente irá se formar a partir das vivências de sua infância primária, com aqueles que fizeram o papel materno e paterno, e o consciente será a esfera em que se manifestará seus conteúdos inconscientes, só que com auxílio de seus mecanismos de defesa estruturais. É natural que haja conflitos entre essas duas esferas psíquicas, porém, no caso de uma gestação, ainda há o caso da mulher sofrer angustias relacionadas ao desejo de conceber uma vida (TACHIBANA *et al.*, 2006). Em um estudo feito na rede pública em Fortaleza-Ce, onde em entrevistas semi-estruturadas procurava-se saber quais condições psíquicas eram necessárias para o processo de construção da maternagem, destacou-se a questão do planejamento da gravidez, em que se manifestava claramente a ambivalência entre o querer ter um filho e o desejar. Dentro da teoria psicanalítica apresenta-se esses dois conceitos como totalmente diferentes, ilustrando na perspectiva gestacional, quando o filho passa da perspectiva imaginária e se torna real, a partir disso a mulher se vê entre a obrigatoriedade social de querer um filho e a sua subjetividade que pode se expressar como desejante do filho ou não (STELLIN *et al.*, 2011).

Além disso, o processo imaginativo sobre o próprio filho constitui uma grande parcela desse desenvolvimento de tornar-se mãe, fantasiar como será seus aspectos físicos, comportamentais, se imaginar segurando-o no colo. No mesmo estudo citado acima notou-se que esse processo começa a ocorrer quando o bebê se torna notado, com movimentos, fazendo com que a mulher se perceba grávida a partir de suas alterações físicas da gestação. A partir disso que a elaboração psíquica do bebê na mente da mulher é feita, pois inicialmente é um estranho, mas que com o tempo se torna íntimo devido às projeções e idealizações por parte da mãe. É a partir da linguagem que tanto a mãe vai reconhecer o filho, quanto o filho irá se reconhecer como constituinte do ambiente familiar (STELLIN *et al.*, 2011).

Atualmente o quadro de transtornos mentais em gestantes na rede pública de saúde foi denunciado em um estudo em 18 unidades básicas de saúde no Brasil que 21,6% do público estudado apresentavam transtorno depressivo maior, 9,3% apresentavam

transtorno de pânico, 19,8% apresentavam ansiedade generalizada, entre outros (ALMEIDA *et al.*, 2012). Vê-se então, a necessidade de acompanhamento psicológico nessa fase de fragilidade, tanto pela conjuntura psíquica, quanto pelas alterações hormonais que pioram o quadro.

Entende-se que durante a gestação a mulher encontra-se em um período vulnerável, principalmente por tratar-se de diversas mudanças biopsicossociais, como alterações corporais, hormonais, bioquímicas e sociais, uma vez que, agora será adicionado um novo papel social em sua vida, a inclusão da função de mãe (KLEIN; GUEDES, 2008). Devido a tais mudanças, é comum surgir ansiedade por todo o processo de gravidez, acompanhado pela sensação de insegurança, medo do desconhecido e a incerteza dessa nova identidade. As alterações psicológicas envolvidas abordam diversos fatores não apenas em seu novo papel social, mas também em sua rede de apoio, a questão financeira, como ter condições para criar um novo membro na família, preocupações sobre a saúde do bebê e se dará tudo certo na gestação, assim como o meio social, dentre outras causas (KLEIN; GUEDES, 2008).

Como citado acima, acerca do medo do desconhecido, a mulher possui apreensão sobre a possibilidade de o processo ser doloroso no momento do parto, assim como sua relação inaugural entre mãe e filho. Pertinente a todas as questões apresentadas durante a gravidez, faz-se necessário uma intervenção psicológica, possibilitando para a mulher uma elaboração equilibrada das emoções manifestadas nesse período (KLEIN; GUEDES, 2008).

Os grupos de apoio proporcionam uma intervenção que oferece um espaço para compartilhar com outras mulheres na mesma situação, um meio para repartir experiências e trocar informações, através de um mediador. Esse espaço pode oferecer uma reflexão a respeito das mudanças da gestação e diminuir os sintomas envolvendo as preocupações sobre a gravidez (KLEIN; GUEDES, 2008).

Além disso, de acordo com a literatura, o período da gestação é a fase mais propensa na manifestação de transtornos psíquicos. Nesta etapa, há uma necessidade em cuidar do bem-estar da gestante, para que não haja problemas e sintomas futuros em seu filho. Apresentação de apatia, choro excessivo, futuros distúrbios afetivos, problemas no desenvolvimento são tipos de complicações que podem ocorrer (FALCONE *et al.*, 2005).

Dessa maneira, encontrar modos de prevenção e intervenção torna-se essenciais. Um exemplo dado é a depressão pós-parto, sendo que esta pode ser prevenida durante o pré-natal. O tratamento com uma equipe multiprofissional, incluindo psicólogos, pode promover uma qualidade de assistência integral na melhora dos fatores psicológicos (FALCONE *et al.*, 2005).

### **4.3 Sugestões de intervenções**

Com o intuito de atuar como um fator de proteção para a depressão pós-parto, foi

criado em um hospital particular em Brasília, o programa Pré-Natal Psicológico (PNP). O programa oferece grupos psicoeducativos, nos quais são discutidos temas que envolvam gestação, parto e pós-parto. O grupo é aberto, com a possibilidade de que novas gestantes possam ingressar ao decorrer das sessões, independentemente de estarem passando por grande sofrimento psíquico ou não, e podem desvincular-se a qualquer momento. Os encontros ocorrem semanalmente, e duram cerca de duas horas, sendo a demanda abordada a ser trazida pela equipe ou pelos integrantes do grupo, de acordo com as necessidades apresentadas. O seu fechamento ocorre dependendo do desenvolvimento do grupo. É possível a participação dos pais e avós para que haja a conscientização dos seus papéis como pai ou rede de apoio (ARRAIS; ARAUJO, 2016). O grupo almeja auxiliar a gestante e a família na preparação emocional para enfrentar a parentalidade de maneira positiva. Outros pontos abordados é a reorganização da relação conjugal, esclarecimento de dúvidas e inseguranças, orientação sobre o parto, procedimentos envolvidos e puerpério. Além disso, oferece um espaço de escuta qualificada para que os genitores possam expor seus sentimentos, angústias e receios e ouvir outras experiências e perspectivas (ARRAIS; CABRAL; MARTINS, 2012; ARAIS; ARAUJO, 2016).

O PNP tem a intenção de envolver o pai no período da gestação como apoio à mulher e prepará-lo para participar regularmente da criação da criança, a partir do reconhecimento do seu papel como pai e da escuta das suas demandas emocionais. Dessa forma, a gestante se sente mais acolhida e menos sobrecarregada, o que opera como um fator de proteção para a depressão pós-parto (DPP) (ARRAIS; CABRAL; MARTINS, 2012).

Algumas pesquisas envolvendo dez gestantes, sendo cinco do grupo intervenção e cinco do grupo controle, avaliaram diferentes critérios para observar se o PNP auxiliava nos sintomas na gestação e na prevenção da depressão pós-parto, sendo utilizado em ambas as pesquisas o perfil gestacional, perfil puerperal e escala COX – Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo/EDPDS (ARRAIS; CABRAL; MARTINS, 2012; ARAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014). Na pesquisa realizada por Arrais, Mourão e Fragalle (2014) foram incluídos um questionário avaliativo sobre a participação do programa e a avaliação do puerpério e maternidade, o Inventário Beck de Depressão (BDI) e o Instrumento de Complemento de Frases (CF). Nas duas pesquisas foi observado que as mães que não participaram dos grupos de intervenção apresentavam uma maior frustração ao se depararem com uma maternidade diferente da idealizada, sendo que um dos temas abordados nos dois estudos foi a desmistificação da maternidade. Em um dos grupos, algumas mães que participaram do PNP apresentaram DPP, contudo, as participantes afirmaram que o pré-natal psicológico as auxiliou a estarem preparadas para lidar com os conflitos conjugais e as dificuldades referentes ao cuidado e vinculação com o bebê (ARRAIS; CABRAL; MARTINS, 2012). No outro estudo, as mães que apresentaram depressão durante a gestação obtiveram redução nos sintomas de depressão no puerpério segundo os instrumentos de avaliação utilizados (ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014).

Dessa maneira, é possível afirmar que o PNP ampara na preparação para a maternidade e pode atuar como um fator de prevenção ou minimizar os sintomas da DPP e outros transtornos psicológicos. Contudo, devido ao pequeno tamanho da amostra, não é possível avaliar o seu impacto isoladamente, sendo assim, deve-se considerar outros fatores de proteção e risco envolvidos. Os autores defendem que esse programa é uma proposta viável, de baixo custo e adaptável às necessidades de diferentes comunidades, sendo uma opção eficaz a ser transformada em política pública (ARRAIS; CABRAL; MARTINS, 2012; ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014).

Diversas intervenções com gestantes diagnosticadas com ansiedade e depressão a partir de uma abordagem cognitivo-comportamental são propostas na literatura (DIMIDJIAN *et al.*, 2015; BITTNER *et al.*, 2014; GREEN *et al.*, 2015; RICHTER *et al.*, 2012). Uma intervenção realizada segundo a Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG) geralmente é realizada em doze encontros, contudo, devido ao contexto gestacional e de pós-parto, um estudo realizado por Green *et al.* (2015) optou-se por efetuarlos em 6 encontros realizados semanalmente, com a duração de duas horas cada, para não comprometer a assiduidade das gestantes. O conteúdo oferecido nesse estudo abordava “psicoeducação, reestruturação cognitiva, resolução de problemas, relaxamento, experimentos comportamentais, bem como assertividade.” (GREEN *et al.*, 2015, p. 634). Além disso, as estratégias da Teoria Cognitivo-Comportamental foram adequadas à temática de ansiedade e gestação pré-natal. Os resultados dessa intervenção apresentaram redução de sintomas tanto para ansiedade quanto depressão (GREEN *et al.*, 2015). A mesma redução foi apresentada em uma pesquisa que avaliou apenas sintomas depressivos (DIMIDJIAN *et al.*, 2015) e nos níveis de cortisol, relacionados biologicamente com o estresse. (RICHTER *et al.*, 2012). Em contrapartida, outro estudo não encontrou mudanças significativas nos sintomas de depressão e ansiedade durante a gestação, apenas melhoras em questões relacionais com parceiros (BITTNER *et al.*, 2014).

Em outros estudos foram realizados grupos de gestantes com base na Terapia Interpessoal (TIP), que avaliaram a ansiedade e depressão em três diferentes momentos, no primeiro contato, ao final da última sessão e no pós-parto (FIELD *et al.*, 2013, BOWEN *et al.*, 2014, THOMAS; KOMITI; JUDD, 2014). De acordo com Thomas, Komiti e Judd (2014), esse programa é utilizado para reduzir os sintomas de ansiedade e depressão e fortalecer o apego materno. Com esse intuito, dentre os assuntos abordados, foi apresentado componentes de psicoeducação e discutido conflitos interpessoais, a aquisição de um novo papel, comunicação e o encorajamento de afeto. (FIELD *et al.*, 2013, BOWEN, 2014. Uma das pesquisas utilizou a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) em paralelo com componentes da IPT, sendo eles “o apoio social, a comunicação conjugal, as transições de papéis e a conscientização entre os dois sinais de alerta de saúde mental um do outro” (THOMAS; KOMITI; JUDD, 2014, p. 506). Tais autores convidaram os pais para participarem de dois encontros com o objetivo de atuar como suporte e reforçar o seu envolvimento em

relação ao bebê, além de, que os pais também estão propensos a desenvolverem sintomas de ansiedade e depressão ao conviverem com parceiras que apresentam sintomas (THOMAS; KOMITI; JUDD, 2014).

As sessões nos diferentes estudos variaram entre 1 e 2h, durante 6 a 12 semanas, na qual participaram entre 18 a 30 mulheres que completaram todas as etapas da pesquisa. Todas as pesquisas apresentaram redução nos sintomas de ansiedade e depressão, sendo também encontrado redução nos níveis de cortisol (FIELD *et al.*, 2013, BOWEN *et al.*, 2014, THOMAS; KOMITI; JUDD, 2014). Uma pesquisa utilizando de meta-análise avaliou 27 estudos e constatou que o IPT era a intervenção mais utilizada (SOCKOL, EPPERSON, BARBER, 2011).

A intervenção em grupo durante o pré-natal, independente da abordagem utilizada, demonstra efetividade na redução de sintomas de ansiedade e depressão e possibilita a elaboração da aquisição de um novo papel, a discussão de conflitos interpessoais. A inserção em um grupo oferece suporte social e o reconhecimento e normalização das experiências (THOMAS; KOMITI; JUDD, 2014).

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nota-se que o contexto psicológico das gestantes é delicado, tanto por ser um momento de transição de um contexto sem um filho, para outro em que haverá uma vida que possui demandas emocionais dessa mulher, quanto pela sensibilização fisiológica e social que a mesma está submetida. A importância do cuidado da saúde mental das gestantes se dá pelo amplo número de transtornos denunciados neste período, que fragilizam a saúde da mulher e a da criança que, ao nascer, estará submetida a um contexto em que sua mãe não estará plenamente saudável para satisfazer suas necessidades. Assim, a partir de todos os estudos de intervenções psicológicas apresentados neste trabalho, os quais apontam efetividade na redução da ansiedade e depressão, pode-se concluir que a sua implantação trará à saúde pública benefícios a partir da prevenção de transtornos mentais mais graves e redução nos gastos em disponibilização de recursos psiquiátricos. As três intervenções citadas, que incluem o programa Pré-Natal Psicológico, a Terapia Cognitivo-Comportamental e os grupos com abordagem segundo a Terapia Interpessoal, demonstram o impacto positivo da implantação de uma intervenção e são realizadas em grupo, o que atende a grande demanda da atenção básica de saúde. Contudo, devido ao pequeno número das amostras, é necessário considerar a influência de outros fatores. Portanto, para obter um resultado mais conclusivo, é necessário realizar um estudo com uma amostra maior.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. S. de; NUNES, M. A.; CAMEY, S.; PINHEIRO, A. P.; SCHMIDT, M. I. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 385-393, fev. 2012.

ARRAIS, A. da R.; ARAUJO, T. C. C. F. de. Pré-natal psicológico: perspectivas para atuação do psicólogo em saúde materna no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 19 n. 1, p. 103-116, jan./jul. 2016.

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

ARRAIS, A. da R.; MOURÃO, M. A.; FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 251-264, mar. 2014.

AUSTIN, M. P.; FRILINGOS, M.; LUMLEY, K.; HADZI-PAVLOVIC, D.; RONCOALTO, W., ACLAND, S.; SAINT, K.; SEGAL, N.; PARKER, G. Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: A randomised controlled trial. **Journal of Affective Disorders**, [s. l.], v. 105, n. 1-3, p. 35-44, jan. 2008.

BITTNER, A.; P. J.; ZIMMERMANN, C.; JUNGE-HOFFMEISTER, J.; PARKER, L. S.; STÖBEL-RICHTER, Y.; WEIDNER, K. Early intervention in pregnant women with elevated anxiety and depressive symptoms: efficacy of a Cognitive-Behavioral group program. **The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing**, [s. l.], v. 28, n. 3, p. 185-195, jul./set. 2014.

BOTEGA, N. J.; BIO, M. R.; ZOMIGNANI, M. A.; GARCIA JR., C.; PEREIRA, W. A. B. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n.5, p. 359-363, out. 1995.

BOWEN, A. R. N.; BAETZ, M. M. D.; SCHWARTZ, L. B. A.; BALBUENA, L.; MUHAJARINE, N. Antenatal group therapy improves worry and depression symptoms. **The Israel Journal of Psychiatry Related Sciences**, Jerusalem, v. 51, n. 2, p. 226- 231, ago. 2014.

CAVALLARI, M. de L. R.; MOSCHETA, M. dos S. Reflexões a respeito da identificação projetiva na grupoterapia psicanalítica. **Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 43-50, jan./jun. 2007.

CICCHETTI, D.; ROGOSCH, F. A.; TOTH, S. L. Maternal depressive disorder and contextual risk: Contributions to the development of attachment insecurity and behavior problems in toddlerhood. **Development and Psychopathology**, [s. l.], v. 10, n.2, p. 283-300, jun. 1998.

DADOORIAN, D. Gravidez na adolescência: um novo olhar. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.21, n.3, p. 84-91, nov. 2003.

DIMIDJIAN, S.; GOODMAN, S. H.; FELDER, J. N.; GALLOP, R.; BROWN, A. P.; BECK, A. An open trial of mindfulness-based cognitive therapy for the prevention of perinatal depressive relapse/recurrence. **Word Psychiatric Association Section on Women's Mental Health**, Wien, v. 18, n. 1, p. 84-94, fev. 2015.



FALCONE, V. M.; MADER, C. V. de N.; NASCIMENTO, C. F. L.; SANTOS, J. M. M.; NÓBREGA, F. J. de. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 612-618, ago. 2005.

FIELD, T. Infants of depressed mothers. **Infant Behavior and Development**, [s. l.], v. 18, n.1, p. 1-13. 1995.

FIELD, T. Maternal Depression Effects on Infants and Early Interventions. **Preventive Medicine**, [s. l.], v. 27, n.2, p. 200-203, mar./abr. 1998.

FIELD, T.; DIEGO, M.; DELGADO, J.; MEDINA, L. Peer support and interpersonal psychotherapy groups experienced decreased prenatal depression, anxiety and cortisol. **Early Human Development**, [s. l.], v. 89, n. 9, p. 621–624, set. 2013.

GOODMAN, S. H.; GOTLIB, I. H. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: Developmental model for understanding mechanisms of transmission. **Psychological Review**, v. 106, n.3, p. 458–490. 1999.

GREEN, S. M.; HABER, E.; FREY, B. N.; MCCABE, R. E. Cognitive behavioral group treatment for perinatal anxiety: a pilot study. **World Psychiatric Association Section on Women's Mental Health**, Wien, v. 18, n. 4, p. 631-638, ago. 2015.

GREEN, S. M.; HABER, E.; FREY, B. N.; MCCABE, R. E. Cognitive behavioral group treatment for perinatal anxiety: a pilot study. **World Psychiatric Association Section on Women's Mental Health**, Wien, v. 18, n. 4, p. 631-638, ago. 2015.

KLEIN, M. M. de S.; GUEDES, CARLA R. Intervenção psicológica a gestantes: contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 28, n. 4, p. 862-871, dez. 2008.

LARA, M. A.; NAVARRO, C.; NAVARRETE, L. Outcome results of a psycho-educational intervention in pregnancy to prevent PPD: A randomized control trial. **Journal of Affective Disorders**, [s. l.], v.122, 122, n. 1-2, p. 109-117, abr. 2010.

MCGREGOR, M.; COGHLAN, M.; DENNIS, C. The effect of physician-based cognitive behavioural therapy among pregnant women with depressive symptomatology: a pilot quasi-experimental trial. **Early Intervention in Psychiatry**, [s. l.], v. 8, n. 4, p. 348-357, nov. 2014.

MONK, C. Stress and mood disorders during pregnancy: implications for child development. **Psychiatric Quarterly**, [s. l.], v. 72, n. 4, p. 347-357, dez. 2001.

RICHTER, J.; BITTNER, A.; PETROWSKI, K.; JUNGE-HOFFMEISTER, J.; BERGMANN, S.; JORASCHKY, P.; WEIDNER, K. Effects of an early intervention on perceived stress and diurnal cortisol in pregnant women with elevated stress, anxiety, and depressive symptomatology. **Journal of Psychosomatic Obstetrics e Gynecology**, [s. l.], v. 33, n. 4, p. 162–170, dec. 2012.

ROTHER, E. T. Editorial: revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paul Enferm.**, v.20, n.2, 2007.

SARTORI, G. S.; VAN DER SAND, I. C. P. Grupo de Gestantes: espaço de conhecimentos, de trocas e de vínculos entre os participantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 153-165. 2004.

SILVIA, M. M. J.; LEITE, E. P. R. C.; NOGUEIRA, D. A.; CLAPIS, M. J. Ansiedade e depressão na gravidez: caracterização de gestantes que realizaram pré-natal em unidades públicas de saúde. **Revista de Enfermagem UFPE on line – REUOL**, v.9, n.7, 2015.

SOCKOL, L. E.; EPPERSON, C. N.; BARBER, J. P. A meta-analysis of treatments for perinatal depression. **Clinical Psychology Review**, [s. l.], v. 31, n. 5, p. 839-849, jul. 2011.

STELLINL, R. M. R.; MONTEIRO, C. F. A.; ALBUQUERQUE, R. A.; MARQUES, C. M. X. C. Processos de construção de maternagem. Feminilidade e maternagem: recursos psíquicos para o exercício da maternagem em suas singularidades. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v.16, n. 1, p. 170-185, jun. 2011.

TACHIBANA, M.; SANTOS, L. P.; DUARTE, C. A. M. O conflito entre o consciente e o inconsciente na gravidez não planejada. **Psychê**, São Paulo, v. 10, n.19, p. 149-167, set./dez. 2006.

THOMAS, N.; KOMITI, A.; JUDD, F. Pilot early intervention antenatal group program for pregnant women with anxiety and depression. **World Psychiatric Association Section on Women's Mental Health**, Wien, v. 17, n. 6, p. 503–509, dec. 2014.

ZIMERMAN, D. E. Fundamentos básicos das grupoterapias. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 2000.

# CAPÍTULO 4

## REDES SOCIAIS VIRTUAIS (*INSTAGRAM E FACEBOOK*): APOIO MÚTUO E INFLUÊNCIA PSICOLÓGICA DIANTE DA VIVÊNCIA DA INFERTILIDADE

Data de aceite: 20/08/2021

Data de submissão: 05/07/2021

### Ana Paula Estevam Melo Pimentel

Psicóloga Clínica  
Núcleo de Pesquisa em Psicopatologia Clínica  
e Psicologia e Saúde – NPPS  
Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Goiânia/GO  
<http://lattes.cnpq.br/5465023275525137>  
<https://orcid.org/0000-0001-6183-7865>

### Juliana Santos de Souza Hannum

Mestre e Doutora em Psicologia pela PUC-GO  
Professora Orientadora de Iniciação Científica  
da PUC-GO e Docente do Curso de Psicologia  
PUC-GO). Goiânia/GO  
Escola de Humanidades, Núcleo de Pesquisa  
em Psicopatologia Clínica e Psicologia e Saúde  
– NPPS  
Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
<http://lattes.cnpq.br/3186381389499396>

**RESUMO:** A infertilidade é considerada uma das experiências mais angustiante de quem deseja ter filhos, causadora de expressivo estresse psicológico. Para muitas mulheres, o tornar-se mãe é considerado o maior acontecimento da vida. No tratamento da infertilidade, os procedimentos médicos, simples ou complexos, geram um turbilhão de emoções, sintomas de ansiedade e depressão. Contudo, os avanços técnico-científicos da contemporaneidade podem contribuir com o tratamento. Diante da proliferação de comunidades virtuais o foco deste

estudo é compreender a influência psicológica das redes sociais virtuais na vivência da infertilidade e interpretar de que maneira essas redes fornecem apoio para mulheres, homens e/ou casais inférteis. A pesquisa tem caráter quanti-qualitativo de base exploratória e foi realizada através da análise das narrativas encontradas nas redes sociais virtuais (*Instagram e Facebook* com mais de 1000 seguidores). Para que os dados fossem interpretados, foi implementada a técnica de Análise de Redes Sociais com auxílio do *software* Iramuteq. O referido programa fez uma análise textual e lexical quantitativa, considerando a palavra como unidade. Foram pesquisados 60 perfis e escolhidos 28 contendo as denominações “tentantes” e “gestantes” e posteriormente, identificadas seis classes de vocabulários. Tais classes foram interpretadas por meio de ferramentas contidas no *software* como Dendograma, Análise Fatorial de Correspondência e Análise de Similitude. As análises de narrativas demonstraram que os perfis de tentantes e gestantes, são redes de relações interpessoais e apoio mútuo que servem como ferramenta de expressão livre, partilha, socialização, pesquisa e troca de informações, permitindo que qualquer pessoa tenha a possibilidade de encontrar seu lugar na Internet e possa se retroalimentar nas experiências com o outro, numa tentativa, sobre tudo, de diluir o sofrimento. Assim, acredita-se que as redes sociais virtuais têm potencial para funcionar como coadjuvante no tratamento da infertilidade, havendo, no entanto, necessidade de mais pesquisas.

**PALAVRAS - CHAVE:** Infertilidade; psicologia;

redes sociais virtuais.

## VIRTUAL SOCIAL NETWORKS (INSTAGRAM AND FACEBOOK): MUTUAL SUPPORT AND PSYCHOLOGICAL INFLUENCE IN THE FACE OF INFERTILITY

**ABSTRACT:** Infertility is considered one of the most distressing experiences of those who want to have children, causing expressive psychological stress. For many women, becoming a mother is considered the greatest event of life. In the treatment of infertility, medical procedures, simple or complex, generate a whirlwind of emotions, symptoms of anxiety and depression. However, the technical and scientific advances of contemporaneity can contribute to the treatment. Faced with the proliferation of virtual communities the focus of this study is to understand the psychological influence of virtual social networks in the experience of infertility and interpret how these networks provide support for women, men and/or infertile couples. The research has an exploratory quantitative-qualitative character and was carried out through the analysis of the narratives found in virtual social networks (Instagram and Facebook with more than 1000 followers). In the process of being interpreted, the Social Network Analysis technique was implemented with the aid of Iramuteq software. This program made a quantitative textual and lexical analysis, considering the word as a unit. We researched 60 profiles and 28 were chosen containing the names “tempting” and “pregnant” and later, six vocabulary classes were identified. These classes were interpreted through tools contained in the software such as Dendogram, Factor analysis of Correspondence and Analysis of Similitude. Narrative analyses showed that the profiles of tempting and pregnant women are networks of interpersonal relationships and mutual support that serve as a tool of free expression, sharing, socialization, research and exchange of information, allowing anyone to have the possibility to find their place on the Internet and can feed back on experiences with others, in an attempt, over all, to dilute suffering. Thus, it is believed that virtual social networks have the potential to act as an adjunct in the treatment of infertility, however, there is a need for further research.

**KEYWORDS:** Infertility; psychology; virtual social networks.

## 1 | INTRODUÇÃO

O desejo de ter um filho faz parte da constituição biológica, psicológica, social e espiritual do ser humano. Inúmeros estudiosos afirmam que muitos casais e, principalmente as mulheres, desejam ter um filho devido a variados impulsos e motivos conscientes e inconscientes (MALDONADO, 2017; GUTMAN, 2012; STRAUBE & MELAMED, 2018c; LEIS & MODELLI, 2004). Segundo Freud (1914), tanto para a mãe quanto para o pai, o filho representa a imortalidade do ego ao assegurar a continuidade da família e, portanto, a inexistência de um filho tem um valor significativo para o casal que gostaria de tê-lo (TUBERT, 1996; MALDONADO et al., 2000).

Um dos fatores que impede aproximadamente 15% dos casais de terem filhos é a infertilidade (STRAUBE & MELAMED, 2013a). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2007a, 2004b, 2002c), a infertilidade é caracterizada por consecutivas tentativas para engravidar por mais de um ano sem uso de métodos contraceptivos.

Contudo, os avanços técnico-científicos da contemporaneidade podem auxiliar a superar a dificuldade de se conceber uma criança. Para tanto, tem-se a Reprodução Assistida, que vem gerando esperança a pessoas inseridas em diferentes realidades fisiológicas e configurações sociais, como por exemplo, em decorrência da (o): idade avançada, infertilidade, homossexualidade, transexualidade ou estado civil solteiro (STRAUBE & MELAMED, 2013a).

Das causas que prejudicam a concepção, a infertilidade constitui uma das mais preocupantes. Em pesquisa realizada por Sexton et al. (2010), metade das mulheres investigadas descreveram a infertilidade como a experiência mais angustiante de suas vidas, causadora de expressivo estresse psicológico. Constatação que corrobora com estudo de Domar et al. (1992), em que as mulheres que apresentavam problemas de fertilidade não se diferenciaram nas medidas de angústia global de pacientes com câncer, reabilitação cardíaca e hipertensão.

No tratamento da infertilidade, os procedimentos médicos, dos mais simples aos mais complexos, geram um turbilhão de emoções e sintomas de ansiedade e depressão. É uma situação em que o paciente dificilmente encontra-se preparado, fazendo-se necessária uma intervenção psicológica (STRAUBE & MELAMED, 2015b).

Braga & Amazonas (2005) afirmam que os aspectos psicológicos da infertilidade estão comumente associados ao estresse, sentimento de perda, comprometimento da autoestima, dificuldade de relacionamento conjugal e social. Reiteram também que as tecnologias conceptivas reforçam o estigma da mulher de ser infértil, proporcionando vivências singulares, carregadas de dúvidas e ambivalências que produzem simultaneamente esperança e mal-estar, peso emocional e sentimento de fracasso mesmo diante da gravidez real, pois é vista como fruto de uma relação de laboratório (STRAUBE, 2007d; SPOTORNO et al. 2008)).

Deste modo, as mulheres podem se acostumar a adotar uma terminologia médica para falar de sua própria infertilidade, visando dominar a realidade dos seus “corpos rebeldes”, perder a posição de sujeito que deseja e reduzir seu corpo a um objeto do discurso médico (TUBERT, 1996). Diante disso, mulheres que vivem a crise da infertilidade, especialmente as recém-diagnosticadas e tradadas, precisam contar com uma rede de apoio constituída pela família, trabalho e comunidade de modo geral (BRITO & KOLLER 1999).

No final do século XX e no início do XXI, as redes de apoio e relação interpessoal começaram a se estabelecer em plataformas na internet (NICOLACI-DA-COSTA, 2006). De forma simultânea, deu-se início a um tempo instantâneo, sem substância e sem consequências, que prioriza as realizações imediatas e que causa exaustão e desinteresse (BAUMAN, 2001). É um tempo denominado de modernidade líquida, norteadas pelo desapego, fantasia, provisoriedade e acelerado processo da individualização, liberdade e insegurança (BRITO & KOLLER, 1999; MATOS-SILVA et al., 2012).

A modernidade líquida surge com o advento da Internet, onde foram criados os chats, e-mails e blogs. Mas, recentemente as redes sociais evoluíram para o *Facebook* e o *Instagram*, os quais tem sido importante objeto de estudo da psicologia, devido sua influência sobre o desenvolvimento e bem-estar subjetivo das pessoas na atualidade (BRITO & KOLLER, 1999; MATOS-SILVA et al., 2012).

Segundo Matos-Silva et al. (2012), as redes sociais são agregações sociais no ambiente virtual, com um número suficiente de pessoas para manter discussões longas e cercadas por emoções, podendo vir a formar uma comunidade para um determinado fim. Para Castells (2003) as redes sociais são um tipo de “comunitarismo renovado”, que tolera ideias, pensamentos, ideologias e crenças. Independente do motivo que possa agregar seus membros, as comunidades online possibilitam a expressão livre e horizontal, sem uma entidade que as regula ou censura. Isso faz com que qualquer pessoa tenha a possibilidade de encontrar seu lugar na Internet e, se não o encontrar, poder criá-lo e divulgá-lo, dando início a uma nova comunidade ou rede de relacionamentos.

As comunidades online têm a capacidade de estabelecer relações sociais fortes e fornecer informações, companhia, apoio e a sensação de pertencimento (MATOS-SILVA et al., 2012; SILVA et al., 2006). Mas, nem todo agrupamento que surge na Internet pode ser classificado como uma comunidade online. Alguns são apenas uma “agregação eletrônica” onde os participantes não se sentem envolvidos e apenas compartilham informações e experiências efêmeras (LEMOS, 2002; RECUERO, 2006).

Nas comunidades online que tratam do tema da infertilidade, as mulheres expressam a sensação de estarem sendo excluídas da sociedade e a incredulidade sobre a perspectiva de ter um filho biológico (WHITEHEAD, 2016). Além de poderem desabafar, as comunidades online permitem às mulheres inférteis divulgar ou adquirir informações, apoiar e serem apoiadas (DETÍLIO & LEIS, 2018).

Neste cenário as comunidades virtuais vêm para construir significados e representações perante a vivência da infertilidade, focando na promoção da saúde física, cognitiva e afetiva associada à qualidade de vida e ao bem-estar da mulher diagnosticada com infertilidade (CARAN & ARRAIS, 2015; JULIANO & YUNES, 2014).

Diante da proliferação de comunidades virtuais voltadas para o tema da infertilidade e dos benefícios que podem trazer aos casais, em especial às mulheres, o presente projeto realiza os seguintes questionamentos: As comunidades online constroem significados e representações perante a vivência da infertilidade? Como acontece o compartilhamento de emoções e a troca de experiências pessoais nas comunidades online referentes a infertilidade?

Todavia e com base na relevância das questões levantadas, este projeto teve como objetivo principal compreender a influência psicológica e social das redes sociais virtuais (*Instagram* e *Facebook* com mais de 1000 seguidores) na vivência da infertilidade e interpretar por meio da análise das narrativas de que maneira essas redes fornecem apoio

mútuo para mulheres, homens e/ou casais inférteis.

## 2 | MÉTODO

A presente pesquisa tem caráter quanti-qualitativo de base exploratória e foi realizada através da análise das narrativas encontradas nas redes sociais virtuais (*Instagram* e *Facebook* com mais de 1000 seguidores) referentes ao tema da infertilidade. Para que os dados em questão fossem modelados, calculados e interpretados, foi implementada a técnica de Análise de Redes Sociais (ARS) com auxílio do software (*freeware*) Iramuteq (CARAN & ARRAIS, 2015; RATINAUD, 2016; MUylaert, 2014; FIALHO, 2014).

O referido programa fez uma análise textual e lexical quantitativa, considerando a palavra como unidade. O software Iramuteq também ofereceu uma contextualização do conjunto de narrativas, onde cada narrativa selecionada era composta por conteúdos semânticos que formavam um banco de dados ou *corpus* analisado pelo *software*.

Anterior às ARS desenvolvidas no Iramuteq, realizou-se uma observação sistemática de inúmeros endereços (perfis) do *Instagram* e *Facebook* com mais de 1000 seguidores (agosto/2018 a abril/2019), utilizando-se da “infertilidade” e “tentantes” como termos de busca. Em seguida, foram selecionados 30 endereços de cada plataforma e escolhidos os que possuíam mais seguidores.

Dos endereços do *Instagram* e do *Facebook* selecionados, foram estudados 60 perfis dos quais foram escolhidas as narrativas que continham as denominações “tentantes” e “gestantes”, sendo excluídas as denominações “ex.tentantes”. Após esta seleção, restaram um total de 20 perfis do *Instagram* e 8 perfis do *Facebook*. De cada um dos 28 perfis foram retirados em média dois fragmentos de narrativa (comentários), totalizando 56 narrativas redigidas no período de janeiro a abril a 2019. Importante pontuar que os endereços dos 28 perfis estudados foram suprimidos mediante referencial básico da bioética e segundo Resoluções de nº466/2012 e nº510/2016 (BRASIL, 2016).

A partir do conteúdo das narrativas do *Instagram* e outra do *Facebook* foi realizada a ARS no software Iramuteq por meio da produção de um Dendrograma e da realização de uma Análise Fatorial de Correspondência (AFC) e de uma Análise de Similitude. Devido ao grande número de dados gerados pelas narrativas, foram escolhidas aquelas com mais de duas linhas, possibilitando a análise computadorizada do conteúdo com maior riqueza de informações.

## 3 | RESULTADOS

Com base nas observações dos 30 perfis do *Instagram*, foram selecionados 20 perfis que continham a denominação de tentantes e/ou gestantes, sendo que essas mesmas denominações estavam presentes em 8 dos 30 perfis do *Facebook* analisados e, por isso, também foram escolhidas para compor os dados do presente estudo.

Após a seleção de 28 perfis, foram escolhidas narrativas compartilhadas nas redes sociais *Instagram* e *Facebook* referentes aos meses de janeiro a abril de 2019 com conteúdo que representasse o conceito global do perfil. Os endereços foram retirados a fim de proteger a identidade dos autores das narrativas e foi criado um nome (código: \*\*\*\* \*Narrativa\_[...]) referencial para auxiliar na interpretação das narrativas pelo software Iramuteq.

### 3.1 Discussão dos Resultados

As análises do *corpus* do texto foram realizadas pelas ferramentas estatísticas contidas no Iramuteq, as quais organizaram as palavras de acordo com suas classes gramaticais (Adjetivos, Substantivos e Verbos). O *corpus* geral foi constituído por 56 textos, separados por 224 segmentos de texto (ST).

Para uma análise mais limpa e para uma melhor diferenciação do vocabulário, foi utilizado o Método de Reinert (1990 apud CAMARGO & JUSTO, 2018) que identificou que o conteúdo textual se divide em seis classes (Figura 1). Cada classe de ST apresentou vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente dos segmentos das outras classes.

Em seguida, foi possível relacionar as classes obtidas através do software Iramuteq por meio de um Dendrograma (Figura 1). As classes de 1 a 6 foram denominadas, respectivamente: *meu positivo*, *Deus*, *começar tratamento*, *emoções*, *problemas de fertilidade*, *descobrir causa*. Quanto às relações produzidas pelo Dendrograma, observou-se uma ligação entre as classes 1 e 2, que estão contidas dentro da classe 5 e entre as classes 3 e 4. Por fim, a classe 6 foi formada por um conjunto de palavras mais técnicas e que foram citadas em basicamente todas as classes (Figura 1).



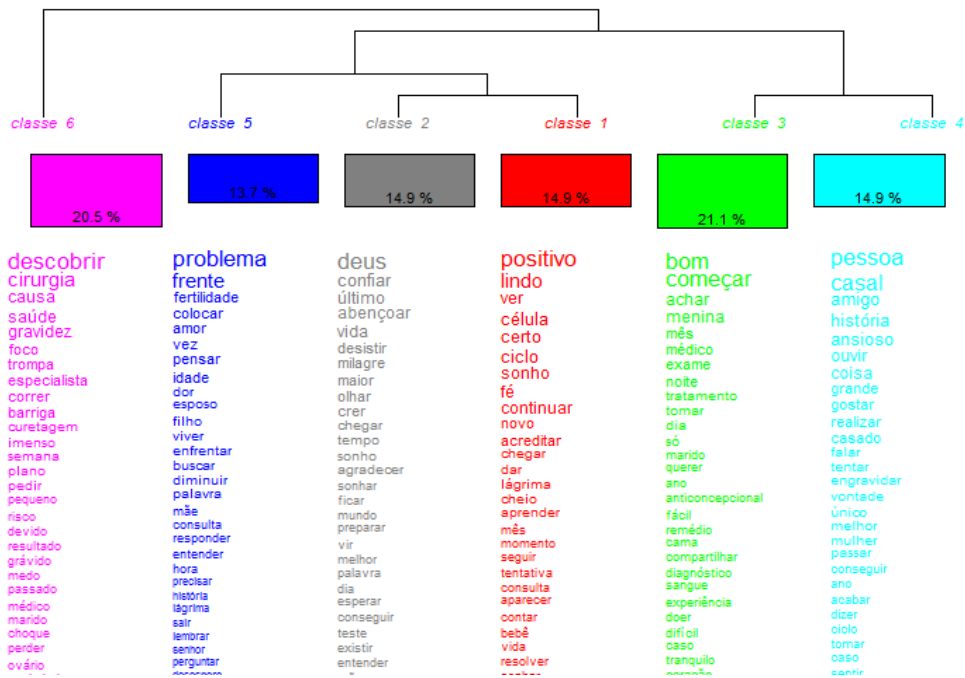


Figura 1. Dendrograma de Classe de Palavras

Fonte: Iramuteq – Verson 0,7 alpha 2.

A classe1 (representada pela cor vermelha na Figura 1) denominada “**meu positivo**” foi responsável pela explicação de 14,91% das palavras encontradas nos textos, incluindo: positivo, lindo, ver, célula, certo, ciclo, sonho, fé, continuar, novo, acreditar, chegar, dar, lágrimas, cheio, aprender, mês, momento, seguir, tentativa, consulta, aparecer, contar, bebê, vida, resolver, entre outras. Logo, a maioria dos comentários da classe 1 faz referência ao positivo, ou seja, a necessidade de continuar tentando um Beta-HCG positivo, que é o exame de sangue que confirma uma gravidez. São exemplos de fragmentos dessa classe:

[...]. Algumas pessoas conseguem o positivo já no primeiro ciclo, que felizes elas são! Mas com uma grande maioria não é assim. [...] eu não tinha um norte, não tinha um diagnóstico, só tinha fé e esperanças que meu positivo chegaria [...]. (Narrativa\_Instagram\_2.1)

“Hoje é um dia de tristeza... e me sinto tão sozinha... vai passar, eu sei. Muitas vezes, o #positivo não chega e o seu mundo fica sem chão, não é mesmo? [...]». (Narrativa\_Instagram\_8.2)

[...]. Não vou apagar o IG gente, pq fiz várias amigas aqui e estarei aqui pro que precisarem e quero ver o POSITIVO DE CADA UMA e quem sabe ne, no meio desse tempo eu conte alguma novidades pra vcs então não vou apagar, todos os dias estarei aqui vendo os feed e story de vcs. [...]”. (Narrativa\_Instagram\_16.2)

“Confirmando o que eu já sabia, janeiro passou e meu positivo não chegou. [...]” (Narrativa\_Instagram\_20.1)

"[...] São tentantes essas guerreiras que mês após mês, como a lendária ave fênix, ressurgem das cinzas de mais um ciclo de tentativas fracassado e recomeçam uma nova jornada ao encontro da maternidade almejada. [...]". (Narrativa\_Facebook\_2.2)

Na classe 2 (em cinza na Figura 1) a denominação **"Deus"** também esteve correlacionada a 14,91% das palavras encontradas nos textos, onde as principais foram: Deus, confiar, último, abençoar, vida, desistir, milagre, maior, olhar, crer, chegar, tempo, sonho, agradecer, sonhar, ficar, mundo, preparar, vir, melhor, palavra, dia, esperar, entre outras. Essa classe de palavras faz referência ao sobrenatural para a cura da infertilidade por meio da fé e da devoção em Deus, que tem o poder absoluto de curar todas as enfermidades e realizar milagres.

"Não sei quais as orações que você tem feito a Deus, não sei seus sonhos e planos, mas eu sei que o melhor em sua vida virá. Quando os desígnios de Deus têm que se cumprir, quando o tempo chega não existe nada nem ninguém que impeça Deus o abençoar. Continue confiando, crendo, tendo fé e esperando em Deus pois nEle toda espera tem recompensa e os planos e sonhos que Ele tem para a sua vida com certeza vão além de todas as suas expectativas [...]". (Narrativa\_Instagram\_3.1)

"[...] a dica que eu deixo aqui pra vocês é se agarrem em Deus, sim tenham fé busquem a ele que nós sabemos que nessa vida de tentante tudo é possível não existe problema que ele não possa resolver. (Narrativa\_Instagram\_5.2)

"DEUS ME ESCUTA SR. DEUS DEIXA EU TER UM BB. DEUS DEIXA EU FORMAR UMA FAMILIA COM O FRUTO DO AMOR. EU TE IMPLORO SR. DEUS INTERCEDE E ME DÁ ESSE FILHO TAO DESEJADO". (Narrativa\_Instagram\_12.1)

"[...] Querida muito que Deus me respondesse de alguma maneira, ta tão difícil. Pq é tão difícil? [...] #Deus deve ter um propósito lindo na vida de cada uma de nós. Vamos seguir firme e forte e não deixando a Fé de lado. Nosso dia vai chegar. UM DESABAFO! TAVA PRECISANDO". (Narrativa\_Instagram\_16.1)

"[...] Nunca desistam de seus sonhos, mesmo que o mundo diga não...A última palavra vem dele, vem do céu, vem de DEUS e ele é fiel". (Narrativa\_Facebook\_4.1)

"[...] Oq eu tenho a dizer nunca desista dos seus sonhos e confia no Deus que tudo pode pq é dele a última palavra meu MILAGRE está chegando". (Narrativa\_Facebook\_3.2)

A categoria **"começar tratamento"** (classe 3 em verde na Figura 1) está ligada 21,12% das palavras encontradas, sendo elas: bom, começar, achar, menina, mês, médico, exame, noite, tratamento, tomar, dia, só, marido, querer, ano, fácil, compartilhar, remédio, diagnóstico, sangue, experiência, cama, anticoncepcional, difícil, caso, doer, entre outras. Também foi possível observar que nesta categoria ficaram evidentes os relatos sobre a confirmação da infertilidade, a busca por um diagnóstico e o início do tratamento.

"Hoje fui fazer uma consulta com a equipe de anestesia, e minha Histero foi marcada para 22.02, vamos ver tudo como está, fazer biópsia do Endométrio, pesquisa de Células NK e mais um exame. [...]". (Narrativa\_Instagram\_19.1)

"Triste Realidade. Gente, como dói, Pq é tão difícil assim em? Eu achava que engravidar seria a coisa mais fácil do mundo, mas como eu era boba. Eu lembro que eu sempre quis engravidar, desde dos 17 anos quando eu comecei a namorar [...] as coisas acontecerem naturalmente. [...]". (Narrativa\_Instagram\_16.1)

"[...]". Eu comecei a 11 meses atrás o início das tentativas, logo no mês que comecei, fiz os exames de sangue de rotina e o Papanicolau. Não acusaram nada. Com 6 meses de tentativas, levei meu marido ao meu médico [...], ele passou exames de sangue para medir, LH, FSH, testosterona, hemograma completo, e passou o principal exame para o homem O ESPERMOGRAMA, sim, sem isso vc NUNCA vai saber se a infertilidade é dele! Bingo! [...]". (Narrativa\_Facebook\_4.2)

"Olá meninas boa noite. Sou nova aqui é tenho zilhões de dúvidas. Com certeza terei muitas perguntas. Vou começar a ser tentante. Tenho 39 anos e o médico logo pediu exames de infertilidade. (Narrativa\_Facebook\_5.1)

"Olá meninas hj venho aqui falar um pouco sobre meu caso e tbm desabafar, tenho 36 anos sou casada a 13 anos e tive o diagnóstico de endometriose profunda no começo desse ano, diagnóstico tardio devido o despreparo de alguns médicos, a descoberta foi devido estar investigando as causas de infertilidade, e meu marido e eu sempre buscando entender o que estava acontecendo [...]". (Narrativa\_Facebook\_7.2)

"[...]". Como vcs fazem para controlar a ansiedade?! Eu comecei a tentar esse mês. Conversei com meu marido e ele tbm quer. Só que eu sei que vai ser um pouco difícil. Eu não menstruo, só se eu tomar anticoncepcional, e mesmo assim é difícil eu engravidar. [...] A única coisa que deu na minha ultra foi Cisto Naboth, que o médico disse que é normal. Ai a parti desse ciclo vou fazer o chá e vou tomar garrafada pra ajudar. Mais estou tão ansiosa, que chego a ser chata, as vezes me dá uma crise de ansiedade que parece que vou ter um treco". (Narrativa\_Facebook\_6.3)

Ao analisar a classe 4 (representada pela cor azul-claro na Figura 1), obteve-se relação de 14,91% das palavras do texto com a denominação "**emoções**". Algumas dessas palavras foram: pessoa, casal, amigo, história, ansioso, ouvir, coisa, grande, gostar, realizar, casado, falar, tentar, engravidar, vontade, único, melhor, mulher, passar, conseguir, ano, acabar, dentre outras que, em sua maioria, fazem referência aos sentimentos, asseios, medos e sensações emocionais do casal diante do tratamento da infertilidade.

"[...]". Tenho chorado bastante e algumas áreas da minha vida estão sendo afetadas por todo essa angústia e insatisfação com tudo ao meu redor". (Narrativa\_Instagram\_1.1)

"[...] é um caminho muitas vezes solitário, ninguém nos nota, o que mais ouvimos é: enquanto estiver nessa ansiedade você não vai engravidar. As pessoas não entendem como isso nos corrói por dentro, como não ficar ansioso com algo que se quer tanto? [...]". (Narrativa\_Instagram\_2.1)

"[...] fizemos tudo que podíamos, e tudo que eu ouvia era que nunca seria

possível ser mãe, uma hora o problema era em mim, outra hora no meu esposo, eu saía das consultas e tratamentos sem palavras, pensam como era triste os encontros de famílias e amigos, dia das mães, festas natalinas, enfim um dor que só quem passa sabe [...]”. (Narrativa\_Instagram\_3.2)

“Reposted from @dr.rodrigrosa - Gostaria que as pessoas soubessem a montanha-russa emocional que é a infertilidade. [...]”. (Narrativa\_Instagram\_4.1)

“Nem sempre entendemos o motivo e, no meio da dor, muitas vezes buscamos explicações sem sucesso... [...] abortos espontâneos - simboliza um diagnóstico estarrecedor. [...] E não há palavras de conforto capazes de diminuir essa dor. [...] O luto materno merece ser vivido e merece RESPEITO. [...]”. (Narrativa\_Instagram\_9.1)

“Hj estou indo dormir muito mal. Quando a coruja vai embora fico com vontade de namorar mais e hj senti uma rejeição fora do normal por parte de meu marido e sinceramente estou muito magoada. [...]”. (Narrativa\_Instagram\_12.2)

“A perda é frustrante, o luto. Na fiv a ansiedade dura um processo todo, e depois quando não dá certo só quem já passou para descrever uma das piores Sensações que já tive, fora a frustração, impotência e de perda! E sentir que todo aquele sacrifício não deu certo é que a menstruação desceu...é se sentir vazia seca até menos mulher. [...]”. (Narrativa\_Instagram\_14.1)

“Cara infertilidade... Eu odiei você. Você rouba sonhos. Você parte corações. Você traz tristeza. Você consome vidas. Você é a razão pela qual nós não podemos engravidar sozinhos. Você afogou meu coração em profunda miséria devido à incapacidade. [...]”. (Narrativa\_Facebook\_4.1)

A classe 5 com a designação “**problemas de fertilidade**” (em azul na Figura 1) explicou 13,7% das palavras encontradas nas narrativas, sendo elas: problemas, frente, colocar, fertilidade, amor, vez, pensar, idade, dor, esposo, filho, buscar, enfrentar, viver, diminuir, palavra, mãe, responder, consulta, entender, entre outras. Deve-se ressaltar que a forma como estes termos foram utilizados demonstrou claramente as especificidades dos casais que vivenciam a infertilidade.

“[...] E saibam que mesmo que para grande parte da população pode ter sido tranquilo conseguir engravidar, cerca de 15% dos casais apresentam dificuldades e os casos de abortos são mais comuns que todos imaginam. E as pessoas sofrem em silêncio, com medo do julgamento e pressão da família e dos amigos. Por um mundo melhor, tenham mais empatia. (Narrativa\_Instagram\_4.1)

“A idade tem um grande impacto na fertilidade da mulher. Em contrapartida, a carreira profissional muitas vezes é colocada à frente do planejamento de ter um filho. Você sabia que já com 35 anos, a fertilidade é limitada e nem mesmo um estilo de vida saudável pode mudar isso? [...]”. (Narrativa\_Instagram\_2.2)

“[...] Devido a SOP eu não menstruava NUNCA. É sério!?! Tinha ciclos de 180 dias, e às vezes, até mais que isso. Mas já no primeiro mês de uso esse medicamento fez a passar lá em casa, e esse é o terceiro mês que meu ciclo tem 28 dias certinho. Porém como já contei antes ainda não tenho ovulação. Tenho consulta essa semana com a GO, e vamos ver quais os próximos passos. [...]”. (Narrativa\_Instagram\_10.2)

“Não sei se você já sabe, mas eu tenho problemas relacionados a infertilidade masculina, e por isso criei um blog onde escrevo 2 ou 3 vezes por semana, para passar minha experiência sobre esse assunto, e também ajudar quem enfrenta esse mesmo problema para que possam entender a fundo tudo sobre esse assunto. [...]”. (Narrativa\_Facebook\_8.2)

Por fim, na classe 6 intitulada **“descobrir causa”** (em rosa na Figura 1), houve uma correlação deste termo com 20,5% das palavras do texto, incluindo: descobrir, cirurgia, causa, saúde, gravidez, foco, trompa, especialista, correr, barriga, curetagem, imenso, semana, pedir, plano, risco, pequeno, devido, medo, resultado, passado, grávido, médico, marido, ovário, perder, choque, triste, ansiedade, entre outras que como essas aqui mencionadas, abarcam termos gerais que via de regra acabaram se repetindo em outras classes.

“Hoje saiu o resultado da minha Histero. E o que eu menos esperava deu positivo...Células NK aumentadas em 40% no endométrio. Eis, talvez, os motivos das falhas de implantação e aborto. (Narrativa\_Instagram\_19.1)

“[...] a cirurgia estava programa apenas para 30 a 40 minutos, local da endometriose? Apenas no ovário esquerdo, era para ser uma cirurgia simples. E onde que realmente estava os focos de endometriose? Por toda, toda barriga, ovários, bexiga, rins, fígado, intestino (tem 3 focos) o médico preferiu não mexer, pq? Ele teve que queimar os focos do meu pulmão e estava sangrando muito, sim meninas no pulmão, endometriose. (Narrativa\_Instagram\_18.2)

“[...] Faz um uns 4 anos que tento engravidar e não consigo.... Resolvi ir a um médico de infertilidade, já que o meu ginecologista insistia em dizer que eu não tinha nada. Em meio a vários exames descobrir que tenho pólipos endometrial de parede anterior. [...]”. (Narrativa\_Facebook\_3.1)

“Fui no médico hoje ver o resultado de meus exames e descobri que tenho hidrossalpinge, ou seja, acúmulo de líquido na trompa devido infecções não tratadas isso causa infertilidade, o médico disse não se preocupa daqui a três meses volta e refaz tudo daí marco o histeriossalpingografia sei lá se escrevi correto [...]”. (Narrativa\_Facebook\_5.2)

“[...] Ainda não conversei com o médico a respeito do resultado, então não sei se as próximas gravidez terão o mesmo problema, porém estou com medo. Estou me recuperando da curetagem que faz apenas 15 dias”. (Narrativa\_Facebook\_7.1)

“[...] tive o diagnóstico de endometriose profunda no começo desse ano, diagnóstico tardio devido o despreparo de alguns médicos, a descoberta foi devido estar investigando as causas de infertilidade, e meu marido e eu sempre buscando entender o que estava acontecendo [...]”. (Narrativa\_Facebook\_7.2)

Com a Análise Fatorial de Correspondência (AFC) têm-se os resultados das classes 1 a 6 organizados graficamente da seguinte maneira: classe 1 (vermelho) e 2 (cinza) distribuídas no lado esquerdo superior do gráfico e classe 5 (azul) ocupando de forma preponderante o lado esquerdo inferior do gráfico, o que vem a indicar uma forte relação





a classe 5, juntamente com as classes 3 e 6 retrata as experiências vivenciadas antes, durante e depois das tentativas frustradas ou de sucesso da concepção; e, as classes 1, 2 e 4 mostraram-se constituídas de significados e representações perante a vivência da infertilidade, demonstrando o sofrimento físico e emocional do casal ou da mulher em decorrência da alta carga de pressão social e pessoal diante de uma gravidez idealizada, assim como o compartilhamento de pequenas vitórias, sentimentos positivos e palavras de incentivo para quem está vivenciando situação semelhante.

Logo, os perfis de tentantes e gestantes, são redes de relações interpessoais e apoio mútuo que servem como ferramenta de expressão livre, partilha, socialização, pesquisa e troca de informações sobre a infertilidade, permitindo que qualquer pessoa tenha a possibilidade de encontrar seu lugar na Internet e possa se retroalimentar nas experiências com o outro, numa tentativa, sobre tudo, de diluir o sofrimento.

Assim, acredita-se que as redes sociais virtuais têm potencial para funcionar como coadjuvante no tratamento da infertilidade conjugal, havendo a necessidade de realização de mais pesquisas que trabalhem esse tema.

## REFERÊNCIAS

BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BRAGA, M.G.R.; AMAZONAS, M.C.L.A. **Família: maternidade e procriação assistida**. Psicologia em Estudo, Maringá, v.10, n.1, p.11-18, jan./abr. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução no 510, de 7 de abril de 2016**. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html) Acesso em: 20 março 2019.

BRITO, R.C.; KOLLER, S.H. **Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo**. In: CARVALHO, A. M. (Org.). O mundo social da criança: natureza e cultura em ação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

CARAN, G. M.; ARRAIS, M. **Grupos do Facebook para o Suporte Social de Pessoas com Baixa Visão: uma análise de redes sociais baseada nas relações de amizade**. Ciência da Informação em Revista, Maceió, v.2. n.1, p. 34-43, jan./abr. 2015.

CASTELLS, M. **A galáxia da Internet: Reflexões sobre a internet, os negócios e a sociedade**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

CAMARGO, B. V; JUSTO A. M. **Tutorial para uso do software Iramuteq (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)**. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição. UFSC, Florianópolis, 2018.

DETÍLIO, A. R.; LEIS, L. **O psicólogo e a equipe multiprofissional de Reprodução Assistida no contexto virtual: limites, demandas e viabilidades**. Guia de Recomendações de Atenção Psicossocial nos Centros de Reprodução Assistida. São Paulo: Soul, 2018.



DOMAR, A. D., BROOME, A., ZUTTERMEISTER, P. C., SEIBEL, M., & FRIEDMAN. **The prevalence and predictability of depression in infertile women.** *Fertility and Sterility*, 58 (6), 1158-1163; 1992.

FIALHO, J. M. R. (2014). **Análise de Redes Sociais: Princípios, linguagem e estratégias de ação na gestão do conhecimento.** *Perspectivas em Gestão & Conhecimento*, João Pessoa, v. 4, Número Especial, p. 9-26, out. 2014.

FREUD, S. *Feminilidade.* In: STRACHEY, J. (Org.). **Obras psicológicas completas.** Rio de Janeiro: Imago, 1933-1996.

GUTMAN, L. **A maternidade e o encontro com a própria sombra.** 3ª ed. Rio de Janeiro: BestSeller, 2012.

JULIANO, M. C. C. YUNES, M. A. M. **Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência.** *Revista Ambiente & Sociedade*, v.17, n.3, p.135-154, 2014.

LEIS, L.; MODELLI, A. **Expectativas do casal frente ao desejo de ter uma criança em programa de fertilização in vitro: diferenças entre as expectativas dos homens e das mulheres.** *Psicologia Hospitalar*, v. 1, p. 76-87, 2004.

LEMOS, A. **Cibercultura, tecnologia e vida social na cultura contemporânea.** Porto Alegre: Sulina, 2002.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da Gravidez: gestando pessoas para uma sociedade melhor.** São Paulo: Ideias & Letras, 2017.

MALDONADO, M. T., DICKSTEIN, J., & NAHOUM, J. C. **Nós estamos grávidos.** São Paulo, SP: Saraiva; 2000.

MATOS-SILVA, M. S.; ABREU, R. A. S.; NICOLACI-DA-COSTA, A. M. **Como satisfazer nossas necessidades de interagir online em diferentes níveis de intimidade? Um estudo sobre a comunicação nas comunidades virtuais.** *Interação em Psicologia*, Curitiba, v. 16, n. 2, dez. 2012.

MUYLAERT, C. J. **Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 48, n. spe2, p. 184-189, 2014.

NICOLACI-DA-COSTA, A. M. **Internet: Uma nova plataforma de vida.** Rio de Janeiro/São Paulo: Editora PUC-Rio/Edições Loyola, 2006, p.19-39.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Brasília: OMS/OPAS, 2002.

\_\_\_\_\_. **Planejamento familiar: Um Manual Global para Profissionais e serviços de saúde.** Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. Johns Hopkins; Escola Bloomberg de Saúde Pública; Centro de Programas de Comunicação; Projeto INFO. Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos, Divisão de Saúde Global Escritório de População e Saúde Reprodutiva. 2007. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44028/9780978856304\\_por.pdf;jsessionid=71AEBB26952289A5070D9CDA6491E34C?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44028/9780978856304_por.pdf;jsessionid=71AEBB26952289A5070D9CDA6491E34C?sequence=6). Acesso: 20 março de 2019.

\_\_\_\_\_. **Critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais.** Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. 3. ed. Genebra, Suíça: 2004.

RECUERO, R. C. **Comunidades virtuais em redes sociais na internet: proposta de tipologia baseada no fotolog.com.2006.** 334 f. Tese (Doutorado em Comunicação e Informação) - Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

RATINAUD, P. IRAMUTEQ: **Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires, Computer software, 2009.** Disponível em: <<http://www.iramuteq.org/>>. Acesso em: 20 março 2019.

SEXTON, M.B.; BYRD, M.R.; O'DONOHUE, W.T.; JACOBS, N.N. **Tratamento baseado na Web para sofrimento psicológico relacionado à infertilidade.** Arch Womens Ment Health, v.13, p. 347–358, 2010.

SILVA, A. B. O.; MATHEUS, R. F.; PARREIRAS, F. S.; PARREIRAS, T. A. S. **Análise de redes sociais como metodologia de apoio para a discussão da interdisciplinaridade na ciência da informação.** Ciência da Informação [online], v.35, n.1, p.72-93, 2006.

SPOTORNO, P. M.; SILVA, I. M.; LOPES, R. S. (2008). **Expectativas e sentimentos de mulheres em situação de reprodução medicamente assistida.** Revista Aletheia, n.28, p.104-118, jul./dez. 2008.

STRAUBE, K. M.; MELAMED, R. M. M. **Temas Contemporâneos de Psicologia em Reprodução Assistida.** STRAUBE & MELAMED (Org.). 1ª ed. São Paulo e Rio de Janeiro: Livre Expressão, 2013.

STRAUBE, K. M.; MELAMED, R. M. M. **Temas Contemporâneos de Psicologia em Reprodução Assistida: a infertilidade em seu espectro psicoemocional.** STRAUBE & MELAMED (Org.). São Paulo: Livrus Editorial, 2015.

STRAUBE, K. M.; MELAMED, R. M. M. **Reprodução Assistida. Guia de Recomendações de Atenção Psicossocial nos Centros de Reprodução Assistida.** STRAUBE & MELAMED (Org.). São Paulo: Soul, 2018.

STRAUBE, K.M. **Da familiar pensada a família vivida: estigmas, infertilidade e tecnologias conceptivas.** 2007. Dissertação (Mestrado em Sociologia), Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.

TUBERT, S. **Mulheres sem sombra: maternidade e novas tecnologias reprodutivas.** Tradução Graciela Rodriguez. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1996.

WHITEHEAD, K. **A maternidade como um direito de gênero: intencionalidade, “diversificação” e homosocialidade na comunidade de infertilidade on-line.** Canadian Review of Sociology, v.53, n.1, p.94-122, fev. 2016.

# CAPÍTULO 5

## AS INFLUÊNCIAS DA INTERNET E REDES SOCIAIS E SEU USO PATOLÓGICO NA SOCIEDADE DIGITAL

*Data de aceite: 20/08/2021*

### **Jéssel Renan Balleroni**

Instituto Municipal de Ensino Superior - IMES  
Catanduva  
Catanduva-SP  
<http://lattes.cnpq.br/1507213375875349>

### **Felipe Boso Brida**

Instituto Municipal de Ensino Superior - IMES  
Catanduva  
Catanduva-SP  
<http://lattes.cnpq.br/6261628006619098>

### **Adriana Pagan Tonon**

Instituto Municipal de Ensino Superior - IMES  
Catanduva  
Catanduva-SP  
<http://lattes.cnpq.br/5222998469493004>

### **Fernando Luis Macedo**

Instituto Municipal de Ensino Superior - IMES  
Catanduva  
Catanduva-SP  
<http://lattes.cnpq.br/906151966340995>

**RESUMO:** A internet e, logo, as redes sociais, estão entre as ferramentas que podem propiciar muitos efeitos bons e ruins e, como sendo dispositivos provenientes dos avanços do processo tecnológico, são campos que aparecem numa crescente, cada vez mais, no cenário da sociedade atual. No presente estudo, foi abordado efeitos maléficados ocasionados por tais instrumentos, quando atribuído o mau uso a eles, que vai, exatamente, na contramão do que

se imagina para a construção de uma sociedade mais afável. O intuito deste trabalho, tendo em vista que estuda uma área relativamente nova, em constante crescimento e que provoca tantas transformações, é de contribuir para a averiguação e compreensão dos processos acerca dos fenômenos gerados pela internet e redes sociais digitais sobre os indivíduos, seja na condição grupal ou individual, examinando suas práticas e comportamentos, atentando-se às consequências provocadas para a sociedade, pontuando as influências positivas, mas, sobretudo, as negativas, que têm efeito na subjetividade da pessoa, assim como na saúde física e mental. Para tanto, foi realizada revisão de literatura, reunindo artigos, livros, pensadores e teorias, recentes e de outros tempos, onde foi observada a relação entre o uso patológico da internet e mídias sociais, e os decorrentes problemas de saúde física e psíquica, relacionais, sociais e comportamentais. Assim, faz-se necessária a adesão de técnicas, bem como o exercício do Questionamento Socrático, para motivar reflexões no intuito de desenvolver comportamentos benéficos, e com o objetivo de promover o uso saudável dos recursos digitais.

**PALAVRAS - CHAVE:** Redes Sociais; Mídias Sociais; Internet; Sociedade.

### THE INFLUENCES OF THE INTERNET AND SOCIAL NETWORKS AND THEIR PATHOLOGICAL USE IN DIGITAL SOCIETY

**ABSTRACT:** The internet and, therefore, social networks, are among the tools that can provide

many good and bad effects and, as being devices from the advances in the technological process, are fields that appear in a growing, increasingly, in the current society scenario. In the present study, the evil effects caused by such tools were approached, when misuse is attributed to them, which goes exactly against what is imagined for the construction of a more affable society. The purpose of this work, considering that it studies a relatively new area, in constant growth and that causes so many transformations, is to contribute to the investigation and understanding of the processes about the phenomena generated by the Internet and digital social networks on individuals, whether in the group or individual condition, examining their practices and behaviors, paying attention to the consequences caused to society, pointing out the positive influences, but, above all, the negative ones, which have an effect on the subjectivity of the person, as well as on physical and mental health. To this end, a literature review was conducted, gathering articles, books, thinkers, and theories, recent and old, where the relationship between the pathological use of the internet and social media, and the resulting physical and psychological, relational, social, and behavioral health problems was observed. Thus, the adherence of techniques, as well as the exercise of Socratic Questioning, is necessary to motivate reflections in order to develop beneficial behaviors, and to promote the healthy use of digital resources.

**KEYWORDS:** Social Networks; Social Media; Internet; Society.

## 1 | INTRODUÇÃO

A tecnologia é um segmento da ciência e da engenharia que está em constante desenvolvimento no decorrer dos anos, em diversos âmbitos, e nela engloba-se o conhecimento técnico e científico, além dos processos e materiais criados e/ou utilizados a partir de tal fundamento e inúmeras ferramentas (OLIVEIRA et al.,2016).

A internet e, logo, as redes sociais digitais, estão entre essas ferramentas e, como sendo dispositivos provindos dos avanços desse processo, são campos que crescem, cada vez mais, no cenário da sociedade atual. Essas evoluções cibernéticas trazem consigo vantagens, pois possibilitam o acesso a uma ampla gama de informações, facilitando a veiculação das mesmas; viabilizam a comunicação e interligação entre as pessoas, criando vínculos relacionais, potencializando suas capacidades de atuação, de aprendizagem (MARTELETO, 2010).

Nesse contexto, promovendo a intersubjetividade dos sujeitos e proporcionando informações e conhecimento, o que é essencial tanto do ponto de vista social quanto acadêmico e profissional, as redes sociais podem ou ao menos poderiam gerar uma conexão quase que utópica entre os povos, se usada para fins benéficos, que visassem às necessidades de todos, e respeitassem também a subjetividade e singularidade de cada indivíduo, assim, podendo ser uma importante ferramenta de transformação social e inovação (SOUZA & LIMA, 2016).

Porém, em contrapartida, as pessoas nem sempre se utilizam destes dispositivos para finalidades benevolentes e saudáveis. Existem também os efeitos maléficos

ocasionados por tais mecanismos, quando atribuído o mau uso a eles, que vai, exatamente, na contramão do que se imagina para a construção de uma sociedade mais afável e correta.

Sendo assim, a internet e redes sociais acabam sendo veículos de práticas como *cyberbullying*, pedofilia, falsidade ideológica, reprodução de *fake news* e outros crimes; acarreta no distanciamento do contato social presencial; facilita a propagação de discursos de ódio e exposição constante da vida pessoal, propiciando vulnerabilidade a roubos ou sequestros; e no fácil acesso de menores a conteúdos impróprios. Seu uso desmedido pode estar associado à suscitação da depressão, bem como desencadear outros transtornos (NUNES, 2017).

A produção de estereótipos e o enquadramento social também estão entre estes problemas, podendo ser, além de outros motivos, consequências das informações com pouco embasamento acumuladas, compartilhadas e aceitas como verdades absolutas, e da adoção de modismos, levando os indivíduos à alienação e ao conformismo. Isso remete a uma alusão, por exemplo, aos prisioneiros de “O Mito da Caverna”, de Platão (SANTOS; CUNHA, 2014; PLATÃO, 380 a.C.).

O tema “internet” é relativamente novo, são poucos os materiais de pesquisa disponíveis sobre o assunto, portanto o presente trabalho pretende por meio da revisão de literatura, que une diversas teorias e ideias contribuir para a averiguação e compreensão dos processos acerca dos fenômenos gerados pela internet, mídias e redes sociais virtuais sobre os seres humanos, seja na condição grupal ou individual, analisando suas práticas e comportamentos, pontuando suas influências, atentando-se ao uso patológico e às consequências provocadas pelos mesmos e seus efeitos negativos perante a sociedade. Assim, contribui para a elaboração de estratégias e práticas para a promoção do uso mais saudável dessas ferramentas.

## **2 | EFEITOS DAS INTERAÇÕES SOCIAIS NO MUNDO CIBERNÉTICO**

### **2.1 Interações: dinâmica, troca mútua e intersubjetividade**

Nas redes sociais digitais as pessoas estão interconectadas e se inter-relacionam virtualmente, de maneira global; vivenciam e trocam experiências; se comportam coletivamente, expressam suas identidades, conhecimentos, informações e culturas (MARTELETO, 2010).

Herbert Marshall McLuhan (1911-1980), filósofo canadense e teórico da comunicação, é conhecido como o profeta dos novos tempos, por ter antecipado, ainda na década de 60, como as pessoas se conectariam em nível global décadas depois, graças a recursos eletrônicos, criando novos modelos relacionais.

McLuhan criou o termo “Aldeia Global”, onde conceitua que os avanços tecnológicos influenciam para estreitar distâncias, fazendo alusão à ideia de aldeia propriamente dita. Segundo ele, o desenvolvimento dessas tecnologias deu à luz às mídias de massa, que,

por sua vez, conectam todos ao redor do planeta, afinam e intensificam as relações sociais, econômicas e políticas.

Nessa era, ocorreria o que o autor batizou “mundo retribalizado” novos recursos, logo, novas maneiras de interações entre os grupos. As ‘tribos’, agora, interconectadas mundialmente, sem barreiras, onde as pessoas seriam bombardeadas por um frenesi de informações, a todo o momento. A propagação de ideias ganhou velocidade e viabilidade absurda, sendo de livre circulação (MCLUHAN, 1964).

O filósofo e pesquisador francês Pierre Lévy vai ao encontro dessas ideias em vários aspectos. Em contorno a estas concepções de McLuhan, afirma que as pessoas estão mergulhadas na *Cibercultura*, que é fruto do *Ciberespaço*<sup>1</sup>. A maneira com que os indivíduos adquirem informações foram modificadas e suas funções cognitivas se transformam na medida em que o homem se integra com o *Ciberespaço*. Eles estão em constante troca recíproca de gostos e interesses. O filósofo também entende que isso implica em mudanças na educação, na economia, nos relacionamentos, na política, ou seja, aderem a novas formas de todos se relacionarem, em diversos âmbitos. Ele ainda alerta sobre possibilidade de o virtual substituir o real (LÉVY, 1999).

O pesquisador ainda lembra que o operador do processo de virtualização é o computador, pois este é mais que uma peça que emite sons e imagens. Para ele, o virtual existe, é real, porém não tem um território. Ele ocupa um espaço físico menor, e esse espaço é o computador, espaço esse que anos mais tarde ganharia mais potência e intensidade com a aderência a utilização de celulares e outros objetos semelhantes (LÉVY, 1999).

## 2.2 Pontos positivos e pontos negativos

As mídias sociais e as redes virtuais, as quais seu uso é muito comum e cada vez mais crescente, são facilmente acessíveis, seja através de um computador ou um aparelho móvel, bastando estar conectado à internet. Essa acessibilidade, viabilidade e velocidade permitem aos seus usuários diferentes condições para que ocorra troca e propagação de informações e para a elaboração de falas. Entretanto, essas falas podem trazer significados variados, bem como estarem relacionadas à violência, buscar sobrepor-se ao outro, em diversos aspectos, e a criação de verdades absolutas. Com tal modernização, o comportamento em massa ganha novos recursos. Este é capaz de criar uma cultura que, por sua vez, pode, não só aturdir os envolvidos, mas também levar à alienação (SANTOS; CUNHA, 2014).

Atualmente, alguns desses mecanismos que expressam a ação verbal e o contato social são mídias sociais e/ou aplicativos de compartilhamento de conteúdo imagético, de

---

<sup>1</sup> O Ciberespaço (que também chamarei de “rede”) é o novo meio de comunicação que surge da interconexão mundial dos computadores. O termo especifica não apenas a infraestrutura material da comunicação digital, mas também o universo oceânico de informações que ela abriga, assim como os seres humanos que navegam e alimentam esse universo. Quanto ao neologismo “Cibercultura”, especifica aqui o conjunto de técnicas (materiais e intelectuais), de práticas, de atitudes, de modos de pensamento e de valores que se desenvolvem juntamente com o crescimento do Ciberespaço (LÉVY, 1999, p. 17).

conversas, de relacionamentos, dentre outros, com as mais diversas finalidades. Todos manifestam modos diferentes de efetivar como os sujeitos se relacionam socialmente. São alguns deles Facebook, Instagram, WhatsApp, Tinder (MODOLO, 2018).

Essa mudança repentina que sofreu o mundo virtual, no que tange aos avanços e surgimento de novas tecnologias, tem como um de seus efeitos essa enorme quantidade de informações que chegam às pessoas o tempo todo, deixando-as expostas e, até mesmo, vulneráveis.

Esse acesso fácil e rápido à quantidade exacerbada de diversos tipos de notícias e informações proporciona transformações bruscas durante todo momento, na sociedade; os conceitos vão se atualizando com mais rapidez, e os aparatos tecnológicos, ao invés de serem usados para fins produtivos, também acabam sendo usados para coisas ruins, como violência virtual (FEUSER et al., 2017).

Por outro lado, há aspectos produtivos provindos das redes sociais e dessa interação em redes cibernéticas. Vale destacar a importância da *web* para o compartilhamento de informações e a construção de conhecimento, gerando, assim, novos conhecimentos e inovações; bem como para o fácil acesso a conhecimentos e ao entretenimento, para a comunicação instantânea e para a criação de laços afetivos que são mantidos através de redes sociais (MOROMIZATO et al., 2017).

É pertinente, portanto, destacar que a tecnologia não diz respeito somente a máquinas; ela engloba um conjunto de criações provenientes da genialidade do cérebro humano e que são usadas de várias formas. Sendo assim, há também contribuições da modernização dessa área para a educação – o processo de ensino e aprendizagem é potencializado, graças à fácil veiculação de informações (OLIVEIRA et al., 2016).

Marshall McLuhan pontua, como positivo, o dinamismo que estes recursos proporcionam à sociedade e à troca de vivências e experiências, que, por conseguinte, mudam a forma de as pessoas enxergarem o mundo. Pois, de acordo com ele, a linguagem, numa troca mútua com a cognição, constrói novas visões.

No entanto, sob um ponto de vista desfavorável, McLuhan reconhece que, no mundo “tribalizado”, advindo da Era Cibernética, tudo é imediatista, não há espaço para a lentidão; as mudanças são constantes. Nesse mundo descrito por ele, o meio, assim como as atividades que antes eram auxiliares às necessidades humanas, passa a ser como uma extensão do indivíduo (MCLUHAN, 1964).

Já Pierre Lévy (1999) ressalta as vantagens da *Cibercultura*, no que se refere a novas possibilidades, tal como a facilidade para interagir, enviar mensagens, transferir arquivos, fazer verificações por intermédio eletrônico – há novos meios artísticos e novas formas de música. Existem prós da educação e da economia. Em síntese, uma nova maneira de produção e transação de conhecimentos, onde se aprende, produz e distribui.

Todavia, o filósofo alerta que o mundo está à deriva de um mar informacional, ao passo que o *Ciberespaço* cresce e a *Cibercultura* evolui, e que é preciso desconstruir

métodos e convicções obsoletas e reestruturar as ideias frequentemente (LÉVY, 1999).

Os efeitos maléficos desse uso patológico afetam desempenho acadêmico ou profissional, que são comprometidos, relacionamentos interpessoais, que ficam prejudicados, qualidade do sono, atividade física e nutrição.

Segundo pesquisas, a AI está relacionada a transtornos como Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e transtorno de humor, além de ansiedade, ansiedade social, solidão, baixa autoestima, menores níveis de atividade física, comportamento agressivo, menor felicidade e vitalidade subjetivas, saúde mental prejudicada de forma geral e suicídio (MOROMIZATO et al., 2017).

De acordo com o psiquiatra Hewdy Lobo, cada doença gerada pelo uso desmoderado da internet é concernente a outras doenças já existentes. Já os efeitos causados pela falta da internet, em pessoas que já apresentam dificuldades de se abster por um tempo do uso, podem ser análogos aos que são observados em dependentes químicos. Ele afirma que crianças e adolescentes estão entre os mais afetados, apresentando sintomas prematuros de depressão (divulgada na seção Vida e Estilo, do site Terra, em 03/07/2015).

Pesquisa recentemente realizada com 1500 jovens britânicos, por uma organização sem fins lucrativos inglesa, *Royal Society for Public Health*, trouxe que o aumento exponencial de ansiedade e depressão pode estar ligado diretamente ao uso exagerado de internet e redes sociais.).Ademais, outras pesquisas realizadas por universidades como de Pequim e do Sul da Califórnia, e publicadas pela revista acadêmica *Psychological Reports*, indicam que a parte do cérebro que fica operante quando em contato com jogos e devido ao abuso de substâncias, é a mesma que é acionada quando o indivíduo está fazendo uso do *Facebook*.

## 3 | A INFLUÊNCIA NA ESTRUTURAÇÃO DA SUBJETIVIDADE

### 3.1 Transformações intrínsecas

Conforme abordado até aqui, são diversos, de várias naturezas e dimensões, os efeitos que podem ser causados em decorrência do uso patológico da internet, visto que, além das questões relacionadas à saúde, as interações virtuais podem desencadear problemas, por exemplo, do ponto de vista relacional. Ou melhor, não bastando os danos ao bem-estar físico e emocional, fica constatado o impacto no contexto social e no comportamento.

Sobre a mudança de comportamento, o mundo cibernético tem sido um mal não só no que diz respeito às interações virtuais, como também tem atrapalhado nas relações presenciais, sejam elas entre familiares, alunos e professores, ou relações profissionais. O que quer dizer, aquele sujeito que vive 'pregado' ao celular e sequer se atenta ao que está ocorrendo ao seu redor, pode não dar importância às pessoas que estejam tentando interagir.



Romances são outros tipos de relações que podem ser afetados. Algumas mídias sociais, por permitirem fácil acesso a informações pessoais, criam ocasiões que geram ciúmes e/ou inquietações a respeito do relacionamento, fomentando desconfianças e brigas entre os companheiros, já que estes ficam vidrados observando e investigando perfis de outros usuários (FORTIM; ARAUJO, 2013).

Conforme essas ferramentas vão se atualizando, há, gradativamente, uma necessidade incessante de exibir imagens e ideias de vidas perfeitas, por muitas vezes montadas, para seus expectadores. Os sujeitos que absorvem isso ficam motivados a aderir a atitudes semelhantes para se sentirem 'por dentro'. A sucessiva edição da vida/imagem na busca por mostrar padrões ideais pode ser prazerosa até certo ponto, mas também pode ser fonte de sofrimento, já que isso pode acarretar num choque de identidade, sobre como o indivíduo tem consciência de si mesmo (RENDEIRO, 2011).

Mas, o que leva as pessoas a aderirem determinadas tecnologias? Estudos recém-publicados formulam constructos que revelam indicadores para o uso de tais mídias e redes sociais, estes baseados especialmente em variáveis externas, utilidade percebida, facilidade de uso percebida, atitude, intenção de uso, sexo, idade, escolaridade, influência social, processos cognitivos, condições facilitadoras, entretenimento/prazer percebido e objetivo do uso (OLIVEIRA; HUERTAS, 2014).

Para Garcia-Marques (2000), quanto ao que se remete à adoção de comportamentos, costumes e modismos, que podem se tornar parte intrínseca do ser, a Teoria da Influência Social fornece, também, ideias importantes a respeito dessas manifestações. Várias áreas de estudo, incluindo a Psicologia Social, conceituam processos que fundamentam essas concepções.

Ainda segundo Garcia-Marques, o comportamento conformista pode estar associado à unanimidade da situação, à importância do grupo, à autoestima do indivíduo, podendo levar à perda da capacidade crítica, à aceitação da opinião da maioria, à sugestibilidade, conceito também apontado pelo polímata francês Gustave Le Bon (1841-1931), a respeito do comportamento em massa, onde, segundo ele, os sujeitos nela envolvidos perdem a capacidade de raciocinar, aceitando o que lhes é determinado. Flusser (2010, p. 90) expressa o receio de que

as mensagens, no futuro, inclusive os modelos de percepção e de experiência, sejam adotadas sem crítica, que a revolução da informática possa transformar os homens em receptores de mensagens que permutam sem crítica, ou seja, em robôs.

Entretanto, o ser humano parece submetido a coisas que já foram determinadas pelo mundo, a postulados e opiniões formadas, como se fossem dogmas irrefutáveis, que, quando incorporados, colocam o elemento numa zona de conforto um tanto que disfuncional. É como se o 'eu' legítimo e, naturalmente, livre para seguir caminhos de diferentes sentidos, fosse extinguido em consequência dos padrões da modernidade, onde tudo que é desviante e não se encaixa passa a ser coagido e reprimido.

Sigmund Freud (1856-1939) explana estes fatos, do ponto de vista da Psicanálise, com seus estudos acerca da Psicologia das Massas, permitindo uma alusão aos eventos em esfera virtual. Ele afirma que o indivíduo tem um desejo de controlar a ordem das coisas e de evitar o desprazer a qualquer custo, e busca isso com a sua inserção na massa. Nela, ele vai ficando subordinado a agir de acordo com a vontade do grupo, muitas vezes de maneira inconsciente. Na massa, mostra-se algo diferente do que fica escondido nos indivíduos; estes se tornam mais encorajados quando adentrados na mesma; altamente sugestionáveis, hipnotizados, ou seja, tendem a acatar ideias sugeridas e as executarem.

Um líder, por sua vez, é o hipnotizador, que exerce influência sobre a massa. De acordo com os conceitos descritos por Freud sobre o “Eu Ideal e Ideal do Eu”, o sujeito considera o seu ‘eu’ como o seu próprio ideal, como estando no mundo da onipotência originária a qual é chamada de “Narcisismo Primário”.

Sob outra visão, Tarde (1890) acreditava que a “imitação” está fundamentalmente associada com a subjetividade e intersubjetividade. Conforme suas concepções, a individualidade das pessoas está ligada pelas leis da imitação. Em outros termos, a sociedade vai se desenvolvendo à proporção que há dialética entre os elementos, de modo que um copie coisas do outro, concebendo mutações e semelhanças entre si. Para ele, isso explica o porquê de os sujeitos buscarem imitar um “rei” ou uma figura em destaque e, pensando no cenário contemporâneo, remete ao comportamento das pessoas que desejam seguir e reproduzir ações de terceiros, sejam eles famosos, políticos ou outras pessoas de suas redes sociais.

Com relação a essa indefinição de identidade, Pierre Lévy (1999) proferiu a metáfora de que “Somos céus atravessados por nuvens de energias vindas da profundidade dos tempos. Quanto mais acreditamos que somos alguém, mais somos ninguém. Quanto mais sabemos que não somos ninguém, mais nos tornamos alguém”.

Do mesmo modo, Marshall McLuhan escreveu que “todos os meios de comunicação existem para conferir às nossas vidas uma percepção artificial e valores arbitrários”, e, em um outro pensamento, lançou a ideia de que “os homens criam as ferramentas, e as ferramentas recriam os homens”.

### **3.2 A volatilidade das novas relações**

O sociólogo e filósofo polonês Zygmunt Bauman (1925-2017) afirma que as novas tecnologias, tal como as mídias sociais, mudaram as formas de contato e o estilo de vida. Em várias de suas obras, descreve como as relações tornaram-se instantâneas e transitórias; como a era da modernidade tem gerado relacionamentos “líquidos”, onde nada dura. Ele aponta que a moda impulsiona a sensação de prazer pelas capacidades de socializar, sendo

inspirada no estilo de vida consumista dominante, a tratar os outros seres humanos como objetos de consumo e a julgá-los, segundo o padrão desses objetos, pelo volume de prazer que provavelmente oferecem e em termos de

seu “valor monetário” (BAUMAN, 2004, p.96).

Assinala ainda que as pessoas do mundo moderno buscam ser cobiçáveis, atraentes, interessantes, e vivem sedentas por mostrar-se, cada vez mais, constituindo sua subjetividade em torno disso (BAUMAN, 2008). Tanto que menciona que “a paixão por se fazer registrar é um exemplo importante, talvez o mais gritante, dos nossos tempos, nos quais a versão atualizada do cogito (penso) de Descartes seria: ‘Sou visto (observado, notado, registrado), logo existo’” (BAUMAN, 2014, p. 88).

Para o filósofo Bauman, o indivíduo fruto da “modernidade líquida” entra num choque de identidade, pois esta não é mais “sólida”; em meio a um amontoado de tarefas, atividades e relações provenientes da vida online – que parece ser obrigatória –, se vê preso na ambiguidade das situações, sujeito à fluidez, à flexibilidade e isso lhe acarreta angústias (BAUMAN, 2005).

A ideia que se tem é a de que a internet e as mídias sociais aproximam os sujeitos que estão longe, porém, os distanciam de quem está perto. Do mesmo modo, as pessoas buscam companhia e conforto nessas conexões, mas, ao mesmo tempo, estão rodeadas de pessoas tão solitárias quanto elas mesmas (BAUMAN, 2014).

A modernidade líquida influenciou em maneiras de se comportar, não apenas para mudanças nos relacionamentos, como também para o consumismo compulsivo. Sendo assim o ser objetificado e tendo valor atribuído pelo o que consome. Nesse tempo os laços são passageiros, e as pessoas se tornam descartáveis. É um mundo de incertezas, os vínculos se tornam cada vez mais difíceis, repletos de insegurança e superficialidade, suscetíveis à desconexão súbita, onde as relações que apresentam deficiências são substituídas.

Bauman lembra que não se deve fazer generalizações a respeito desse fenômeno, mas que é importante manter a autocrítica e autoanálise sobre o assunto, pois o mundo está em constante transformação e é importante, então, que os princípios se reconstituam de maneira benéfica.

Em adição a essa última afirmação, é essencial que sejam consideradas todas as variáveis e conjuntos de fatores que envolvem tais processos; seus efeitos não podem ser atribuídos a uma única causa ou um motivo predeterminado, visto que os fenômenos do ramo da cibernética também se transformam e se correlacionam com os comportamentos dos indivíduos que, por sua vez, são seres singulares, onde cada qual está inserido em um ambiente diferente e têm suas condições pré-existentes e características de personalidade particulares (SKINNER, 1953).

## 4 | CONCLUSÃO

Embora grande parte dos dados e informações coletadas no presente trabalho não sejam todas de estudos e obras recentes, ainda assim, estabelecem relação com

acontecimentos atuais e trazem noções importantes sobre o mundo virtual – internet, mídias de redes sociais e tudo o que estas abrangem. E sob a perspectiva deste estudo, apresentam correspondência com as hipóteses levantadas, atestando e dando crédito às conclusões a que se chegou.

A literatura aponta para muitas doenças de cunho psicológico, físico, porém, de acordo com os conceitos reunidos, de autores, aqui neste trabalho, pode-se constatar que há influência significativa na maneira de se relacionar, de se comportar, nos aspectos estruturais e na personalidade.

A epistemologia desta pesquisa, com base nos estudos e resultados obtidos, permitiu que se confirmassem as seguintes hipóteses a respeito da internet, das mídias de redes sociais digitais e das ferramentas tecnológicas em geral: exercem grande influência e provocam mudanças nos comportamentos e na dinâmica de relacionamentos; criam novos padrões de inter-relações, que vão se transformando de acordo com os modismos; causam inúmeros males à saúde física e psíquica, assim como danos à vivência social; servem de gatilhos e/ou potencializam transtornos e doenças já existentes no indivíduo; influenciam para formação de estereótipos; estabelecem rótulos e padrões; criam estigmas; produzem um enquadramento social; e levam à alienação.

As mídias sociais e mecanismos do mundo virtual parecem potencializar e/ou fazer emergir ainda mais doenças como depressão, ansiedade; parecem ser responsáveis pelo estopim de vários transtornos e comportamentos deprimidos, de autodepreciação; pela elevação de sentimentos de desvalorização, desesperança e pelo humor afetado. Não significa dizer que as mídias sociais são responsáveis por produzir todas essas perturbações (embora possam provocar muitos males), mas que o seu mau uso tem sido culpado por aflorar e potencializar esses distúrbios.

Tudo o que as pessoas absorvem desse mundo conectado, dessa rede digital, uma vez que aderem como uma verdade universal, que estabelece um padrão a ser seguido – para sentir-se aceito, evitar rejeições, ganhar apoio de grupos para satisfazer interesses –, parece trazer a tona, cada vez mais rápida e intensamente, problemas dos mais variados, que partem do mental para o físico, logo, suscitando em problemas comportamentais e que comprometem o convívio social, dado que as máscaras sociais vestidas para se adaptar também geram conflitos de identidade. Outra questão que pode ser considerada um problema são os estereótipos, criados a partir de modismos da *web* e destas mídias, e que, por sua vez, parecem gerar estigmas e enquadramentos de características de grupos, estabelecendo padrões físicos, de beleza, e de comportamentos – logo, nesta espiral, os indivíduos sem senso de questionamento tornam-se alienados e vivem isto como o seu mundo real.

Cabe aqui a analogia com o Mito da Caverna, de Platão (380 a.C.), onde Sócrates faz uma metáfora sobre homens que nasceram e viveram aprisionados em uma caverna, sem nunca terem saído de lá, e não conheciam a realidade das coisas, exceto o que lhes

era projetado nas paredes do lugar (em sombras, pela luz de uma fogueira). Em seguida, propôs uma reflexão sobre como seria se um desses homens, um dia, saísse da caverna e conhecesse a verdadeira natureza e características desses objetos, animais, pessoas; como seria o espanto do mesmo e o quão ficaria também maravilhado, até ir desconstruindo a idéia que tinha, até então, sobre tais coisas e tomando conhecimento sobre a realidade.

Ele supõe que, se o desertor da caverna voltasse, para lhes contar o que conheceu lá fora, poderia provocar inveja nos mais poderosos dos prisioneiros. Para ele, este mesmo iria preferir viver sob qualquer condição lá fora, a voltar a viver sob a ilusão da caverna. Segundo o pensador, o prisioneiro ainda seria zombado e se tentasse libertar alguém, a fim de lhes mostrar a verdade e as maravilhas do mundo externo, acabaria sendo morto, pois duvidariam dele.

Por fim, Sócrates conclui que, na medida em que o homem para de se ocupar com ilusões e aprende a ideia do bem – esta que é responsável por tudo que há de correto e belo –, ele eleva sua alma à sabedoria e passa a conhecer, e a viver o mundo real. Porém, o filósofo alerta que, muitas vezes, nossa percepção pode ser enganada sobre o que é demasiado bom e o que está envolto a trevas, portanto deve-se atentar a tudo o que se mostra e apurar sua visão antes de formar quaisquer opiniões acerca de algo, educando-se na boa direção.

Em síntese, fica claro que os processos do mundo digital e as interações construídas nele também trazem benefícios – para campos profissional, acadêmico e pessoal –, como a fácil comunicabilidade, velocidade e facilidade para obter informações, disposição de recursos alternativos.

Há benefícios e malefícios, por isso é importante se atentar à maneira com que cada um, com sua singularidade, reagirá ao contato com o universo virtual. Talvez fosse interessante pensar na prática do Questionamento Socrático antes de qualquer ação ou adesão de ideias, e na adoção de técnicas para policiar seus comportamentos, com o objetivo de promover o uso saudável desses recursos e combater o empobrecimento mental provocado por seu uso patológico. Resta saber se as pessoas continuarão na caverna ou se passarão a ser mais questionadores e reflexivos, se libertando, e saindo dela para serem livres e viver o que lhe faz bem, independente de rótulos e tendências; independente do que está posto ou que lhes é imposto; viver o seu próprio mundo real.

## REFERÊNCIAS

BROWN, Jessica. **As evidências e os mistérios sobre os males trazidos pelas redes sociais.** Disponível em: <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/bbc/2018/05/02/as-evidencias-e-os-misterios-sobre-os-males-trazidos-pelas-redes-sociais.htm>. Acesso em: 22 Jun. 2021.

BAUMAN, Z. **Amor Líquido:** sobre a fragilidade dos laços humanos. Rio de Janeiro: Zahar, p. 96, 2004.

BAUMAN, Z. **Identidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

BAUMAN, Z. **Vida Para Consumo**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BAUMAN, Z. **Vigilância Líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, p. 88., 2014.

FLUSSER, V. **A escrita: há futuro para a escrita?** São Paulo: Anablume, p. 90, 2010.

FORTIM, I.; ARAÚJO, C. A. **Aspectos psicológicos do uso patológico da Internet**. Bol. Acad. Paulista de Psicologia, v.33, n. 85, p. 292-311. São Paulo, 2013.

FREUD, S. **Obras completas - Psicologia das massas e análise do Eu e outros textos**. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, v.15, 2011.

GARCIA-MARQUES, L. **O inferno são os outros: estudo da influência social**. In: VALA, J.; MONTEIRO, M. B. (Coord.). **Psicologia Social**. 4. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, p.227-292, 2000.

LÉVY, P. **Cibercultura**. 1.ed. São Paulo: Editora 34, 1999.

MARTELETO, R. M. **Redes sociais, Mediação e Apropriação de Informações: situando campos, objetos e conceitos na pesquisa em Ciência da Informação**. Revista Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação, v.3, n.1, p.27-46, Brasília, 2010.

MCLUHAN, M. **Os Meios de Comunicação Como Extensões do Homem**. 5. ed. São Paulo: Cultrix, 1964.

MODOLO, A. D. R. **O Ato de Curtir: a standardização da responsividade no Facebook**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2018.

MOROMIZATO, M. S.; FERREIRA, D. B. B.; SOUZA, L. S. M.; LEITE, R. F.; MACEDO, F. N.; PIMENTEL, D. **O Uso de Internet e Redes Sociais e a Relação com Indícios de Ansiedade e Depressão em Estudantes de Medicina**. Revista Brasileira de Educação Médica, v.41, n.4, p.497-504, Aracaju, 2017.

NUNES, M. B. P. **Cyberstalking: responsabilidade civil por danos causados contra a integridade psicológica ou física da vítima via redes sociais**. Tubarão: Universidade do Sul de Santa Catarina, 2017.

OLIVEIRA, J.; CASAGRANDE, N. M.; GALERANI, L. D. J. **A Evolução Tecnológica e Sua Influência na Educação**. Revista Interface Tecnológica, v. 13, n. 1, p. 23-38, Taquaritinga, 2016.

OLIVEIRA, M. J.; HUERTAS, M. K. Z. **A Satisfação Com a Vida Influencia a Intenção de Uso do Facebook?** REMark – Revista Brasileira de Marketing, [S.l.], v. 13, n. 6, p. 124-137, São Paulo, 2014.

PLATÃO. **A República**. Atenas, 380 a.C.

RENDEIRO, M. E. **Orkut e Facebook: as teias da memória em meio às redes sociais**. Revista Ciências Sociais Unisinos, v. 47, n. 3, p. 256-262, São Leopoldo, 2011.

SANTOS, M. A. M.; CUNHA, R. S. **Violência Simbólica nas Redes Sociais**: incitação à violência coletiva (linchamento). Anais do VII Congresso Brasileiro da Sociedade da Informação, vol. 7, p. 10-22, São Paulo, 2014.

SKINNER, B. F. **Ciência e Comportamento Humano**. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1993 (1953).

SOUZA, A. V.; LIMA, A. M. **Cyberbullying**: violência na rede uma abordagem no ensino municipal de ministro Andreazza. Revista da UNESCO, v.14, n. 1, Criciúma, 2016.

TARDE, G. **Les lois de l'imitation**. 2.ed. Paris: Félix Alcan, 1890.

# CAPÍTULO 6

## A COMPREENSÃO DOS SONHOS NA CLÍNICA FENOMENOLÓGICO-EXISTENCIAL: UM ESTUDO TEÓRICO

Data de aceite: 20/08/2021

Data de submissão: 03/06/2021

### Maria de Fátima Belancieri

Centro Universitário de Adamantina/SP  
Departamento de Psicologia, Adamantina/SP  
<http://lattes.cnpq.br/7084436217730453>  
<https://orcid.org/0000-0001-7292-3961>

### Felipe da Silva Bazilio

Centro Universitário de Adamantina/SP,  
Discente no curso de Psicologia  
Adamantina/SP  
<http://lattes.cnpq.br/9653943243074133>

**RESUMO:** Os sonhos sempre permearam a existência humana gerando questionamentos acerca de seus sentidos e significados, não obstante, a psicologia também se interessou por esse fenômeno humano. Já em 1900, Freud abordava essa temática em sua obra “A interpretação dos sonhos”, sendo inegável sua contribuição, porém, com o desenvolvimento de outras abordagens psicológicas, novos estudos e reflexões sobre os sonhos foram surgindo. Nesse sentido, este estudo teve como objetivo compreender os sonhos na prática clínica fenomenológico-existencial, uma vez que esta temática é quase inexistente na literatura científica. Assim, neste estudo teórico, os dados foram coletados nas seguintes bases de dados científicas: *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), Portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PEPSIC) utilizando-se

as seguintes palavras-chave: Psicologia clínica x Fenomenologia x existencialismo x sonhos. Inicialmente, foram encontrados onze estudos, sendo descartados sete, restando, portanto, quatro estudos para compor as análises. Embora tivéssemos poucos estudos disponíveis, foi possível compreender os estados oníricos com base nas vertentes da Gestalt, Daseinsanálise e Análise Sartriana. De modo geral, os sonhos são compreendidos como eventos diretamente relacionados ao estado de vigília e seu manejo clínico visa buscar elementos significativos que podem estar relacionados aos conflitos existenciais, auxiliando o paciente na maximização da consciência, alcançando, dessa forma, maior clareza sobre si mesmo.

**PALAVRAS - CHAVE:** Psicologia Clínica, Fenomenologia, Existencialismo, Sonhos

### THE UNDERSTANDING OF DREAMS IN THE PHENOMENOLOGICAL-EXISTENTIAL CLINIC: A THEORETICAL STUDY

**ABSTRACT:** Dreams have always permeated human existence, generating questions about their senses and meanings, however, psychology was also interested in this human phenomenon. As early as 1900, Freud addressed this theme in his work “The interpretation of dreams”, his contribution being undeniable, however, with the development of other psychological approaches, new studies and reflections on dreams emerged. In this sense, this study aimed to understand dreams in existential-phenomenological clinical practice, since this theme is almost non-existent



in scientific literature. Thus, in this theoretical study, data were collected in the following scientific databases: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Psychology Electronic Journal Portal (PEPSIC) using the following keywords: Clinical Psychology x Phenomenology x Existentialism x dreams. Initially, eleven studies were found, seven were discarded, leaving, therefore, four studies to compose the analyses. Although we had few studies available, it was possible to understand the dream states based on the Gestalt, Daseins-analysis and Sartrian Analysis strands. In general, dreams are understood as events directly related to the waking state and their clinical management aims to seek significant elements that may be related to existential conflicts, helping the patient to maximize consciousness, thus achieving greater clarity about himself.

**KEYWORDS:** Clinical Psychology, Phenomenology, Existentialism, Dreams.

O fenômeno dos sonhos no decorrer da história tem suscitado uma diversidade de questionamentos e reflexões na tentativa de buscar respostas. Afinal, o que é o sonho? Por que sonhamos? Qual a sua função na vida do sonhador? As respostas para tais questionamentos também são bem variadas, dependendo do ângulo de análise e da época.

Assim, a compreensão dos sonhos na antiguidade estava relacionada a causas sobrenaturais ou a mensagens divinas dos deuses, que tinham como finalidade a previsão do futuro ou a possibilidade de cura para as enfermidades.

Esta crença na divindade dos sonhos começa a desaparecer a partir de explicações mais filosóficas, passando a trazer algum significado, agora não mais sobrenatural, mas sobre a relação do homem consigo mesmo e com o mundo externo. Somente no século XIX que os sonhos passaram a ser objeto de estudos científicos, pautados em explicações mais objetivas, especialmente, com base na neurofisiologia e seus mecanismos de ocorrência.

O pensamento moderno sobre a natureza dos sonhos foi inaugurado por Sigmund Freud ao publicar a obra “Interpretação dos sonhos” no início de 1900. Para Freud [1900]/(2001, p. 11) a “interpretação dos sonhos é a via real que leva ao conhecimento das atividades inconscientes da mente”. Mas, ao prefaciar seu livro, revela que “um sonho é a realização (disfarçada) de um desejo reprimido”. Para ele, os sonhos eram manifestações dos desejos e das ansiedades mais profundas reprimidas na infância. Assim,

O sonho tem um sentido, e esse sentido é correlativo do trabalho de interpretação. A explicação “neurológica” cede lugar a uma decifração do sentido. É nesse momento que se articulam o desejo e a linguagem. E é por pertença à linguagem que o sonho vai tornar-se modelo para a compreensão dos sintomas, dos mitos, das religiões, da obra de arte como formas dissimuladas do desejo. Essa é a razão pela qual Freud afirma que o sonho é o pórtico real da psicanálise (GARCIA-ROZA, 2004, p. 60).

Nesse sentido, por meio da interpretação é possível acessar os conteúdos inconscientes da mente e trazê-la à consciência. Para que esse processo ocorra, de acordo com Freud [1900]/(2001), serão necessários dois elementos fundamentais para a interpretação: o conteúdo manifesto e o conteúdo latente. O primeiro corresponde ao

sonho lembrado e relatado pelo sonhador, ou seja, pelo conteúdo consciente do sonho. E, o segundo, se refere ao que está oculto, ou seja, o conteúdo inconsciente do sonho, que se pretende atingir por meio da interpretação.

Mas, é preciso compreender que os sonhos são provenientes de quatro fontes distintas, que guardam conexão entre elas, sendo: a) excitações sensoriais externas ou objetivas; b) excitações sensoriais internas (subjetivas); c) estímulos somáticos internos (orgânicos); e, d) fontes psíquicas de estimulação (FREUD [1900]/(2001). Tanto as excitações sensoriais objetivas quanto as subjetivas dão origem aos sonhos. A diferença é que na primeira o estímulo que afeta o sonhador é proveniente do exterior e, no segundo, os estímulos são internos, ou seja, do interior do sonhador. Já os estímulos somáticos internos, se referem ao funcionamento do organismo, visto que, ao sinal de algum desequilíbrio ou doença este apresenta sinais, dando origem aos sonhos durante o sono. Freud revela que o mais importante são as fontes psíquicas do sonho, uma vez que serão por meio delas que os conteúdos inconscientes reprimidos poderão ser acessados.

Nesta breve síntese, podemos observar as contribuições iniciais da psicanálise na interpretação dos sonhos que reverberaram para outras abordagens psicológicas. Contribuições essas, que possibilitaram aos psicólogos ampliar seus conhecimentos e utilizar tais técnicas no processo psicoterapêutico, visando a análise dos sonhos para compreender a origem das queixas apresentadas pelos pacientes.

É interessante esclarecer que na literatura a maioria dos estudos sobre a análise dos sonhos são fundamentadas na psicanálise de Freud e na Psicologia Analítica de Jung. Neste estudo, temos como objetivo compreender como é realizada a análise dos sonhos na abordagem clínica fenomenológico-existencial. Ao realizar um breve levantamento sobre esta temática, observamos a quase inexistência de estudos científicos nesta perspectiva. As obras mais conhecidas sobre o assunto se resumem no “O imaginário” de Sartre (1996) e “Na noite passada eu sonhei” de Medard Boss (1979), o que nos motivou a buscar outros estudos com o intuito de ampliar nossos conhecimentos acerca desta temática.

Nesse sentido, a busca dos estudos foi realizada nas seguintes bases de dados científicas: Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PEPSIC) e *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO) por meio das palavras-chaves “Psicologia Clínica x Fenomenologia x Sonhos”, Psicologia Fenomenológico-Existencial x Sonhos”, sendo empregada a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011) para a organização dos dados coletados.

A partir do levantamento realizado, foi possível recuperar 11 estudos nas duas bases de dados utilizadas, sendo seis artigos na PEPSIC e cinco na SCIELO. Destes, sete artigos foram descartados por estarem em desacordo com nossos objetivos, restando apenas 4 estudos para compor as análises.

No Quadro 1, apresentamos a caracterização dos estudos selecionados quanto ao título, autor, categoria, delineamento metodológico, fonte e local da publicação.

	<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Categoria</b>	<b>Delineamento</b>	<b>Fonte</b>
1	Fenomenologia do onírico: a Gestalt-terapia e a Daseinsanálise.	SANTOS, I.P.A	Revisão de Literatura	Qualitativo	Psicologia Ciência e Profissão, Brasília, 2004, v.24, n.1, p. 36-43
2	Realizando o imaginário: da concepção sartreana sobre os sonhos à uma clínica existencial do sonhar	SANTOS, G.A.O	Revisão de Literatura	Qualitativo	Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 235-250, 2008
3	Clínica psicológica fenomenológica existencial como espaço de resgate do sonho	ALMEIDA PRADO, R. A., CALDAS, M. T., BARRETO, C. L. B. T.	Revisão de Literatura	Qualitativo	Psicologia Argumento Curitiba, v. 30, n. 69, p. 307-316, 2012
4	Os sonhos nas diferentes abordagens psicológicas: apontamentos para a prática psicoterápica.	MILHORIM, T.K; CASARINI, K.A; SCORSOLINI-COMIN, F.	Revisão integrativa de Literatura	Qualitativo	Revista da SPAGESP, Ribeirão Preto, v. 14, n.1, p. 79-95, 2013

**Quadro 1** – Caracterização dos estudos selecionados

É notória a escassez de estudos sobre os sonhos na perspectiva fenomenológico-existencial, o que demonstra a importância da realização desta pesquisa. Observamos que em relação ao ano de publicação dos estudos, há um grande espaçamento de tempo entre um artigo e outro. Todos são de revisão de literatura, com delineamento metodológico qualitativo e não há uma centralização da produção dos artigos, uma vez que são de regiões geográficas diferentes.

Quanto aos objetivos, o estudo de Santos (2004), buscou analisar as contribuições das teorias gestáltica e daseinanalítica para a compreensão existencial do “sonhar humano e sua consequente aplicação fenomenológica na prática clínica.” (p.37). O estudo de Santos (2008) nos apresenta a concepção de Sartre sobre os sonhos, com base na obra “O Imaginário”. Almeida Prado, Caldas e Barreto (2012) por meio de uma reflexão teórica, procurou mostrar a importância da capacidade de sonhar, apontando a relevância do sonho na prática clínica fenomenológico-existencial. E, por fim, Milhorim, Casarini e Scorsolini-Comin (2013), realizaram uma revisão integrativa da literatura científica nacional sobre a análise dos sonhos, resultando em apontamentos para a prática psicoterápica em diferentes abordagens psicológicas.

Embora, tenhamos encontrado poucos estudos em relação ao nosso objetivo, foi possível extrair alguns dados relevantes para a compreensão dos sonhos na abordagem fenomenológico-existencial.

De acordo com o quadro 2, observamos que a compreensão sobre os sonhos pode apresentar algumas divergências em relação à base teórica utilizada, mesmo convergindo na concepção de homem e no método.

A concepção de homem nesta perspectiva revela um ser-em-relação, com capacidade de escolhas, livre para tomar as próprias decisões sobre sua vida, mas também responsável pelas consequências destas escolhas (ERTHAL, 1989). As abordagens teóricas com base no método fenomenológico elegem a descrição dos fenômenos tal como aparecem à consciência para, posteriormente, buscar seu significado. Assim, o “fenômeno manifesta-se a uma consciência que o visa, e essa manifestação é por si só reveladora. As condições de aparição do fenômeno à consciência é o que a fenomenologia tentará desvendar” (SANTOS, 2008, p. 238).

<p><b>Daseinsanálise</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Mais do que um produto psíquico, o sonhar passa a ser entendido com base na estrutura existencial que compõe o homem enquanto ser humano” (SANTOS, 2004, p. 36);</li> <li>- “o sonhar ‘deve ser reconhecido como um modo de existência lado a lado com a vida desperta’” (BOSS, 1979 apud SANTOS, 2004, p. 38);</li> <li>- “o sonhar assemelha-se ao estado desperto em razão de o sonhador poder intervir ativamente na situação sonhada” (SANTOS, 2004, p. 38);</li> <li>- O sonhar, portanto, é compreendido como uma experiência que depende da continuidade histórica da vida humana, se constituindo como um acontecimento pertencente à própria experiência” (MILHORIM; CASARINI; SCORSOLINI-COMIN, 2013, p. 89).</li> </ul>
<p><b>Gestalt</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- [...] “a cena onírica é realizada pelo próprio sonhador em uma projeção de si mesmo.” (SANTOS, 2004, p. 37);</li> <li>- “o sonho é a manifestação dos significados atribuídos à própria existência do sonhador, a partir da relação intencional da consciência do sonhador consigo mesmo e com o mundo à sua volta” (SANTOS, 2004, p. 38);</li> <li>- “os sonhos constituem claramente a realidade do sonhador sendo, também, caminho real para a integração do indivíduo, por meio da harmonização de todas as suas partes” (MILHORIM; CASARINI; SCORSOLINI-COMIN, 2013, p. 90).</li> </ul>
<p><b>Análise Sartriana</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “o sonho não é percebido como um objeto real, mas sim como irreal e produto da consciência imaginante” (MILHORIM; CASARINI; SCORSOLINI-COMIN, 2013, p. 88);</li> <li>- “o sonho não é percebido como objeto real, mas é produto da consciência imaginante, que em sua atitude de negação do mundo real cria um mundo irreal com um enredo, uma espacialidade e temporalidade próprias, análoga ao mundo real” (SANTOS, 2008, p. 241);</li> </ul>

**Quadro 2** – A compreensão dos sonhos na abordagem fenomenológico-existencial

Quanto ao conteúdo onírico, tais teorias postulam que este encontra-se relacionado à própria existência do sonhador, ou seja, tudo aquilo que é sonhado apresenta uma relação direta com a vivência desperta do indivíduo. Por mais que os teóricos possam variar acerca da constituição do mundo dos sonhos, a base que os sustentam é a mesma, ou seja, a existência e a relação entre o conteúdo que se apresenta no sonho e a vivência em vigília do sonhador.

Neste estudo, encontramos vertentes de compreensão dos sonhos pautadas na Daseinsanálise de Medard Boss, teoria esta, baseada na fenomenologia-existencial de Martin Heidegger, bem como, na Gestalt de Fritz Perls e na Análise Sartriana.

Assim, na Daseinsanálise, o sonho é compreendido “como uma experiência que

depende da continuidade histórica da vida humana, se constituindo como um acontecimento pertencente à própria experiência” (MILHORIM; CASARINI; SCORSOLINI-COMIN, 2013, p. 89). Compreensão esta, corroborada por Santos (2004, p. 36) ao revelar que “mais do que um produto psíquico, o sonhar passa a ser entendido com base na estrutura existencial que compõe o homem enquanto ser humano” (SANTOS, 2004, p. 36) e deve “ser reconhecido como um modo de existência lado a lado com a vida desperta” (BOSS, 1979 *apud* SANTOS, 2004, p. 38), uma vez que o “sonhador poder intervir ativamente na situação sonhada” (SANTOS, 2004, p. 38). Assim, ambos os estados, vigília e sonho, podem ser entendidos como “dois modos diferentes de conduzir a realização da mesma existência humana histórica” (BOSS, 1979, p. 185).

Entretanto, Santos (2004), pontua a existência de diferenças entre o estado de vigília e o estado onírico. Durante o sonho, a existência se encontra com menor abertura do que quando desperto, ou seja, nos sonhos as situações são concretas, ao passo que na vigília há lugar para o abstrato, para os pensamentos e imaginação. Outra diferença pontuada pela autora se refere a temporalidade dos acontecimentos, visto que, na vigília existe uma conexão entre o passado, o presente e o futuro, enquanto que os sonhos ocorrem no presente.

O fenômeno do sonho para a Gestalt, de acordo com Santos (2004, p. 38), “é a manifestação dos significados atribuídos à própria existência do sonhador, a partir da relação intencional da consciência do sonhador consigo mesmo e com o mundo à sua volta”. A autora revela que “a cena onírica é realizada pelo próprio sonhador em uma projeção de si mesmo.” (p. 37), visto que, os elementos que compõem o sonho remetem a um fragmento do próprio sonhador, buscando-se um caminho para a sua integração.

Corroborando, Milhorim, Casarini e Corsolini-Comin (2013, p. 90) revelam que os sonhos “constituem claramente a realidade do sonhador sendo, também, caminho real para a integração do indivíduo, por meio da harmonização de todas as suas partes”. Assim, o sonhar possibilita ao sonhador reconhecer os fragmentos de sua personalidade que precisam ser integrados.

Na compreensão dos sonhos de acordo com a Gestalt, dois conceitos nos chamam a atenção - Integração e Projeção -, o primeiro permite ao indivíduo a harmonização de todas as suas partes como um todo unificado. E o segundo, conceito este emprestado da psicanálise e utilizado por Perls (1988, p. 50), como uma negação, de maneira “que nos seja possível negar e não aceitar as partes de nossa personalidade que consideramos difíceis, ou ofensivas ou sem atrativos”, e, assim, o indivíduo passa a atribuir a responsabilidade de algo que pertence à ela, ao meio externo, negando a tomada de consciência de si própria, em que os conflitos interiores podem ser externalizados por meio dos sonhos.

Para compreender o fenômeno onírico sob a ótica Sartriana, Santos (2008), revela que será necessário entender a diferenciação que ocorre entre a percepção e a imaginação. A percepção ocorre de modo perceptual, visto que a consciência visa aos objetos do mundo

real, que contém uma temporalidade e espacialidade circunscritas, sendo que este objeto real nunca poderá ser apreendido por completo, mas por múltiplas perspectivas, em que a intencionalidade da consciência é que escolhe quais aspectos de tal objeto se direcionará.

Milhorim, Casarini e Corsolini-Comin (2013) e Santos (2008) revelam que o sonho, pelo contrário, não pertence ao mundo real, “é produto da consciência imaginante, que em sua atitude de negação do mundo real cria um mundo irreal com um enredo, uma espacialidade e temporalidade próprias, análoga ao mundo real (SANTOS, 2008, p. 241). Esse mundo imaginário, produzidos pela consciência imaginante “brota da espontaneidade da consciência em uma atitude intencional de negação do mundo” (p. 239). Assim, o objeto irreal criado pela consciência imaginante se diferencia do objeto real, visto que sua apreensão não ocorre por múltiplas perspectivas, pois, o objeto irreal se apresenta como um todo à consciência.

O conceito Sartriano de consciência é extremamente relevante para se compreender os sonhos. Para Sartre (2001) a consciência é sempre consciência de algo, visto que à princípio ela é um nada, um vazio, é pela intencionalidade que ela se dirige ao objeto na tentativa de preenche-la. Nesse sentido, há duas formas de consciência, uma irreflexiva e outra reflexiva. A primeira é apenas uma consciência perceptiva, que se esgota no objeto e não depende de conteúdo psíquico, uma vez que este só pode ser apreendido pela reflexão. Já a consciência reflexiva surge a partir do ato reflexivo, atribuindo sentido ao objeto captado. É necessário esclarecer que a consciência irreflexiva tem prioridade sobre a reflexiva, visto que a consciência reflexiva é antes consciência irreflexiva.

Se a consciência é sempre consciência de algo, como isso é aplicado aos sonhos? Sartre (1996) revela que há uma diferenciação entre o estado de vigília e do sono, visto que, quando desperto não há dúvida quanto a percepção de algo.

A qualquer instante, posso fazer desse termo o objeto de uma consciência reflexiva que me informara com precisão sobre sua estrutura. Ora, essa consciência reflexiva me dá imediatamente um conhecimento precioso: é possível que, no sonho, eu imagine que estou percebendo; mas o que é certo é que, que quando estou desperto, não posso duvidar que percebo (SARTRE, 1996, p. 211).

Como dito anteriormente, o sonho é fruto da consciência imaginante que nega o mundo real, criando assim, um mundo irreal com um enredo, espacialidade e temporalidade próprias. Segundo o autor, o sonho se apresenta enquanto história, sendo vivido como uma ficção que aprisiona a consciência dentro do sonho, assim, não há consciência reflexiva neste mundo imaginário, uma vez que, caso adentre ao sonho, este se desfaz.

Num mundo imaginário, não há sonho de possibilidades, já que as possibilidades supõem um mundo real, a partir do qual as possibilidades são pensadas. A consciência não pode recuar em relação a suas próprias imaginações para imaginar uma seqüência possível à história que ela está representando – isso seria acordar. (SARTRE, 1996, p. 222).

<b>Gestalt</b>	<p>- “A função do terapeuta passa a ser a de um facilitador [...] traz o sonho de volta ao presente e faz ser revivida a situação sonhada como se estivesse acontecendo no momento atual. Os gestalt-terapeutas podem utilizar-se, inclusive, da técnica de dramatização, na qual o sonhador desempenha todos os papéis que são apresentados na cena onírica” (MILHORIM; CASARINI; SCORSOLINI-COMIN, 2013, p. 90).</p> <p>- “o sonho não é interpretado para a gestalt-terapia, pois ao invés de analisá-lo, o objetivo é trazê-lo de volta à vida como se estivesse ocorrendo no momento atual [...] Sua função, em suma, é apontar a dificuldade existencial presente na vida do sujeito, como parte da personalidade que lhe está faltando” (MILHORIM; CASARINI; SCORSOLINI-COMIN, 2013, p. 91).</p> <p>- “o trabalho com sonhos na gestalt-terapia consiste em pedir ao paciente que conte seu sonho no momento presente, como se estivesse acontecendo agora. Depois, o terapeuta escolhe algum elemento do sonho que parece trazer um significado de conflito existencial e pede ao paciente para ser esse elemento, representando-o” (SANTOS, 2004, p. 38).</p> <p>- “A função do terapeuta passa a ser a de um facilitador, no sentido de que este orientará o paciente na reapropriação de suas características rejeitadas, projetadas para fora de si. O Gestalt-terapeuta lança mão de uma técnica, chamada dramatização, em que o sonhador desempenha todos os papéis apresentados em seu sonho” (SANTOS, 2004, p. 38).</p>
<b>Análise Sartriana</b>	<p>- “o analista deve auxiliar o analisando a regredir em sua história até que lhe seja possível desvelar o sentido de seu projeto original”. (SANTOS, 2008, p. 244).</p> <p>- “Na prática, o relato de determinado sonho seria paulatinamente compreendido quando nos atentássemos à experiência que a pessoa traz de seu sonhar” (SANTOS, 2008, p. 245).</p> <p>- “Na prática, o terapeuta deve pedir para que o cliente relate a experiência do sonho, estimulando-o a entrar em contato com o que ele vivencia no relato e explorando as diversas nuances do enredo da história” (SANTOS, 2008, p. 246).</p> <p>“a formulação sartriana sobre os sonhos vem beneficiar o terapeuta de orientação fenomenológica e existencial, com uma compreensão das diversas intencionalidades da consciência nessa produção imaginária que é o sonho” (SANTOS, 2008, p. 247).</p> <p>- “o terapeuta pode fazer com que o sonhador se aproxime das experiências que são manifestadas no contato com o material onírico, sendo a análise do próprio relato uma maneira de observar elementos importantes sobre a vida do sonhador” (MILHORIM; CASARINI; SCORSOLINI-COMIN, 2013, p. 88).</p> <p>- “A função do analista, nesse aspecto, é auxiliar o paciente a regredir em sua história pessoal até chegar ao sentido do seu projeto inicial” (MILHORIM; CASARINI; SCORSOLINI-COMIN, 2013, p. 89).</p>
<b>Daseinanalyse</b>	<p>- “as contribuições verdadeiramente importantes da perspectiva fenomenológica existencial, para a prática clínica, fundamentam-se na compreensão mais aprofundada da existência humana, e não na aplicação de técnicas psicoterápicas. Essa abordagem fundamenta-se numa perspectiva compreensiva em que a dimensão explicativa e causalista não são relevantes (PRADO; CALDAS; BARRETO, 2012, p. 314).</p> <p>- “Lidar com os sonhos na psicoterapia, segundo o estudo, não teria como objetivo desvelar a estrutura ou essência do sonhar, mas sim compreender o que seu conteúdo está trazendo, de modo concreto, sobre a forma da pessoa vincular-se ao mundo” (MILHORIM; CASARINI; SCORSOLINI-COMIN, 2013, p. 89).</p> <p>- “A tarefa dentro da psicoterapia, portanto, seria a de “convidar o paciente a visualizar essas possibilidades de vida, ainda irrealizadas, que se apresentam no sonho” (MILHORIM; CASARINI; SCORSOLINI-COMIN, 2013, p. 90).</p> <p>- “A tarefa do daseinanalista será exatamente a de convidar o paciente a visualizar essas possibilidades de viver ainda irrealizadas que se apresentam no sonho. Sua atitude terá o caráter fenomenológico [...]. Não promoverá qualquer tipo de interpretação para encontrar um significado latente ao conteúdo manifesto” (SANTOS, 2004, p. 38).</p> <p>- “o terapeuta convoca o paciente a descobrir o como e o quê das coisas, alcançando maior clareza sobre si mesmo” (SANTOS, 2004, p. 40).</p>

**Quadro 2** – A análise dos sonhos na prática clínica com base na Psicologia Fenomenológico-Existencial.

Assumir o compromisso de compreender a análise dos sonhos na prática clínica fenomenológico-existencial se torna um desafio, uma vez que, encontramos convergências e divergências entre os diferentes teóricos que contribuíram para esta temática.

Diante do exposto no quadro 2, observamos que a maior convergência entre as três perspectivas teóricas apresentadas se assenta no uso do método fenomenológico, que se encontra fundamentado “na compreensão mais aprofundada da existência humana, e não na aplicação de técnicas psicoterápicas.” (PRADO; CALDAS; BARRETO, 2012, p. 314).

Levando-se em consideração o trabalho com os sonhos na perspectiva da Gestalt, o terapeuta assume o papel de um facilitador, que ao invés de interpretá-lo, solicita ao paciente que relate seu sonho no momento presente, revivendo a situação como se estivesse acontecendo naquele momento. Após, o terapeuta busca algum elemento significativo do sonho que pode estar relacionado ao conflito existencial e solicita ao paciente para que ele seja esse elemento. Este processo possibilita ao paciente a tomada de consciência de suas características não integradas, ou seja, aquelas projetadas para fora de si (MILHORIM; CASARINI; SCORSOLINI-COMIN, 2013; SANTOS, 2004).

Os autores acima citados ressaltam que neste processo os terapeutas podem fazer uso da técnica de dramatização, na qual o sonhador desempenha todos os papéis que são apresentados em seu sonho, recriando no presente a cena onírica.

Na Análise Sartriana o sonho é um recurso interessante a ser analisado na prática clínica, visto que, a partir do desvelar da intencionalidade da consciência que criou as cenas oníricas, é possível entender as outras intenções que estão presentes no projeto existencial do paciente.

Nesse sentido, o terapeuta deve solicitar ao paciente que relate a experiência do sonho, fazendo com que se aproxime das experiências vividas no enredo do sonho, trazendo para a consciência reflexiva o conteúdo onírico, possibilitando, dessa forma, que o sonhador possa desvelar seus sentidos. (SANTOS, 2008; MILHORIM; CASARINI; SCORSOLINI-COMIN, 2013). Este processo é extremamente rico para a psicoterapia, visto que,

captar a intencionalidade da consciência do sonhador através da experiência em vigília do próprio sonho é de grande valia para o trabalho psicoterápico, na medida em que o significado da experiência de um sonho se afina a outros significados presentes na existência (SANTOS, 2008, p. 245).

Partindo dessa premissa, o terapeuta tem a função de auxiliar o paciente “a regredir em sua história até que lhe seja possível desvelar o sentido de seu projeto original” (SANTOS, 2008, p. 244). Ao desvelar o sentido de seu projeto original, poderá compreender os demais projetos existenciais, ampliando sua consciência reflexiva e, conseqüentemente, se tornará mais responsável por sua existência, a partir de suas escolhas.

O autor revela ainda que a forma como o paciente relata seu sonho tem grande relevância no trabalho clínico, visto que, o tom de voz e os sentimentos expressos são



elementos a serem explorados, uma vez que refletem a forma como a consciência irrefletida lida com os conteúdos oníricos apresentados e, para além disso, as sensações evocadas nos sonhos são extremamente mobilizadoras, tanto na fala quanto na reflexão, motivo para o terapeuta atentar para o elementos que o cliente escolheu para trazer ao mundo em vigília.

A análise dos sonhos na clínica Sartriana pode trazer outros benefícios para o processo, visto que, o terapeuta pode buscar a compreensão não somente dos sonhos, mas também da totalidade do ser, auxiliando o cliente a entender e ampliar sua consciência em relação ao seu projeto existencial, como pontua Erthal (1989).

A finalidade do trabalho clínico com sonhos na Daseinsanálise não é “desvelar a estrutura ou essência do sonhar, mas sim compreender o que seu conteúdo está trazendo, de modo concreto, sobre a forma da pessoa vincular-se ao mundo” (MILHORIM; CASARINI; SCORSOLINI-COMIN, 2013, p. 89). É lançar luz às possibilidades existenciais, visto que estas podem ser desconhecidas até mesmo pelo próprio sonhador.

Nesta perspectiva, o terapeuta não fará qualquer tipo de interpretação, no sentido de buscar algum significado latente no conteúdo manifesto, mas apenas convidará “o paciente a descobrir o como e o quê das coisas, alcançando maior clareza sobre si mesmo” (SANTOS, 2004, p. 40), compreendendo quais possibilidades existenciais ainda não realizadas que aparecem no sonho.

A forma como o sonhador se relaciona e se posiciona diante do relato sobre o sonho, possibilita-lhe maior compreensão acerca de sua existência, observando as semelhanças entre o enredo onírico, sua situação vivencial em conjunto com sua história biográfica.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste estudo foi possível compreender algumas das contribuições da fenomenologia-existencial para a prática clínica sobre os sonhos. E, embora tivéssemos poucos estudos disponíveis nas bases de dados pesquisadas, foi possível compreender os estados oníricos com base nas vertentes da Gestalt, Daseinsanálise e Análise Sartriana, ainda que de forma breve.

De modo geral, os sonhos são compreendidos como eventos diretamente relacionados ao estado de vigília e seu manejo clínico visa buscar elementos significativos que podem estar relacionados aos conflitos existenciais, auxiliando o paciente na maximização da consciência, alcançando, dessa forma, maior clareza sobre si mesmo.

Cabe ainda salientar que cada perspectiva teórica exposta neste estudo apresenta convergências, mas também divergências acerca da compreensão, formulação e manejo clínico dos sonhos, não cabendo aqui uma discussão neste momento.

E, em razão da escassez de material científico sobre os sonhos na abordagem fenomenológico-existencial, consideramos necessária a realização de novos estudos,

visando ampliar e aprofundar os conhecimentos no que se refere às convergências e divergências em relação aos principais teóricos, além de incluir outras fontes de pesquisa, como teses, dissertações e livros, bem como, a possibilidade de estudo empírico, por meio de técnicas de entrevista a profissionais que atuam nesta vertente teórica.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA PRADO, R. A., CALDAS, M. T., BARRETO, C. L. B. T. Clínica psicológica fenomenológica existencial como espaço de resgate do sonho. **Psicologia Argumento Curitiba**, v. 30, n. 69, p. 307-316, 2012.

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

BOSS, M. **Na noite passada eu sonhei**. São Paulo: Summus, 1979.

ERTHAL, T. C. S. **Terapia Vivencial: Uma abordagem existencial em psicoterapia**. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 1989.

FREUD, S. **A interpretação dos sonhos**. São Paulo: Imago, 2001 (Original publicado em 1900).

GARCIA-ROZA, L. A. **Freud e o inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

MILHORIM, T. K.; CASARINI, K. A.; SCORSOLINI-COMIN, F. Os sonhos nas diferentes abordagens psicológicas: apontamentos para a prática psicoterápica. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 79-95, 2013.

PERLS, F. **A abordagem gestáltica e a testemunha ocular da terapia**. Rio de Janeiro: Ed. LTC, 1988.

SANTOS, G. A. O. Realizando o imaginário: da concepção sartreana sobre os sonhos à uma clínica existencial do sonhar. **Psicol. rev.** v. 14, n. 1, p. 235-250, 2008.

SANTOS, I. P. A. Fenomenologia do onírico: uma gestalt-terapia e a daseinsanálise. **Psicol. cienc. prof.**, v. 24, n. 1, p. 36-43, 2004.

SARTRE, J-P. **O imaginário: psicologia fenomenológica da imaginação**. São Paulo: Ática, 1996.

SARTRE, J. P. **O ser e o nada: ensaio de ontologia fenomenológica**. Petrópolis: Vozes, 2001.

# CAPÍTULO 7

## PROPRIEDADES DE CONTROLE AVERSIVO EM MANUAIS DE PSICOTERAPIA ANALÍTICO-FUNCIONAIS CONTRARIAM AS RECOMENDAÇÕES DE SKINNER E SIDMAN?

Data de aceite: 20/08/2021

Data de submissão: 29/06/2021

**Fanny Bohnenberger Ruschel**

Universidade Federal do Paraná  
Curitiba – PR

<http://lattes.cnpq.br/7488177803914612>

**RESUMO:** No Behaviorismo Radical, Skinner e Sidman são conhecidamente citados por seus posicionamentos contrários ao uso do controle aversivo, mantendo suas críticas com base principalmente na ineficácia e transitoriedade de seus efeitos. Entretanto, autores posteriores afirmam que existem contextos nos quais o controle aversivo não só pode ser uma alternativa justificável, como é também eficaz. Entre os contextos onde ele vem sendo usado está a psicoterapia, que possui diversas vertentes dentro da Análise do Comportamento. Entre elas, a *Functional Analytic Psychotherapy* (FAP) é uma modalidade de psicoterapia que utiliza a relação terapeuta-cliente como principal meio de intervenção e recurso para mudança do comportamento do cliente. No presente artigo, foram analisadas duas obras voltadas a FAP (*Functional Analytic Psychotherapy: Creating Intense and Curative Therapeutic Relationships* e *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, Courage, Love and Behaviorism*) a fim de identificar elementos de controle aversivo e compará-las com as recomendações de Skinner e Sidman. Conclui-se que a discussão a respeito

do uso de controle aversivo em instâncias sociais – entre elas, a psicoterapia – é complexa, e requer a compreensão das implicações de cada uma das formas de controle possíveis no contexto da ação. Assim, embora Skinner e Sidman tenham mostrado posicionamento contrário a esta forma de controle, as análises aqui efetuadas sugerem discrepância entre o posicionamento destes autores e o desenvolvimento da psicoterapia analítico-funcional.

**PALAVRAS - CHAVE:** Controle aversivo, Psicoterapia Analítico-Funcional, Skinner, Sidman.

### DO AVERSIVE CONTROL PROPERTIES IN FUNCTIONAL-ANALYTICAL PSYCHOTHERAPY MANUALS AVOID THE RECOMMENDATIONS OF SKINNER AND SIDMAN?

**ABSTRACT:** In Radical Behaviorism, B. F. Skinner and Sidman are mostly cited for their opposing views on the use of aversive control, based on their main indications of ineffectiveness and transitoriness of their effects. However, later authors affirm that there are contexts in which aversive control not only can be a justifiable option but also an effective alternative. Among the contexts where it can be used is psychotherapy, which has several strands within the Behavior Analysis. Among them, Functional Analytical Psychotherapy (FAP) is a modality of psychotherapy that uses a therapist-client interface as the main means of intervention and resource to change patient's behavior. In this paper, two books were investigated, *Functional Analytic Psychotherapy: Creating Intense and*

Curative Therapeutic Relationships and a Guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, Courage, Love and Behaviorism, in order to identify elements of aversive control in their works and to discuss them based on the recommendations of Skinner and Sidman. The conclusion is that the discussion about the use of aversive control in social instances - among them, the psychotherapy - is complex, and requires an understanding of the implications of each of the control forms. Thus, although Skinner and Sidman have shown a position contrary to this form of control, the analyzes carried out here suggest a discrepancy between the position of these authors and the development of Functional Analytic Psychotherapy.

**KEYWORDS:** Aversive Control, Functional Analytic Psychotherapy, Skinner, Sidman.

## INTRODUÇÃO

No Behaviorismo Radical, B. F. Skinner (1953/2000) e M. Sidman (1995) são frequentemente citados por seus posicionamentos contrários ao uso do controle aversivo, mantendo suas críticas com base principalmente na ineficácia e transitoriedade de seus efeitos. Entretanto, em publicações posteriores, autores afirmam que existem contextos nos quais o controle aversivo não só pode ser uma alternativa justificável, como é também eficaz, sugerindo que o uso de controle aversivo pode ser inevitável ((Mazzo, 2007; Todorov, 2011; Critchfield, 2014). A existência dessas discordâncias levanta a possibilidade de que as técnicas utilizadas por teorias psicoterapêuticas mais recentes possam não estar livres de propriedades aversivas em suas orientações de atuação, ainda que em suas diretrizes existam recomendações contrárias. Entre estas, a *Functional Analytic Psychotherapy* (FAP) é uma modalidade de psicoterapia que utiliza a relação terapeuta-cliente como principal meio de intervenção e recurso para mudança do comportamento do cliente (Kohlenberg & Tsai, 2001).

Orientados pelas recomendações de Skinner (1953/2000) sobre o estabelecimento terapêutico da “audiência não punitiva”, terapeutas tendem a evitar a emissão de consequências aversivas às verbalizações do cliente (Medeiros, 2002). Sidman (1995) menciona que grande parte dos clientes que procuram a clínica possuem histórico de exposição a contingências aversivas, principalmente punição, o que acabaria gerando como subproduto a restrição do comportamento verbal. Por isso, ao estabelecer-se como audiência não punitiva e reforçar o relato verbal do cliente, o terapeuta fortaleceria o vínculo terapêutico, uma vez que ao não punir o relato verbal do cliente, ele se estabelece como estímulo discriminativo (S<sup>d</sup>) para a apresentação desse comportamento, possibilitando que este compartilhe com o terapeuta assuntos que não compartilharia com outras pessoas (Rangé, 1995).

As recomendações de Skinner (1953/2000) referentes à “audiência não punitiva” são similares às encontradas nas fundamentações teóricas da FAP, que afirmam que melhoras clínicas, “cura” e mudança terapêutica, envolvem contingências de reforçamento que ocorrem por meio da relação entre o cliente e o terapeuta (Kohlenberg & Tsai, 1994).

Para a FAP, muito do que os clientes verbalizam a respeito de seus problemas fora da clínica possui correspondência em seus comportamentos dentro do ambiente terapêutico, sendo função do terapeuta identificar e promover a apresentação desses comportamentos, chamados de “comportamentos clinicamente relevantes” (Kohlenberg & Tsai, 1994). Entretanto, Silva (2002) pontua que certas técnicas (por exemplo, evocar respostas emocionais no procedimento de “aceitação”, bloqueio de comportamentos clinicamente relevantes) da FAP estão fundamentadas em contingências aversivas, sugerindo uma orientação diferente da prescrita por Skinner e Sidman.

Nos livros de direcionamento à atuação do psicoterapeuta FAP, é discutido que para que o processo de mudança comportamental do cliente ocorra, é necessário que este apresente um comportamento problema – denominado CRB1 – em sessão (Kohlenberg e Tsai, 1991; Tsai, e Kohlenberg, 2009). Esse comportamento costuma ser uma amostra da forma problemática de agir que o cliente apresenta fora da sessão e, portanto, consequenciar este comportamento de forma adequada torna-se o mecanismo pelo qual a FAP exerce sua função terapêutica. Isto ocorre na medida em que pressupõe que a consequenciação adequada ao comportamento problema do cliente servirá para que outros repertórios concorrentes sejam reforçados e assim, pelo mecanismo de modelagem operante, comportamentos mais adaptativos ao ambiente do cliente possam surgir. Entretanto, para que o CRB 1 seja apresentado em sessão, é possível que a FAP recorra a mecanismos que incitem a ocorrência deste, sendo controlados por contingências aversivas, como citado por Silva (2002).

Ao analisar o posicionamento de Skinner (1953/2000) e de Sidman (1995), é possível perceber forte oposição ao uso de procedimentos aversivos, baseando-se em seus subprodutos indesejáveis. No caso da punição, Sidman (1995) afirma que produz efeitos colaterais ou indiretos à supressão da resposta, que podem produzir efeitos além dos esperados. Para o autor, crianças que tem seus comportamentos punidos frequentemente tendem a ser mais agressivas e utilizar a punição futuramente para controlar comportamentos de outras pessoas. Para Skinner (1953/2000) enquanto o efeito direto da punição diz respeito ao aumento ou à redução da probabilidade da resposta (efeitos operantes), os efeitos indiretos ou subprodutos dizem respeito, principalmente, aos efeitos respondentes ou emocionais, mencionados acima. Ambos os autores destacam que a punição é largamente utilizada em sociedade devido aos efeitos imediatos que produz, reduzindo a resposta indesejada temporariamente.

Como alternativa à punição, Skinner (1971/1977, 1972/1975, 1953/2000) propõe: uso da extinção, uso do reforço positivo de respostas operantes alternativas à resposta punida e manejo da condição ambiental antecedente. Apesar de tratar do assunto, Skinner não detalha como estes poderiam ser efetivamente utilizados. Além disso, o próprio autor, ao examinar os efeitos da extinção em sua obra *Ciência e comportamento humano*, pontuou que esta operação produziria reações emocionais denominadas frustração e

cólera, além de um “violento comportamento emocional” (Skinner, 1953/2000, p. 77). Isto suscita a discussão de que, se reações emocionais indesejáveis são uma das principais características do uso de controle aversivo, e nem mesmo suas alternativas estão livres desses mesmos subprodutos, analistas do comportamento podem estar se pautando em caracterizações objetivas a respeito do não uso do controle aversivo, ou podem estar, como pontua Hunziker (2017) entendendo essa forma de controle a partir de uma conotação pejorativa e dogmática?

Ainda de acordo com Hunziker (2017) quando se mencionam os efeitos prejudiciais do controle aversivo, existe um entendimento equivocado do controle aversivo como algo opressor, quando na verdade trata-se, experimentalmente, de um conjunto de relações que alteram a probabilidade de respostas. Para a autora, tanto reforçadores positivos quanto estímulos aversivos podem ser benéficos ou prejudiciais ao sujeito a depender da contingência em que estão inseridos e a quem favorecem, além de que ambos os tipos de controle podem ser caracterizados como “bons”, “maus” ou “éticos” independente do caráter negativo atribuído dogmática e previamente. Para ilustrar, Hunziker (2017) cita o treinamento realizado em um jovem com esquizofrenia, onde além do reforçamento positivo contingente à fala coerente, utilizava-se punição negativa da fala incoerente. O procedimento, utilizando o método punitivo, auxiliou o jovem a comunicar-se de forma mais eficaz em menos de dois meses, e, de acordo com este resultado, foi caracterizado como um “bom” procedimento.

Critchfield (2014) sugere que analistas do comportamento deveriam ser mais céticos com relação às suas crenças a respeito dos efeitos da punição, considerando que as contingências aversivas podem ter papel importante na regulação do comportamento ético e na coesão de grupo. Segundo o autor, na medida em que a punição é capaz de reprimir respostas que violem regras sociais estabelecidas, esta pode ser essencial para manter a sociedade mais unida. Na mesma linha, Martins, Carvalho Neto e Mayer (2017) em análise à obra *Walden Two*, de Skinner, encontram evidências de controle aversivo em uma sociedade utópica criada com o objetivo de – paradoxalmente – demonstrar como seria uma sociedade estruturada em princípios que não envolvam controle aversivo. Os autores constatarem, ao final do trabalho, que a obra faz menção à utilização de controle aversivo em relações sociais e não sociais, e questionam a exclusão de qualquer traço de aversividade dado a complexidade das relações reais em sociedade. A análise também menciona que defender o uso preferencial por reforçamento positivo não necessariamente implica na exclusão de qualquer traço de aversividade.

O controle aversivo deve ser utilizado? Em que circunstâncias? E com quais características? E em ambiente terapêutico, em que há o entendimento de que o terapeuta necessita adquirir a função de uma audiência não punitiva, o controle aversivo deve ser sempre evitado? À luz dessas controvérsias, é necessária uma investigação a respeito do uso de controle aversivo nas estratégias terapêuticas da FAP, bem como da definição desse

conceito pelos autores da psicoterapia. O uso de controle aversivo, não recomendado por Skinner e Sidman tende a ser discutido por outros autores da Psicologia como algo muito presente nas sociedades humanas e que acaba por ser indispensável para a manutenção das relações sociais. O objetivo do presente estudo foi identificar, nas obras *Functional Analytic Psychotherapy: Creating Intense and Curative Therapeutic Relationships* e *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awereness, Courage, Love and Behaviorism*, se há propriedades de controle aversivo nas práticas constituintes da atuação de psicoterapeutas analítico-funcionais e compará-las com as recomendações de Skinner (1953/2000) e de Sidman (1995) a respeito do uso do controle aversivo.

## MÉTODO

### Fontes de informação

Foram selecionadas as seguintes obras:

Livro 1 - *Functional Analytic Psychotherapy: Creating Intense and Curative Therapeutic Relationships*

Livro 2 - *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awereness, Courage, Love and Behaviorism*

Essas obras foram selecionadas por se tratarem das principais obras de instrução e exposição dos princípios da FAP, contemplando seus métodos e fundamentos. As obras foram lidas na língua de origem (Inglês).

### Materiais e instrumentos

Foi utilizado um protocolo para classificação de informações a respeito de diferentes aspectos do controle aversivo nas estratégias terapêuticas da FAP. Esse protocolo é constituído pelas seguintes variáveis: *I.* Comportamentos emitidos pelo cliente sugerindo uma prática aversiva, *II.* Relatos do cliente que sugerem que a prática é aversiva, *III.* Recomendações, *IV.* Eficiência, *V.* Comportamentos do terapeuta e *VI.* Definição de controle aversivo. Estas variáveis foram selecionadas por tratarem-se de aspectos específicos relacionados ao cliente ou ao terapeuta, em que existe a maior probabilidade de verificação de propriedades de controle aversivo.

### Procedimento

As obras foram lidas na íntegra e foram selecionados os trechos que faziam alusão ao controle aversivo. Para tanto, algumas expressões foram utilizadas para orientar a seleção dos trechos, dentre elas: “*Punishment*”, “*Aversive stimuli*”, “*Aversive*”, “*Extinction*”, “*Avoidance*”, “*Emotion*”, “*Pain*” e “*Negative feeling*”. Quando elas apareciam, o trecho era selecionado. Porém, alguns trechos foram selecionados a despeito de não serem constituídos por tais expressões. Por exemplo, em situações onde é recomendada a

estruturação de um ambiente em que se evoquem CRBs significativos, entende-se que é necessária a apresentação de estimulação potencialmente aversiva. Conseqüentemente, um trecho com tal informação foi selecionado. Outro exemplo são trechos no qual apresenta-se um diálogo onde o terapeuta bloqueia a esquiva do paciente – que foge ao assunto – reapresentando a pergunta sobre um evento emocionalmente desgastante.

Após a seleção dos trechos, eles foram agrupados e classificados de acordo com as variáveis apresentadas no protocolo de observação. Para orientar a seleção de trechos, foi considerada a seguinte definição das variáveis:

A. Comportamentos do cliente que sugerem uma prática aversiva:

Descrição ou indicação de comportamentos apresentados pelo cliente que caracterizem uma resposta a uma prática aversiva, como ficar irritado, chorar, fuga e esquiva, discutir em voz alta ou exercer contra-controle.

B. Relatos do cliente que sugerem uma prática aversiva:

Descrição de relatos do cliente em que ele verbaliza algo com a função de esquivar-se de certo tópico apresentado pelo terapeuta que tem função aversiva ou de expressar sentimentos negativos. Ex: Mentir, mudar de assunto, gritar, ofender.

C. Recomendações do uso de controle aversivo:

Informações constituídas por recomendação (ou não) do uso de procedimentos que envolvem elementos de controle aversivo. Por exemplo: Estabelecer metas terapêuticas que envolvem reduzir a apresentação de comportamentos de esquiva e manter o cliente na presença de estímulos aversivos. Como exemplo, ampliar o repertório de enfrentamento por meio da diminuição gradual de esquiva frente a estímulos aversivos, como falar sobre algo doloroso.

D. Eficiência do uso de elementos de controle aversivo:

Informações relativas ao grau de eficiência do uso de procedimentos que envolvam elementos de controle aversivo. Como por exemplo, o uso de determinada forma de controle comportamental pode perder sua eficácia ao longo do tempo.

E. Comportamentos do terapeuta:

Descrição ou indicação de comportamentos do terapeuta que sugerem que uma prática é aversiva, como aplicação de punição, extinção e reforçamento negativo.

F. Definição de controle aversivo:

Definição de controle aversivo que é utilizada pelos autores.



## RESULTADOS

### Natureza das informações relacionadas ao uso de controle aversivo distribuídas em categorias

Para melhor caracterizar as diferentes formas de apresentação de uso ou de produtos da apresentação da estimulação aversiva, foram selecionadas seis categorias que compreendem aspectos classificados de cada trecho. Para cada um dos trechos selecionados, preenche-se a tabela colocando em evidência fragmentos que podem ser representados em alguma(s) categoria(s).

#### *A) Comportamentos do cliente que sugerem uma prática aversiva*

Nos livros utilizados como fonte de informação, as informações identificadas a respeito de comportamentos emitidos pelo cliente que sugerem uma prática aversiva dizem respeito a apresentação de esquiva pelo cliente, a contracontrole, a luto, raiva, tristeza e perda; fortes respostas emocionais; a escapar, esquivar e atacar; a mágoa, raiva, tristeza e medo. No quarto trecho do Livro 2, por exemplo, encontra-se a descrição da recomendação de que o uso deliberado de reforçadores pode ser visto como manipulativo pelos clientes, gerando comportamentos como contracontrole.

CRBs 1: Problemas do cliente que ocorrem durante a sessão. CRBs 1 são ocorrências, durante a sessão, de repertórios do cliente que foram especificados como problemas de acordo com os objetivos do cliente para a terapia e a conceituação do caso. Deve haver correspondência entre CRBs 1 específicos e os problemas particulares da vida diária. Entender os CRBs 1 requer uma avaliação do comportamento em termos de amplas classes de resposta que incluem diferentes topografias comportamentais; algumas ocorrem durante a sessão, relacionada ao processo de terapia e ao terapeuta, ao passo que outras ocorrem fora da sessão, estando relacionadas ao trabalho, amigos, família, a outras pessoas significativas e assim por diante. Em uma FAP bem sucedida, CRBs 1 devem diminuir de frequência ao longo da terapia. **Geralmente, CRBs 1 estão sob controle de estímulos aversivos e consistem de esquiva (inclusive esquiva emocional), porém, é claro, existem CRBs 1 que não são restritos ao problema da esquiva.** Seguem alguns comportamentos que são exemplos de problemas clínicos reais. (Livro 2 – Trecho 4, pág. 12. Grifo meu).

#### *B) Relatos do cliente que sugerem uma prática aversiva*

O quarto trecho do Livro 1, refere-se a um diálogo em que a cliente diz: “Vamos voltar ao assunto de minha depressão”. Esta afirmação foi interpretada pelo autor como uma esquiva à pergunta do terapeuta sobre se a cliente teria sentimentos negativos a seu respeito, caracterizando uma tentativa de esquiva por meio da expressão verbal.

C: Tudo o que sei é que estou deprimido e eu quero alguma ajuda porque me sinto mal. (CRB1-esquiva.)

T: Você não respondeu minha pergunta. Eu disse que pensei que você tivesse sentimentos negativos ou hostis em relação a mim. (Regra 3, bloquear esquiva).

C: **Eu não tenho, vamos voltar a falar da minha depressão. (CRBI, esquiiva.).** (Livro 1 – Trecho 4, pág 44. Grifo meu)

### C) *Recomendações quanto ao uso de controle aversivo*

Possui três aspectos principais: 1) Recomenda-se o uso de controle aversivo em certas situações; 2) Não recomenda o uso de controle aversivo, mas adverte que ele pode ocorrer em certo momento; 3) Não recomenda, mas adverte que o uso incorreto da técnica pode ser visto como aversivo.

No primeiro aspecto, pode-se citar o seguinte exemplo:

**Assim, embora a aplicação de estímulos aversivos seja circunscrita na FAP, a “punição” (ou seja, uma resposta do terapeuta que enfraquece o CRB1 do cliente, como retirar o reforço) no contexto de uma relação terapêutica forte pode ser usada para abordar comportamentos problemáticos. Mais uma vez, até a punição pode ser usada de um lugar de cuidado.** Muitas vezes, dizemos aos terapeutas que não sejam excessivamente cautelosos sobre a evocação de reações negativas no cliente; Se existir uma relação forte, ela poderá ser reparada. Na verdade, isso também está modelando um repertório importante (a capacidade de reparar rupturas no relacionamento), e também é algo que pode ajudar os terapeutas e os clientes a compreender melhor um ao outro. (Livro 2 – Trecho 19, pág 184. Grifo meu)

No segundo aspecto, pode-se citar o seguinte exemplo:

Uma das principais vantagens da abordagem comportamental incorporada na FAP, é que ele aponta para os mecanismos de mudança de hipótese que, por sua vez, se prestam a diretrizes de tratamento específicas e ensináveis. Os conceitos e definições comportamentais permitem que os terapeutas implementem uma ampla gama de mecanismos terapêuticos potencialmente significativos, como “coragem”, “amor terapêutico” e “criação de um espaço sagrado” (ver Capítulo 4), geralmente não abordados nas terapias cognitivas comportamentais. **Trazer tanta coragem e amor em seus relacionamentos com os clientes é um processo difícil que leva os terapeutas ao limite de suas próprias zonas de conforto, muitas vezes evocando esquiava emocional.** [...] (Livro 2 – Trecho 1, pág 3. Grifo meu)

No terceiro aspecto, pode-se citar o seguinte exemplo:

Cada ação de um terapeuta pode ter uma ou mais das três funções acima ao mesmo tempo. Considere um terapeuta perguntando: “O que você está sentindo agora?” Esta questão poderia ter uma função discriminatória, com efeito, dizendo: “Agora é apropriado descrever seus sentimentos”. A resposta do cliente a esta questão é a ocorrência de um operante. **Também é possível, no entanto, que a questão possa ser aversiva ao cliente e, portanto, punir o comportamento que imediatamente precedeu.** (Livro 2 – Trecho 3, pág 11. Grifo meu)

### D) *Eficiência*

A única recomendação sobre eficiência identificada ocorre no Livro 2 (segundo trecho) e refere-se uso feito de certos estímulos reforçadores, que pode se tornar artificial e falso e perder sua efetividade. Recomenda-se neste ponto do segundo livro, que o

terapeuta tome cuidado ao utilizar reforçamento – mais especificamente reforçamento arbitrário, como elogios – pois isto pode ser considerado algo manipulativo pelos clientes e gerar respostas de contracontrole.

Infelizmente, o uso deliberado de reforçadores pode favorecer para que este se torne arbitrário ou “falso”, perdendo sua efetividade. (Ferster, 1972). Esse problema foi comentado por Wachtel (1977), que observou que terapeutas comportamentais que estavam frequentemente exagerando no uso de elogios, tinham sua eficácia diminuída. Além disso, o uso deliberado de consequências pode ser, considerado pelo cliente aversivo ou manipulativo e induzi-lo a realizar esforços para reduzir ou alterar a mudança terapêutica - o que Skinner (1953) chamaria de “contra-controle” (Livro 2 – Trecho 2, pág 9).

### E) Comportamentos do terapeuta que sugerem uma prática aversiva

Foram considerados trechos onde refere-se ao uso de contingências como punição e extinção, utilizadas para fins terapêuticos.

Um exemplo desta classificação seria o sexto trecho do Livro 2:

Consistente com a FAP, os resultados revelaram que, apesar de tentar conscientemente de forma não contingente, a melhoria na terapia foi associada ao reforço diferencial, embora inadvertido, das melhorias do cliente. Tais achados sugerem que, **enquanto muitos terapeutas podem não perceber, eles estão constantemente moldando o comportamento de seus clientes através de contingências de reforços verbais e não-verbais, punição e extinção** (Livro 2- Trecho 6, Pág 27. Grifo meu).

F) Definição de controle aversivo: sem exemplos.

Tabela de excertos a serem considerados para a discussão:

Livros – Número do trecho	Trechos
1 – Trecho 2	A importância da Regra 1 não pode ser enfatizada em demasia. Teoricamente, seguir a Regra 1 por sé tudo o que precisamos para o tratamento ter sucesso. <b>Ou seja, um terapeuta habilidoso em observar a ocorrência, na sessão, de instâncias de comportamento clinicamente relevante, tenderá a reagir, naturalmente, no sentido de reforçar, extinguir e punir o comportamento em questão, propiciando o desenvolvimento de alternativas úteis para a vida diária.</b> (Livro 1 – Trecho 2, Pág 26. Grifo meu.)
1- Trecho 4	C: Tudo o que sei é que estou deprimida e eu quero alguma ajuda porque me sinto mal. (CRBI-esquiva.) T: Você não respondeu minha pergunta. Eu disse que pensei que você tivesse sentimentos negativos ou hostis em relação a mim. <b>(Regra 3, bloquear esquiva).</b> C: Eu não tenho, vamos voltar a falar da minha depressão. (CRBI, esquiva.). (Livro 1 – Trecho 4, Pág 44. Grifo meu.)

---

1 – Trecho 12

As variáveis controladoras que ocorrem durante a sessão de terapia podem ser muito potentes. Os procedimentos da FAP tendem a evocar reações emocionais intensas e efeitos reforçadores associados a relacionamentos íntimos. Por causa disso, a FAP pode ser muito benéfica para o cliente, afetando grandes repertórios. Por exemplo, durante a FAP, um cliente pode aprender pela primeira vez a confiar em outro ser humano. **Essas mesmas variáveis de controle dentro da sessão, no entanto, podem ser extremamente aversivas e produzir efeitos prejudiciais para o cliente, como sentimentos negativos intensos e repertórios de fuga e esquiva associados. Assim, um cliente pode abandonar a terapia, porque o “abaixamento da guarda”, que acontece quando uma pessoa confia, pode evocar a esquiva, fuga e acompanhar dor** (Livro 1 -trecho 12, Pág 190. Grifo meu.).

---

1 – Trecho 13

**Visto que é comum o CRB1 ser um comportamento controlado aversivamente, é necessário, frequentemente, que exista alguma aversividade presente para (1) evocar o CRB que é requerido para a FAP e (2) bloquear a esquiva que se segue.** Embora a pouca aversividade atrapalhe o progresso porque a esquiva do cliente é suficientemente reforçada em sessão, muita aversividade pode ser sufocante e imobilizadora. Os clientes cujos comportamentos diante de estímulos aversivos são geralmente disruptivos devem ser expostos à FAP com precaução. Por exemplo, considere o cliente que é extremamente sensível às críticas. Neste caso, quando um colega o critica por um pequeno erro, ele fica emocionalmente desorganizado e perde vários dias de trabalho. A FAP, de início, é utilizada cuidadosamente com este cliente, pois focalizar comportamentos na sessão pode parecer uma crítica indireta e provavelmente demasiada, se ocorre no aqui e agora. Geralmente, é boa política iniciar o tratamento focalizando os problemas que ocorrem fora da sessão, usando procedimentos de outros tipos de terapia, antes de fazer alguma coisa com os CRBs, ou seja, antes de focalizar a relação terapeuta-cliente. Esse procedimento ajudará a desenvolver a tarefa de orientação do tratamento, fornecendo a oportunidade de terapeuta e cliente estabelecerem um método de trabalhar juntos, sem complicações adicionais oriundas de reações emocionais disruptivas. Proceder cautelosamente também significa que, identificar como CRB um comportamento na sessão é uma hipótese para ser explorada, e que a relevância clínica necessita ser demonstrada e não assumida. (Livro 1 – Trecho 13, pág 190. Grifo meu)

---

2 – Trecho 3

Cada ação de um terapeuta pode ter uma ou mais das três funções acima ao mesmo tempo. Considere um terapeuta perguntando: “O que você está sentindo agora?” Esta questão poderia ter uma função de estímulo discriminativo, dizendo: “Agora é apropriado descrever seus sentimentos”. A resposta do cliente a esta questão é a ocorrência de um operante. **Também é possível, no entanto, que a questão possa ser aversiva ao cliente e, portanto, punir o comportamento que imediatamente precedeu.** (Livro 2 – Trecho 3, pág 11. Grifo meu)

---

2 – Trecho 12

**Definimos funcionalmente mindfulness terapêutico como um tipo de autoconsciência que ajuda o cliente a permanecer na presença de Sds aversivos (como pensamentos negativos, sentimentos e situações) que evocam tipicamente repertórios de esquiva.** Na sequência, isso disponibiliza uma oportunidade para emergir e reforçar comportamentos novos e mais adaptativos. Usar uma definição funcional pode ajudar a reduzir uma confusão relevante na literatura do mindfulness, que resultou no fracasso em distinguir técnicas de um processo psicológico (Hayes e Wilson (2003). (Livro 2 – Trecho 12, pág 114. Grifo meu).

---

---

## 2 – Trecho 19

**Assim, embora na FAP o uso de estímulos aversivos seja limitado, a “punição” (ex., uma resposta do terapeuta que enfraqueça um CRB1 do cliente, tal como a retirada de um reforçador) no contexto de uma relação terapêutica forte, pode ser utilizada para tratar comportamentos-problema. Novamente, até mesmo a punição é usada num contexto de cuidado.**

Dizemos frequentemente aos terapeutas para não se preocuparem muito em não evocar reações negativas em seus clientes: se uma relação é forte, ela deve ser capaz de ser reparada. Na verdade, isto modela um repertório que também é importante (a capacidade de reparar rupturas em um relacionamento) e também é algo que pode ajudar os terapeutas e clientes se entenderem melhor. (Livro 2 – Trecho 19, pág 184. Grifo meu.)

---

## DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi investigar a presença de propriedades aversivas nas recomendações de atuação presentes em dois manuais da Functional Analytic Psychotherapy (FAP), e discutir os resultados à luz das recomendações de Skinner e Sidman a respeito do uso de controle aversivo. Os resultados possibilitam demonstrar a utilização de técnicas que permitem o uso de punição e bloqueio de esquiva, além de apresentar subprodutos diretos característicos do uso de controle aversivo, como fuga e esquiva. Estas técnicas e seus respectivos subprodutos aparentam contrariar as recomendações de Skinner e Sidman, uma vez que ambos os autores prescrevem a não-utilização de técnicas que apresentem controle aversivo.

No décimo segundo trecho do Livro 2, ao descrever o mindfulness terapêutico, por exemplo, os autores relatam que este é definido como “[...] um tipo de autoconsciência que ajuda o cliente a permanecer na presença de Sds aversivos (como pensamentos negativos, sentimentos e situações) que evocam tipicamente repertórios de esquiva.[...]”(Livro 2 – Trecho 12, pág 112). Os comportamentos de fuga e esquiva, mencionados diversas vezes em ambos os livros, ocorrem em função da presença de reforçamento negativo. Para Sidman (1989/2003), contingências de reforço negativo não ampliam o repertório do indivíduo, como seria o caso da aplicação em contingências de reforço positivo. Skinner (1953/2000) por sua vez, admite que o reforço negativo pode ser benéfico no ensino do comportamento de seguir regras, e que este restringe o contato do organismo com eventos prejudiciais. Portanto, com relação a esta forma de controle, ambos os autores possuem posicionamentos um pouco distintos, apesar de não ser recomendado como forma ideal de controle.

Outro procedimento, muito característico da FAP, é a evocação do CRB1. De acordo com Kohlenberg e Tsai (1991): “Visto que é comum o CRB1 ser um comportamento

controlado aversivamente, é necessário, frequentemente, que exista alguma aversividade presente para (1) evocar o CRB que é requerido para a FAP e (2) bloquear a esquiva que se segue.[...]” (Livro 1 – Trecho 13, pág 190). Com isto, certo nível de aversividade é frequentemente necessário para que exista a emissão do CRB, mantendo o paciente na presença de Sds aversivos, sob a justificativa de que o cliente possa desenvolver novas habilidades de enfrentamento. Estas habilidades apresentadas nos livros da FAP são um conjunto de comportamentos necessários para que o cliente seja capaz de se adaptar de forma mais favorável ao ambiente em que se insere, no sentido de maximizar as oportunidades de ser reforçado. Para isto, é necessário muitas vezes que ele consiga superar instâncias potencialmente aversivas para obter algum reforçador.

Desta forma, o conjunto de comportamentos denominado “enfrentamento” é construído por meio da exposição do cliente a estímulos que possuem efeito aversivo – como certos pensamentos e sentimentos – e que comumente são evitados. A partir desta exposição é objetivo diminuir a função aversiva destes elementos que controlam respondentes do cliente (como comportamentos de ansiedade) e permitir o surgimento de um repertório mais adaptativo. O bloqueio de esquiva também tem sido descrito na literatura como uma técnica eficaz para mudanças no repertório comportamental do cliente, como aumento na frequência de autorrelato, exposição de sentimentos e auto-exposição a aversivos que gerem tolerância emocional (Andrade Gouveia et al, 2017). Tal procedimento pode ser observado em um diálogo descrito no Livro 1, Trecho quatro. Este direcionamento contrariaria Skinner (1953/2000) na medida em que pode ser interpretado como um excesso de controle característico da sociedade em que o cliente vive e que pode ter relação direta com o problema que o leva à clínica procurar ajuda.

Outra forma de controle encontrada nos manuais da FAP é a punição. Embora a FAP não prescreva explicitamente o uso dessa forma de controle, os autores recomendam que esta possa ser utilizada em determinados casos, o que, de certa forma, contraria as prescrições de Skinner (1953/2003) a respeito do papel de “audiência não punitiva” a ser exercida pelo terapeuta. Em *Ciência e Comportamento humano*, por exemplo, Skinner comenta “[...] Do ponto de vista do paciente, o terapeuta em princípio é apenas mais um membro de uma sociedade que tem exercido excessivo controle. É tarefa do terapeuta colocar-se em situação diferente. Evita, portanto, consistentemente o uso da punição[...]” (Pág, 403). Ao falar sobre a importância do terapeuta estar atento à apresentação de CRBs do cliente em sessão, os autores da FAP mencionam que reforçar, punir e extinguir são formas de fomentar o desenvolvimento de comportamentos considerados “úteis” para a vida diária, a despeito dos subprodutos emocionais. Isto é evidente no trecho dezoenove do Livro 2: “Assim, embora na FAP o uso de estímulos aversivos seja limitado, a “punição” (ex., uma resposta do terapeuta que enfraqueça um CRB1 do cliente, tal como a retirada de um reforçador) no contexto de uma relação terapêutica forte, pode ser utilizada para tratar comportamentos-problema. (Pág 184). Além de Skinner, isso contraria também

Sidman (1989/2003), uma vez que para esse autor o controle aversivo nunca é benéfico e mesmo que fosse possível encontrar alguma vantagem, seus prejuízos cancelariam seus benefícios. O autor afirma que padrões de esquiva generalizada, característicos de situações que envolvem controle aversivo dificultam a interação do indivíduo com o ambiente, restringindo a variedade de respostas que poderiam ser apresentadas em situações aversivas (Sidman (1989/2003).

Ainda que não se recomende abertamente o uso de controle aversivo, nos manuais da FAP constam informações que possibilitam concluir que certos elementos que constituem essa prática estão presentes ou mesmo devem estar presentes no processo terapêutico. Em discussões do Livro 2, no trecho 19 (mencionado acima), os autores ressaltam a ocorrência de reações negativas do cliente como parte importante e indissociável do processo terapêutico, e mesmo em sua ocorrência, não invalida a força da relação entre cliente e terapeuta. Os autores reafirmam que ainda que o uso de contingências aversivas deva ser evitada pelos terapeutas, justamente pelos potenciais danos que causaria ao estabelecimento do vínculo terapêutico, uma leve porção deveria ser utilizada. Portanto, o estabelecimento de uma relação entre o cliente e o terapeuta depende de contingências que não se pautam apenas em reforçamento positivo e, de acordo com os autores, o surgimento de aversividade na relação pode inclusive modelar um repertório importante para a própria relação, permitindo que ambos encontrem formas de reparar problemas. Essas recomendações, presentes nos livros analisados, sugerem que o uso de controle aversivo pode ser necessário para o progresso da terapia. Assim, é possível aproximar as formas de atuação recomendadas pela FAP a indicações mais recentes no que diz respeito ao uso de controle aversivo.

Uma das possíveis justificativas para que a punição seja utilizada na clínica da FAP, se refere à facilidade de aplicação e imediatez do efeito supressor (Ferster, Culbertson, & Perrot-Boren, 1968/1978). Um exemplo é o caso de um diálogo, onde o terapeuta interrompe um monólogo do paciente para retornar a outro assunto de interesse. Por vezes é necessário que o terapeuta faça uso de um procedimento de efeito imediato, no caso, a punição. No caso de procedimentos alternativos à punição, é frequentemente necessário que o terapeuta disponha de tempo e informações que não se fazem presentes de imediato. No caso da extinção, o efeito demora em razão do número de respostas que precisam ser emitidas até que a frequência se aproxime de zero. Outra alternativa, então, seria o reforçamento de comportamentos alternativos aos punidos, o que envolve a identificação do estímulo reforçador que mantém o comportamento a ser enfraquecido, identificação de outros reforçadores de alta magnitude para serem contingentes aos comportamentos alternativos, além de especificar quais os comportamentos alternativos devem ser fortalecidos (Moreira & Medeiros, 2007).

A despeito de a punição ser recomendável ou não, observa-se que, na prática, os terapeutas analítico-comportamentais parecem emití-la na clínica. Falcão (2011) analisou

15 diálogos entre terapeuta e cliente, ocorrido sob orientação analítico-comportamental e retirados da literatura nacional. No estudo, foram utilizadas oito categorias de intervenções utilizadas pelos terapeutas, entre elas perguntas abertas e fechadas, reforço natural e arbitrário, perguntas por que, regras, punição e outras verbalizações. O autor observou que em 55% dos diálogos analisados houve a emissão de verbalização punitiva por parte do terapeuta. É discutida a não recomendação da punição na terapia, pontuando suas desvantagens à longo prazo, como tatos distorcidos, diminuição da assiduidade e abandono da terapia. Todas estas consequências ameaçariam o forte vínculo terapêutico construído dentro da FAP. Os dados de Falcão (2011), assim como as informações a respeito de propriedades aversivas nos manuais da FAP (ver tabela), possibilitam concluir que o controle aversivo é indissociável da prática clínica.

É necessário, no entanto, que exista o questionamento: Se a punição encontra-se tão presente na prática dos analistas comportamentais, é possível afirmar que ela não deve ser utilizada? Estariam os analistas do comportamento tão inclinados a contrariar Skinner e Sidman em sua prática clínica? Em trabalho recente, Banaco e Zamignani (2018) questionam a existência de uma psicoterapia analítico-comportamental que não contemple a utilização de controle aversivo. Após demonstrarem a presença de instâncias clínicas onde o uso de controle aversivo faz-se necessário, os autores chegam à conclusão apresentada pelos trabalhos de Perone (2003): mesmo os procedimentos que deveriam envolver apenas reforço positivo, ainda possuem muitos elementos de reforço negativo ou mesmo punição. Em síntese, a partir das informações encontradas nos dois manuais da FAP consultados, é possível verificar que a discussão a respeito do uso de controle aversivo em instâncias sociais – entre elas, a psicoterapia – é complexa, e requer a compreensão das implicações de cada uma das formas de controle. Embora Skinner (1953/2000) e Sidman (1995) possuam posicionamento contrário a esta forma de controle, as análises subsequentes permitem concluir que certos traços de aversividade podem ser benéficos em diversas instâncias. Assim, embora Tsai e Kohlenberg (2009) recomendem a utilização de formas de controle aversivas, os autores reconhecem as implicações do uso indiscriminado desta forma de controle, recomendando cautela em sua aplicação, ainda que exista o risco de que o terapeuta não mensure corretamente as limitações do paciente e esteja passível de erro.

Ainda assim, em face das discussões apresentadas, é imprescindível que ao tratar deste assunto reconheça-se que o uso de controle aversivo, mesmo em psicoterapia é uma prática que pode ser recomendada, ainda que isto implique na apresentação de seus subprodutos emocionais indesejados. Isto revela que ainda que o uso de contingências de reforçamento positivo continuem sendo privilegiadas, outras modalidades de controle parecem ser indissociáveis não só das práticas psicoterapêuticas, mas das relações sociais de modo geral. Isso aponta para a necessidade de que analistas do comportamento compreendam as limitações das proposições de Skinner e Sidman, e estejam abertos para



as concepções posteriores que examinam as implicações de quaisquer formas de controle.

## REFERÊNCIAS

- Andrade Gouveia, M., Porfírio, F., da Silva, J. M., Ocalxuk, L., & Ingberman, Y. K. (2017). **Procedimento de bloqueio de respostas de esquiva e aumento da tolerância emocional**. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 19(2), 24-41.
- Banaco, R. A., & Zamignani, D. R. (2018) **Can clinical behavior analysis be conducted without aversive control?** João Claudio Todorov, 17.
- Critchfield, T. S. (2014). **Skeptic's Corner: Punishment — Destructive force or valuable social “adhesive”?** Behavior Analysis Practice, 7(1), 36-44.
- Falcão, J. C. (2011). **O que faz o terapeuta analítico comportamental no consultório**. Unpublished undergraduate thesis. Centro Universitário de Brasília, Brasília, DF.
- Ferster, C. B., Culbertson, S., Perot-Boren, M.C.P. (1978). **Princípios do Comportamento**. São Paulo: HUCITEC. (Trabalho original publicado em 1968).
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991). **Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships**. New York: Plenum.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1994). **Functional analytic psychotherapy: A radical behavioral approach to treatment and integration**. Journal of Psychotherapy Integration, 4(3), 175.
- Kohlenberg, R.J., & Tsai, M. (2001). **Psicoterapia Analítica Funcional: Criando Relações Terapêuticas Intensas e Curativas**. Trad. Org. R.R. Kerbauy. Santo André, SP: Esetec. (Trabalho original publicado em 1991).
- Hunziker, M. H. L. (2017). **Dogmas sobre o controle aversivo**. Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento, 25(1).
- Mazzo, I. M. B. (2007). **Análise de possíveis efeitos desejáveis do controle aversivo na aprendizagem do comportamento eficaz**. (Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR).
- Martins, T. E. M., Neto, M. B. D. C., & Mayer, P. C. M. (2017). **Walden Two: Uma sociedade utópica não aversiva?**. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 19(1).
- Medeiros C.A. (2002). **Análise funcional do comportamento verbal na clínica comportamental**. Em A.M.S. Teixeira, A.M. Lé Sénéchal-Machado, N.M.S. Castro,
- Perone, M. (2003). **Negative effects of positive reinforcement**. The Behavior Analyst, 26, 1-14.
- Rangé, B.P. (1995). **Relação terapêutica**. Em B. Rangé (Org.) Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas, pp. 43-64. Campinas: Editorial Psy.

Sidman, M., (1995). **Coerção e suas implicações**. Editorial Psy.

Silva, W. C. M. P. da (2002). **O Controle aversivo no contexto terapêutico e suas implicações éticas: manejo ou manipulação**. Anais do XI Encontro da ABPMC, Londrina, PR, Brasil.

Skinner, B. F. (1975). **Tecnologia do ensino**. (R. Azzi, Trad.). São Paulo: E.P.U e Edusp. (Originalmente publicado em 1972).

Skinner, B. F. (1977). **O mito da liberdade**. (L. Goulart, & M. L. F. Goulart, Trads.). Rio de Janeiro: Bloch. (Originalmente publicado em 1971).

Skinner, B. F. (2000). **Ciência e comportamento humano**. (J. C. Todorov & R. Azzi, Trads.). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1953).

Todorov, J. C. (2011). **Quem tem medo de controle aversivo?** Acta Comportamentalia, 19(4), 5-7.

Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (2009). **A guide to functional analytic psychotherapy. Awareness, Courage, Love and Behaviorism**. Nueva York: Springer.

Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (2011). **Um guia para a psicoterapia analítica funcional (FAP): consciência, coragem, amor e behaviorismo** (F. Conte, & MZ Brandão). Santo André: ESETec Editores Associados.(Obra publicada originalmente em 2009).

# CAPÍTULO 8

## PELO SUJEITO EM ECOLINGUÍSTICA

*Data de aceite: 20/08/2021*

**Ezequiel Martins Ferreira**

<http://lattes.cnpq.br/4682398500800654>

**RESUMO:** A ecolinguística surge como uma retomada das ideias de vários autores sobre a relação estabelecida entre língua e meio ambiente e vem se afirmando como uma nova forma e possibilidade de ver a língua. Uma forma que se nomeia holística e vê a língua como o elo daquilo que se pode chamar de interação entre o homem e seu meio. Em outras palavras a ecolinguística se ocupa de interação que se estabelece entre a população e o território através da língua. O presente artigo pretende inserir nessa discussão a dimensão do sujeito pra além de indivíduo.

**PALAVRAS - CHAVE:** Sujeito, mente, linguagem.

**ABSTRACT:** Ecolinguistics emerges as a resumption of the ideas of several authors about the relationship established between language and the environment and has been asserting itself as a new way and possibility of seeing language. A form that calls itself holistic and sees language as the link of what can be called the interaction between man and his environment. In other words, ecolinguistics deals with the interaction established between the population and the territory through language. This article intends to insert in this discussion the dimension of the subject beyond the individual.

**KEYWORDS:** Subject, mind, language.

A ecolinguística surge como uma retomada das ideias de vários autores sobre a relação estabelecida entre língua e meio ambiente e vem se afirmando como uma nova forma e possibilidade de ver a língua. Uma forma que se nomeia holística e vê a língua como o elo daquilo que se pode chamar de interação entre o homem e seu meio. Em outras palavras a ecolinguística se ocupa de interação que se estabelece entre a população e o território através da língua.

Hildo do Couto comenta que para entender melhor a relação entre população, língua e território deve-se antes partir do conceito de ecossistema, que nas palavras de Couto “é o sistema formado pela interação dos membros de uma comunidade de organismos com seu meio ambiente e deles entre si” (COUTO, 2009, p. 147). Esse ecossistema composto por população, língua e território compreende aquilo que na ecolinguística se nomeia como ecossistema fundamental da língua (EFL) que se apresenta como um ecossistema maior, em virtude da decomposição microscópica deste em três outro: Mental; Social; Natural.

Com isso o que se pretende aqui é a reflexão de alguns conceitos da ecolinguística para aquilo que esbarra no além da língua: a concepção de sujeito que permeia essa interação entre população e território.

## O Ecossistema Fundamental da Língua

Antes de qualquer outra coisa é necessário, na ecolinguística, deixar claro a noção que nela se tem de língua. Língua como interação.

Por ser baseada pelas teorias da ecologia, a qual ganha na teoria um maior destaque inclusive por ser a dominante na nomenclatura, a ecolinguística tende a encontrar em si um paralelo aos conceitos ecológicos. Dessa forma, ecossistema, população e território se mantêm da mesma forma, enquanto a língua encontra equiparação no conceito de inter-relações, tidas aqui principalmente como o modelo comportamental utilizado por um povo de forma que se opere uma dinâmica que se estabelece como convivência.

Na lingüística encontramos em Mikhail Bakhtin um representante daqueles que vêem a língua como interação.

Os signos só emergem, decididamente, do processo de interação entre uma consciência individual e uma outra. E a própria consciência individual está repleta de signos. A consciência só se torna consciência quando se impregna de conteúdo ideológico (semiótico) e, conseqüentemente, somente no processo de interação social. (BAKHTIN, 2006, p.32)

Cabe ressaltar que a ecolinguística lida com a possibilidade de complementaridade entre as disciplinas e os pontos de vista. Assim, apesar de um certo enfoque na abordagem interacionista a ecolinguística não descarta a abordagem formalista, e acredita que uma complementa a outra.

Outro destaque dado por Couto (2010) dessa complementaridade entre as disciplinas diz respeito à língua enquanto “realidade biopsicossocial”, considerando na ecolinguística os aspectos biológicos, psicológicos e sociológicos que envolvem a possibilidade de operação da linguagem.

Em relação às disciplinas principais que compõem atualmente o campo da ecolinguística estão sem sombra de dúvida a ecologia, a gramática gerativa, a sociolingüística e em parte as neurociências.

Passadas algumas considerações que julgo serem necessárias como plano de fundo no entendimento do ecossistema fundamental da língua volto então à questão que funda esse tópico: O que é o ecossistema fundamental da língua?

Tomada como a interação entre o indivíduo, seus semelhantes e o meio, a língua entra em cena, não como uma coisa, mas como uma estrutura, uma existência que permeia e que permite um jogo dialógico entre os indivíduos sobre eles mesmos e seu meio.

Desse modo, os elementos que compõem esse jogo dialógico fazem parte do ecossistema fundamental da língua, que nada mais é que o ecossistema lingüístico no qual através da língua (L) ocorre interação entre os indivíduos membros de uma determinada comunidade - população (P) - demarcada por um território (T) em comum a eles.

Nesse aspecto o meio ambiente da língua se estabelece em três esferas pelas quais a mesma perpassa: esfera biológica, esfera sociológica, esfera psicológica - para manter

a mesma tônica. Enumerando-as como meio ambientes: Meio ambiente (MA) natural, MA Social, MA Mental.

## MA Natural da Língua

Para entender um pouco essa divisão triádica se faz necessário entender o que se quer dizer com cada uma delas. Aqui se define por natural aquilo que possui equivalência relativa ao físico, ao biológico, logo uma aproximação com a biologia e a ecologia.

Partindo de que o ecossistema fundamental da língua é a totalidade formada por população e território, o ecossistema Natural bem poderia ser o ecossistema fundamental da língua, pois nesse T está incluído P.

No entanto, do ponto de vista biológico o que nos interessa nessa subdivisão, em especial ao ecossistema natural, são o território e a população enquanto causa física, que permitem e fornecem uma sólida base para a produção da língua. Não por outro motivo Couto ressalta que as vezes o ecossistema natural é chamado de fundamental, ou ainda fundacional. “Isso porque é ele que fornece as bases, as fundações para os demais” (COUTO, 2008a). Nas palavras de Couto :

O MA Natural da Língua é constituído pelo conjunto de todos os fenômenos físicos do entorno da língua, o que inclui os membros de P como organismos naturais, físicos. Aí entram o solo, a topografia, as águas, o ar, os céus etc. O estudo da relação entre L e respectivo MA natural, ou seja, a relação entre língua e mundo, vem sendo feito desde pelo menos os gregos, sobretudo sob a forma da relação palavra-coisa. É o caso do conhecido diálogo de Platão *Crátilo*, no qual Crátilo defende a idéia de que há uma relação natural entre palavra e coisa, ao passo que Hermógenes defende a tese de que essa relação é arbitrária. A despeito desses precedentes históricos tão antigos, o assunto não é muito popular fora da filosofia, embora haja algumas poucas correntes linguísticas que, excepcionalmente, trataram dele, como a escola dialetológica da geografia linguística conhecida como *Wörter und Sachen* (palavras e coisas). Essa escola defende a tese de que não se pode estudar a palavra sem a coisa a que se refere, embora a coisa possa ser estudada sem a palavra que a designa. De acordo com essa escola, quando o estudo parte da coisa para averiguar que nomes recebe, tem-se a **onomasiologia**; quando vai do nome para a coisa, a **semasiologia**. Isso no que tange ao vocabulário. No entanto, segundo Ogden & Richards (1972), Heráclito teria afirmado que a própria estrutura da linguagem reflete a estrutura do mundo, com o que Ludwig Wittgenstein (1968) está inteiramente de acordo. Mas, há uns poucos autores mais recentes, inclusive linguistas, que defendem essa tese, como Haiman (1980), que chegou a afirmar que a estrutura da língua reflete, de algum modo, relações existentes no mundo. (COUTO, 2008a)

## MA Mental da Língua

Assim como Natural tende a equivaler ao *bios* de biologia, mental equivale por sua vez aos processos ligados a funcionalidade individual, em especial as funcionalidades do cérebro. Dessa forma, se privilegia aqui os processos priorizados pelas neurociências, no que diz respeito a memória, e os comportamentos, ou ainda o que se apresenta “como

individualidade ou como realidade psíquica” (COUTO, 2009. p. 152).

No entanto, a justificativa do termo mental se dirige a existência do grande dualismo cartesiano entre corpo e mente, bem como pela “longa tradição na gramática gerativa” no uso do termo, segundo Couto (2009. p.159). O que seria a mente então? Na visão de Couto mente se reduziria a “funções cerebrais”, se apoiando na “neurologia do cérebro”, ao expressar que:

Embora lexicólogos, psicólogos e filósofos não tenham chegado a um acordo sobre como defini-la, emprego-a no sentido de «funções cerebrais», que emergem da neurologia do cérebro, sem entrar nos detalhes da sua conceituação. (COUTO, 2009. p. 159)

Ainda para Couto o MA mental tem papel importante como intermediador entre o MA natural e o MA social :

Esse MA intermedeia o MA natural e o MA social da língua, no sentido de que, da perspectiva do cérebro, ele faz parte do MA natural e, da perspectiva da mente, de certa forma se direciona para o MA social (ou psicossocial). (COUTO, 2009. p. 159)

## MA Social da Língua

Por fim o MA Social da Língua é formado pela relação da língua com a sociedade, e se apresenta como o mais próximo, tanto pela ideia saussuriana da língua como um acontecimento social, quanto pela grande influência da sociolinguística nos estudos da ecolinguística.

Sobre o MA social da língua Couto assim declara:

Por ser o mais visível, muitos pesquisadores foram levados a pensar que ele era o único MA de L. No entanto, por mais conspícuo que seja, é apenas um entre três. Nenhum deles é mais importante do que o outro. Na verdade, há uma inter-relação inextricável entre eles. Não há como falar de um sem que os outros dois fiquem implícitos. A vantagem da ecolinguística é justamente não compartimentalizar, ou melhor, não coisificar um deles e tentar vendê-lo como se fosse a língua. As inter-relações entre eles podem ser visualizadas na figura 1, em que S está para ecossistema social, M para ecossistema mental e N para ecossistema natural da língua.



Fig. 1

A linha segmentada entre S e N indica que não há relação imediata e direta entre o aspecto social e o natural da língua. Como veremos pormenorizadamente mais adiante, toda relação entre o aspecto social da língua e o mundo físico, natural, é mediada por P. No caso da figura 1, pelo ecossistema mental, sendo que o cérebro/mente é também uma parte física dos membros de P. Toda relação entre S e N é mediada por M. (COUTO, 2008b)

## A inclusão da ideia de sujeito

A ideia de sujeito perpassa por toda a filosofia do aristotelismo até as mais recentes discussões pós-estruturalistas, mas não é de interesse aqui fazer esse exaustivo levantamento histórico das ideias que giram em torno do sujeito.

Aqui se faz necessário abordar a relação que se tem do sujeito com a linguagem. Poderia até ser interessante passar por alguns autores e levantar de seus escritos a conceituação que cada um faz do sujeito. Como o sujeito do trabalho de Karl Marx, o sujeito pulsional de Sigmund Freud, até mesmo o sujeito da linguagem de Jacques Lacan. Não importa de qual sujeito se fala dentro das humanidades, qualquer um deles satisfaria perfeitamente aquilo a que nos propomos aqui.

Diante disso, prefiro utilizar, até mesmo prezando certa neutralidade, a substantivação do verbo sujeitar. Nisso: o sujeito à linguagem - pois parece ser assim que se procede quanto a posição do homem frente ao mundo. Ele só consegue interagir com seus semelhantes e com o meio que o cerca, sujeitado a linguagem.

Esclarecida a ideia de sujeito, e por isso o uso do termo ideia e não conceito, cabe identificar onde esse sujeito se localiza no MA da Língua.

O sujeito entra no lugar do membro isolado da comunidade, na noção de “individualidade” e principalmente na realidade psíquica. E como intermediador entre o MA natural e o MA social, nada melhor que colocar o sujeito na posição do MA mental, não como substituição, mas como um complemento dos aspectos de processamento da consciência.

Dessa forma, o MA mental, seria não apenas o reducionismo das “funções cerebrais” e passaria a uma forma holística de encarar o homem como aquele que para além da consciência se relaciona com o meio, com seus semelhantes e consigo mesmo, justificando assim a expressão realidade psíquica.

## DISCUSSÃO

Encarando o sujeito (S) como o representante do MA mental, o território (T) do MA natural, e a população (P) do MA Social, e baseado na figura de Couto (2013)<sup>1</sup> temos a seguinte figura, ilustrando a relação entre os três MAs da língua.

---

<sup>1</sup> Comunicação pessoal de Hildo do Couto em palestra proferida no I EBIME em dezembro de 2013.

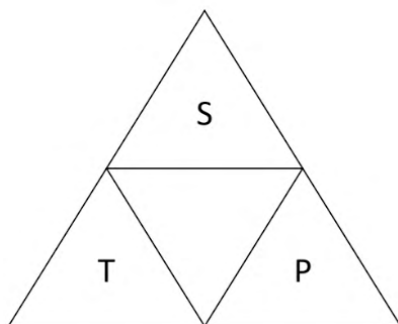


Fig. 1

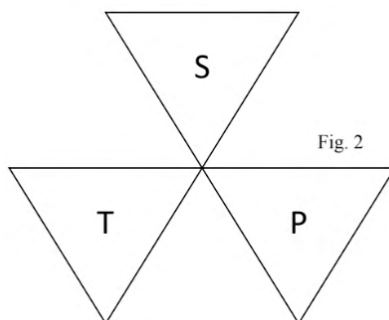
Desse modo, se alinha três triângulos correspondendo cada qual um dos três MAs da língua. Nessa formação cria-se no espaço “vazio” um quarto triângulo, esse invertido, onde possivelmente localizamos a língua, inclusive por sua função interacional.

Mas dessa forma como bem destacou Borges (2013)<sup>2</sup> teria uma estrutura fechada que possibilitaria a coisificação da língua. Sendo, pois, a língua dinâmica e constituinte no MA na medida em que relaciona por intermédio do sujeito a população ao território, ela não poderia se estabelecer de forma rígida. Diante disso, surge a necessidade de algo que faça o gráfico “girar” para se aproximar da ideia “real” da estruturação da língua.

Nisso caberia justificar como sendo o MA da Língua de um ponto de vista biológico. No qual temos a base do MA sendo T e P na relação com S pela língua que pode facilmente ser vista como um reflexo do MA mental em suas características mais naturais, logo o cérebro.

Dados 180° e possivelmente se aproximando de uma visão sociológica têm-se na Figura 2 um ponto de encontro entre os três triângulos representantes dos três MAs da Língua.

Aqui, onde antes aparecia um triângulo invertido representando a língua há apenas um ponto onde os MAs da Língua se encontram.



<sup>2</sup> Comunicação Informal com Lorena Borges em dezembro de 2013.



E finalmente girados 90° o que nos restaria para a visão psicológica do MA da Língua é uma figura disforme. Isso por sua vez coincidiria com a noção de realidade psíquica, no que diz respeito à imprecisão dos processos psíquicos que constituem o homem como homem.

O triângulo invertido e o ponto de convergência dão lugar aqui apenas a um espaço vazio, que poderia simbolizar diversas coisas, mas principalmente nos ilustra a dinâmica da língua. Dessa forma se tem a língua como um triângulo que intermédia os MAs, um ponto de convergência entre os MAs, e um vazio, um entorno dos MAs.

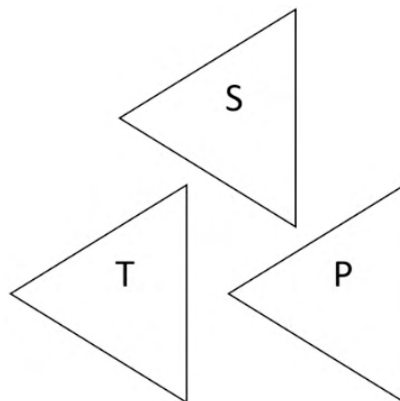


Fig. 3

## CONCLUSÕES

Muitas ideias aqui podem ser vistas apenas como especulações e para dar-lhes um caráter científico seria necessário um grande esforço tendo em vista inclusive a resistência de muitas ciências, em especial as naturais, reconhecerem as humanidades enquanto científicas. Mas aqui, o que se pretendia era ao menos iniciar a possibilidade de em sendo uma teoria holística enxergar o homem de uma forma um pouco mais humana: em sua posição de sujeito que interage na natureza.

Além do sujeito, e com ele, surge também a possibilidade de se ver um para além da consciência que as ciências cognitivas acabaram de descobrir, embora já o esteja dito em Freud, Jung, Lévi-Strauss e Lacan.

Dessa relação com as teorias metapsicológicas seria possível considerar uma quantidade inimaginável de relações que perpassam a interação do sujeito com o território e o povo que nele habita, embora ainda não exista muito que afirmar.

## REFERÊNCIAS

Bakhtin, Mikhail. 2006. **Marxismo e filosofia da linguagem**. São Paulo: Editora HUCITEC, 12. ed.

Couto, Hildo. 2008a. **MA Natural da Língua**. Retirado do website: <http://meioambienteelinguagem.blogspot.com.br/2008/11/ma-natural-da-lingua.html> em 06/01/2014.

Couto, Hildo. 2008b. **O que É Meio Ambiente da Língua**. Retirado do website: <http://meioambienteelinguagem.blogspot.com.br/2008/10/o-que-meio-ambiente-da-lingua-hildo.html> em 06/01/2014.

Couto, Hildo. 2009. **Língua e meio ambiente**. Revista de Estudos Linguísticos. Belo Horizonte- MG. V. 17, n. 1, p. 143-178.

Couto, Hildo. 2010. **A língua como realidade biopsicossocial**. Retirado do website: <http://meioambienteelinguagem.blogspot.com.br/2010/06/lingua-como-realidade-biopsicossocial.html> em 06/01/2014.

# CAPÍTULO 9

## PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DEL POBLADO DE AQUILES SERDÁN, CHAMPOTÓN, CAMPECHE

Data de aceite: 20/08/2021

Data de submissão: 06/07/2021

### **Betty Sarabia Alcocer**

Dirección: Río Usumacinta # 23  
Fraccionamiento Villa del Río  
Campeche, Campeche, México  
Universidad Autónoma de Campeche, México.  
San Francisco de Campeche  
Campeche, México  
<https://orcid.org/0000-0002-7912-4377>

### **Betty Mónica Velázquez-Sarabia**

Secretaría de Salud del Estado de Campeche,  
México.  
San Francisco de Campeche,  
Campeche, México  
<https://orcid.org/0000-0002-9165-9016>

### **María Eugenia López-Caamal**

Instituto Campechano.  
San Francisco de Campeche  
Campeche, México  
<https://orcid.org/0000-0001-5292-5169>

### **Baldemar Aké-Canché**

Universidad Autónoma de Campeche, México.  
San Francisco de Campeche  
Campeche, México  
<https://orcid.org/0000-0003-2636-5334>

### **Tomás Joel López-Gutiérrez**

Universidad Autónoma de Campeche, México.  
San Francisco de Campeche  
Campeche, México  
<https://orcid.org/0000-0002-3554-1347>

### **Carmen Cecilia Lara-Gamboa**

Universidad Autónoma de Campeche, México.  
San Francisco de Campeche  
Campeche, México  
<https://orcid.org/0000-0001-7893-9913>

### **María Concepción Ruíz de Chávez-Figueroa**

Instituto Campechano de Campeche, México.  
San Francisco de Campeche  
Campeche, México  
<https://orcid.org/0000-0002-7789-3703>

### **María Guadalupe Jaimez-Rodríguez**

Instituto Campechano de Campeche, México.  
San Francisco de Campeche  
Campeche, México  
<https://orcid.org/0000-0003-1840-6917>

### **Pedro Gerbacio Canul Rodríguez**

Universidad Autónoma de Campeche, México  
San Francisco de Campeche  
Campeche, México  
<https://orcid.org/0000-0001-7643-2924>

### **Rafael Manuel de Jesús Mex-Álvarez**

Universidad Autónoma de Campeche, México  
San Francisco de Campeche  
Campeche, México  
<https://orcid.org/0000-0003-1154-0566>

### **Patricia Margarita Garma-Quen**

Universidad Autónoma de Campeche, México.  
San Francisco de Campeche  
Campeche, México  
<https://orcid.org/0000-0003-4347-0347>

### **Alicia Mariela Morales Diego**

Universidad Autónoma de Campeche, México.  
San Francisco de Campeche  
Campeche, México  
<https://orcid.org/0000-0001-5727-959X>

**RESUMEN:** La depresión en la tercera edad obedece a los factores etiopatogénicos que condicionan los trastornos **Objetivo:** Identificar la prevalencia de depresión en Personas Mayores, se realizó un estudio prospectivo, transversal, descriptivo, participando 76 Personas Mayores de 60 años. **Material y métodos:** Se aplicó la encuesta DSM-IV para determinar la depresión en las Personas Mayores **Resultados:** presentaron depresión, 79.3% tenían una escolaridad de primaria o menor, el 17.2% son analfabetas, el 3.4% tienen una escolaridad mayor de secundaria, presentaron depresión el 27.5% se encontraba incapacitado para trabajar de manera formal por presentar alguna discapacidad, mientras que el 62% se dedica a labores del hogar y el correspondiente al 9.4% laboral de manera formal. **Conclusión:** Este estudio reveló una prevalencia de 38%, mayor que la media nacional.

**PALABRAS CLAVE:** Prevalencia, Depresión, Adulto Mayor.

### PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM IDOSOS NA CIDADE DE AQUILES SERDÁN, CHAMPOTÓN, CAMPECHE

**RESUMO:** A depressão em idosos deve-se aos fatores etiopatogénicos que condicionam os transtornos **Objetivo:** Identificar a prevalência de depressão em Idosos, foi realizado um estudo prospectivo, transversal e descritivo, com a participação de 76 pessoas com idade superior a 60 anos. **Material e métodos:** O inquérito DSM-IV foi aplicado para determinar a depressão em idosos. **Resultados:** apresentavam depressão, 79,3% tinham o primeiro grau de escolaridade, 17,2% são analfabetos, 3,4% tinham ensino médio superior, 27,5% eram deprimidos e não podiam trabalhar formalmente por deficiência, enquanto 62% realizavam atividades domésticas e os correspondentes 9,4% trabalhavam com formalidade. **Conclusão:** Este estudo revelou uma prevalência de 38%, superior à média nacional.

**PALAVRAS-CHAVE:** Prevalência, Depressão, Idosos.

### PREVALENCE OF DEPRESSION IN THE ELDERLY IN THE TOWN OF AQUILES SERDÁN, CHAMPOTÓN, CAMPECHE

**ABSTRACT:** Depression in the third age obeys the etiopathogenic factors that condition the disorders **Objective:** To identify the prevalence of depression in the Elderly, a prospective, transversal, descriptive study was performed, participating 76 People over 60 years old. **Material and methods:** Se Applied the DSM-IV survey to determine the depression in the Elderly people. **Results:** they presented depression, 79.3% had a primary school education or less, 17.2% were illiterate, 3.4% had a higher secondary schooling, had depression 27.5% were unable to work formally because they had a disability, while 62% worked in the household and 9.4% worked in a formal way. **Conclusion:** This study revealed a prevalence of 38%, higher than the national average

**KEYWORDS:** Prevalence, Depression, Elderly.

## INTRODUCCIÓN

La depresión es una de las causas más importantes de discapacidad en el mundo, genera considerable sufrimiento a quienes la padecen, y los problemas asociados con ella son extremadamente costosos para la sociedad. La depresión es una de las enfermedades

más debilitantes y más comunes entre los ancianos, sin embargo es poco mencionado. El estudio epidemiológico más reciente en México estima que la prevalencia de la depresión es mayor de 7.8% en la población entre 18 y 54 años de edad, superada únicamente por la dependencia al alcohol (8.2%). Un estudio previo encontró que los adultos mayores tienden a presentar niveles de depresión más altos que los adultos jóvenes, aunque hay importantes brechas de información respecto a la anterior información aplicada a ancianos.

(1)

Es preciso afinar las técnicas de medición y se requiere más investigación acerca de los factores de riesgo y protección para la depresión ya que ello puede dar la pauta para establecer áreas de intervención. Atender la depresión entre personas de edad avanzada puede contribuir significativamente a reducir los costos de atención en salud, disminuir la discapacidad, la morbilidad y la mortalidad. Esto generaría importantes ahorros y liberaría recursos que podrían ser dedicados a la atención de otras necesidades de salud. (2)

Estudios recientes en donde se ha tomado en cuenta la discapacidad e incapacidad relacionada con el trastorno, han expuesto el impacto y trascendencia del mismo, ocupando en la actualidad el tercer lugar entre las enfermedades más incapacitantes y estimándose que, para el año 2020 será la segunda causa de morbilidad. (3)

La revisión hecha por Lehtinen y Joukamas mostró que la prevalencia de episodios depresivos variaba de 2.6 a 5.5% en los hombres y de 6.0 a 11.8% en las mujeres.

Kaelber presentó resultados de 7 países en donde la prevalencia total durante la vida oscilaba desde 1.5 hasta 16.4. (3) . Las depresiones son alteraciones de la vitalidad del individuo que producen repercusiones afectivas cognitivas y en aspectos interpersonales. Es muy común encontrar alguna enfermedad física subyacente. Usualmente la enfermedad es unipolar y la apatía, rechazo y falta de cuidado personal llevan frecuentemente a sospechar demencia o “pseudodemencia” (4).

Cualquier enfermedad grave o leve puede causar depresión importante. Es en particular probable que trastornos como la artritis reumatoide, la esclerosis múltiple o las cardiopatías crónicas se acompañen de depresión, similar a todas las enfermedades crónicas. (5)

Como la depresión puede formar parte de cualquier enfermedad hay que dar atención cuidadosa a los problemas personales de ajuste a la vida, la función de los medicamentos, entre otros aspectos. (6)

Cuanto más tiempo continua la depresión, más cristalizada se torna, en particular cuando hay un elemento de refuerzo secundario. La complicación más frecuente es el suicidio, que a menudo incluye otros elementos de agresión. (5)

En individuos con depresión, el riesgo de suicidio durante toda la vida incrementa de manera notable a más del doble, y aumenta la mortalidad por grupos de edad particularmente en varones mayores 80 años (200 por cada millón de habitantes). La tercera parte de todos los suicidios es en ancianos. Por otro lado, los intentos suicidas sin éxito parecen ser

menos comunes que en personas más jóvenes. <sup>(7)</sup>

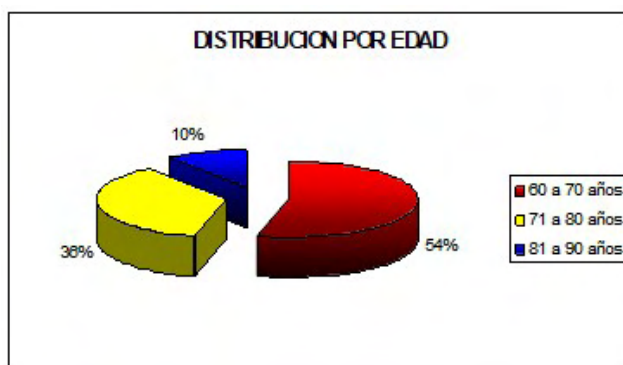
Los varones tienen éxito en el suicidio, en particular los grupos de edad avanzada, en tanto las mujeres hacen más intentos con menor mortalidad. <sup>(8)</sup>

El impacto de la edad sobre la depresión es también importante y requiere cambios significativos en el manejo del paciente anciano. <sup>(9, 10)</sup>

## DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO

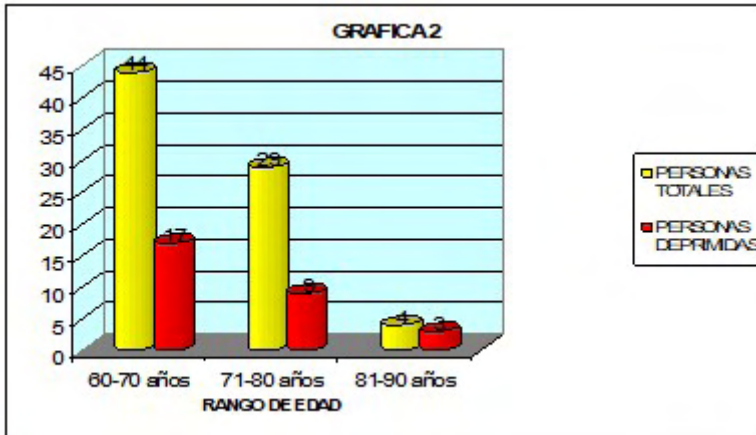
Se realizó un estudio prospectivo, transversal, descriptivo, en el cual se estudiaron Adultos Mayores correspondientes a la población residente del poblado Aquiles Serdán, Champotón, en el estado de Campeche, México. Previa autorización y consentimiento informado, la encuesta DSM-IV fue aplicada a dicha población para determinar si existía presencia de depresión, y posteriormente se procedió a vaciar los datos en hojas de concentración, logrando así analizar los resultados y elaborar las gráficas y estadísticas correspondientes.

## RESULTADOS



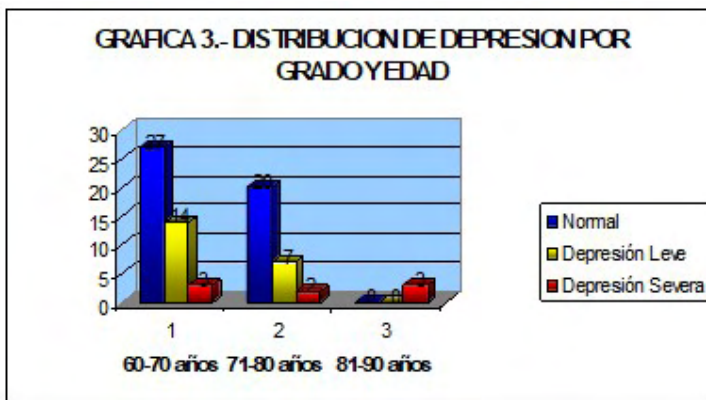
Gráfica 1. Distribución por edades

En la gráfica 1, se puede apreciar la distribución por edades, apreciando la prevalencia de senectos en la primera década de esta etapa, los cuales constituyen el 54% de la muestra, seguidos por el grupo de personas cuyos rangos de edades oscilaban entre los 71 y 80 años con el 36%, para seguir finalmente por el grupo más reducido, que fue, por razones de supervivencia, el grupo con mayor edad, variando esta entre los 81 y 90 años, los cuales conforman el 10% del universo de estudio.



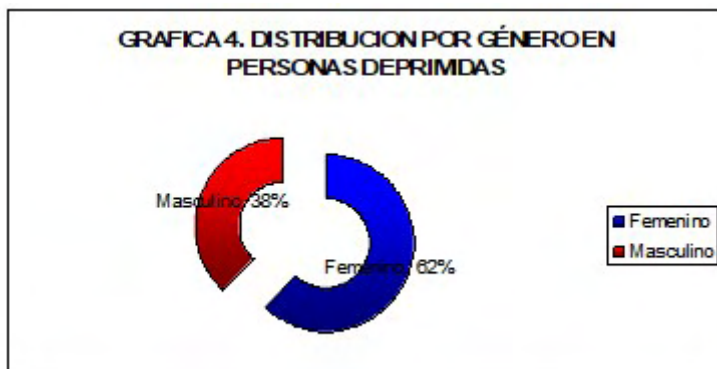
Gráfica 2. Rango de edad

En esta gráfica 2, tipo comparativa, se puede apreciar el total de la población estudiada (amarillo), dividido por grupos de edad, comparada con los casos de depresión detectados (rojo), apreciando claramente el aumento de la prevalencia de la depresión, a la par con el aumento de edad en la población estudiada, con el aumento de la proporción. Los valores de cada columna se encuentran en la parte superior de la misma.



Gráfica 3. Distribución de Depresión por grado y edad

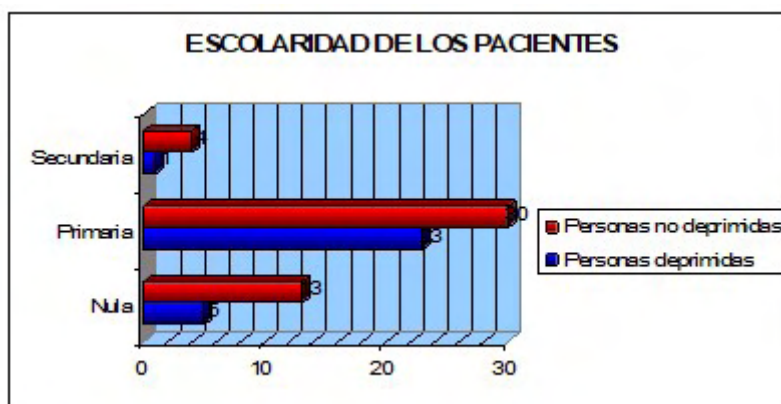
En la presente gráfica se puede apreciar la distribución de la depresión, y el grado de esta y compararla con la población total. Nótese que los valores de depresión severa se mantienen constantes, al parecer aumenta la incidencia de esta con el aumento de la edad. Lo cual nos hace pensar que la presencia de depresión severa requiere de factores muy específicos, cuya exposición no varía en gran medida con el incremento de la edad.



Gráfica 4. Distribución por género en personas deprimidas

En esta grafica se puede apreciar la distribución por género en personas deprimidas en las cual se puede apreciar el predominio del sexo femenino con un total de 18 pacientes correspondientes al 62 % del total, en comparación con los 11 pacientes correspondientes al 38%.

Lo anterior puede ser explicado por las características culturales propias de la región la cual imponen numerosas limitaciones sociales y laborales al sexo femenino.



Gráfica 5. Escolaridad de los personas mayores con depresión

En esta gráfica se aprecia la escolaridad de los Adultos Mayores deprimidos en comparación con los no deprimidos.



## COMENTARIOS FINALES

### Resumen de resultados

Del total de 76 pacientes mayores de 60 años el 59.2% (45 Adultos Mayores) corresponde a personas del sexo femenino y 40.8% (31) al sexo masculino, divididos en los siguientes grupo etarios: el primer grupo conformado por adultos de 60-70 años, en el cual se registraron 44 pacientes (57.8%), el segundo grupo perteneciente a los individuos con rango de edad de 71-80 años de edad, conformado por 29 Adultos Mayores que corresponde al 38.1% de la muestra total, y finalmente el último grupo etario de 81 años a 90, conformado por individuos que corresponden al 4.1%. (Gráfica numero 1).

La presencia en depresión fue de 38.1% (29 A.M.), de los cuales la distribución correspondió a 18 pacientes 62%, del sexo femenino, y 38% (11 pacientes) al masculino. La distribución por grupos etarios se define de la siguiente manera: del total de los adultos mayores de depresión 58.6%(17 Adultos mayores) correspondió al grupo de 60-70 años, mientras que el grupo de 71 a 80 años le correspondió el 31% (9 A.M), mientras que al grupo mayor de 90 años le correspondió el 9.4% (3 A.M.). En el grupo de mayor edad en el cual se encontró la mayor frecuencia de depresión, encontrándose que el 66% correspondiente a dos de los tres adultos mayores presentaron depresión, seguidos del grupo de 60-70 correspondiendo a 38.6% del total de la muestra para este grupo etario, mientras que el grupo de 80-90 años: 31.0%, del total de número de adultos mayores, el 9.4% de los Adultos Mayores con depresión presenta depresión mayor.

De los adultos mayores que presentaron depresión, el 79.3% (23 AM.) tenían una escolaridad de primaria o menor, el 17.2% (5 A.M.) son analfabetas, mientras que el 3.4%(1) tienen una escolaridad mayor de secundaria, de los Adultos mayores que presentaron depresión el 27.5% (8 A.M.) se encontraba incapacitado para trabajar de manera formal por presentar alguna discapacidad, mientras que el 62%(18) se dedica a labores del hogar y el 3 correspondiente al 9.4% laboral de manera formal.

Del total de la población que resultó positiva a la depresión, el 37.9% (11 personas) muestran alguna conducta nociva. Empero, gran parte de la población presenta alguna enfermedad crónica degenerativa 82.7% (24 personas).

La prevalencia de la depresión fue de  $0.38 \times 100 = 38\%$ .

### CONCLUSIONES

El estudio realizado reveló una prevalencia de 38%, mayor que la media nacional, la cual se encuentra en 17%, asimismo, el presente estudio reveló una fuerte relación entre el género femenino y la prevalencia de depresión en el medio rural, localizándose ésta en 64, mientras que las estadísticas nacional, se encuentra en 48.

No se encontró una relación directa entre la situación laboral y el grado de depresión,

sin embargo se encontró que tampoco existe una relación directa entre la edad y el grado de depresión que experimentan las personas mayores. Se estableció que el grupo en mayor riesgo son las mujeres mayores cuya edad oscila entre 70 y 80 años, que padecen alguna enfermedad crónica, y no cuentan con una fuente de ingresos propios.

## REFERENCIAS

ALEXOPOULOS G. Mood Disorders. En "Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI"; editado por Harold Kaplan y Benjamin Sadock. Williams & Wilkins, Baltimore, 1995.

American Psychiatric Association. Diagnostic Criteria from DSM-IV. Editado por American Psychiatric Association. Washington; Mason 1994.

Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México.

Comportamiento de la depresión en el adulto mayor Policlínico Docente Mártires de Calabazar Municipio Boyeros, Ciudad de La Habana, Cuba Dr. Felipe Ramón García 01 de noviembre de 2007 <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-301-comportamiento-de-la-depresion-en-el-adulto-mayor.pdf>

FUENTE: REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA. 2001 MAR; 36(3)

HOYL M, Trinidad, VALENZUELA A, Eduardo y MARIN L, Pedro Paulo. Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica.

*Rev. méd. Chile.* [online]. nov. 2000, vol.128, no.11 [citado 01 Marzo 2008], p.1199-1204. Disponible en la World Wide Web: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872000001100003&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872000001100003&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0034-9887.

Neuropsiquiatría en Geriatría [http://www.mapfrecajasalud.com/mcsa/es/cinformativo/11/Ci\\_20060523\\_010105150202.shtml#Escena\\_1](http://www.mapfrecajasalud.com/mcsa/es/cinformativo/11/Ci_20060523_010105150202.shtml#Escena_1) Ana Isabel Hormigo Sánchez. Médico Residente de Geriatría. H. C. San Carlos. Madrid. Mónica Ruiz Ruiz. Médico Residente de Geriatría H. C. San Carlos. Madrid.

Pando Moreno M.a Aranda Beltrán C.a Alfaro Alfaro N.a Mendoza Roaf P.a Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. Guadalajara (México). <http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/epidemiologia/3590/>

Rev Med IMSS 2007; 45 (1): 21-28 Martínez-Mendoza JA, Martínez-Ordaz VA, Esquivel-Molina CG, Velasco-Rodríguez VM

Revista de la sociedad española de medicina familiar y comunitaria Sábado 15 Octubre 2005. Volumen 36 - Número 06 p. 345 - 345 Prevalencia de depresión en adultos mayores.

RIOSECO P, ESCOBAR B, VICENTE B et al. Prevalencia de Vida de Algunos Trastornos Psiquiátricos en la Provincia de Santiago. Revista de Psiquiatría 1994; 11: 186-93.

## APÉNDICE

Questionario utilizado en la investigación

I.P.D.E. \_\_\_\_\_ Módulo DSM-IV

Nombre y Apellidos.....

Fecha.....

1. El propósito de este cuestionario es conocer qué tipo de persona ha sido usted en los últimos 5 años.

2. Por favor, no omitir ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta, señalar la respuesta [VERDADERO o FALSO) que le parezca más correcta. No hay límite de tiempo pero no pierda mucho tiempo pensando cuál es la respuesta correcta a un ítem determinado.

3. Cuando la respuesta sea VERDADERO, señalar con un círculo la letra V, cuando la respuesta sea FALSO, señalar con un círculo la letra F.

- |   |     |
|---|-----|
| 1 Normalmente me divierto y disfruto de la vida                             | V F |
| 2 Confío en la gente que conozco  | V F |
| 3 No soy minucioso con los detalles pequeños                                | V F |
| 4 No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser                           | V F |
| 5 Muestro mis sentimientos a todo el mundo                                  | V F |
| 6 Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí                    | V F |
| 7 Me preocupo si oigo malas noticias sobre alguien que conozco              | V F |
| 8 Ceder a algunos de mis impulsos me causa problemas                        | V F |
| 9 Mucha gente que conozco me envidia  | V F |
| 10 Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles | V F |
| 11 Nunca me han detenido  | V F |
| 12 La gente cree que soy frío y distante                                    | V F |
| 13 Me meto en relaciones muy intensas pero poco duraderas                   | V F |
| 14 La mayoría de la gente es justa y honesta conmigo                        | V F |
| 15 La gente tiene una gran opinión sobre mí                                 | V F |
| 16 Me siento molesto o fuera de lugar en situaciones sociales               | V F |
| 17 Me siento fácilmente influido por lo que me rodea                        | V F |
| 18 Normalmente me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien           | V F |

19 Me resulta muy difícil tirar las cosas	V F
20 A veces he rechazado un trabajo, incluso aunque estuviera esperándolo	V F
21 Cuando me alaban o critican manifiesto mi reacción a los demás	V F
22 Cuando me alaban o critican manifiesto mi reacción a los demás	V F
23 Uso a la gente para lograr lo que quiero	V F
24 Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente	V F
25 A menudo, la gente se ríe de mí, a mis espaldas	V F
26 Nunca he amenazado con suicidarme, ni me he autolesionado a propósito	V F
27 Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando	V F
28 Para evitar críticas prefiero trabajar solo	V F
29 Me gusta vestirme para destacar entre la gente	V F
30 Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos	V F
31 Soy más supersticioso que la mayoría de la gente	V F
32 Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales	V F
33 La gente cree que soy demasiado estricto con las reglas y normas	V F
34 Generalmente me siento incómodo o desvalido si estoy solo	V F
35 No me gusta relacionarme con gente hasta que no estoy seguro de que les gusto	V F
36 No me gusta ser el centro de atención	V F
37 Creo que mi cónyuge (amante) me puede ser infiel	V F
38 La gente piensa que tengo muy alto concepto de mí mismo	V F
39 Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mí	V F
40 Me preocupa mucho no gustar a la gente	V F
41 A menudo me siento vacío por dentro	V F
42 Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más	V F
43 Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidarme a mí mismo	V F
44 Tengo fama de que me gusta “flirtear”	V F
45 Me siento muy unido a gente que acabo de conocer	V F
46 Prefiero las actividades que pueda hacer por mí mismo	V F
47 Pierdo los estribos y me meto en peleas	V F
48 La gente piensa que soy tacaño con mi dinero	V F

# CAPÍTULO 10

## PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A PREVENÇÃO DE SUICÍDIO E COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA PÚBLICA BRASILEIRA

*Data de aceite: 20/08/2021*

*Data de submissão: 04/06/2021*

### **Gabrielli Ketlyn Ramos Andreani**

Faculdades Pequeno Príncipe (FPP)  
Curitiba – Paraná  
<http://lattes.cnpq.br/2949528564832041>

### **Gabrielle Ecks**

Faculdades Pequeno Príncipe (FPP)  
Curitiba – Paraná  
<http://lattes.cnpq.br/2028303357251492>

### **Geórgia Schubert Baldo**

Faculdades Pequeno Príncipe (FPP)  
Curitiba – Paraná  
<http://lattes.cnpq.br/4998452085509390>

### **Ana Paula Ferreira Gomes**

Faculdades Pequeno Príncipe (FPP)  
Curitiba – Paraná  
<http://lattes.cnpq.br/0527322103772182>

**RESUMO:** O projeto foi desenvolvido para ser aplicado em crianças e adolescentes de uma escola pública de um bairro de Curitiba, Paraná, após a realização de estágio obrigatório em uma Unidade Básica de Saúde - UBS, localizada na mesma região. Entre as principais demandas de saúde mental da UBS em questão, foi percebido alto índice de tentativas de suicídio entre jovens e adolescentes, como também automutilação e lesão autoprovocada. O projeto foi desenvolvido a partir do Arco de Maguerez, que possibilita analisar, teorizar, pensar em soluções e aplicá-

las. Pensando na adolescência como um período de oscilações de humor e instabilidade emocional, propôs-se como intervenção o planejamento de cinco reuniões com atividades que tratariam sobre os temas: autoimagem e autoestima, padrão de beleza, relações abusivas e depressão, e por fim a apresentação da Estratégia Borboleta, que é um método para lidar com autolesões. Os encontros teriam como objetivo tratar sobre os temas de forma a incentivar a reflexão, diálogo e união dos adolescentes. Cada tema seria abordado com uma dinâmica diferente, que daria início às conversas e opiniões sobre a temática. Ao final das reuniões almeja-se a sensibilização e compreensão dos adolescentes quanto a importância do cuidado de sua saúde mental, e que é possível buscar ajuda em momentos de dificuldade e sensibilidade emocional.

**PALAVRAS - CHAVE:** Suicídio; adolescência; prevenção.

### INTERVENTION PROPOSAL FOR THE PREVENTION OF SUICIDE AND AUTOLESIVE BEHAVIORS AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS OF A BRAZILIAN PUBLIC SCHOOL

**ABSTRACT:** The project was developed to be applied to children and adolescents from a public school in a neighborhood of Curitiba, Paraná, Brazil, after completing a mandatory internship at a Primary Health-Care Service (PHCS) in that area. Among the main mental health demand of the PHCS in question, there was a high rate of suicide attempts and self-harm between these kids and adolescents. This project was elaborated from the Arco de Maguerez, a method that makes

it possible to analyze, theorize, seek solutions and apply them. Thinking about adolescence as a period of mood swings and emotional instability, it was proposed as an intervention to plan five meetings with activities that would deal with the themes: self-image and self-esteem, beauty standards, abusive relationships and depression, and finally the presentation of the Butterfly Strategy, which is a method for dealing with self-harm. The meetings would aim to address the themes in order to encourage reflection, dialogue and unity among the adolescents. Each theme would be approached with different dynamic, which would initiate conversations and opinions on the theme. At the end of the meetings, the idea is to sensitize and understand the adolescents about the importance of taking care of their mental health, and that it is possible to seek help in times of difficulty and emotional sensitivity.

**KEYWORDS:** Suicide; adolescence; prevention.

## 1 | INTRODUÇÃO

O projeto desenvolveu-se em uma disciplina teórico-prática, do curso de graduação em Psicologia, que tem como objetivo aproximar os acadêmicos do cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde (APS). Estimula a problematização, tendo como metodologia o Arco de Maguerez, que, segundo Prado *et al.* (2012), é uma proposta metodológica da Aprendizagem Baseada em Problemas, e é bastante utilizada nas metodologias ativas. Desta forma, os alunos observam a realidade, identificam os problemas que direcionam buscas teóricas para o desenvolvimento de possíveis soluções.

Neste contexto, o grupo observou o território da Unidade Básica de Saúde (UBS) e os atendimentos e abordagens realizados pela psicóloga do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Percebeu-se que as principais demandas trazidas pelos usuários envolviam questões relacionadas à violência doméstica, violência autoprovocada; sintomas ansiosos e depressivos; dificuldades de aprendizagem; uso de drogas ilícitas e relações com o tráfico.

Elencou-se como um dos problemas prioritários o elevado número de casos envolvendo ideação e tentativas de suicídio em crianças e adolescentes. Diante da proposta da disciplina, foi selecionado este problema e recorreu-se a literatura científica acerca do tema para a construção de um Projeto Aplicativo, cujo objetivo principal foi a prevenção de suicídio entre crianças e adolescentes.

## 2 | SUICÍDIO, INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

O comportamento suicida engloba três questões, são elas: a ideação suicida, com planejamento ou não; a tentativa de suicídio; e o ato em si. Já a ideação suicida refere-se ao nível de risco para que haja uma tentativa, e alerta a existência do sofrimento. (AMARAL *et al.*, 2020).

A Organização Mundial da Saúde - OMS (2006) aponta que os comportamentos suicidas entre crianças e adolescentes, geralmente estão relacionados ao humor

depressivo, problemas emocionais e sociais, abuso de substâncias, perdas de relações afetivas, baixa autoestima, dificuldades para lidar com questões acadêmicas, estressantes e de identidades sexuais. Casos de crianças e adolescentes que sofreram algum tipo de abuso, seja dos colegas ou de familiares, costumam aparecer mais nas ocorrências de ideação suicida e tentativas de suicídio.

Gabriel *et al.* (2020) complementa afirmando que algumas modificações ocorrem nesse período, podendo gerar sofrimentos, que irão repercutir em diferentes contextos, e também podem acabar ocasionando comportamentos suicidas. Posto isto, Amaral *et al.* (2020), retrata a adolescência como uma fase com tendências à impulsividade, frente aos aspectos citados anteriormente, os adolescentes podem desenvolver comportamentos suicidas, como forma de lidar com os seus conflitos.

### 3 | O PAPEL DO SUS

A Portaria nº 1.876 de 14 de Agosto de 2006, que dispõe “Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão”, norteia os profissionais da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pois esta discorre sobre o grande problema de saúde pública que é o suicídio. Destacando também, as suas repercussões nas famílias, nos trabalhos, nas escolas e outras instituições. Sendo assim, cabe aos profissionais, desenvolver estratégias de promoção, prevenção, tratamento e recuperação, independente do nível de atenção do serviço. (BRASIL, 2006).

Dentro do cuidado em saúde, deve-se avaliar os fatores de risco, como transtornos mentais, tentativas de suicídio anteriores, condições clínicas incapacitantes, questões sociodemográficas e psicológicas. O trabalho do profissional requer uma postura de acolhimento, com local adequado, tempo, escuta ativa, empatia e sigilo. (BRASIL, 2006).

Além disso, é necessário verificar quais são os fatores protetivos presentes na vida do sujeito, como apoio da família, de amigos e outros relacionamentos significativos; crenças religiosas, culturais e étnicas; envolvimento na comunidade; uma vida social satisfatória; integração social e acesso a serviços de saúde mental. Pois, eles reduzem o risco de que os pensamentos sejam colocados em prática. (OMS, 2006).

No contexto da APS, Ferreira *et al.* (2018), destaca seu papel fundamental na prevenção do suicídio, ela costuma ser o primeiro serviço em que os indivíduos têm contato no SUS. A equipe nesse cenário, também, possui proximidade com o território, possibilitando assim, fornecer aos familiares, amigos e instituições locais, o apoio necessário, como também, acompanhar o sujeito, no desenvolvimento dos sintomas, no tratamento e posteriormente a ele. Os fatores como o comprometimento, a disponibilidade, a informação, entre outros, dos profissionais da APS, contribuem para a realização das estratégias de prevenção ao suicídio. (OMS, 2000).

## 4 | CENÁRIO DO SUICÍDIO

Segundo a OMS, aproximadamente 800.000 pessoas morrem por suicídio no ano. Sendo esta, no ano de 2016, a segunda e terceira principal causa de morte entre os jovens de 15 a 29 anos e 15 a 19 anos, respectivamente. (OMS, 2019). Tratando-se do Brasil, em 2015, ele representou a terceira maior causa de morte dos jovens do gênero masculino, com idades entre 20 e 39 anos. Ainda, entre os anos de 2011 e 2015, o principal método usado para o ato, foi o enforcamento, seguido das intoxicações exógenas. (BRASIL, 2019).

Nas informações fornecidas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), durante os anos de 2011 a 2016, houve 1.173.418 casos de violências interpessoais ou autoprovocadas. E destes, 176.226 são referentes a lesão autoprovocada. Neste número, 27,4% foram tentativas de suicídio, a maioria relacionadas a ocorrências em mulheres, representando 69,0%, em seguida os homens, correspondendo a 31,0%. Nos índices coletados, duas regiões se destacaram no número de casos: a Sudeste, totalizando 51,2%, e a Sul, equivalente a 25,0%. (BRASIL, 2017).

Em relação, ao contexto na cidade de Curitiba, onde se desenvolveu o projeto, no ano de 2018, o município registrou, por meio do SINAN, 1.814 casos de tentativas de suicídio. As UBS representaram 5,3% dos registros divididos em serviços de saúde, a maior concentração ocorreu nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), resultando em 53,4% dos casos. Os jovens de 10 a 19 anos, caracterizam 33,2% do número total, e o envenenamento foi utilizado em 83,7% deles, em sua maioria, uso de medicamentos. No mesmo ano, o número de mortalidade foi de 6,9 por 100.000 habitantes, o maior entre os anos de 2009 e 2018. (CURITIBA, 2019).

## 5 | RESULTADOS

O produto desenvolvido foi a elaboração de um Projeto de Prevenção ao Suicídio, a ser aplicado na escola pública da área de abrangência da UBS, sendo previsto cinco encontros, abordando os temas: autoestima, padrão de beleza, relações abusivas e depressão nos quatro primeiros encontros; e, a estratégia da Borboleta no último encontro. No desenvolvimento destas ações, cada tema será introduzido e contextualizado, no intuito de dar voz e espaço de expressão aos participantes, utilizando-se recursos como dinâmicas de grupo e vivências direcionadas.

No quinto e último encontro será apresentado à estratégia da Borboleta, que segundo Costa, Silva e Vedana (2019), consiste na prevenção da automutilação. Neste método, os participantes refletem sobre suas emoções e dores, inclusive sobre aquelas expressas por meio dos comportamentos autolesivos, como no caso da prática do *cutting*, sendo orientados a substituir, em cada eventual tentativa, o ato de se cortar pelo ato de desenhar, em sua própria pele, uma borboleta. Cada borboleta desenhada será representada por alguém importante e amado na vida daquele indivíduo, tendo-se como desafio cuidar de



suas borboletas e buscar ajuda ou auxílio quando sentir que não está conseguindo dar conta deste autocuidado.

## 6 | CONCLUSÕES

Acredita-se que a implementação do projeto de intervenção proposto possa contribuir para a promoção da saúde mental e prevenção do suicídio em crianças e adolescentes do território destacado. A importância da compreensão dessa fase e de suas peculiaridades, são essenciais para que o adolescente tenha um melhor desenvolvimento e aceitação em relação aos seus sentimentos.

A simbologia do projeto serviu para que as crianças e adolescentes pudessem transformar suas dores, inseguranças e incertezas, em algo a ser desenvolvido com um viés positivo e de liberdade, além da sensação de pertencer a um grupo, ser acolhido e respeitado em seus sentimentos.

A utilização dos métodos e dinâmicas expressivas e representativas acerca de temas tão recorrentes dentro da saúde mental de crianças e adolescentes, têm a capacidade de ajudar na elaboração do autoconhecimento e estima, tornando-o mais compreensivo em relação ao que envolve o seu desenvolvimento e momento de vida.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, Ana Paula; SAMPAIO, Josiane Uchoa; MATOS, Fátima Regina Ney; POCINHO, Margarida Tenente Santos; MESQUITA, Rafael Fernandes de; SOUSA, Laelson Rochelle Milanês. **Depressão e ideação suicida na adolescência: implementação e avaliação de um programa de intervenção.** Enfermería Global, n. 50, p. 13-24, Jul. 2020. Disponível em: [https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n59/pt\\_1695-6141-eg-19-59-1.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n59/pt_1695-6141-eg-19-59-1.pdf). Acesso em: 24 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.873, de 14 de agosto de 2006.** Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental.** 2006. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1241.pdf>. Acesso em: 24 mai. 2021.

BRASIL. **Suicídio: tentativas e óbitos por intoxicação exógena no Brasil, 2007 a 2016.** Boletim Epidemiológico, v. 50, n. 15, p. 3-12, Jul. 2019. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/17/2019-014-Publicacao-02-07.pdf>. Acesso em: 24 mai. 2021.

BRASIL. **Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde.** Boletim Epidemiológico, v. 48, n. 30, p. 1-14, 2017. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/03/2017025PerfilepidemiologicodastentativaseobitosporsuicidionoBrasilearededeatenaoasade.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2021.

COSTA, Juliana dos Santos; SILVA, Aline Conceição; VERDANA, Kelly Graziani Giacchero. **Postagens sobre autolesão não suicida na internet**. *Adolescência e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 7-12, Mar. 2019. Disponível em: [http://adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=766](http://adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=766). Acesso em: 26 mai. 2021.

CURITIBA. **Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio: residentes em Curitiba**. 2019. Disponível em: <https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/Suic%C3%ADdio.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2021.

FERREIRA, Micheli Leal; VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira; RODRIGUES, Jeferson; TRENTIN, Daiane; BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias; LINO, Mônica Motta. **Comportamento suicida e atenção primária à saúde: uma revisão da literatura**. *Enfermagem em Foco*, v. 9, n. 4, p. 50-54, Jun. 2018. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/01/Comportamento-Suicida-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-Prim%C3%A1ria-%C3%A0-Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 24 mai. 2021.

GABRIEL, Isabela Martins; COSTA, Luiza Cesar Riani; CAMPEIZ, Ana Beatriz; SALIM, Natalia Rejane; SILVA, Marta Angelica Iossi; CARLOS, Diene Monique. **Autolesão não suicida entre adolescentes: significados para profissionais da educação e da Atenção Básica à Saúde**. *Escola Anna Nery*, v. 24, n. 4, p. 1-9, Jul. 2020. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452020000400218](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000400218). Acesso em: 24 mai. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Suicide in the world: Global Health Estimates**. 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 24 mai. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Genebra. 2000. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/000000116>. Acesso em: 24 mai. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros**. 2006. Disponível em: [https://www.who.int/mental\\_health/media/counsellors\\_portuguese.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf). Acesso em: 24 mai. 2021.

PRADO, Marta Lenise do; VELHO, Manuela Beatriz; ESPÍNDOLA, Daniela Simoni; SOBRINHO, Sandra Hilda; BACKES, Vânia Marli Schubert. **Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde**. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 172- 177, Mar. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452012000100023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100023). Acesso em: 24 mai. 2021.

# CAPÍTULO 11

## PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

*Data de aceite: 20/08/2021*

*Data de submissão: 21/05/2021*

**Leandro Lopes Gibson Alves**

Centro Universitário UNIFACEAR  
Araucária, Paraná  
<http://lattes.cnpq.br/9094362021888930>

**Leide da Conceição Sanches**

Faculdade Pequeno Príncipe  
Curitiba, Paraná  
<http://lattes.cnpq.br/4038558959541958>

**Elaine Rossi Ribeiro**

Faculdade Pequeno Príncipe  
Curitiba, Paraná  
<http://lattes.cnpq.br/9575920850713634>

**RESUMO:** A segurança do paciente é uma questão complexa que envolve todos os membros da equipe de saúde para melhorar a qualidade da atenção à saúde, incluindo taxas de erro decrescente e permanência hospitalar. Este artigo tem o objetivo de conhecer a percepção da equipe multidisciplinar sobre a segurança do paciente em saúde mental. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, utilizando-se grupo focal como estratégia para coleta de informações. O referencial teórico de Bardin foi utilizado para a análise de conteúdo, a qual permitiu a construção de três categorias, a saber: conhecimento dos profissionais sobre segurança do paciente, a importância da segurança do paciente em saúde mental e a importância do profissional olhar para si. Percebe-se uma falta

significativa de conhecimento dos profissionais sobre a presença e proposta de segurança do paciente, o que apresenta um desafio diário no cuidado em saúde mental. As informações evidenciadas podem e devem ser trabalhadas na perspectiva da gestão, da assistência e do ensino, e poderão contribuir para a melhoria do cenário da (in)segurança dos pacientes com transtornos mentais.

**PALAVRAS - CHAVE:** Segurança do paciente. Saúde Mental. Equipe Multiprofissional. Educação Profissional.

### PERCEPTION OF THE MULTIPROFESSIONAL TEAM ON PATIENT SAFETY IN MENTAL HEALTH CARE SERVICE

**ABSTRACT:** Patient safety is a complex issue that involves all members of the healthcare team to improve the quality of healthcare, including decreasing error rates and hospital stay. This article aims to get to know the multidisciplinary team's perception of patient safety in mental health. This is a descriptive study, with a qualitative approach, using a focus group as a strategy for collecting information. Bardin's theoretical framework was used for content analysis, which allowed the construction of three categories, namely: knowledge of professionals about patient safety, the importance of patient safety in mental health and the importance of the professional looking at you. There is a significant lack of knowledge by professionals about the presence and proposal of patient safety, which presents a daily challenge in mental health care. The evidenced information can and should be

worked on from the perspective of management, assistance and teaching, and may contribute to the improvement of the scenario of (un) safety of patients with mental disorders.

**KEYWORDS:** Patient safety. Mental health. Multiprofessional team. Professional education.

## 1 | INTRODUÇÃO

A Segurança do Paciente é definida como a diminuição ao mínimo admissível do risco de dano evitável associado à assistência à saúde (ANVISA, 2015). Os danos podem ser de várias especificidades, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, incapacidade e morte. Por outro lado, são eventos ou circunstâncias que poderiam ter resultado, ou resultaram, em dano desnecessário ao paciente, sendo ele permanente ou não (ANVISA, 2015).

O Errar é humano: Construindo um Sistema de Saúde mais Seguro, emitido pelo Instituto de Medicina (OIM) em 5 de outubro de 2007 apelou para a reavaliação da educação das profissões da saúde e à incorporação da segurança do paciente nos currículos acadêmicos de todas as profissões da saúde (KIERSMA, PLAKE, DARBISHIRE, 2011).

Neste contexto de segurança do paciente, o trabalho em equipe é eficaz, e a colaboração Interprofissional é um aspecto vital para a qualidade da segurança e assistência em saúde (JEFFS et al., 2013). Sendo assim, a segurança do paciente é uma questão complexa que envolve todos os membros da equipe para melhorar a qualidade dos resultados, incluindo taxas de erro decrescentes e diminuição do tempo de internação hospitalar.

Por acompanhar toda a trajetória do paciente com transtorno mental durante todo seu tratamento, a equipe tem papel fundamental na promoção da segurança do paciente durante o processo assistencial (BORGARIN et al., 2014). Um dos aspectos vitais para a segurança do paciente, é a necessidade de qualificação científica desses profissionais, comprometendo-se eticamente com ações sistêmicas de avaliação e prevenção, e tentando viabilizar a redução de eventos adversos, bem como analisar o impacto sobre a qualidade da assistência oferecida (BORGARIN et al., 2014). A partir disso, atenta-se às elevadas taxas de erros e eventos adversos sucedidos nos serviços de assistência à saúde mental (COSTA, 2014).

Assim, o objetivo deste estudo foi conhecer a percepção da equipe multidisciplinar sobre a segurança do paciente no serviço de saúde mental. Através da realização do grupo focal, e após os dados transcritos foi realizado a análise das informações.

## 2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. O presente estudo foi realizado em uma clínica especializada em psiquiatria da cidade de Curitiba, a qual será denominada “Clínica” para fins desse estudo. Este estudo aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) sob o número da CAAE: 08554819.0.0000.5580

Para a obtenção das informações foi utilizado a técnica de “Grupo focal”, derivada da entrevista coletiva, que contribui com informações por meio dos diálogos grupais (TRAD, 2009).

Bardin (2011) indica que a utilização da análise de conteúdo prevê três fases fundamentais: pré-análise, exploração de material e tratamento dos resultados. Desta forma, após as informações serem transcritas e analisadas, as falas foram exploradas em profundidade e emergiram três categorias baseada nas unidades de respostas que mais se repetiram, sendo a primeira categoria denominada “desconhecimento profissional”, a segunda categoria aborda-se a “importância da segurança do paciente” para a equipe que atua na saúde mental, e a terceira categoria “olhando para si”.

### **3 | APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO**

O grupo focal teve a participação de treze profissionais de nível superior e médio, sendo quatro psiquiatras, dois (duas) psicólogos (as), três enfermeiros (as), uma técnica de enfermagem, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social e uma gestora hospitalar, os quais foram identificados com letras e números com o objetivo de se estabelecer o anonimato.

Após a categorização, considerando-se que houve a possibilidade de se estabelecer unidades de respostas (UR), que se aproximaram em várias ocasiões, optou-se por fazer uma subdivisão em tópicos, desenvolvendo sobre todo o assunto relativo à cada categoria, para efeitos didáticos.

### **4 | DESCONHECIMENTO PROFISSIONAL**

Sabe-se que todos os profissionais da saúde que já vivenciaram erros ou falhas em sua atividade diária que possam ter ocasionado dano ou lesão persistente no paciente, conhecem a sensação de mal-estar e falta de acolhimento do sistema de saúde atual. Indaga-se as competências, mas ao mesmo tempo teme-se a possibilidade de serem punidos, visto a falta de conhecimento sobre segurança do paciente que permeia os principais estabelecimentos de saúde mental.

Um dos aspectos marcantes na narrativa do grupo foi o pouco conhecimento teórico sobre segurança do paciente. Logo no início ao grupo focal, os participantes solicitaram que o moderador deve mais explicações sobre o tema, pois tiveram dificuldades em entender a primeira questão norteadora.

O conhecimento limitado dos participantes sobre segurança do paciente evidencia a necessidade de estratégias voltadas para a educação em saúde da equipe, no sentido de promover melhorias na qualidade e segurança na assistência.

Sobre este assunto, Jeffs et al, (2013) consideram que, apesar da dificuldade de qualificação em psiquiatria, os profissionais contribuem ativamente na segurança do

paciente que estão internados de forma integral no hospital.

Mais perguntas surgiram sobre o tema, reafirmando o quanto a saúde mental necessita de qualificação e mais trabalhos científicos relacionados à segurança do paciente e debates articulados.

Assim, Jeffs et al, (2013) afirmam que a importância do trabalho em equipe e a colaboração são vitais para a qualificação, qualidade e a segurança da assistência em saúde mental. A segurança do paciente é uma questão complexa que envolve todos os membros da equipe para melhorar os resultados da qualidade na assistência, incluindo a diminuição das taxas de evento adversos e da duração da internação hospitalar. Embora os profissionais reconheçam a importância das outras categorias, evitam extrapolar o que é sua atribuição típica.

Educar os profissionais sobre os eventos adversos na assistência prestada pelos profissionais de saúde mental, estimula uma atitude um tanto realista e uma abordagem mais positiva e produtiva, tendo uma experiência profissional franca nas discussões de eventos adversos faz com que esta ação seja discutida em novas ocasiões e torna-se uma prática de aprendizado permanente.

Ao abordar a questão sobre segurança do paciente, os participantes levam a crer que a temática é pouco difundida no ambiente de trabalho psiquiátrico, muitas vezes dificultada pela falta de comunicação e qualificação desses profissionais.

Instituições de saúde mental precisam estudar com mais profundidade e cientificidade formando estratégias preventivas para enfrentar eventos adversos, principalmente com lesões e suas consequências.

O embasamento teórico e as normativas específicas foram citados durante o grupo focal como uma maneira de melhorar a comunicação entre as instituições fiscalizadoras, instituições públicas e privadas na assistência à saúde mental. O investimento na educação permanente seria uma estratégia de comunicação mantendo relação direta com a melhoria da capacidade de rendimento e relacionamento no trabalho que pode auxiliar diretamente na prevenção de evento adverso.

Os registros feitos pela equipe são considerados ações fundamentais na obtenção de informações de falhas e possibilita a comunicação e implantação de medidas voltadas para a redução do número de eventos adversos.

Sobre a falta de comunicação Fay-Hillier, Regan, Gallagher (2012) respondem, especificamente, que a comunicação, qualificação, trabalho em equipe de forma colaborativa e uma abordagem centrada no paciente são fundamentais para a segurança do paciente. A forma como os profissionais são cobrados também influencia a qualidade do trabalho prestado.

Temas sobre a estrutura física do ambiente relacionado à segurança do paciente em psiquiatria surgiram como questões de discussão reafirmando o pouco conhecimento dos profissionais de saúde mental.

A segurança em relação à estrutura física tem se destacado entre os profissionais de saúde principalmente na psiquiatria, analisando não só a estrutura física, mas a mesma vinculada às situações críticas, promovendo instituições seguras, construídas para serviços de saúde mental com igual segurança quando aplicada para a finalidade assistencial de acolhimento e tratamento das necessidades humanas.

O participante a seguir, relata sobre a diferenciação estrutural de uma instituição em saúde mental para com uma estrutura de um serviço assistencial.

Após a afirmação dos participantes pode-se extrair da discussão do grupo uma das várias diferenciações estruturais/assistenciais que serviços de saúde mental oferecem para seus pacientes: a vigilância 24 horas realizada através de vídeo/filmagem, restrição de espaços, grades, rondas periódicas, líderes de grupo terapêutico e entre outros. Tais estratégias corroboram com a diminuição dos eventos adversos e propicia a comunicação e gestão de risco efetiva.

Na perspectiva dos profissionais da clínica, há dilemas éticos, jurídicos e estruturais que os diferenciam de outros serviços de saúde, principalmente os clínicos/assistenciais. Considerando-se que esses assuntos são poucos discutidos pelas equipes, faz com que se coloque a segurança de qualquer paciente de saúde mental em perigo.

Durante todo período, são adquiridas diversas medidas para garantir o cuidado integral ao paciente e proteger a equipe. Todavia, quando os profissionais de saúde identificam, por exemplo, um risco de fuga, algumas ações são intensificadas para manter a segurança e a permanência do paciente no hospital pelo tempo recomendado pelo médico.

Situações relatadas durante todo o grupo focal são eventos adversos rotineiros entre os serviços de saúde mental, e que pode trazer riscos à segurança não somente do paciente, mas como também da instituição e equipe.

## **IMPORTÂNCIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM SAÚDE MENTAL**

Esta segunda categoria possibilitou que os participantes desenvolvessem discussões que reforçaram a importância das práticas assistenciais relacionadas à segurança do paciente, dos profissionais e ambientes de assistência à saúde mental. Durante a discussão no grupo focal surgiram vários assuntos e um deles foi sobre a importância da comunicação e embasamento teórico-científico da equipe para o desenvolvimento da segurança do paciente.

É importante a capacitação na habilidade de se trabalhar em equipe, aumentando a capacidade de atuação, promovendo a comunicação, cooperação e liderança. Em uma equipe é de extrema importância o desenvolvimento de competências relacionais, o que possibilita a diminuição de riscos, aumentando a segurança do paciente.

Silva et al., (2016) oferecem uma visão ampliada sobre o assunto em questão, quando pesquisaram sobre o conhecimento da equipe sobre segurança do paciente. Os

autores apontam que é o conhecimento, isto é, a sustentação teórica que irá promover mudanças na cultura da segurança e levar os profissionais a prestarem assistência adequada, livre de danos, com qualidade. Nesta expectativa reside o fato de se categorizar a importância do tema segurança do paciente, evidenciando um conhecimento pouco expressivo, principalmente quando se está trabalhando com saúde mental. Não houve demonstração visível de conhecimento aprofundado, principalmente das diretrizes e legislações pertinentes.

Pode-se observar que o embasamento teórico-científico, protocolos institucionais e estrutura física vão dar subsídio para a realização dos combinados feitos com os pacientes, sempre prezando pela segurança deles. É importante ressaltar que a quebra de combinados ou de processos de riscos em saúde mental, acarreta eventos adversos ou até mesmo a morte de pacientes.

Segundo Brock et al, (2013) a relação entre comunicação em equipe e segurança do paciente aumentou a ênfase colocada no treinamento de futuros profissionais de saúde para trabalharem em equipe.

A Portaria N° 529 de 1° de abril 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente, coloca os holofotes sobre a comunicação efetiva, dando-lhe a visibilidade necessária para promover a melhoria da interação entre os profissionais da saúde. Quando a equipe não se comunica com efetividade, erros facilmente surgem na prestação do cuidado (AVISA, 2015).

De acordo com Fay-Hillier, Regan, Gallagher, (2012) a comunicação da transferência inclui relatórios de turnos, instruções de enfermagem, relatórios de enfermeira para médico, relatórios de incidentes, revisões de casos e relatórios de serviços de emergência para facilitar um cuidado seguro e eficaz. Pode-se correlacionar com as organizações de alta confiabilidade, como a indústria aérea e a indústria automotiva, que usam briefings, consciência situacional e identificação de bandeiras vermelhas ou avisos para promover a comunicação e o trabalho em equipe por segurança.

No cenário da assistência à saúde, esse formato de relatório é usado para promover a comunicação interdisciplinar colaborativa, o trabalho em equipe e a segurança do paciente para reduzir eventos adversos. Fay-Hillier, Regan, Gallagher, (2012) evidenciam instrumentos que facilitam a comunicação entre equipes de diversos turnos para assim melhorar a comunicação e estreitar informações valiosas para assistência em saúde mental.

Estes instrumentos vão dar subsídios estatísticos para discutir entre a equipe, estreitando o vínculo com a instituição, podendo encaminhar para definição de em uma melhor estratégia para a segurança do paciente.

Culpar os profissionais não evita eventos adversos, ao passo que a divulgação, análise e aprendizado deles evitam a repetição desses eventos. A segurança do paciente é uma responsabilidade compartilhada de todos os membros da equipe de, dos tomadores de decisão até aos profissionais da linha de frente (ou seja, as extremidades bruscas e



agudas do sistema) (INFANTE, 2006).

Eventos adversos não compartilhados são vistos como uma admissão de incompetência na abordagem por pessoa, enquanto a possibilidade de falha humana e a aceitação do evento adverso são compensadas com o trabalho em equipe sob a abordagem dos protocolos (INFANTE, 2006).

O Hospital possui dever de vigilância em relação aos pacientes internados que apresentam confusão mental. Vindo o paciente a falecer após fuga do hospital psiquiátrico, responde este por prejuízos advindo de tal fato. A morte de um familiar caracterizando dano moral *in re ipsa*, pois o sofrimento e a dor pela perda, além de serem insuperáveis, são presumíveis. O valor da indenização mede-se pela extensão do prejuízo, nos termos do art. 944 do código civil (TJMG, 2019).

O Grupo destacou também a função e a importância estrutural da comissão de segurança do paciente.

Nota-se, então, a falta de conhecimento até mesmo da existência de uma comissão de segurança neste serviço de saúde mental, ainda mais das funções que ela desempenha dentro da instituição. A falta de reuniões regulares e comunicação das discussões de eventos adversos ou até mesmo informações básicas através de treinamentos e qualificação facilitam os eventos adversos.

## **OLHANDO PARA SI**

Para esse grupo de profissionais, a capacidade em acolher o sofrimento depende da disponibilidade do profissional, do seu perfil e da sua formação interferindo de maneira direta na segurança do paciente. Foi marcante nesta narrativa a expressão da angústia ao entrar em contato com o sofrimento e certo medo em relação à necessidade de lidar com os pacientes considerados com transtornos mentais.

Avalia-se que a formação acadêmica da equipe, não contribui para que possam intervir no campo da saúde mental. Pode-se identificar na fala do participante.

Na perspectiva dos profissionais de psiquiatria, a angústia mencionada se deve ao fato de o campo de atuação ser a saúde mental e não ao local de trabalho, e que o estado emocional do mesmo, estando abalado acaba por consequência interferindo na assistência e segurança do paciente, ocasionando, por sua vez, eventos adversos.

A fala dos participantes expressa uma demanda importante no campo da atenção à saúde mental, principalmente quando se trata da estrutura emocional do profissional relacionada à segurança do paciente.

O ambiente de assistência à saúde mental, cujo cenário é composto de grades, enfermarias cheias, barulho incômodo e odor que remete à insalubridade, contribui muito para a insatisfação dos profissionais. Esse cenário somado aos personagens - usuários, familiares e profissionais - na relação já exposta anteriormente, cria condições favoráveis à

difusão do sofrimento entre todos.

Para prestar uma assistência de qualidade, é preciso reconhecer o limite entre dedicação ao paciente e dedicação a si mesmo. É preciso que o profissional esteja informado, orientado e se sinta apoiado. Caso contrário, o estresse toma conta e acaba prejudicando a segurança do paciente.

Na perspectiva dos profissionais do hospital psiquiátrico, é necessário um preparo emocional do profissional que irá, conseqüentemente, se expor e se colocar como ferramenta de trabalho.

De acordo com McKie e Naysmith, (2013) podem ser identificadas três áreas conceituais amplas que, cumulativamente, têm o potencial de dar nova direção à equipe em saúde mental. A primeira área baseia-se em desenvolvimentos mais amplos no campo da psiquiatria.

O cuidado com o cuidador aparece em vários momentos durante o grupo focal, como pode-se perceber neste trecho recortado da fala do participante.

McKie e Naysmith, (2013) vêm ressaltar as principais causas que afetam o bem-estar do profissional, a saber: enfrentamento de situações adversas e inesperadas; vivência do cotidiano em uma unidade de internamento integral; relacionamento interpessoal com familiares; relacionamento interpessoal com os demais membros da equipe profissional; condições socioeconômicas e conflitos gerais.

A partir disso pode-se trabalhar na causalidade para tentar diminuir a incidência de eventos adversos ligados a estrutura emocional dos profissionais em saúde mental.

McKie e Naysmith, (2013) também dizem que ao reconhecer uma pluralidade de bases conceituais, o mérito desse movimento centrado na pessoa reside em sua tentativa de evitar o reducionismo, reconhecendo, assim, que os esforços para conceituar a prática de saúde mental são complexos.

Nortvedt, Hem, Skirbekk, (2011) complementam dizendo que uma ética do cuidado se concentra nas redes relacionais. Os agentes morais têm responsabilidades em relação a seres humanos específicos com os quais estão conectados e afetados pelas ações dos agentes morais. O que é eticamente relevante na ética do cuidado é como nos encontramos e cuidamos dos nossos próprios interesses e necessidades do outro.

Novamente pode-se citar McKie e Naysmith (2013), que de maneira ontológica, apontam para a criação de significado, principalmente quando adjacente à vida e ao cuidado de si e do outro. Nortvedt, Hem, Skirbekk, (2011) vem justamente reforçar a pluralidade e humanidade profissional. Dessa concepção mais ampliada de saúde mental, no qual os valores morais e a atitude ética favoreçam a preservação da dignidade, respeito e solidariedade entre a equipe preservando assim a segurança do paciente, aumentando a comunicação e reduzindo os eventos adversos.

Os participantes reconhecem que é preciso criar um ambiente de trabalho favorável que seja afetuoso, caloroso, atencioso, amoroso e que propicie crescimento, alívio,

segurança, proteção, bem-estar, ou seja, um ambiente no qual a pessoa experiencie o cuidado humano, proporcionando assim estabilidade emocional e qualidade na assistência.

De acordo com Scanlon, (2011), complementa-se que a dimensão ontológica é sobre a prática *in situ*, exigindo doses fortes de socialização, onde os profissionais, como tradicionalmente percebidos, devem exibir altruísmo, confiança, autonomia e conhecimento de sua base de pacientes. Essa dimensão exige que os profissionais desenvolvam um senso de quem eles são em termos de prática profissional, como eles habitam o mundo profissional e em que termos e como eles interagem com os outros naquele mundo.

Percebe-se dos participantes do grupo focal que nos serviços de saúde mental, a estrutura emocional do profissional é um dos focos da segurança do paciente e que deve ter um olhar especial.

No entanto, a formação do conceito real da equipe sob uma abordagem assistencial em saúde mental é impulsionada mais pelo modelo biomédico do paciente do que pelo modelo sociológico e epistemológico. De fato, essa característica pode ser considerada um poderoso indicador da prevalência da perspectiva biomédica no tratamento do paciente.

Finalmente, como Nortvedt, Hem, Skirbekk, (2011) documentaram recentemente a perspectiva e o papel do profissional no processo de colaboração em equipe para a melhora da assistência e principalmente na segurança do paciente.

Incorporar uma cultura de aprendizado sobre as falhas humanas requer das instituições não só a segurança do paciente como objetivo organizacional, mas acima de tudo como ação individual, responsabilidade pessoal e profissional. Diante disso, a falta de conhecimento da equipe sobre segurança do paciente, faz com que haja a necessidade de implementar ações de educação permanente para uma assistência de qualidade, priorizando assim a segurança do profissional e não somente do paciente.

Considera-se necessário que a equipe seja incentivada e orientada a se perceber como peça importante para o equilibrado funcionamento do sistema de saúde mental, e que para tanto, o cuidado e a atenção dispensada ao outro deve ser equivalente aos cuidados que profissionais devem ter com eles mesmos. Somente assim poder-se-á prezar, fortalecer e aprimorar a segurança do paciente.

Dotados deste saber, os profissionais que prestam assistência à saúde mental serão capazes de valorizar e promover saúde e qualidade de vida e, além disso, ofertando atenção de qualidade que responda integralmente às necessidades dos que procuram excelência no cuidado.

## 5 | CONCLUSÃO

Revisitando os objetivos propostos neste estudo, foram apreendidos vários aspectos da percepção da equipe sobre a segurança do paciente em saúde mental, identificando-se conceitos advindos de uma prática descontextualizada com as políticas públicas relativas à

segurança do paciente em saúde mental.

Percebe-se, também, o papel do profissional no processo de busca pela melhoria da comunicação, qualificação e assistência, principalmente no que tange à segurança do paciente. Certamente, pode-se considerar que, se o profissional não possui estrutura emocional e ferramentas de trabalho seguro acabam não desenvolvendo competências relativas à segurança, e a equipe conseqüentemente não apresentará papel seguro.

Preparar programas de educação permanente em saúde mental seria a estratégia para modificar o cenário aqui apreendido. As metodologias ativas de ensino e aprendizagem certamente poderiam favorecer a construção do conhecimento que não foi percebido nas falas do grupo focal, metodologias tais como Grupo de Verbalização e Grupo de Observação (GVGO), *Team Based Learning* (TBL), *fliped class room*, sala de aula invertida entre outras modalidades de aprendizado interessantes para a equipe.

O contato humano neste cenário de saúde mental é imperativo e componente preponderante do cuidado, assim sendo, é preciso definir-se estratégias laborais que permitam ultrapassar o “olhar para si” e caminhar para o “cuidar de si” como prioridade e condição para o real processo de “cuidar do outro”.

A gestão entraria em cena, propiciando ambiente de trabalho adequado, seguro e promovendo, aos profissionais, maior qualidade de vida, que embora tenha uma conceituação difícil, reflete a preocupação com o aprimoramento dos componentes da vida.

As informações aqui evidenciadas podem ser trabalhadas na perspectiva da gestão, da assistência e do ensino, e poderão contribuir para a melhoria do cenário da (in)segurança dos pacientes com transtornos mentais.

## REFERÊNCIAS

ANVISA. **Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília. 2015.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 70, 229 p. São Paulo. 2011.

BOGARIN Denise Franze, ZANETTI Ariane Cristina Barboza, BRITO Maria de Fátima Paiva, MACHADO Juliana Pereira, GABRIEL Carmen Sílvia, BERNARDES Andrea. **Segurança do paciente: conhecimento de alunos de graduação em enfermagem**. *Cogitare Enferm*. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i3>

Brasil. Tribunal de Justiça Estadual de Minas Gerais. **Apelação Cível: AC 10521080683936001 TJ/MG**, Relator: Amorim Siqueira, Data de Julgamento: 25/06/2019, Data de Publicação: 11/07/2019. Disponível em: <https://tj-mg.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/731029554/apelacao-civel-ac-10521080683936001-mg?ref=serp>, acesso em :12 de mar. 2020.

BROCK, Douglas; ABU-RISH BLAKENEY, Erin; CHIU, Chia-Ju; HAMMER, Dana; WILSON, Sharon; VORVICK, Linda; BLONDON, Katherine; SCHAAD, Douglas; LINER, Debra; ZIERLER, Brenda. **Interprofessional education in team communication: working together to improve patient safety**. p. 414–423. *BMJ Quality & Safety*. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-000952rep>

COSTA, Daniel. **Cultura de segurança do paciente sob a ótica da equipe de enfermagem em serviços hospitalares**. 97 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

M FAY-HILLIER Theresa; REGAN Roseann; GORDON Mary Gallagher. **Communication and Patient Safety in Simulation for Mental Health Nursing Education**. *Issues in Mental Health Nursing*, p. 718–726. 2012. DOI: <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.709585>

INFANTE, Claudia. **Bridging the “system’s” gap between interprofessional care and patient safety: Sociological insights**. *Journal of Interprofessional Care*, p. 517–525. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820600937598>

JEFFS, Lianne. **Implementing an interprofessional patient safety learning initiative: insights from participants, project leads and steering committee members**. *BMJ Quality & Safety*, p. 923–930. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001720>

KIERSMA Mary; PLAKE, Kimberly; DARBISHIRE, Patricia. **Patient Safety Instruction in US Health Professions Education**. *American Journal of Pharmaceutical Education*, p. 162. 2011. DOI: DOI: 10.5688/ajpe758162.

MCKIE, A. NAYSMITH, S. **Promoting critical perspectives in mental health nursing education**. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1111/jpm.12061>

Ministério da Saúde (BR). **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil*; Brasília, DF; 2013 [citado 2018 jul 10].

NORTVEDT, Por; SKIRBEKK, Helge; HEM, Marit Helene. **The ethics of care: Role obligations and moderate partiality in health care**. *Nursing Ethics*. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1177/0969733010395674>

SCANLON, Lesley. **“Becoming” a Professional**. *Lifelong Learning Book Series*, vol 16. Springer, Dordrecht. 2011.

SILVA, Nathália Santos et al. **Percepção de enfermeiros sobre aspectos facilitadores e dificultadores de sua prática nos serviços de saúde mental**. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 66, n. 5, p. 745-752, out. 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000500016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000500016&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 21 maio 2021. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000500016>.

TRAD, Leny A. Bomfim. **Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde**. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312009000300013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300013&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 21 maio 2021. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>.

# CAPÍTULO 12

## PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA PARA PESSOAS IDOSAS QUE RESIDEM EM ÁREAS DE VULNERABILIDADE SOCIAL

*Data de aceite: 20/08/2021*

*Data de submissão: 04/06/2021*

### **Dayara Fermiano Campos**

Discente em Faculdades Pequeno Príncipe no curso de Psicologia  
Curitiba – Paraná  
<http://lattes.cnpq.br/3781284391079862>

### **Giovanna Silveira Ronqui Souza**

Discente em Faculdades Pequeno Príncipe no curso de Psicologia  
Curitiba – Paraná  
<http://lattes.cnpq.br/8785817626603153>

### **Luana Silva Machioski**

Discente em Faculdades Pequeno Príncipe no curso de Psicologia  
Curitiba – Paraná  
<http://lattes.cnpq.br/4422280246145550>

### **Thaynara Garcia Gomes**

Discente em Faculdades Pequeno Príncipe no curso de Psicologia  
Curitiba – Paraná  
<http://lattes.cnpq.br/0943025962428231>

### **Felipe Ganzert Oliveira**

Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, docente em Faculdades Pequeno Príncipe  
<http://lattes.cnpq.br/6171743370686519>

**RESUMO:** A fim de observar o atendimento oferecido para pessoas idosas, realizamos duas visitas a uma unidade de saúde, localizada

na região metropolitana de Curitiba, para acompanhar grupos de idosos acima de 60 anos que realizavam atividade física na unidade. Após conhecer a iniciativa, tínhamos como objetivo identificar possíveis falhas no sistema ou aspectos a serem melhorados na execução do programa. Aspectos como a pouca atratividade do programa, a dificuldade de mobilidade de alguns idosos em sua locomoção até a unidade de saúde e a não participação de familiares nas atividades foram alguns dos problemas encontrados. Pesquisas sobre vulnerabilidade social, a pessoa idosa, exercício físico, relação cuidado e cuidador e assistência domiciliar foram essenciais para que pudéssemos fazer recomendações viáveis para a população em questão. Encontramos a necessidade da promoção à assistência domiciliar para que se tivesse maior alcance dos atendimentos, e a importância de incluir o grupo familiar ou rede de apoio desse idoso durante o processo de melhora na qualidade de vida.

**PALAVRAS - CHAVE:** Idosos, vulnerabilidade, qualidade de vida.

### **PROMOTION OF QUALITY OF LIFE FOR ELDERLY PEOPLE RESIDING IN AREAS OF SOCIAL VULNERABILITY**

**ABSTRACT:** For observe the care offered to elderly people, we made two visits to a health unit, located in the metropolitan region of Curitiba, to accompany groups of elderly people over 60 years old who performed physical activity in the unit. After knowing the initiative, we had to identify possible flaws in the system or aspects to be improved in the execution of the program.

Aspects like the low attractiveness of the program, the difficulty of mobility of some elderly people in their locomotion to the health unit and the non-participation of family members in the activities were some of the problems found. Research on social vulnerability, the elderly, physical exercise, care and caregiver relationship and home care were essential so that we could make viable recommendations for the population in question. We found the need to promote home care so there was a greater reach of care, and the importance of including the family group or support network of this elderly person during the process of improving quality of life.

**KEYWORDS:** Elderly people, vulnerability, quality of life.

## INTRODUÇÃO

A fim de observar o atendimento oferecido pelo SUS para pessoas idosas, o grupo realizou duas visitas a uma unidade de saúde para acompanhar o grupo de exercício físico, oferecido para idosos acima de 60 anos. Depois de conhecer a iniciativa tínhamos como objetivo identificar possíveis falhas no sistema ou aspectos a serem melhorados na execução do programa, além de entender a importância da atividade física na vida da pessoa idosa. As pesquisas a serem apresentadas foram realizadas para nos auxiliar a ter uma visão da complexidade do processo do envelhecer e suas implicações no atendimento no âmbito da saúde.

## OBSERVAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

A observação foi realizada em uma unidade básica de saúde, no estado do Paraná, e seu espaço de atendimento engloba a maior parte das indústrias da região, o índice de vulnerabilidade da área atendida, é alto, questões como prostituição, violência doméstica e tráfico de drogas permeiam os atendimentos. Próximo a unidade encontram-se as seguintes instituições: CRAS, FAS, escola municipal, dois centros de educação infantil, duas igrejas evangélicas e uma igreja católica.

Segundo Aguiar (2015), são três princípios doutrinários que mantêm o SUS, são eles: universalidade, equidade e integralidade da atenção. A universalidade é baseada na Lei 8.080/90, em que consta que o acesso a saúde é direito fundamental de todo ser humano, sendo garantido pelo Estado, implementando políticas públicas, oferecendo acesso em todos os níveis de assistência médica, sem preconceitos ou privilégios (AGUIAR,2015). O princípio de equidade assegura que o acesso a todos os níveis de serviço, de acordo com a complexidade de cada caso, independente de suas diferenças sociais. A integralidade pode ser entendida “como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso” (AGUIAR,2015, p. 51). E que a articulação entre promoção, prevenção e a recuperação no cuidado, sejam intersetoriais objetivando melhorias (AGUIAR,2015).

Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que residem na área de abrangência

da Unidade de Saúde, a instituição realiza o atendimento com os usuários da população definitiva (12.158 habitantes) e da população provisória (7.500 pessoas). A rede conta com atendimentos de odontologia, enfermagem, nutrição, fisioterapia, psicologia, psiquiatria e medicina, além de atendimento farmacêutico. Sobre os recursos físicos, a unidade de saúde possui uma recepção com cadeiras para que os pacientes aguardem os atendimentos, 12 salas para atendimentos diversos, espaço saúde anexo à unidade, onde realizam as atividades em grupos.

A unidade possui 3 equipes que atuam diariamente na unidade, cada uma conta com um médico, uma enfermeira, três técnicas de enfermagem, um dentista, dois auxiliares em saúde bucal, e duas agentes comunitárias de saúde. Outras especialidades visitam a instituição periodicamente, psicóloga, nutricionista, educador físico, fisioterapeuta e farmacêutico uma vez na semana e a cada quinze dias a psiquiatra vai até a instituição. A unidade apresenta todas as quartas-feiras um grupo de apoio ministrado pela psicóloga, que também realiza atendimentos individuais quando necessários.

## **GRUPO DE ATIVIDADE FÍSICA PARA A PESSOA IDOSA**

O Grupo é frequentado por idosos com idades entre 65 a 92 anos, que buscam melhorar sua qualidade de vida ou que foram encaminhados para o atendimento com o educador físico por meio da Agente Comunitária de Saúde (ACS), as atividades ocorrem uma vez na semana.

Durante o período da manhã, às 07h30m, o grupo realiza os exercícios em uma praça da região, localizada a duas quadras da unidade, a praça possui uma quadra de areia com duas traves e uma academia ao ar livre, envolta do espaço havia uma calçada onde realizam as caminhadas. As atividades a partir das 08h30m são realizadas no espaço saúde, um anexo da Unidade da Saúde, na sala são dispostas várias cadeiras formando um círculo, uma das paredes laterais possui um espelho e pia, o ambiente também conta com banheiros, feminino e masculino com adaptação para portadores de necessidades especiais.

A região apresenta um alto índice de vulnerabilidade, além da unidade a população não promove nenhum tipo de assistência para as pessoas idosas, jovens, crianças, etc. A associação de moradores da região busca no futuro oferecer atividades para a população, como: capoeira, artesanato, para que os moradores se sintam amparados.

Foi observado que alguns idosos não dão continuidade no programa, alguns recusam participar dizendo que seus acompanhantes (seus responsáveis) não teriam tempo de levá-los até a unidade toda semana mesmo sem consultá-los previamente. A maior parte dos idosos observados apresentava dificuldades na mobilidade e riscos de queda, decorrentes de tonturas e fraquezas, dessa maneira necessitavam de acompanhante, na maior parte dos casos algum familiar. A realização do grupo na unidade de saúde ou na



praça dificulta a participação das pessoas. Conforme o artigo 230 da Constituição Federal (1988), os programas de amparo aos idosos devem ser realizados preferencialmente em seus lares, e é dever da família, sociedade e Estado amparar essas pessoas, garantindo sua participação na comunidade.

## **VULNERABILIDADE SOCIAL**

A integridade física da pessoa deve ser protegida, para Sanches & Gubert (2012), a dimensão corporal é essencial para a qualidade de vida do ser, quando esta fica comprometida revelamos nossa vulnerabilidade. A velhice é identificada por um período de fragilidade da vida, a fragilidade é ligada ao que é quebradiço, pouco vigoroso, a vulnerabilidade refere-se a qualidade ou o estado de alguém que pode ser atacado ou ferido, uma situação ou acontecimento capaz de abalar o estado físico ou psíquico do indivíduo (Minayo & Coimbra, 2002). A fragilidade se refere a eventos tidos como causadores de desordem ou desajustamentos na pessoa, sendo assim podemos chamar de vulnerabilidade de qualidade do evento, acontecimentos, situações onde o indivíduo socialmente vivência fenômenos tidos como vulneráveis (MINAYO & COIMBRA, 2002).

Conforme Côrte, Mercadante & Arcuri (2006), em consequência de perdas os idosos são vulneráveis devido a perda das habilidades sociais, mentais e físicas. Para Sanches & Gubert (2012), o sofrimento da vulnerabilidade torna-se pior para a pessoa do que a dor sentida, em consequência de um adoecimento, o indivíduo se encontra em uma situação que a atinge emocionalmente, causando muitas vezes: improdutividade, isolamento, enfraquecimento da estrutura pessoal, angústia e medo da morte.

## **A PESSOA IDOSA**

Conforme Minayo & Coimbra (2002), no Brasil o crescimento da população idosa é cada vez maior, entre 1950 e 1991 a proporção de pessoas com 60 anos ou mais de idade aumentou de 3,5% para 7,3%, e a proporção de idosos com 65 anos aumentou de 1,7 para 4,5%, em 1991 o número total de pessoas idosas com mais de 65 anos ultrapassou os 7 milhões, e a expectativa para 2025 é que esse número passe para 30 milhões. Em 1970 a expectativa de vida da população brasileira era de 52,7 anos, em 1991 de 66,1 anos e em 2000 a expectativa foi para 67,3 anos.

Embora o prolongamento da vida seja um indicador de melhores condições de sobrevivência, o cuidado com o envelhecimento deve ser idealizado com base nos princípios da qualidade de vida (MINAYO & COIMBRA, 2002). Viver muito não é o suficiente, é preciso viver bem. No caso da saúde, o planejamento de políticas deve incluir a promoção de ações socioambientais e preventivas. É preciso pensar em transformações culturais e estruturais para atender a nova realidade e demanda, pensando nos idosos e em suas famílias que lhe dão o cuidado necessário (CÔRTE, MERCADANTE & ARCURI, 2006). Em um país

tão marcado pela desigualdade social, Minayo & Coimbra (2002) citam que o processo de envelhecimento pode reforçar desigualdades em termos da qualidade de vida e bem-estar entre diferentes classes da população, aumentando a chance de exclusão da pessoa idosa.

A partir da segunda metade do séc. XIX o processo de envelhecer foi tratado como uma etapa da vida caracterizada pelo declínio e pela perda de papéis sociais, o envelhecimento era associado a deterioração do corpo. Segundo Minayo & Coimbra (2002), a literatura gerontológica compreendia a velhice como uma fase de ajustamento a mudanças fisiológicas provocadas pela força física cada vez menos presente.

Para Minayo & Coimbra (2002), no âmbito da saúde o envelhecimento populacional que gera novas demandas para os serviços, esse fenômeno abrange uma diversidade de experiências, deve se levar em consideração que esse processo é vivido de formas diferentes de uma pessoa para outra, de uma geração para outra, e de uma sociedade para outra. Côrte, Mercadante & Arcuri (2006), alertam para a complexidade física, psicológica e social, além das diversas realidades, a velhice deve ser compreendida de formas distintas, sem comparações de um país como a Serra Leoa, onde a expectativa de vida é de 37 anos ou do Japão, em que a expectativa chega a 78 anos de idade. As pesquisas sobre o envelhecimento ditam uma ligação entre os processos de doença e morte, que segundo Minayo & Coimbra (2002), dificultam a visão do envelhecimento de maneira diferenciada, não favorecendo sua relação com qualidade de vida e saúde. Sendo a velhice já identificada por um período de fragilidade da vida, vivenciada com perdas e limitações, não conseguimos associar com outros cursos de vida (MINAYO E COIMBRA, 2002). Côrte, Mercadante & Arcuri (2006) citam como desafio da velhice a perda da fluidez e liberdade relacionada a aspectos sociais, culturais e familiares.

## **PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA**

Segundo Ferro (2012), o cálculo da evolução na área da saúde aconteceu devido a este tema central chamado qualidade de vida (QV). Esse assunto é vasto e complexo. Possui diferentes interpretações e só pode ser compreendido quando se compreende as condições de vida da pessoa naquele determinado momento. A QV é um termo de muita subjetividade que abrange diversas dimensões, é estabelecida como a ideia que a pessoa tem sobre o seu lugar no âmbito sociocultural, levando em conta suas expectativas, medos e padrões. Aspectos como saúde física, mental, satisfação pessoal e hábitos estão relacionados à QV (FERRO,2012).

A fim de calcular a QV, foram desenvolvidas diferentes ferramentas para avaliar populações diversas, em sua maioria eram realizadas em países de alta renda e adaptada para outros contextos (FERRO,2012). Para o autor, é comum pensar em promoção de saúde quando se fala em qualidade de vida, pois se relaciona com a mudança de comportamento da pessoa com ela mesma e com o grupo. Sendo assim, as ações de

promoção da saúde são dirigidas às pessoas e familiares, com o objetivo de influenciar questões comportamentais, culturais e hábitos no estilo de vida.

Levando em conta essa questão o Ministério da Saúde do Brasil publicou, em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde, onde explica sobre o quanto é importante a prática regular de exercícios físicos na vida do indivíduo, percebe-se que há um aumento no interesse de compreender a ligação entre atividade física e questões relacionadas à capacidade funcional. O decréscimo da capacidade funcional pode ser mais rápido quando ocorre desuso pela falta de estímulos de acordo com estudos. Pesquisas afirmam que o hábito de praticar exercícios físicos diminui a velocidade do envelhecimento, mantendo assim a autonomia do idoso. Os indicativos mostram uma união positiva entre a atividade física e QV, mas esta relação ainda não foi totalmente compreendida. Alguns autores evidenciaram que os resultados devem ser analisados em pessoas de diferentes faixas etárias e estado de saúde, com ferramentas de medidas específicas de atividades físicas (FERRO,2012).

## EXERCÍCIOS FÍSICOS E SAÚDE

De acordo com Maciel (2010) *apud* Organização Mundial da Saúde (2006), para uma pessoa estabelecer uma boa qualidade de vida é necessário adotar um estilo de vida que inclua boa alimentação e a prática de atividades físicas relevantes na promoção da saúde e na prevenção dos fatores de risco à saúde. Para a prática de exercícios é preciso compreender que além dos benefícios biológicos, sociais e psicológicos que a prática promove mudanças individuais e grupais para a adesão das mesmas, através delas é possível realizar com frequência e qualidade as atividades físicas.

Segundo o autor *apud* OMS (2005) pode-se considerar idoso, todo indivíduo com idade a partir de 60 e 65 anos, para países em desenvolvimento e para países já desenvolvidos. Para compreender as condições de saúde dos idosos são precisos indicadores que diferenciam o processo saúde/ doença dessa parcela da população, destacando a mobilidade, a mortalidade, o conjunto de causas para doenças e a qualidade de vida. A respeito da morbidade do idoso ressalta-se as doenças e agravos não transmissíveis (DANT) pois necessitam de constante acompanhamento pelo indivíduo idoso. (MACIEL,2010,p.1025).

As DANT podem dificultar ou impedir a prática de atividades físicas do cotidiano de um idoso, implicando na sua funcionalidade, as condições que a funcionalidade acarreta não são fatais, porém comprometem de forma significativa a qualidade de vida de uma pessoa, para que isso não ocorra é de extrema importância o incentivo da manutenção da autonomia e independência durante o período de envelhecimento. ( MACIEL,2010).

Para Maciel (2010) *apud* Duarte,Andrade,Lebrão (2007) a funcionalidade é a capacidade de uma pessoa de realizar sozinha atividades do cotidiano, como cuidar de si

mesmo, manter relacionamentos sociais, lazer, essas atividades podem ser denominadas de AVD, atividades de vida diária e estas podem se subdividir em atividades básicas do dia-a-dia, como tomar banho, se vestir, se alimentar. E as atividades chamadas de instrumentais do dia-a-dia que dizem respeito a vida em comunidade, como fazer compras, utilizar meios de transporte, tomar medicamentos, administrar as finanças.

Quando essas não podem ser realizadas independentemente pelo idoso ele é considerado incapaz, para identificar essa incapacidade é preciso que o idoso declare a alguém suas dificuldades, que podem ser atribuídas a modificações morfológicas e fisiológicas do corpo que acabam limitando sua autonomia. E é para isso que as atividades físicas cooperam para o bem estar do indivíduo reduzindo danos advindos dos envelhecimento. (MACIEL,2010).

Maciel(2010) *apud* OMS(2006) explica que o exercício físico como atividade física planejada, pré estruturada e que necessita de repetição, tem como objetivo a manutenção da saúde, busca-se com isso a maior capacidade pulmonar, aeróbica, resistência, flexibilidade. Essa busca apresenta um resultado psicológico como a melhora da autoimagem e autoestima, reduzindo a depressão, a ansiedade no idoso, e fisicamente acarreta na diminuição dos problemas cardíacos, diabetes, hipertensão, diminui o risco de obesidade e osteoporose. E apesar dos conhecimentos sobre os riscos da inatividade física, ainda há um aumento destas e conseqüentemente das DANT mundialmente.

Cerca de cinquenta por cento da população idosa pratica atividade física por prescrição médica no Brasil, é possível observar com isso a deficiência do incentivo público à prática de atividades físicas no país. Algumas justificativas para a inatividade da população com mais de 60 anos são a sensação de cansaço, falta de companhia, falta de local e de habilidades. ( MACIEL,2010).

## **INTEGRAÇÃO CUIDADO E CUIDADOR**

Segundo Sanches & Gubert (2012), o cuidado é um princípio básico da vida humana, partindo de que não é possível nos tornarmos humanos sem o cuidado de um terceiro. Leonardo Boff (1999) *apud* Sanches & Gubert (2012), define cuidado como uma atitude de ocupação, onde uma pessoa se preocupa e se responsabiliza por outra, o momento em que sai de si para se concentrar no outro.

Côrte, Mercadante & Arcuri (2006), conceituam cuidador como a pessoa que se responsabiliza pelos cuidados de outra pessoa, sendo um familiar ou não, que realiza a mediação entre paciente e equipe de saúde.

Para Sanches & Gubert (2012) existem três tipos de relações de cuidado, o primeiro é relacionado ao afeto, representado pela família, parentes e amigos mais próximos; o segundo grupo de cuidado é chamado de relações solidárias, refere a cuidados voluntários com pessoas necessitadas ou adoecidas; e o terceiro é caracterizado pelas relações

profissionais, médicos, líderes religiosos, professores, assistentes sociais, psicólogos, etc.

Côrte, Mercadante & Arcuri (2006), trazem dois tipos de cuidador, formal e informal. Os cuidadores formais são profissionais de instituições que realizam atendimento, já os cuidadores informais são família, amigos, vizinhos, voluntários etc. Além destas duas formas Côrte, Mercadante & Arcuri (2006), classificaram cuidadores em três classes, cuidadores primários: possuem a responsabilidade de supervisionar, orientar, acompanhar e cuidar do paciente. Cuidadores secundários: realizam as mesmas tarefas que o primário mas sem o mesmo envolvimento, substituem os primários em caso de falta. E por último cuidadores terciários: são as pessoas que auxiliam quando são solicitadas, não possuem responsabilidade com o cuidado e em último caso substituem o cuidador primário.

## **ASSISTÊNCIA DOMICILIAR**

A assistência domiciliar é uma nova forma de atendimento à saúde, é uma alternativa para dar sequência a tratamentos e cuidados, executada na maioria das vezes por instituições públicas ou privadas (CÔRTE, MERCADANTE & ARCURI, 2006). O conforto e privacidade da residência do paciente, segundo Côrte, Mercadante & Arcuri (2006), podem ajudar na adesão de tratamentos.

Conforme Côrte, Mercadante & Arcuri (2006), a assistência domiciliar refere-se a maneiras de atenção à saúde realizadas no lar do indivíduo, como o atendimento e internação domiciliar. O atendimento pode ser compreendido como atividades planejadas por meio de ações preventivas e assistenciais por uma equipe multiprofissional. O processo de envelhecimento pode desencadear doenças decorrentes da idade, tornando a pessoa dependente para algumas atividades, neste caso necessitam de apoio especializado que pode ser atendido pela assistência domiciliar (CÔRTE, MERCADANTE & ARCURI, 2006).

## **MELHORIAS IDENTIFICADAS**

Compreendemos que a locomoção até a unidade pode ser um fator de risco devido a fragilidade da pessoa idosa, conforme citado por Minayo & Coimbra (2002). A assistência domiciliar abordada por Côrte, Mercadante & Arcuri (2006), pode ser uma alternativa para um alcance maior dos atendimentos, assim o trabalho é realizado com os indivíduos até que alcancem uma maior independência e queiram realizar as atividades no grupo.

Se tornaria mais interessante incluir no grupo os familiares que realizam o papel de cuidadores para que possam participar e assim fiquem mais motivados para levarem os idosos, vendo a execução dos exercícios no grupo podem ajudar o idoso em casa, pois conforme Sanches & Gubert (2012), o cuidado é essencial, pois assim nos tornamos humanos.

Para a efetivação de um serviço multiprofissional, incluir o atendimento da nutricionista e de um médico generalista frequentemente na rotina do idoso. Para apoiar a

família, a elaboração de cartilhas ou até mesmo a realização de palestras podem prepará-lo para lidar com o envelhecer da melhor forma.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente trabalho proporcionou ao grupo a possibilidade de analisar a realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e as iniciativas voltadas às pessoas idosas. Com isso, nos deparamos com pequenos problemas nas estratégias e pontos a serem estudados para suprir essa necessidade.

Como o Sistema Único de Saúde (SUS), possui uma grande abrangência e seus projetos são desenvolvidos por cargos administrativos a remodelação deste projeto se torna inviável, pois seus métodos já estão pré estabelecidos, mas por se tratar de uma pequena área, a sensibilização pessoal, pode ser um meio de motivar cada sujeito, a qual o projeto é oferecido, para que se sintam capazes, sem colocar suas limitações a frente de suas vontades.

O cuidado estabelecido para com cada pessoa idosa se mostrou como um impulso, para que as atividades fossem realizadas semanalmente, na busca pela qualidade de vida. A interação estabelecida pelos próprios idosos também estimula a participação de cada pessoa, não deixando se desanimar por suas limitações físicas que corriqueiramente possam surgir, o que se tornam dois grandes pontos positivos para a adesão do projeto. Quando não há esses pontos de incentivo, a falta de ânimo culminam na desistência do programa.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS: Sistema Único de Saúde- antecedentes, percurso, perspectiva e desafios**. São Paulo: Martinari, 2015.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, p.133.

BRASIL, Lei Nº 1074/2003. **Estatuto do Idoso**. Brasília, DF, 2003.

CÔRTE, Beltrina; MERCADANTE, Elisabeth Frohlich; ARCURI, Irene Gaeta. **Masculin(idade) e velhices: entre o bom e mau envelhecer**. São Paulo: Vetor, 2006.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; ANDRADE, Claudia Laranjeira; LEBRÃO, Maria Lúcia. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.41, n. 2, Jul. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/lj/reeusp/a/35KzF4DTCvJbfbhs5nFQyV G/?lang=pt> . Acesso em 01 jun. 2021.

FERRO, Fernanda Fernandes. **Instrumentos para medir a qualidade de vida no trabalho e a ESF: uma revisão de literatura**. Orientadora: Fernanda Magalhães Duarte. 2012. Dissertação (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Brumadinho, 2012.

MACIEL, Marcos Gonçalves. Atividade física e funcionalidade do idoso. Rio Claro: Motriz, p.1024-1032, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA, Carlos E. A. Jr. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA. **Missão, visão e valores do SUS Curitiba**. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/a-secretaria/missao.html> Acesso 28 de maio de 2019.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA. **Histórico da Secretaria**. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/a-secretaria/historico-da-secretaria.html> Acesso 22 de junho de 2019.

SANCHES, Mário Antonio; GUBERT, Ida Cristina. **Bioética e vulnerabilidades**. Curitiba: Ed. UFPR: Champagnat, 2012.

## PROJETO NACIONAL DE EDUCAÇÃO PELOS PARES DA FUNDAÇÃO PORTUGUESA “A COMUNIDADE CONTRA A SIDA” A FORMAÇÃO PEDAGÓGICA DOS JOVENS VOLUNTÁRIOS

Data de aceite: 20/08/2021

Data de submissão: 06/07/2021

**Filomena Margarida Venâncio Frazão de Aguiar**

Fundação Portuguesa  
“A Comunidade Contra a SIDA  
Lisboa, Portugal

**Paula Cristina de Almeida Costa**

Fundação Portuguesa  
“A Comunidade Contra a SIDA  
Lisboa, Portugal  
<https://orcid.org/0000-0002-7591-8292>

**RESUMO:** A Educação pelos Pares é uma metodologia utilizada na promoção da saúde, na prevenção da doença e dos comportamentos de risco. O Projeto Nacional de Educação pelos Pares (PNEP) conta com a contribuição de voluntários universitários que recebem formação (científica e pedagógica) para atuarem junto dos alunos das escolas parceiras. Este artigo objetiva caracterizar esses voluntários, conhecer as suas motivações e expectativas iniciais, avaliar a formação pedagógica ministrada e perceber as expectativas alcançadas na sua experiência de voluntariado. Os resultados obtidos, através da realização de três questionários, no ano letivo 2015/2016, revelaram que os 80 jovens voluntários, maioritariamente na faixa etária dos 18-22 anos, são provenientes sobretudo de cursos de Medicina, Psicologia e Comunicação. Face à formação pedagógica recebida realçam o

interesse, a utilidade e a organização, mas também as estratégias utilizadas pelas professoras do PNEP. Salientam vários aspetos positivos, nomeadamente o “Clima de total abertura” e a “Elevada interação entre os voluntários e as professoras”. Quanto aos motivos para a adesão ao PNEP referem, entre outros: “ajudar os jovens a ter acesso a informação sobre VIH e prevenção de outras IST”; “participar em projetos de voluntariado”; “obter enriquecimento pessoal e profissional” e “fazer parte de um projeto interessante e contribuir para a alteração de comportamentos e mentalidades”. Os resultados legitimam a importância da formação pedagógica dos jovens voluntários na consecução do PNEP e evidenciam pontos fortes deste programa a dar relevo em edições futuras.

**PALAVRAS - CHAVE:** Educar para a Saúde; Educação pelos Pares; Jovens Voluntários, Prevenção do VIH e Sida.

### NATIONAL PEER EDUCATION PROJECT OF FUNDAÇÃO PORTUGUESA “A COMUNIDADE CONTRA A SIDA” THE PEDAGOGICAL TRAINING OF YOUNG VOLUNTEERS

**ABSTRACT:** Peer Education is a methodology used in promoting health, preventing disease and risk behaviors. The National Peer Education Project (PNEP) features the contribution of university volunteers who receive scientific and pedagogical training to work with the students from partnering schools. This article aims to describe these volunteers, know their motivations and initial expectations, evaluate the pedagogical training provided as well as understand the expectations



achieved in their volunteering experience. Results obtained in three questionnaires conducted in the 2015/2016 academic year reveal those 80 volunteers, mainly students aged 18 to 22, come essentially from Medicine, Psychology and Communication courses. In regards to the pedagogical training they received, they point out its importance, usefulness and organization, but also the strategies used by PNEP teachers. They highlight many positive aspects, namely the “total openness” and the “great interaction between volunteers and teachers”. As for their reason for joining the PNEP they mention, among others, “helping young people access information about HIV and how to prevent other sexually transmitted infections”, “participating in volunteering projects”, “achieving personal and professional development” and “being part of an interesting project and contributing to changing behaviors and mentalities”. The results prove the importance of the young volunteers’ pedagogical training in carrying out the PNEP and present the strong points of this program to be highlighted in future editions.

**KEYWORDS:** Health Education; HIV/AIDS Prevention; Peers Educators; Volunteers.

## 1 | INTRODUÇÃO

Educar para a Saúde é uma responsabilidade de diversos setores da sociedade, nomeadamente do setor da saúde e da educação, mas também de outras organizações que consideram a saúde um recurso para a vida, em direção a um bem-estar global dos indivíduos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) Educar para a Saúde pode constituir-se como “qualquer combinação de experiências de aprendizagem que tenham por objetivo ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento dos conhecimentos ou influenciando as suas atitudes” (DGE, 2014) e que visa contribuir para a operacionalização do conceito de Promoção da Saúde. Tal como consignado na Carta de Ottawa (1986), a Promoção da Saúde é um processo de “capacitação dos indivíduos e das comunidades para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (WHO, 1986).

Partindo destes pressupostos foi desenvolvido, pela Fundação Portuguesa “A Comunidade Contra a SIDA” (FPCCSida), um projeto pioneiro, em Portugal, designado por Projeto Nacional de Educação pelos Pares (PNEP) que se traduz pelo desenvolvimento, a nível nacional, do Programa Sexualidade e Prevenção do VIH/SIDA (FPCCSida, 2007) em escolas com 3º ciclo do ensino básico, iniciando-se no 7º ano de escolaridade e finalizando no 9º ano, abrangendo um público-alvo com idades compreendidas entre os 11 e os 15 anos de idade. A concretização do PNEP conta com a valiosa contribuição de jovens voluntários/as, estudantes do Ensino Superior, provenientes de diversos cursos que recebem formação científica e pedagógica para atuarem junto dos/as alunos/as das escolas parceiras e contam com a supervisão pedagógica dos/as docentes destacados/as nas diversas Delegações Regionais da FPCCSida e dos/as docentes das turmas envolvidas.

Estes/as jovens universitários/as, voluntários/as neste projeto, constituem-se como Pares Educadores e organizam-se em dois grupos distintos, mas que complementam: i)

as Brigadas Universitárias de Intervenção (BUI) que animam os momentos de formação e informação junto dos/as alunos/as, partilham vivências, medos, preconceitos, gostos, sentimentos e, refletem em conjunto sobre o que há de mais e de menos positivo nas atitudes e nos comportamentos que são assumidos pelos/as jovens na comunidade social em que estão inseridos; e pelo ii) Teatro Universitário de Intervenção (TUI), grupo que apresenta uma peça de teatro-debate. Em ambos os grupos as temáticas abordadas são as que estão consignadas no Programa Sexualidade e Prevenção do VIH/SIDA e que estão em conformidade com as diretrizes do Ministério da Educação no que se refere à Sexualidade e Educação Sexual.

O desenvolvimento do Programa “Sexualidade e Prevenção do VIH/SIDA” no âmbito do Projeto Nacional de Educação pelos Pares, implementado em contexto de sala de aula, utiliza como metodologia a Educação de Pares, incentivando os/as estudantes a explorarem as valências relacional, afetiva, social e fisiológica da sexualidade humana, estimulando a partilha de vivências, a compreensão de problemas associados a comportamentos de risco, a tomada de decisão com responsabilidade no âmbito da vivência saudável da sexualidade, tendo em conta os valores pessoais, familiares e sociais. Para a concretização do referido Programa os/as voluntários/as do ensino superior, recrutados/as a nível nacional, sobretudo nas regiões afetadas aos Centros de Aconselhamento e Orientação de Jovens (CAOJ), das Delegações Regionais da FPCCSida, recebem dois tipos de formação: científica e pedagógica. A formação científica, de carácter generalista, é ministrada por especialistas das áreas de medicina, psicologia, direito, educação e segurança e assenta, sobretudo, nas seguintes temáticas: “VIH, Sida e outras IST”, “Sexualidade, saúde e educação”; Questões ético-jurídicas associadas ao VIH e Sida”, “Perigos da Internet”, “Igualdade de Género e Violência no Namoro”, “Riscos associados ao consumo de álcool e drogas” e “Métodos contraceptivos e gravidez na adolescência”. A formação pedagógica visa preparar os/as jovens para a sua intervenção em sala de aula e perspectiva, não só, o conhecimento do Programa “Sexualidade e Prevenção do VIH/SIDA”, mas também prevê a apresentação e dinamização dos jogos e outras atividades que nele estão inseridos de forma a familiarizar os/as voluntários/as para essas mesmas estratégias e metodologias de implementação do referido Programa. Habitualmente, é ministrada pelos/as docentes ao serviço de cada CAOJ. Ambas as formações são avaliadas pelos/as intervenientes através da aplicação de questionários.

O presente artigo irá debruçar-se, por um lado, na caracterização desses/as jovens universitários/as, percebendo a sua proveniência universitária, a sua faixa etária e quais as suas motivações e expectativas iniciais aquando da sua entrada no projeto, e por outro, procura compreender como os/as voluntários/as avaliam a formação pedagógica e quais as expectativas alcançadas na sua experiência de voluntariado.

## 2 | METODOLOGIA

A consecução dos objetivos deste trabalho requereu a recolha de dados provenientes do Questionário de Satisfação aplicado no final da formação pedagógica e dos dados obtidos nos Questionário Inicial – BUI e no Questionário Final BUI aplicados a 80 jovens voluntários/as, no ano letivo 2015/16, distribuídos pelas Delegações dos CAOJ do Porto, Coimbra, Lisboa e Setúbal. Relativamente à avaliação da Formação Pedagógica, ministrada após o recrutamento dos jovens e antes da formação das BUI, foi implementado um questionário de avaliação do curso, constituído por nove questões de resposta fechada: (1) os objetivos definidos para o curso, (2) a metodologia usada, (3) a duração global, (4) as expectativas dos jovens, bem como (5) o relacionamento entre os/as participantes na formação, (6) organização da ação, (7) desenvolvimento de competências pessoais e sociais, (8) desenvolvimento de competências sobre sexualidade e (9) nível de satisfação face aos aspetos pedagógicos abordados, tendo sido utilizada uma escala em que (1) significa Nada e (5) Totalmente. As décima e décima primeira questões foram de resposta aberta, a primeira diz respeito aos aspetos positivos do curso e a segunda aos aspetos que deveriam ser melhorados. Quanto ao Questionário Inicial BUI, que foi aplicado após a formação das Brigadas Universitárias de Intervenção, que constituem grupos de voluntários que posteriormente se distribuem pelas escolas parceiras no projeto, é composto por quatro questões de resposta aberta nas quais se pretende perceber: (1) os motivos de adesão ao PNEP; (2) resultados que espera atingir com o desenvolvimento do projeto; (3) dúvidas e receios relativamente à implementação juntos dos/as alunos/as mais novos/as e (4) qual ou quais a(s) área(s) de formação do Programa que necessita de formação e informação. Contudo, para este trabalho apenas iremos explicar as questões (1) e (2), deste mesmo questionário. No que concerne ao objetivo “perceber as expectativas alcançadas nesta experiência de voluntariado” analisou-se a questão (1) indique as expectativas que foram alcançadas com a consecução do PNEP referente ao Questionário Final da BUI.

Os dados obtidos foram tratados recorrendo à criação de um sistema de categorias indutivas. Posteriormente, foi feita uma análise relativa à frequência com que emergiram cada uma das categorias de análise nos dados recolhidos, que serão apresentados conjuntamente com alguns excertos das respostas para uma melhor explicitação dos mesmos.

## 3 | RESULTADOS

Relativamente aos e às jovens voluntários/as que colaboraram no ano letivo transato verifica-se que a maioria são do sexo feminino (72%) e os restantes (28%) do sexo masculino, de idades compreendidas entre os 18 e os 22 anos, sendo oriundos, maioritariamente, dos Cursos de Medicina, Psicologia e Comunicação, das diversas

Universidades e Politécnicos Nacionais.

Face aos resultados obtidos no questionário de avaliação da Formação Pedagógica apresentam-se, de seguida, na **tabela 1**. Avaliação dos Curso de Formação Pedagógica de voluntários/as, as quantificações relativas a cada uma das questões de resposta fechada. Os dados obtidos nas questões de resposta aberta apresentam-se nas tabelas seguintes.

Questão	Escala				
	1	2	3	4	5
1 - Os objetivos definidos para a ação foram atingidos?	0	0	5	33	42
2 - A metodologia global da ação foi adequada?	0	0	0	18	62
3 - A ação correspondeu às suas expectativas?	0	0	3	33	44
4 - A duração global da ação foi adequada?	0	0	9	47	24
5 - O relacionamento entre os participantes favoreceu a formação?	0	0	3	42	35
6 - A organização da ação foi eficiente?	0	0	7	21	52
7 - Qual o nível de consecução no âmbito do desenvolvimento de competências pessoais e sociais?	0	0	9	27	44
8 - Qual o nível de consecução no âmbito do desenvolvimento de competências sobre sexualidade?	0	3	8	31	38
9 - Qual o nível de satisfação, quanto aos aspetos pedagógicos abordados?	0	0	4	22	54

Tabela 1. Avaliação dos Curso de Formação Pedagógica de voluntários(as)

Nota da Escala: 1=Nada; 5=Totalmente

Relativamente à primeira questão aberta do questionário que procura perceber os aspetos positivos da formação pedagógica, os dados apresentados na **tabela 2**. Aspetos Positivos da Formação, são apresentados de acordo com as categorias definidas a *posteriori*:

### Aspetos Positivos da Formação

Categoria	Subcategoria	Exemplos extraídos das respostas aos questionários
Temáticas abordadas	Interesse e pertinência	<p>Inclui aspetos pertinentes;  Muito bons temas;  Informações e assuntos muito pertinentes;  Temáticas interessantes no desenvolvimento e preparação do indivíduo;  Muito interessante. Esta formação demonstra a capacidade de despertar o interesse relativamente a estas temáticas;  Temas adequados;  Esclarecimentos científicos, sociais e de comportamentos.</p>
	Desenvolvimento	<p>Os temas foram muito bem desenvolvidos;  Realização de atividades pedagógicas diferentes;  Criatividade;  Inovador;  Debate, conversas sobre os temas;  Formação - Clareza;  Recursos utilizados - Transmissão de conteúdos;  Formas interativas e interessantes de aprendizagem;  Boa organização.</p>
Apresentação	Dinamização	<p>Elevada interação entre os voluntários e as professoras; Metodologias de apresentação dos conteúdos;  Dinâmicas de grupo;  Clareza com as palavras;  Explicação da informação;  Dinâmicas interessantes;  Boas práticas - exemplificativas dos temas de interesse;  Não haver tempos “mortos”;  Muitos jogos e dinamismo;  Número das dinâmicas;  Esclarecedor.</p>
	Clima relacional	<p>Clima de total abertura;  Interação;  Coesão do grupo;  Boa comunicação;  Interação com o público-alvo;  Bom envolvimento dos formadores com os participantes;  Boa disposição;  Novas amizades;  Confiança;  Criar bons laços;  Relações interpessoais;  Simpatia e disponibilidade das professoras;  O “à vontade” das formadoras;  Boa relação formadoras-formandos;  Ambiente, conforto e abertura.</p>

Desenvolvimento pessoal	Concetual	<p><i>Empowerment</i> pessoal;  Permitiu alargar o meu conhecimento a nível da abordagem acerca da sexualidade;  Conhecimentos novos para ensinar de forma eficiente;  Dinâmica pedagógica capacitante;  Deu-nos objetos de trabalho;  Melhor perceção dos conteúdos abordados;  Aumento do conhecimento em relação às IST;  Enriquecer os meus conhecimentos;  Mais aprendizagem;  Aprofundar conhecimentos sobre os métodos contraceptivos e conhecer novas instituições de saúde;  Permitiu compreender quais os pontos fundamentais a abordar com os jovens e com intervir nas escolas;  Desenvolvimento de competências;  Prevenir comportamentos de risco;  Desmistificação de ideias.</p>
	Relacional	<p>Desenvolver os conceitos falados e a minha expressão para com os outros;  Conhecer novas pessoas;  Capacidade de intervir e falar sobre os assuntos abordados;  Ajudou-me bastante na interação com os outros;  Aumentar a nossa autoconfiança</p>

Tabela 2. Aspetos Positivos da Formação Pedagógica

Face à décima primeira questão: Aspetos a serem melhorados na formação destacam-se, pelos/as participantes, os seguintes dados:

- Não modificaria nada nesta formação; Nada a acrescentar, achei interessante; Nada. Foi tudo positivo na minha opinião;
- Dois dias seria interessante;
- Melhor gestão do tempo; Colocaria um intervalo a meio da manhã;
- Teatro mais completo ... identifique a problemática de essência tratada pelo CAOJ;
- Refletir um pouco mais sobre as dinâmicas;
- Faltou um pouco mais de "instrução" de como interagir com os alunos pouco recetivos e mais provocativos;
- Gostava com muito orgulho de continuar a participar nas outras formações.

As motivações e expetativas iniciais dos/as voluntários/as para integrarem o Projeto Nacional de Educação pelos Pares são apresentadas na **tabela 3**. Questionário Inicial BUI, e tal como foi referido anteriormente apenas se apresentam as categorias de análise às duas questões (1 e 2), atendendo aos objetivos traçados inicialmente.

<b>Questionário Inicial BUI</b>	
<b>Questão 1. Motivo (s) que o (a) levaram a aderir ao Projeto Nacional de Educação pelos Pares</b>	
<b>Categoria</b>	<b>Exemplos extraídos das respostas aos questionários</b>
Espírito de entrega/juda	<p>Ajudar os jovens a ter acesso a informação sobre VIH e prevenção de outras IST; Interesse em trabalhar com os adolescentes diversas problemáticas da sociedade atual;</p> <p>Optei por aderir ao projeto porque sempre gostei da ideia de fazer voluntariado; Ainda para mais a minha área que é a Educação o projeto é uma mais-valia para poder aprender e ensinar;</p> <p>Participar em projetos de voluntariado;</p> <p>Porque penso que o projeto é uma mais-valia nas escolas, tanto para os alunos adquirirem conhecimentos, mas também para eles próprios transmitirem o que aprenderam a outros alunos. Porque gosto bastante dos temas que são abordados e gosto das interações durante as sessões;</p> <p>Proximidade com os jovens;</p> <p>Fazer parte de um projeto interessante e contribuir para a alteração de comportamentos e mentalidades.</p>
Aprendizagem pessoal	<p>Após ter tido um ano de voluntariado no projeto achei interessante dar continuação a este trabalho porque é algo que realmente me cativa;</p> <p>Tenho muito interesse na área da sexualidade e acredito que a educação em sexualidade é de grande importância para a formação pessoal;</p> <p>Uma oportunidade de aprender mais sobre o tema e adquirir experiência, além de poder ajudar a contribuir com um futuro com menos DST'S e preconceito;</p> <p>Interesse pelas temáticas abordadas;</p> <p>Partilha de conhecimentos e experiências.</p>
Realização pessoal	<p>Obter enriquecimento pessoal e profissional;</p> <p>Já faço voluntariado noutra área e sinto que é sem dúvida uma grande mais-valia pra mim, tanto a nível pessoal como profissional juntar-me a este projeto;</p> <p>Crescimento pessoal e profissional;</p>
<b>Questão 2. Resultado (s) que espera atingir com o desenvolvimento do Programa Sexualidade e Prevenção da SIDA</b>	
<b>Categoria</b>	<b>Exemplos extraídos das respostas aos questionários</b>
Desenvolver competências e conhecimentos	<p>Desenvolver as minhas capacidades enquanto futura animadora, adquirindo experiência em contexto real;</p> <p>Espero aprimorar meus conhecimentos sobre a sexualidade e a Sida, bem como as minhas experiências na área do ensino, e que os estudantes realmente construam conhecimentos sobre essa área;</p> <p>Obter mais conhecimento na área de sexualidade e prevenção de DST'S e mais experiência com turmas;</p> <p>A nível pessoal, espero o desenvolvimento de capacidades ao nível de lidar com adolescentes e poder de alguma forma contribuir para o seu crescimento e melhor formação;</p>

Transmitir conhecimentos aos e às alunos/as	<p>Espero que os objetivos de cada sessão sejam conseguidos, que os jovens percebam a importância e a abrangência da sexualidade ao longo da vida, enquanto mais-valia para a prevenção da Sida;</p> <p>Espero que nas turmas onde eu estiver presente, conseguir transmitir algum conhecimento e que depois os alunos possam ir transmitindo o que aprenderam durante a sua vida;</p> <p>Espero poder participar numa boa educação aos jovens, podendo mudar algo na sua vida ao diminuir comportamentos de risco;</p> <p>Espero conseguir “chegar” aos alunos e alertá-los para a prevenção e consciência, desmistificando mitos e ideias feitas que não correspondem à realidade;</p>
Valorização pessoal	<p>Como desta vez estou num centro educativo que é um contexto diferente, sinto-me mais entusiasmada ao ponto de tirar mais proveito do programa.</p>

**Tabela 3.** Questionário Inicial BUI – questões 1 e 2

Como forma de perceber o alcance das expectativas iniciais manifestadas pelos(as) voluntários(as) apresentam-se na **tabela 4.** Avaliação do PNEP – Questão 1.1 as expectativas identificadas como tendo sido alcançadas.

<b>Avaliação do PNEP - Questionário Final BUI</b>	
<p>Das expectativas que tinha relativamente ao PNEP e ao Programa Sexualidade e Prevenção da SIDA</p> <p><b>Questão 1.1</b> Indique quais as que foram alcançadas</p>	
Adquirir conhecimentos	<p>Adquirir alguns conhecimentos teóricos e pedagógicos sobre a área, contactar com jovens num âmbito de Educação – promoção de competências e conhecimentos, sentir que fui útil;</p> <p>Obtive informação técnica e aprendi a comunicar assuntos tabus com naturalidade com os meus colegas;</p> <p>Sendo este o 2º ano a participar no projeto, já tinha uma noção do que esperar em relação ao mesmo. Todavia, posso dizer que, neste 2º ano de formações, consegui ser surpreendido com uma turma desafiante e muito diferente daquela com que tinha trabalhado no ano anterior, pelo que considero ter aprendido novas formas de lidar com jovens diferentes e de “chegar até eles”, transmitindo-lhes os conhecimentos pretendidos;</p> <p>Melhoria das minhas capacidades de comunicação, e entendimento da perspectiva e conhecimentos dos mais novos acerca da sexualidade;</p> <p>As expectativas em relação ao conteúdo abordado foram todas alcançadas, o que foi uma grande mais-valia para rever certos conceitos;</p> <p>Conhecer a rotina escolar em outro país; conhecer o que os alunos já sabiam dos assuntos abordados e suas opiniões;</p> <p>Aprendi mais sobre as doenças sexualmente transmissíveis;</p> <p>Melhorar os meus conhecimentos sobre os temas abordados.</p>
Adquirir competências relacionais	<p>Desenvolvi as minhas capacidades de comunicação e de dinamização;</p> <p>Consegui captar a atenção e o interesse da turma, transmitindo adequadamente os temas abrangidos pelo nosso Projeto;</p> <p>Transmissão de informações importantes e adequadas ao nível de ensino dos alunos. Autonomia que nos deram para o conseguir;</p> <p>As expectativas foram superadas e as minhas capacidades melhoradas;</p> <p>Treinar a minha aptidão na sala de aula;</p> <p>Melhorar a minha capacidade para lidar com eles.</p>



Adquirir experiência de voluntariado	Experiência de voluntariado muito agradável com intervenção direta importante, num grupo etário adequado - 9ºano; A possibilidade de realizar voluntariado com as crianças/ adolescentes; Melhorar os meus conhecimentos sobre os temas abordados e a minha capacidade para lidar com eles.
Desenvolver trabalho com os/as alunos/as	Conseguimos alcançar vários conceitos sobre sexualidade e sobre SIDA; A oportunidade de realmente esclarecer dúvidas reais dos jovens e de abordar temas importantes sem tabus; A possibilidade de acompanhar o projeto até ao final, desmistificar os mitos em que os alunos acreditavam, capacidade de transmitir conhecimento aos mais jovens. Embora se tenha verificado que o projeto era uma novidade para a turma e que existiam alguns mitos, também foi muito interessante verificar a facilidade com que a maioria dos alunos falava dos assuntos; Transmissão de conhecimentos aos mais novos, procura de interação com as camadas mais jovens de forma a consciencializá-los para os perigos que se correm, demonstrar que é possível divertirmo-nos sem correr riscos Divulgar todos os assuntos propostos e realizar todos os trabalhos de grupo com sucesso. Conseguir tornar as aulas dinâmicas e captar o interesse dos alunos foi algo bastante complicado devido à turma e ao seu comportamento, mas o feedback foi positivo e conseguimos cumprir o objetivo. Os alunos, de forma geral, empenharam-se mais do que o esperado, isto porque foi-nos logo dado informações acerca da turma em questão e, portanto, as expectativas não estavam muito altas. Os trabalhos foram muito bem concebidos e conseguiram-se trabalhos realmente surpreendentes. Em suma, superou as expectativas; Auxiliar os alunos no esclarecimento de dúvidas sobre a sexualidade e VIH/SIDA; Trazer mais dinamismo, e contribuir para tal, nas aulas do projeto. Sentir que realmente marquei a diferença.” <u>Acredito ter alcançado todas as expectativas, consegui experiência no ensino.</u>

Tabela 4. Questionário Final BUI – questão 1.1

## 4 | DISCUSSÃO

Quando se trata de desenvolver um trabalho com voluntários/as é importante, no âmbito do PNEP, conhecer esses/as jovens no que concerne à sua proveniência académica, à sua faixa etária e às suas motivações e expectativas iniciais à entrada para o referido projeto. O presente artigo pretendeu caracterizar os/as jovens voluntários/as que colaboraram, ao longo do ano letivo 2015/16, na persecução do Programa Sexualidade e Prevenção do VIH/SIDA no âmbito do Projeto Nacional de Educação pelos Pares da FPCCSida, numa amostra de 80 voluntários/as, maioritariamente do sexo feminino e dos cursos ligados ao setor da Saúde, mas também da Educação e Comunicação, com idades muito próximas das idades dos/as alunos/as com os quais iriam trabalhar, garantindo deste modo um dos requisitos da metodologia de Educação pelos Pares, dado que “Peer education typically involves the use of members of a given group to effect change among other members of the same group” (UNAIDS, 1999).

No que diz respeito às motivações e expectativas iniciais à entrada para o PNEP os/as intervenientes destacaram sobretudo o espírito de entreajuda ressaltando, especialmente, a ideia de ajudar os/as mais novos/as a ter acesso a informação sobre o VIH e outras IST, alterar comportamentos e mentalidades, para além de uma forma de participar em projetos

de voluntariado. Paralelamente, assinalaram questões de ordem pessoal, nomeadamente a sua própria aprendizagem, pelo tipo de temáticas abordadas e pela oportunidade de aprender mais e adquirir experiência, obtendo um enriquecimento pessoal e profissional, como alguns/algumas preferiram.

Igualmente fundamental foi perceber que avaliação fizeram da Formação Pedagógica relativamente à realização da mesma, pois é essa formação que prepara os/as voluntários/as para a intervenção nas escolas e outras entidades parceiras, enquanto Pares Educadores. A análise dos dados obtidos pelo questionário de avaliação reforça que as metodologias empregues, os temas e as dinâmicas utilizadas e as estratégias aplicadas, bem como a atitude positiva e o clima relacional existente, caracterizado pela simpatia e disponibilidade dos/as formadores/as contribuem para que este/as jovens percecionem o Programa e o consigam implementar posteriormente. Consideramos, pois, que salvaguardando algumas questões de pormenores (apontados como aspetos a serem melhorados na formação) os aspetos organizacionais (duração, temas, relação pedagógica, comunicação, recursos, dinâmicas e interação entre participantes) são para manter em próximas edições da formação pedagógica.

No final da intervenção destes/as jovens foi com enorme satisfação que percebemos que para além da boa persecução do Programa, estes/as jovens adquiriram novo conhecimentos *“obtive informação técnica e aprendi a comunicar assuntos tabus com naturalidade com os meus colegas”*; melhoraram as suas capacidades e competências pessoais *“melhoria das minhas capacidades de comunicação, e entendimento da perspectiva e conhecimentos dos mais novos acerca da sexualidade”*; e ajudar os seus pares não só na desmistificação de tabu, esclarecimento de ideias erróneas, mas num crescimento salutar *“Transmissão de conhecimentos aos mais novos, procura de interação com as camadas mais jovens de forma a consciencializá-los para os perigos que se correm, demonstrar que é possível divertirmo-nos sem correr riscos”*, constitui-se de extrema importância para estes e estas jovens. Em jeito de conclusão, as expectativas alcançadas, parafraseando um(a) destes/as voluntários/as *“foram o crescimento pessoal e profissional, a capacidade de falar em público e a consciência crítica sobre as temáticas do programa. Sentir que realmente marquei a diferença.”*

Em suma, os resultados alcançados mostram que o Projeto Nacional de Educação pelos Pares teve um impacto positivo na formação dos/as voluntários/as como pares educadores tendo correspondido às suas expectativas de formação e constituindo-se como primordial na concretização do Programa Sexualidade e Prevenção do VIH/SIDA, em meio escolar.

## AGRADECIMENTOS

A FPCCSida agradece a todos/as os/as jovens voluntários/as universitários/as que colaboraram na boa persecução do Projeto Nacional de Educação pelos Pares. Igualmente agradecemos a todas as individualidades e entidades públicas e privadas que permitiram que se concretizasse o recrutamento destes/as jovens, a realização das respetivas formações: científica e pedagógica e a implementação do PNEP nas escolas e outras instituições parceiras.

## 5 | CONTACTO PARA CORRESPÊNCIA

Filomena Frazão de Aguiar  
Fundação Portuguesa “A Comunidade Contra a Sida” - FPCCSida  
Praceta António Sardinha, nº9 1º, 1170-028 Lisboa  
e-mail: fpccsida1992@gmail.com

## REFERÊNCIAS

Direção Geral de Educação - DGE. 2014. **Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde**. Disponível em [http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/papes\\_doc.pdf](http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/papes_doc.pdf)

FPCCSIDA. 2007. **Programa Sexualidade e Prevenção VIH/SIDA**. (Texto não publicado).

FPCCSIDA. 2016. **Relatório Anual de Atividades**. (Texto não publicado).

World Health Organization. 1986. **Ottawa Charter for Health Promotion**. Geneva: World Health Organization (WHO/HPR/HEP/95.1)

UNAIDS. 1999. **PEER EDUCATION AND HIV/AIDS: Concepts, uses and challenges**. UNAIDS BEST PRACTICE COLLECTION. Switzerland. Disponível em [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/jc291-peereduc\\_en\\_0.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc291-peereduc_en_0.pdf)

# CAPÍTULO 14

## POPULAÇÃO VULNERÁVEL: IDOSOS

Data de aceite: 20/08/2021

Data de submissão: 04/06/2021

### **Alyssa Reis Daniel**

Faculdades Pequeno Príncipe  
Curitiba – Paraná  
<http://lattes.cnpq.br/1026164457006987>

### **Bruna Silverio de Sousa**

Faculdades Pequeno Príncipe  
Curitiba – Paraná  
<http://lattes.cnpq.br/7789144557939716>

### **Hugo Murilo de Carlos Vergnano**

Faculdades Pequeno Príncipe  
Curitiba – Paraná  
<http://lattes.cnpq.br/4442298268264245>

### **Jamile Brey Vieira**

Faculdades Pequeno Príncipe  
Curitiba – Paraná  
<http://lattes.cnpq.br/9796038841018581>

### **Julia Marchesi Zeferino**

Faculdades Pequeno Príncipe  
Curitiba – Paraná  
<http://lattes.cnpq.br/9335531221517351>

### **Denise Ribas Jamus**

Faculdades Pequeno Príncipe  
Curitiba – Paraná  
<http://lattes.cnpq.br/6065866844790687>

### **Silvia Regina Hey**

Faculdades Pequeno Príncipe  
Curitiba – Paraná  
<http://lattes.cnpq.br/5220928285090110>

**RESUMO:** O processo de envelhecer é caracterizado pelas mudanças que ocorrem com o indivíduo. O idoso pode ser classificado como população vulnerável, pois fica mais suscetível não somente a doenças e modificações fisiológicas, mas também está mais disposto a desenvolver doenças psíquicas. Motivados a compreender sobre essa temática, o presente relato de experiência objetivou identificar os fatores relacionados à população vulnerável: idosos. Para isso foi realizada uma visita técnica a uma instituição de idosos de longa permanência, e pesquisa bibliográfica acerca de assuntos que envolvem o envelhecimento, focando na seguinte questão norteadora: Como o psicólogo atua no cuidado do idoso e na sua qualidade de vida? Conclui-se que é importante que ocorra um acompanhamento psicológico para se obter um envelhecimento saudável, além de práticas de exercícios, boa alimentação e realização de exames periódicos. O presente relato também teve como finalidade a realização de uma ação solidária, portanto, após a visita, deu-se início a uma arrecadação financeira para a compra de fraldas descartáveis para serem doadas à instituição, processo que enriqueceu de maneira significativa a experiência e o contato com os idosos.

**PALAVRAS - CHAVE:** Envelhecimento; Qualidade de Vida; Vulnerabilidade; Idoso.

### **VULNERABLE POPULATION: ELDERLY**

**ABSTRACT:** The aging process is characterized by the changes that occur with each individual. Elderly people can be classified as a vulnerable

population due to their susceptibility not only to diseases and physiological changes, but also psychological disorders. Motivated by understanding the theme quoted before, this experience report's objective is to identify the factors related to the vulnerable population: the elderly. To accomplish that, a technical visit was made to a long-term elderly institution along with a bibliographic research on subjects that involve the aging process, focusing on the following question: How does a psychologist act in the care of the elderly and their quality of life? In conclusion, psychological monitoring is important in the process for a healthy aging in addition to physical exercises, good nutrition, and periodic examinations. The present report also had the purpose of a solidarity action, therefore, after the visit, a financial collection was started for the purchase of disposable diapers for the institution - a process that has significantly enriched the experience and contact with the elderly.

**KEYWORDS:** Aging; Quality of life; Vulnerability; Elderly.

## INTRODUÇÃO

O processo de envelhecer é tido por muitos como algo negativo, relacionado a perdas sociais, econômicas e de saúde. No entanto, é possível envelhecer de maneira saudável, sendo esse processo individual, podendo ser positivo ou negativo e dessa forma não há necessidade de ser temido. Segundo Schneider e Iragaray (2008), para que o processo de envelhecimento seja positivo ou negativo depende de alguns fatores, como a história de vida da pessoa e da representação da velhice enraizada na sociedade em que vive. (SCHNEIDER e IRAGARAY, 2008).

É comum que as sociedades tenham em sua cultura um preconceito com os idosos. Isso acontece pois, segundo Berguer (1994), os Estados Unidos enfatizam o crescimento, a força e o progresso com uma exagerada veneração aos jovens, além de que, para muitos ao se aproximar de pessoas mais velhas se lembram da proximidade com a morte, associando a velhice com doenças, trazendo um pensamento distorcido. (SCHNEIDER e IRAGARAY, 2008).

Foi a partir do século XX, em 1962, que o termo terceira idade passou a ser usado, quando houve uma introdução a política de integração social da velhice, para transformar a imagem que a sociedade tem das pessoas nessa fase. Até então, a exclusão social com aqueles na fase da velhice era frequente, tendo o asilo como a principal forma de exclusão. Eram denominados idosos apenas aqueles com classe social alta ou cargos importantes na política, os demais eram chamados de velhos ou outros termos para reforçar o seu status social. (PEIXOTO *apud* RODRIGUES e SOARES, 2006).

O autor Dias (1998), conforme citado por Rodrigues e Soares (2006), traz que o termo correto para se utilizar ao falar dessa fase da vida seria “estar na terceira idade”, trazendo assim uma nova perspectiva com pontos positivos, fazendo com que o idoso se torne o único responsável por seu estilo de vida no processo de envelhecimento, além de trazer à aceitação as próprias limitações nos aspectos físicos e biológicos, mas também

a adaptações, buscando a autorrealização e desenvolvimento. Ainda assim há uma forte influência da mídia, que oferece diferentes tipos de meios para mascarar o envelhecimento, como clínicas, academias, dietas, medicamentos, cosméticos e cirurgias. (RODRIGUES e SOARES, 2006).

Felizmente, o envelhecimento humano é cada vez mais entendido como um processo influenciado por diversos fatores como, gênero, classe social, cultura, padrões de saúde individual e coletiva da sociedade, entre outros. Existem muitas formas de identificar a velhice, a primeira delas seria pela idade cronológica, identificada como a passagem do tempo decorrido em dias, meses e anos desde o nascimento, podendo ser compreendida como dimensões objetivas e subjetivas, visto que o desenvolvimento é relativo e muitas vezes não acompanha uma idade em específico. (SCHNEIDER e IRAGARAY, 2008).

O segundo é o fator biológico que é definido pelas modificações corporais e mentais que ocorrem no processo de desenvolvimento, que se inicia logo antes do nascimento. Dentro das mudanças biológicas incluem-se a diminuição da estatura devido à redução de massa óssea e alterações degenerativas da coluna vertebral, a pele fica mais fina e friável, menos elástica e com menos oleosidade, a visão declina podendo apresentar dificuldades de enxergar objetos de muito perto ou muito longe, a audição diminui ao longo dos anos, o peso e volume do encéfalo diminuem por conta da perda de neurônios, que apesar desta redução as funções permanecem preservadas até o final da vida. (SCHNEIDER e IRAGARAY, 2008).

O terceiro conceito é a idade social, definida pela obtenção de status social e preenchimento dos papéis sociais esperados para sua idade e sua cultura, um indivíduo pode ser mais velho ou mais jovem dependendo de como se comporta de acordo com a classificação das atividades realizadas na sociedade, sendo entendido com a idade de mudanças, onde o indivíduo terá que se adequar a novas atividades dispostas a sua idade, socialmente podendo entender que a pessoa se torna idosa quando deixa o mercado de trabalho, quando muitas vezes a sociedade impõe títulos aos aposentados como “improdutivos” e “inativos”. (SCHNEIDER e IRAGARAY, 2008).

O quarto conceito e último é a idade psicológica, definida como as habilidades psicológicas do indivíduo para lidar com o meio, ou seja, lidar com os fatores cronológico, biológico e social, alguns indivíduos possuem características psicológicas sendo elas, aprendizagem, memória, inteligência, controle emocional, entre outros, com graus maiores que os outros, sendo considerados “jovens psicologicamente”, quando for caracterizado com um grau inferior a outros é considerado “velho psicologicamente”. (SCHNEIDER e IRAGARAY, 2008).

Então, começa a ser considerado velho psicologicamente quando são apresentados lapsos de memória, dificuldades no aprendizado e falhas na atenção, orientação e concentração ao se comparar com seus desempenhos anteriores, no entanto essas perdas podem ser compensadas por ganhos em sabedoria, conhecimento e experiência. A

maioria dos declínios de funcionamentos cognitivos ocorre por desuso e a falta de prática, doenças como a depressão, fatores comportamentais como o consumo de álcool, fatores psicológicos como a falta de motivação e fatores sociais como o isolamento. (SCHNEIDER e IRAGARAY, 2008).

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) é considerado idoso o habitante de país em desenvolvimento com 60 anos ou mais e o habitante de país desenvolvido com ou acima de 65 anos. No território brasileiro o número de idosos ultrapassou 14 milhões em 2002, e estima-se que alcançará 32 milhões em 2020. Tendo como base dados mais atuais, de acordo com o IBGE (2016), entre 2012 e 2016, a população idosa cresceu 16,0%, chegando a 29,6 milhões de pessoas.

No Brasil, a Constituição (1988), a Política Nacional do Idoso (1994) e o Estatuto do Idoso (2003), consideram que o suporte aos idosos seja responsabilidade da família, do Estado e da sociedade. Tais medidas têm como objetivo proteger, subsidiar a participação ativa na sociedade, garantir a dignidade, bem-estar e direito à vida. Como se observa, no artigo 3º, do Estatuto do Idoso, Lei nº10. 741/2003:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 2003, Art. 3)

Fazendo-se valer do aparato e significância da existência de leis que atribuam aos idosos à garantia de sua integridade humana, é necessário salientar que o respeito concreto, a ação em si, se dá pela atitude humana, não basta apenas conhecer as legislações, mas refletir sobre o seu papel na cidadania e por consciência própria e consequência exercê-la no dia a dia. No que diz respeito à cultura, o artigo 20, do Estatuto do Idoso, Lei nº10. 741/2003 “O idoso tem direito à educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade”.

De maneira que ao colocar o assunto “envelhecimento” em pauta por meio de conteúdos cabíveis a tais transformações, o idoso adquira meios de se expressar, adquirir conhecimentos e até mesmo garantir benefícios para própria saúde, especificamente a mental, já que com a chegada da terceira idade, segundo Vieira (2004, p.210) “o idoso pode inserir-se num processo de despersonalização”. Nessa perspectiva, pode-se dizer então, que a cultura seria o meio através do qual o homem poderia estar sempre se reinventando e interagindo com os demais. Desse modo, com os idosos inseridos nos processos da sociedade ativa, não chegariam à idade avançada de mãos vazias e sem razão de existir, seriam, pois, dotados ainda de objetivos e possibilidades. (VIEIRA, 2004).

Ainda é recente o interesse de profissionais da psicologia pelos estudos sobre a velhice. Somente a partir da década de 1950, devido ao significativo crescimento na população idosa é que a psicologia começou a dar atenção ao envelhecimento. (ARAÚJO

E CARVALHO, 2005).

Araújo e Carvalho (2005) trazem que durante muitos anos essa fase da vida (a velhice) foi estudada apenas no âmbito da psicologia do desenvolvimento, e era considerada menos relevante que o estudo da infância.

Hoje sabe-se que o estudo da psicologia do envelhecimento é de suma importância visto que, segundo Neri (2004, p.72):

A psicologia do envelhecimento focaliza as mudanças nos desempenhos cognitivos, afetivos e sociais, bem como as alterações em motivações, interesses, atitudes e valores que são característicos dos anos mais avançados da vida adulta e dos anos da velhice. Enfoca as diferenças intra-individuais e interindividuais que caracterizam os diferentes processos psicológicos na velhice, levando em conta os desempenhos de diferentes grupos de idade e sexo e de grupos portadores de diferentes bagagens educacionais e socioculturais. (NERI, 2004, P.72)

O profissional deverá acompanhar o paciente, investigando como ele se sente com relação ao envelhecimento e se há algum processo terapêutico a ser feito a respeito de assuntos relacionados a infância, adolescência e/ou vida adulta que possa estar impedindo de ter um envelhecimento saudável. Além disso, o psicólogo poderá atuar no diagnóstico de possíveis doenças mentais no idoso, como depressão, demência, entre outros. (RIBEIRO, 2015).

Neri (2005) traz um resumo da microteoria de Margret Baltes e colaboradores a respeito de dependência dos idosos, ela traz que ao longo do desenvolvimento, devido ao fato de ter diversas variáveis, a dinâmica da dependência-autonomia é alterada conforme o passar do tempo; dentre outras questões Baltes *apud* Neri (2005, p. 33) traz que:

Embora se configurem condições de declínio e vulnerabilidade associadas ao envelhecimento, esse processo preserva reservas para o desenvolvimento que podem ser acionadas em situações de cuidado, que deve ter como base a valorização das competências e das reservas de capacidade dos idosos. (BALTES *apud* NERI, 2005, p.33)

Visto que a dependência comportamental dos idosos pode estar ligada negativamente ao bem-estar e autonomia dos idosos. (NERI, 2005). Para a prevenção de doenças psicológicas, e questões que atrapalhem o bem-estar do idoso o psicólogo poderá atuar juntamente a outros profissionais, com estratégias de desenvolvimento de habilidades pessoais em uma tentativa de inserir o idoso na sociedade sem ser visto como um empecilho e fazendo com que ele aceite de uma melhor forma sua condição, sem que isso afete sua qualidade de vida no processo de envelhecimento. (RIBEIRO, 2015).

## MÉTODO

O método utilizado para a realização deste trabalho é o relato de experiência, o qual, segundo Santos (2006) descreve de maneira precisa e sintetizada uma experiência



para que seus resultados sejam publicados, e possuem o mesmo formato de relatórios. Elaborado no contexto da disciplina Projeto Solidarietà, ministrada no quinto período do curso de graduação em Psicologia da Faculdades Pequeno Príncipe, que tem como objetivo principal a visita a uma instituição de longa permanência de Curitiba para observação e posteriormente para realização de uma ação solidária, juntamente com uma pesquisa para embasar teoricamente esse relato a respeito da vulnerabilidade da população idosa.

As observações foram realizadas em uma visita à instituição, na qual os cinco integrantes do presente trabalho participaram. Essa visita foi guiada por uma psicóloga local a qual apresentou o ambiente, os moradores e descreveu o funcionamento do asilo.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

No dia 07 de maio de 2019 foi realizada uma visita técnica a uma instituição de longa permanência de idosos, a qual abriga apenas mulheres, principalmente aquelas que não possuem família ou por algum motivo não possui vínculo ou condições de serem cuidadas pelas famílias. O horário de funcionamento da recepção desse local para aqueles que querem realizar visitas, doações e outros serviços é todos os dias das 9h às 11h, e das 14h às 17h.

A visita técnica foi feita pelos alunos de psicologia, autores do presente trabalho, realizado para a disciplina de Projeto solidarietà. O objetivo principal era conhecer a instituição e na sequência aplicar uma atividade junto às moradoras. Porém, foi orientado aos alunos, que essa ação não seria possível de ser realizada, devido ao grande número de idosas e devido ao fato de elas já possuírem uma rotina previamente estabelecida a qual dificilmente é modificada, pois demanda uma relocação de horários, uma alteração no funcionamento daquele local e da rotina das pessoas que ali trabalham.

O local, que é mantido pela Ação Social do Paraná, é uma instituição de longa permanência sem fins lucrativos, sendo uma referência nacional no atendimento na promoção da qualidade de vida e no resgate à dignidade da pessoa idosa. Fundado no ano de 1926, o local tem capacidade para 160 moradoras, atendendo (como já falado anteriormente) exclusivamente mulheres. Durante o dia, a instituição atende idosos de ambos os sexos no centro dia, que funciona de segunda a sexta, das 7h30 às 17h30 – dirigido para idosos que convivem com a família. Este programa oferece atendimento diário à pessoa idosa, estimulando o convívio social, o vínculo familiar e o bem-estar psicofísico do participante.

Os alunos foram recebidos por uma assistente social da instituição, que logo de início nos explicou que não seria possível utilizar informações a respeito do funcionamento e dos trabalhos exercidos na instituição, bem como informações sobre as idosas por motivos legais, por conta disso as informações coletadas no interior da mesma serão mais sucintas.

A instituição é ampla, os corredores possuem apoio para as idosas se locomoverem

com mais segurança, é um local limpo, organizado, com uma pintura que traz um aconchego, possui elementos decorativos como quadros e outros objetos das próprias moradoras. Conforme a Cartilha de Ambiência feita pelo Ministério de Saúde, a ambiência harmônica e equilibrada tem uma grande importância na contribuição dos processos de produção de saúde, proporcionando um ambiente acolhedor e humano.

O local é dividido em três setores, os quais são chamados de “casas”, a primeira que visitamos são idosas em suas maiorias lúcidas e com boas condições de locomoção, visitamos os corredores e uma sala de televisão, onde algumas delas estavam com cobertores em poltronas aparentemente confortáveis. No dia da visita os armários dos quartos estavam sendo trocados por novos para que elas tenham seus pertences guardados de forma mais individualizada e privativa.

Ao entrar na segunda casa, foi avisado que não seria possível conhecer a terceira e última casa, onde vivem as idosas com transtornos mais graves, com a justificativa de que a presença dos alunos poderia causar desconforto às moradoras ou até mesmo gerar alguma situação desconfortável que prejudicasse a harmonia do ambiente.

Ao chegar à outra sala de convivência, onde as idosas da casa dois estavam reunidas assistindo televisão, em um determinado canto da sala as cuidadoras pareciam alegres, e dançavam com uma das idosas. Nessa casa estava havendo a troca de piso em alguns cômodos, pois o que havia já estava danificado podendo assim prejudicar o deslocamento das idosas.

Quando a equipe estava prestes a sair do local, a assistente relatou que a maioria das idosas não recebe visitas, e que as que recebem, é devido a obrigatoriedade judicial. Também a respeito das visitas, ela nos disse que há um projeto em que qualquer pessoa pode se voluntariar e “adotar” uma idosa e se prontificar em ir visitá-la semanalmente, realizar doações de produtos de higiene pessoal, roupas, entre outros itens.

Indagou-se sobre as atividades oferecidas dentro da instituição, para que as idosas tenham um momento de lazer e descontração, sendo informado que as idosas podem participar de oficinas de musicoterapia, artes, costura, entre outras que sejam da vontade delas. Segundo Antunes e Pereira (2014), às atividades de trabalhos manuais e lúdicas contribuem para promover um envelhecimento mais ativo, pois potencializa a manutenção motora, estimula a criatividade e, além disso, favorece as relações interpessoais. (ANTUNES e PEREIRA, 2014).

Após essa visita, a equipe se reuniu para decidir qual seria a ação solidária a ser realizada com as idosas. Devido ao fato de haver alguns impedimentos para realizarmos uma ação direta com as moradoras, decidiu-se realizar uma doação, a assistente social informou que muitas idosas usam fraldas geriátricas e precisam de um cuidado maior. Então ficou definida a realização de arrecadação financeira realizada na própria faculdade pelos integrantes do grupo entre os acadêmicos de Psicologia, para a compra de fraldas. Durante uma semana o dinheiro foi arrecadado e cada aluno doava o quanto queria/podia.

Com o dinheiro arrecadado foi possível comprar um pacote com 50 fraldas e 4 pacotes de lenços umedecidos para auxiliar na higiene dessas idosas na hora da troca de fraldas.

Na segunda visita realizou-se a entrega das fraldas, para isso não foi preciso marcar horário, a doação apenas foi deixada na recepção, com uma funcionária responsável por receber as doações e encaminhá-las a quem for necessário.

## CONCLUSÃO

É importante ressaltar que os estudos e materiais disponíveis a respeito do processo do envelhecer têm aumentado nos últimos anos, o que fortalece as medidas de saúde pública voltadas aos idosos e aumenta a quantidade de estudiosos com interesse no assunto. A partir de uma revisão da literatura e da observação em uma instituição de longa permanência, pôde-se observar a importância do acompanhamento psicológico para se obter um envelhecimento mais saudável, além de cuidados de saúde, práticas de exercícios, boa alimentação e realização de exames periódicos.

Um ponto a se destacar é a necessidade de mudança da cultura de supervalorização dos jovens, e conseqüentemente a exclusão dos idosos das práticas sociais, visto que para uma melhor qualidade de vida é importante estar inserido na sociedade. A chegada da aposentadoria e a limitação de algumas atividades muitas vezes faz com que a população idosa se sinta excluída, sendo importante ressaltar que o ser humano está em constante evolução e que devemos desenvolver papéis diferentes na sociedade no decorrer da vida, o que não significa abstrair-se da participação dos atos sociais. Dessa forma, toda estratégia de reinserção dos idosos, como grupos terapêuticos ou de exercícios e demais atividades são de grande agrado e importância para a saúde da melhor idade, diminuindo o risco de doenças e transtornos psicológicos, sendo necessário também uma participação ativa da família.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, Maria da Conceição Pinto; PEREIRA, Joana. **Animação Sociocultural e terceira idade. Cultura e Participação: Animação Sociocultural em Contextos Iberoamericanos.** Braga, 2014. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/32444/1/Anima%c3%a7%c3%a3o%20sociocultural%20e%20terceira%20idade.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2019

ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de; CARVALHO, Virgínia Ângela M. de Lucena e. **Aspectos Sócio-Históricos e Psicológicos da Velhice.** Revista de humanidades, vol. 6, nº 13, p. 89-98, 2005. Disponível em: [www.cerescaico.ufrn.br/mneme](http://www.cerescaico.ufrn.br/mneme). Acesso em: 18 mai. 2019

BRASIL, Lei nº 1074/2003. **Estatuto do Idoso. Brasília: DF, Outubro de 2003.** Disponível em: [http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto\\_idoso\\_3edicao.pdf](http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf) Acesso em: 25 mai 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 32 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia\\_2ed.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf). Acesso em: 20 mai. 2019

**IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua** 2016. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> Acesso em: 25 Mai. 2019.

NERI, Anita Liberalesso. Conceitos e teorias sobre o envelhecimento. *In*: MALLOY-DINIZ, Leandro F.; FUENTES, Daniel; CONSENZA, Ramon M. (orgs) **Neuropsicologia do Envelhecimento: Uma Abordagem Multidimensional**. Porto Alegre: Artmed, 2013, p.17-42.

NERI, Anita Liberalesso. **O que a psicologia tem a oferecer ao estudo e à intervenção no campo da velhice**. RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo, 69-80 - jan./jun. 2004 Disponível em: <http://anakarkow.pbworks.com/w/file/attach/99591271/neri.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2019

RIBEIRO, Pricila Cristina Correa. **A psicologia frente aos desafios do envelhecimento populacional**. Gerais, Rev. Interinst. Psicol., Juiz de fora, v. 8, n. spe, p. 269-283, dez. 2015. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-82202015000200009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202015000200009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 18 mai. 2019

RODRIGUES, Lizete de Souza; SOARES, Geraldo Antonio. **Velho, idoso e terceira idade na sociedade contemporânea**. Revista Ágora, Vitória, v.?, n.4, p.1-29,2006. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/agora/article/view/1901/1413>. Acesso em: 23 mai.2019

SANTOS, Antonio Raimundo dos. **Metodologia científica: a construção do conhecimento**. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2006.

SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; IRIGARAY, Tatiana Quarti. **O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais**. Estudos de Psicologia, Campinas, v.25 n.4, p.585-593, out-dez 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2019

VIEIRA Eliane Brandão. **Manual de gerontologia: um guia teórico prático para profissionais, cuidadores e familiares**. Rio de Janeiro: Revinter; 2004. Disponível em: [https://books.google.com.br/books/about/Manual\\_de\\_gerontologia.html?id=oVyMPgAACAAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.com.br/books/about/Manual_de_gerontologia.html?id=oVyMPgAACAAJ&redir_esc=y) Acesso em: 25. Mai 2019.

World Health Organization. (2005) **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo)>. Acesso em: 25 Mai. 2019

## O PSICODIAGNÓSTICO E SUAS CONTRIBUIÇÕES DIANTE DA QUEIXA DE TRANSTORNO DE APRENDIZAGEM

*Data de aceite: 20/08/2021*

**Ana Raquel Gomes Ferreira**

<http://lattes.cnpq.br/4760389341688881>

**Lúcia Fernanda Costa Castro**

<http://lattes.cnpq.br/7529329784455950>

**Mara Eduarda Sousa de Alencar**

<http://lattes.cnpq.br/3177243113704355>

**RESUMO:** O transtorno de aprendizagem (DSM-V), é compreendido como um transtorno decorrente de fatores genéticos, ambientais e epigenéticos o que ocasiona intercorrências no funcionamento do cérebro o incapacitando de processar ou perceber as informações, tanto verbais como não-verbais. Nos casos de transtorno de aprendizagem é preciso levar em conta que a aprendizagem envolve muitas variáveis e aspectos, como questões sociais, biológicas, cognitivas, entre outras. O primeiro viés a se levar em conta no que tange a Dificuldade de Aprendizagem é a importância da multidisciplinaridade integrada, ou seja, quando nos referimos à Dificuldade de Aprendizagem, estamos falando sobre um ser que possui uma maneira diferente de aprender, se trata de um obstáculo, uma barreira, um sintoma, que pode ser de origem tanto cultural quanto cognitiva ou até mesmo emocional. Nesse contexto, é essencial que o diagnóstico seja feito o quanto antes, uma vez que há consequências a longo prazo. Entretanto, diagnosticar alguém é algo

secundário, caso se pense que, ao identificar as forças e as fraquezas do avaliando, estamos tentando entender o que se passa com ele nesse momento de sua vida e de quais recursos se dispõe para que seja possível formular recomendações terapêuticas adequadas, mesmo quando é detectada a presença de algum transtorno mental, o objetivo maior do psicodiagnóstico é encaminhar o cliente para o tratamento mais adequado.

**PALAVRAS - CHAVE:** transtorno de aprendizagem, psicodiagnóstico, aprendizagem, avaliação psicológica.

**ABSTRACT:** Learning disorder (DSM-V) is understood as a disorder resulting from genetic, environmental and epigenetic factors, which causes complications in the functioning of the brain, making it incapable of processing or perceiving information, both verbal and non-verbal. In cases of learning disorder, it is necessary to take into account that learning involves many variables and aspects, such as social, biological, cognitive issues, among others. The first bias to take into account when it comes to Learning Difficulty is the importance of integrated multidisciplinary, that is, when we refer to Learning Difficulty, we are talking about a being who has a different way of learning, it is a an obstacle, a barrier, a symptom, which can be of cultural, cognitive or even emotional origin. In this context, it is essential that the diagnosis be made as soon as possible, since there are long-term consequences. However, diagnosing someone is secondary, if you think that, by identifying the strengths and weaknesses of the person being

evaluated, we are trying to understand what is happening to him at this point in his life and what resources are available so that it is possible to formulate therapeutic recommendations. appropriate, even when the presence of a mental disorder is detected, the main objective of psychodiagnosis is to refer the client to the most appropriate treatment.

**KEYWORDS:** learning disorder, psychodiagnosis, learning, psychological assessment.

## 1 | INTRODUÇÃO

Os transtornos de aprendizagem são mais comuns do que as pessoas imaginam. Com o acesso à informação fica muito mais fácil esclarecer alguns pontos fundamentais, visto que os transtornos de aprendizagem podem ser considerados como um distúrbio que está interligado a alguns déficits que impactam na capacidade pedagógica da criança.

No entanto, devemos deixar bem claro que não se pode confundir transtornos com dificuldades de aprendizagem. Ambos são distintos e, como tal, adotam técnicas diferentes para a busca de soluções aos casos apresentados. Enquanto os transtornos de aprendizagem são causados por fatores genéticos, ambientais e epigenéticos, o que ocasiona intercorrências no funcionamento do cérebro o incapacitando de processar ou perceber as informações, tanto verbais como não-verbais (DSM-V); as dificuldades de aprendizagem têm origem em estímulos externos.

E com certa frequência os pais apresentam queixas dos filhos relacionadas a problemas na escola, e comumente o adulto que traz o rebento normalmente menciona o termo “problemas de aprendizagem”, e até chegam com um diagnóstico pronto. Por isso, faz-se necessário esclarecer no que consiste de fato os transtornos e as dificuldades de aprendizagem e as intercorrências que podem surgir nesse processo. Nesse contexto, pode-se compreender que há vários fatores de risco para as dificuldades de aprendizagem do indivíduo.

Por essa razão, é de extrema importância que o diagnóstico seja efetuado o mais breve possível, pois as consequências podem reverberar no processo de aprendizagem do sujeito ao longo de sua vida. Entretanto, é preciso considerar que diagnosticar alguém é algo secundário, caso se pense que ao identificar as forças e as fraquezas da avaliando, estamos tentando entender o que se passa com ele nesse momento de sua vida e de quais recursos dispõe para que seja possível formular recomendações terapêuticas adequadas.

Pensando nesse pressuposto, este trabalho propõe-se a descrever, com base na literatura científica atual, achados consideráveis que descreva a relevância da avaliação psicológica em indivíduos com algum tipo de dificuldade aparente na aprendizagem.

## 2 | QUEIXA DE TRANSTORNO DE APRENDIZAGEM

A aprendizagem, em geral, é a capacidade de receber uma nova informação mediante uma estrutura que o cérebro já possui, no processo de interação e adaptação com o meio.

Como um bolo em diferentes camadas, o processo de aprendizagem também é composto de várias partes, dentre elas: a memória, a atenção, a velocidade de processamento, o sequenciamento e a motivação.

É importante destacar inicialmente que, só existe aprendizagem mediante os processos que nos levam a manter as informações externas no cérebro. De acordo com o Instituto ABDC, o Transtorno Específico de Aprendizagem “é um termo guarda-chuva que abrange diferentes condições neurológicas que afetam a aprendizagem e o processamento de informações”.

Se faz necessário estabelecer ainda a diferenciação entre Dificuldade de aprendizagem e Transtorno Específico de Aprendizagem. Alguns autores relatam que o período de adaptação da criança em um ambiente escolar, com horários e regras pré-determinados podem contribuir para algumas dificuldades de inserção e compreensão da função social que exerce em seu desenvolvimento, corroborando para o aparecimento da Dificuldade de Aprendizagem.

Já o Transtorno/Distúrbio de Aprendizagem é uma condição neurobiológica que necessita de uma equipe multidisciplinar para o fechamento do diagnóstico. O quadro requer uma atenção maior pois as dificuldades apresentadas pelas crianças vão além do plano social e cultural (APA, 2013).

Em suma, no primeiro, é uma condição passageira influenciado por diversos fatores externos que podem causar dificuldades, por exemplo, demandas familiares, alimentação e o ambiente. Já o segundo é uma condição neurobiológica interna que afeta o processamento de informações de forma permanente.

Além disso, ele se caracteriza como um transtorno do neurodesenvolvimento, de origem biológica, que influencia na capacidade do cérebro de perceber e processar com eficiências as informações verbais e não verbais. Segundo o DSM V (2013) é um transtorno com prevalência de 5% a 15% nas crianças em idade escolar, apresentando desempenho abaixo da média esperada para a idade.

Como relatado por CUNHA e CAPELLANI (2011), a respeito:

“A criança com transtornos na aprendizagem apresenta como manifestação mais evidente o baixo desempenho escolar, sendo que essas dificuldades podem ser transitórias (dificuldade de aprendizagem) ou permanentes (distúrbio de aprendizagem ou dislexia) e ocorrer em quaisquer momentos no processo de ensino-aprendizagem, correspondendo a déficits funcionais superiores, como alterações cognitivas, de linguagem, raciocínio lógico-matemático, percepção, atenção e afetividade1.”

Nesse sentido, os quadros que compõem esse transtorno de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-V (APA, 2013) são: Dislexia, Discalculia, Disgrafia, Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH e Transtorno Opositor Desafiador – TOD.

No que se refere ao papel do psicólogo realizando o psicodiagnóstico na queixa

do transtorno de aprendizagem, é interessante ressaltar antes as grandes quantidades de queixas que englobam o processo de escolarização, a exemplo do baixo rendimento escolar, a lentidão, as dificuldades de assimilação de conceitos, troca de letras na leitura, problemas comportamentais etc.

De acordo com Augras (1986), o psicodiagnóstico é um processo de reconhecimento e compreensão do cliente, ele salienta ainda que quando o psicólogo realiza as devolutivas dos casos é necessário avaliar também as vivências que esse indivíduo possui, considerando de forma geral os diferentes fatores históricos, temporais e espaciais que o envolvem. Em suma, papel do psicólogo na intervenção com o psicodiagnóstico é estimular os aspectos saudáveis já presentes nas experiências das crianças ou até mesmo de um adulto e não buscar classificar ou rotular.

Vários conhecimentos são essenciais durante a investigação por parte do profissional, desde noções de psicologia do desenvolvimento, conhecimento de psicologia escolar e teorias sobre dinâmica familiar de forma que esteja capacitado para a avaliação. Dessa forma, é notório a importância de aprofundar os estudos e investigações com as avaliações realizadas em psicodiagnóstico, pois uma das alternativas na investigação da queixa de Transtorno de Aprendizagem é o uso do processo de psicodiagnóstico.

### **3 | CONTRIBUIÇÕES DO PSICODIAGNÓSTICO FRENTE A QUEIXA DE TRANSTORNO DE APRENDIZAGEM**

Em um processo investigativo e/ou interventivo de uma queixa se faz necessário sempre buscarmos todas as alternativas viáveis para chegarmos a um possível diagnóstico mais preciso.

Na psicologia existe inúmeras formas de fazer uma avaliação psicológica clínica com intuito de traçar hipóteses diagnósticas, mas vale ressaltar que nem todas elas se assemelham entre elas. Uma das grandes diferenças, são as estruturas do processo e se o mesmo se utiliza de testes psicológicos como mais uma ferramenta de investigação ou não.

Para os processos avaliativos com propósito clínico que utiliza testes ou outras estratégias para melhor avaliar o sujeito de forma sistemática, científica e orientada para a resolução de problemas, os compreendemos como psicodiagnóstico (CUNHA, 2000).

Por ser um procedimento científico de investigação e intervenção faz-se necessário seguir alguns passos para que o procedimento possa ser realizado de forma eficaz e que traga benefícios concretos para o sujeito, um desses passos é a determinação da queixa, o profissional precisa compreender o que levou o indivíduo a buscar o processo de psicodiagnóstico, definir o plano de avaliação a partir da queixa a ser investigada, coleta de dados dentre elas a realização da entrevista inicial, que é com o intuito de investigar o estado mental do paciente e seu histórico frente aquela queixa apresentada inicialmente,



se o mesmo já passou por avaliações com outros profissionais , coletar e corrigir os dados e dar a devolutiva (HUZT *et al.*, 2016).

Porém, vale ressaltar que todo esse processo precisa sempre ser focal, principalmente por se tratar de um processo breve, portanto a partir do momento que o paciente chega ao profissional para a realização do psicodiagnóstico, o mesmo precisa compreender o que a queixa apresentada inicialmente irá indicar. Nos casos de transtorno de aprendizagem, o profissional da psicologia se torna indispensável, principalmente para conduzir os envolvidos no processo a um conhecimento maior acerca da demanda e diante do que for sendo descoberto ao longo do processo investigativo iniciar possíveis intervenções ou realizar recomendações que facilitem o desenvolvimento do sujeito mesmo perante as suas possíveis dificuldades.

Em um processo de psicodiagnóstico em que a demanda a ser investigada é o transtorno de aprendizagem o profissional também precisa atentar a quais atividade e contexto este sujeito está inserido comumente, para que possamos compreender que áreas os possíveis prejuízos gerados por um possível transtorno podem estar ocorrendo. Um sujeito, seja qual for a sua fase do desenvolvimento, quando compreende o que de fato são as suas dificuldades e quais ações podem ser tomadas a partir disso, ele passa a ser menos vulnerável a suas sintomatologias e passa a buscar ressignificar e cresce o desejo por trabalhar suas dificuldades no seu processo de ensino e aprendizagem.

Diante disso é de extrema importância que o profissional envolvido no processo investigativo e interventivo preze por uma boa relação terapêutica com seu paciente, pois um bom vínculo terapêutico irá auxiliar na cooperação do paciente durante o processo avaliativo e na disposição em buscar tratamento após a avaliação (HUZT *et al.*, 2016). Tornando mais aberto aos demais processo que ele poderá vivenciar, o que além de contribuirá no seu engajamento tornará mais ativo ao longo do processo o fazendo compreender que muitas das sintomatologias era decorrente de um transtorno e não simplesmente uma falta de ímpeto para prosseguir nas suas atividades sejam elas escolares, de trabalho ou diárias.

O psicodiagnóstico não é simplesmente uma avaliação feita por profissionais da psicologia com intuito de traçar hipóteses diagnosticas, mas pode ser um meio transformador na vida do sujeito que muitas vezes não compreendem o motivo de possuir certas dificuldades no seu processamento de informações ou realização de tarefas que demandem demais.

## **4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este artigo discutiu relevantes questões referentes ao processo de psicodiagnóstico frente a queixa de depressão. Foi realizado uma revisão teórica da relevância e as contribuições que o processo de psicodiagnóstico pode trazer no processo de investigativo de uma queixa apresentada ao profissional da psicologia, ressaltando os benefícios que

esse procedimento científico pode trazer para a descoberta precisa do diagnóstico e também na intervenção clínica que será feita com o sujeito após a finalização do procedimento.

Vale ressaltar que este procedimento científico de investigação e intervenção clínica, possui um tempo limitado, que busca empregar técnicas e /ou testes com o intuito de avaliar uma ou mais características psicológicas, visando um diagnóstico descritivo e/ ou dinâmico, gerando uma ou mais indicações terapêuticas e encaminhamentos o que resultará em um tratamento mais efetivo para o sujeito em sofrimento que chega até nos (HUZT *et al.*, 2016).

As práticas atuais em intervenções voltadas para a dificuldade de aprendizagem possuem uma maior eficácia quando entendemos que cada indivíduo possui uma forma específica de aprender e quando a família é incorporada nesse processo, as chances de se obter um tratamento efetivo será maior. Por fim, o processo de psicodiagnóstico se mostra atualmente com um dos processos mais eficazes e relevantes no desenvolvimento do diagnóstico diferencial do sujeito, dado ao mesmo a possibilidade de compreender melhor o transtorno de aprendizagem e como ele pode lidar com suas limitações e até mesmo reconhecer suas potencialidades auxiliando a ir além da queixa, mas ter evoluções concretas frente a demanda apresentada inicialmente no início do psicodiagnóstico viabilizando o seu desenvolvimento e desempenho nas mais diversas áreas em que esteja inserido.

## REFERÊNCIAS

BORGES, S.L. **Repensando a queixa escolar no psicodiagnóstico interventivo**. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Orientação à queixa escolar. São Paulo. 2016. Disponível em: < [https://sites.usp.br/orientacaoaqueixaescolar/wp-content/uploads/sites/462/Trabalhos\\_Finais/medicaliza%C3%A7%C3%A3o/TF-Susana-Lange-Borges.pdf](https://sites.usp.br/orientacaoaqueixaescolar/wp-content/uploads/sites/462/Trabalhos_Finais/medicaliza%C3%A7%C3%A3o/TF-Susana-Lange-Borges.pdf) >. Acesso em 13 de maio. 2021.

CRENITTE, P.A.P. **Grupo de estudos e pesquisa em escrita e leitura**. 2019. FOB-USP. Disponível em: < <http://www.ptr.poli.usp.br/wp-content/uploads/sites/393/2019/07/Disturbios-Especificos-de-Aprendizagem.pdf> >. Acesso em 11 de maio. 2021.

CUNHA, V.L.O; CAPELLINI, S.A. Habilidades metalinguísticas no processo de alfabetização de escolares com transtorno de aprendizagem. **Revista Psicopedagogia**. Vol.28.Nº85. Pp.85-86. 2011. Disponível em: < <https://cdn.publisher.gn1.link/revistapsicopedagogia.com.br/pdf/v28n85a09.pdf> >. Acesso em 13 de maio. 2021.

Cunha, J. A. (2000). Fundamentos do psicodiagnóstico. In J. A. Cunha (Ed.), *Psicodiagnóstico V* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

HUTZ, Claudio Simon. RUSCHEL BANDEIRA, Denise. TRENTINI, Clarissa Marcell. SILVA KRUI, Jefferson. (Org.) **Psicodiagnóstico**. São Paulo: Artmed, 2016.

Instituto ABC. Disponível em: <<https://institutoabcd.org.br/transtorno-de-aprendizagem/>>. Acesso em 12 maio. 2021.

SEABRA, M.A.B. **Distúrbios e transtornos de aprendizagem: aspectos teóricos, metodológicos e educacionais**. 1.e.d. Curitiba, PR: Bagai, 2020. Disponível em: < <https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/584716/2/Editora%20BAGAI%20-%20Dist%C3%BArbios%20e%20Transtornos%20de%20Aprendizagem.pdf> >. Acesso em 10 maio. 2021.

## PERCEPÇÃO DA DOENÇA E DIABETES TIPO 1: REVISÃO SISTEMÁTICA

Data de aceite: 20/08/2021

Data de submissão: 13/08/2021

### Gracielie da Silva Campos

Universidade do Vale do Rio dos Sinos São Leopoldo/UNISINOS - São Leopoldo – RS  
<https://orcid.org/0000-0002-4933-5640>

### Luana Thums

Universidade do Vale do Rio dos Sinos São Leopoldo/UNISINOS - São Leopoldo – RS  
<https://orcid.org/0000-0001-9553-0458>

### Elisa Kern de Castro

Universidade Lusíada de Lisboa, Portugal.  
Lisboa - Portugal  
<https://orcid.org/0000-0002-1290-7561>

### Tonantzin Ribeiro Gonçalves

Universidade do Vale do Rio dos Sinos São Leopoldo/UNISINOS - São Leopoldo – RS  
<https://orcid.org/0000-0003-0249-3358>

**RESUMO:** O artigo trata-se de uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de investigar a percepção da doença em pacientes com diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1) a partir do Modelo Teórico do Senso Comum. As buscas dos artigos compreenderam o período de dez anos (janeiro/2008 a abril/2019) nas bases de dados *PsycInfo*, *PubMed* e *Medline*. Os descritores foram: *type 1 diabetes AND illness perception OR illness representation OR illness beliefs*. Nove artigos foram incluídos na revisão sistemática. Os resultados mostraram que percepção de

consequências negativas estiveram associadas a maiores problemas relacionados ao DM1 e depressão. Representação emocional negativa esteve associada à autocrítica, ansiedade, desregulação emocional e raiva. Maior percepção de controle pessoal mostrou-se associado a melhor controle metabólico, adesão ao tratamento e menores níveis de *distress*. Conclui-se que a percepção sobre o DM1 tem relação com o estado emocional do paciente e seu comportamento em saúde.

**PALAVRAS - CHAVE:** Diabetes Mellitus; Percepção da Doença; Crenças em Saúde; Psicologia da Saúde.

### ILLNESS PERCEPTION AND TYPE 1 DIABETES: SYSTEMATIC REVIEW

**ABSTRACT:** The article is a systematic review of the literature and the purpose was to investigate illness perceptions in patients with type 1 diabetes mellitus from the Common Sense Model. The article searches covered ten-year period (January/2008 to April/2019) in the *PsychInfo*, *Pubmed* and *Medline* databases. Key-words used were: *type 1 diabetes AND illness perception OR illness representation OR illness beliefs*. Nine articles were included in the systematic review. Results showed that negative consequences perceptions were associated to high DM1 problems and depression. Negative emotional representations were associated to self-criticism, anxiety, emotional dysregulation and anger. Higher perception of personal control was associated with better metabolic control, treatment adherence and lower levels of *distress*. It is concluded that DM1 perception is related to

patient's emotional states and health behavior.

**KEYWORDS:** Diabetes Mellitus; Illness Perception; Health Beliefs; Health Psychology.

## 1 | INTRODUÇÃO

As percepções ou crenças que as pessoas possuem sobre determinada doença se referem à forma como os indivíduos constroem e organizam suas representações cognitivas e emocionais sobre elas ou sobre possíveis ameaças à saúde (Leventhal et al., 2012). Essas percepções são importantes de serem avaliadas porque estão relacionadas ao comportamento e enfrentamento do indivíduo diante da situação de ameaça (Leventhal, Nerenz & Steele, 1984). Diante disso, o Modelo teórico do Senso Comum (MSC) busca compreender como as pessoas, a partir do senso comum, avaliam a sua doença e se comportam diante dela (Phillips, Leventhal, & Leventhal, 2012). É um modelo teórico amplamente utilizado nas pesquisas em psicologia da saúde e tem sido útil para compreender as crenças e atitudes em uma variedade de doenças (Seabra, Peuker & Castro, 2015; Kaptein et al., 2015; Altenhofen, Castro & Britz de Lima, 2016). O modelo avalia uma série de dimensões que compõem essas crenças relacionadas à doença, a saber: 1) Identidade (rótulo atribuído a doença e seu sintoma); 2) Causa (antecedentes, como a lesão, infecção, questões genéticas); 3) Consequência (físicas, sociais e econômicas); 4) Duração (se a ameaça é cíclica, aguda ou crônica); 5) Cura/controla pessoal e do tratamento (potencial de cura e/ou controle da doença a partir de suas ações e a partir do tratamento); 6) Coerência (apresentada como a compreensão individual da doença); 7) Representação Emocional (se refere as emoções decorrentes do processo de adoecimento) (Leventhal, Diefenbach & Leventhal, 1992).

As percepções sobre uma mesma doença podem diferir entre um paciente e outro (Figueiras, Monteiro & Caeiro, 2012). Para tanto, mesmo quando os pacientes recebem informações acerca da sua doença, eles podem continuar expressando suas crenças pessoais distintas dos conhecimentos adquiridos (Petrie & Weinman, 2012). Diante disso, a desmistificação de crenças individuais distorcidas sobre a doença pode se tornar um fator potencial para o sucesso do tratamento (Coleta, 2010; Figueiras, Monteiro & Caeiro, 2012).

O Diabetes *Mellitus* Tipo 1 (DM1), foco deste artigo, é uma das doenças crônicas mais comuns da infância e adolescência e é considerado uma doença crônica causada pela alteração no sistema imunológico (American Diabetes Association, 2014). A fisiopatologia do DM1 é a destruição autoimune de células  $\beta$  pancreáticas, acompanhada de deficiência da produção de insulina e é caracterizada por hiperglicemia crônica.

Os pacientes com DM1 sofrem transformações em suas vidas após o descobrimento da doença, em especial porque ela é descoberta durante a infância, podendo gerar dificuldades para o seu desenvolvimento (Carona, et. al, 2013). Pacientes com DM1 enfrentam desafios, como por exemplo, controle glicêmico por meio da alimentação e doses

diárias corretas de insulina para evitar hipoglicemias, hiperglicemias e outras complicações advindas da doença. A terapêutica da insulina causa sofrimento, medo e dor (Pennafort, et. al., 2018). Sendo assim, as principais ações no tratamento do DM1 são sempre tratar com insulina, planejamento alimentar e atividades físicas, para ajudar a controlar o nível de glicose no sangue (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2018). A falta do controle adequado da doença pode gerar complicações crônicas como: visuais, cardíacas, circulatórias, digestivas, renais, urinárias, dermatológicas, ortopédicas, entre outras (Associação Nacional de Atenção ao Diabetes, 2018).

Diante do exposto, compreender como pacientes com DM1 percebem a sua doença poderá auxiliar a compreender suas reações emocionais e condutas de autocuidado e adesão ao tratamento. Assim, a presente revisão sistemática buscou analisar e discutir artigos empíricos que investigaram a percepção da doença de pacientes com diabetes tipo 1.

## 2 | MÉTODO

A revisão sistemática foi conduzida conforme a metodologia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Moher, et. al., 2009). Selecionaram-se os estudos que investigaram a percepção da doença com pessoas com DM1.

As buscas foram realizadas no período entre 07 a 09 de maio de 2018 nas bases de dados *PsycInfo*, *PubMed* e *Medline*, publicados entre janeiro de 2008 e maio de 2018 e revisada em 16 de abril de 2019, na qual foi realizada uma nova busca de artigos entre o período de maio de 2018 e abril de 2019. As bases de dados foram selecionadas considerando aquelas que são direcionadas às publicações de referência na área da saúde. Os descritores utilizados foram: *type 1 diabetes AND illness perception OR illness representation OR illness beliefs*.

Os critérios de inclusão dos artigos foram: a) ser artigo empírico e b) os participantes eram pessoas com DM1. Os critérios de exclusão foram: a) estudo das crenças a partir de perspectivas teóricas que não fossem o MSC; b) estudos para validação de instrumentos.

A análise inicial dos títulos e resumos do levantamento bibliográfico foi realizada por duas pesquisadoras independentes. Posteriormente, foram selecionados todos os estudos que correspondiam aos critérios de busca. A partir disso, foi realizada a leitura minuciosa dos textos na íntegra. O processo de busca e seleção dos artigos está referido conforme a figura 1.

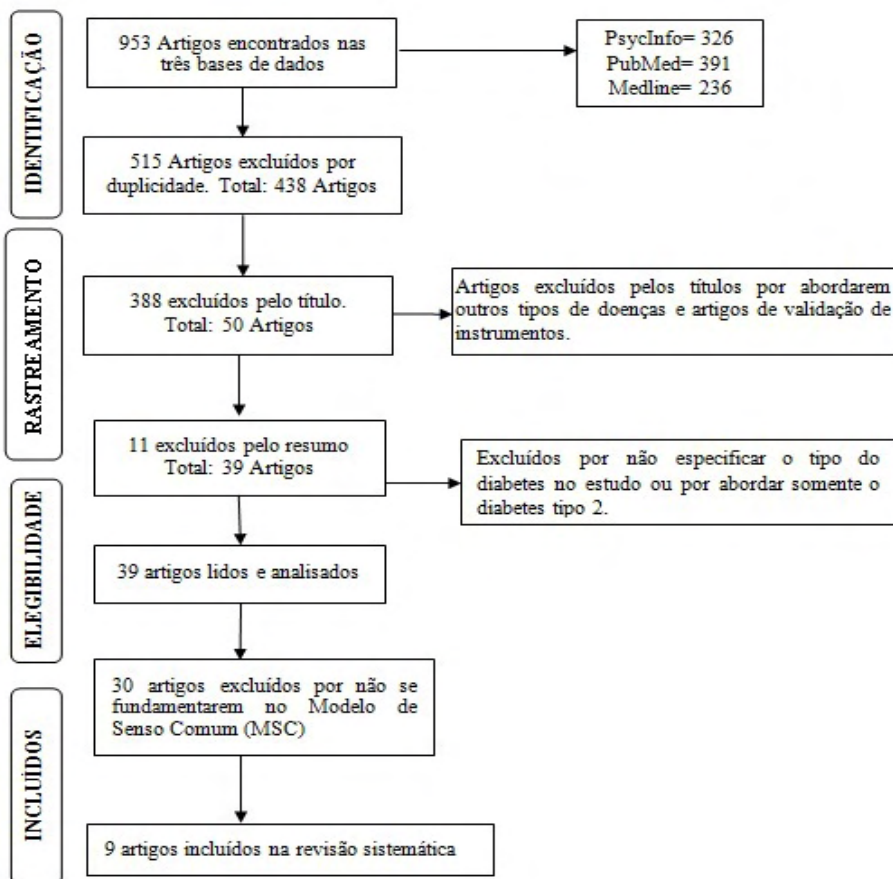


FIGURA 1: Fluxograma de busca, seleção e distribuição dos artigos.

### 3.1 RESULTADOS

Dentre os estudos revisados, cinco pesquisas (Cosma & Băban, 2017, Terrasson et al., 2017, Fortenberry et al., 2014, Williams, Sharpe & Mullan, 2014; Nouwen et al., 2009) foram realizadas com pacientes com DM1 que estavam na adolescência, e quatro estudos (Rassart et al., 2014; George et al., 2008; Fisher et al., 2018; Wisting et al., 2019) foram realizados com adultos. Quanto à sua origem, seis deles foram desenvolvidos no continente europeu (Cosma & Băban, 2017; Terrasson et al., 2017; Rassart et al., 2014; Nouwen et al., 2009; George et al., 2008; Wisting et al., 2019), dois estudos foram realizados na América do Norte (Fontenberry et al., 2014; Fisher et al., 2018) e um estudo foi realizado na Oceania (Williams, Sharpe & Mullan, 2014), ou seja, nenhum estudo foi realizado com esse grupo de pacientes em países em desenvolvimento e, especificamente, no Brasil.

Os dados dos participantes foram coletados em hospitais (Cosma & Băban, 2017; George et al., 2008; Terrasson et al., 2017; Nouwen et al., 2009), clínicas especializadas

(Fontenberry et al., 2014), registro de diabetes (Rassart et al., 2014), ambientes comunitários e acadêmicos (Fisher et al., 2018) e em dois estudos os participantes foram recrutados através de um centro de pesquisa do diabetes (Williams, Sharpe & Mullan, 2014; Wisting et al., 2019). Um estudo (Terrasson et al., 2017) investigou, além das percepções dos pacientes, as percepções de seus pais em relação à doença.

Grande parte dos estudos utilizou o delineamento transversal (Cosma & Băban, 2017; Terrasson et al., 2017; Nouwen et al., 2009; Rassart et al., 2014; Williams, Sharpe & Mullan, 2014; Fisher et al., 2018; Wisting et al., 2019). Cosma & Băban (2017), investigaram a percepção da doença relacionando-a com o *coping* e o controle metabólico; Terrasson et al. (2017), avaliaram se a percepção da doença de adolescentes e a percepção da doença dos pais dos adolescentes em relação ao diabetes tem influência na qualidade de vida destes adolescentes; Nouwen et al. (2009), analisaram a percepção da doença e os efeitos da autoeficácia relacionando-os com o *distress* e o autocuidado dietético; Rassart et al. (2014), pesquisaram se a percepção da doença e o *coping* são mecanismos que interveem na relação a adaptação da doença e os cinco fatores da personalidade; Williams, Sharpe & Mullan (2014), investigaram se há uma relação entre a percepção da doença, fatores relacionados ao desenvolvimento da adolescência e psicopatologias em adolescentes com DM1; Fisher et al. (2018), avaliaram como a regulação emocional pode levar ao *distress* do diabetes, com efeitos no manejo e nos resultados metabólicos em adultos com diabetes tipo 1, e ainda, Wisting et al. (2019), pesquisaram com foco na diferença de gênero (feminino e masculino) o impacto entre a psicopatologia do transtorno alimentar, a percepção da doença, as crenças sobre a insulina e as estratégias de enfrentamento no controle metabólico em adultos com DM1. O único estudo com delineamento longitudinal (Fontenberry et al., 2014), examinou como as percepções dos pacientes se desenvolveram e quais modificações sofreram ao longo do tempo relacionando-as com a inteligência, responsabilidade e resultados do diabetes. Além desses, um único estudo clínico randomizado (George et al., 2008) analisou, a partir de uma intervenção psicoeducativa breve, a percepção da doença para a autorregulação em pessoas com DM1, o estado geral da saúde, o conhecimento sobre o diabetes, a autoeficácia em cuidar do diabetes, a satisfação com o tratamento, o medo da hipoglicemia, o *distress* psicológico, barreiras relacionadas com atividades e alimentação.

Em relação aos instrumentos, a maior parte dos estudos utilizou o questionário de percepção de doença revisado (Illness Perception Questionnaire – IPQ-R) (Fisher et al., 2018; Cosma & Băban, 2017; Terrasson et al., 2017; Rassart et al., 2014; Fontenberry et al., 2014), também, foi utilizado o questionário de percepção de doença (Illness Perception Questionnaire – IPQ) (Williams, Sharpe & Mullan, 2014; Nouwen et al., 2009; George et al., 2008) e ainda, um estudo utilizou o questionário breve de percepção da doença (Brief version of the Illness Perceptions Questionnaire – BIPQ) (Wisting et al., 2019). Em todas as investigações, foram empregados outros instrumentos de medidas além daquelas



relacionadas à percepção da doença. Entre eles, em seis estudos (Wisting et al., 2019; Fisher et al., 2018; Williams, Sharpe & Mullan, 2014; Cosma & Băban, 2017; Fortenberry et al., 2014; George et al., 2008) foi realizado o Exame de Sangue de Hemoglobina glicosilada (HbA1c) para medir o controle de glicemia no tratamento do DM1. Dados sociodemográficos e dados clínicos também foram utilizados em quatro estudos (Wisting et al., 2019; Fisher et al., 2018; Nouwen et al., 2009; George et al., 2008) e, além desses, dezesseis outras medidas específicas sobre diabetes foram empregadas em seis estudos investigados (Wisting et al., 2019; Fisher et al., 2018; Terrasson et al., 2017; Rassart et al., 2014; Nouwen et al., 2009; George et al., 2008; Fontenberry et al., 2014; Williams, Sharpe & Mullan, 2014). Ainda, foram usadas medidas de personalidade (Rassart et al., 2014), funcionamento cognitivo, qualidade de vida, inteligência e autocuidado (Fontenberry et al., 2014), autoeficácia alimentar e autocuidado (Nouwen et al., 2009), hipoglicemia e investigação da saúde e resultados médicos (George et al., 2008), ansiedade, medo e depressão (Williams, Sharpe & Mullan, 2014), *coping* cognitivo e comportamental (Cosma & Băban, 2017), enfrentamento de eventos difíceis ou estressantes da vida e crenças sobre medicamentos em geral (neste estudo foi pesquisado um medicamento específico, a insulina) (Wisting et al., 2019) e experiência emocional interna, não reatividade à experiência emocional interna, processamento emocional e sintomas de depressão definido pelo DSM-V como parte do transtorno depressivo maior (Fisher et al., 2018). Estes instrumentos/medidas de avaliação utilizados nos estudos exploraram outros aspectos cognitivos e emocionais dos participantes das pesquisas, que podem influenciar e estar relacionados a percepção da doença dos pacientes com DM1.

Abaixo, a Figura 2, os dados da revisão sistemática foram compilados e organizados considerando: região geográfica, objetivos, delineamento, amostra, instrumentos e resultados gerais dos estudos selecionados.

Autor(es), Ano, Origem	Delimitação	Objetivo	Descrição da Amostra	Instrumentos de Avaliação	Principais Resultados
Wisting et al., 2019 Noruega	Transversal	Investigou a percepção da doença, estratégias de coping e crenças de insulina em adultos com DM1, bem como seu impacto no controle metabólico, com foco na diferença de gênero (masculino e feminino).	282 participantes sendo 112 homens e 170 mulheres com idade entre 18 e 79 anos com DM1.	Diabetes Eating Problem Survey Revised (DEPS-R – avalia distúrbios alimentares em diabéticos). Brief version of the Illness Perceptions Questionnaire (BIPQ –avalia a percepção da doença - versão breve). COPE Inventory (mede o enfrentamento de eventos difíceis ou estressantes da vida). Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ – medida de crenças sobre medicamentos em geral (neste estudo um medicamento específico, a insulina)). Dados clínicos (BMI (índice de massa corporal)). Exame de Sangue de Hemoglobina glicosilada (HbA1c)	Quanto às percepções da doença, as mulheres apresentaram percepções significativamente mais negativas do seu DM1 do que os homens em todas as dimensões do BIPQ, exceto o controle do tratamento que apresentou diferenças estatisticamente não significativas. No sexo masculino, o controle metabólico (HbA1c) foi significativamente correlacionado com as percepções da doença, controle pessoal e coerência, bem como o coping. Para o sexo feminino, o controle metabólico (HbA1c) foi significativamente associado ao controle pessoal, coerência e preocupação, além da psicopatologia do transtorno alimentar. Nas mulheres o uso das estratégias de coping foi significativamente maior, pois estão mais propensas a liberar emoções e buscar apoio social emocional em comparação aos homens. Não houve diferenças estatisticamente significativas no controle metabólico (HbA1c) de acordo com o modo de tratamento com insulina (canetas ou bombas) entre homens e mulheres.
Fisher et al., 2018 Estados Unidos	Transversal	Demonstrou como a regulação emocional mal adaptativa (ER) pode levar ao distress do diabetes (DD), com efeitos no manejo e nos resultados metabólicos em adultos com diabetes tipo 1.	301 participantes com mais de 19 anos, com diagnóstico de DM1 por pelo menos 12 meses e que apresentavam distress do diabetes (DD) e HbA1c elevados.	Lista com 14 itens desde a idade do paciente até complicações da doença. Inner Experience Scale NonJudge (NonJudge – avalia a experiência interna). Nonreactivity to Inner Experience Scale (NonReact – avalia a não reatividade à experiência interna). Emotional Processing Scale (EmotProc – avalia o processamento emocional). Personal Control subscale from the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R – avalia a percepção da doença). T1-DDS (avalia o nível geral de distress do diabetes). Autorrelato (Glucose monitoring e Missed boluses – monitoramento da glicose e bolus perdidos de insulina). Exame de Sangue de Hemoglobina glicosilada (HbA1c). Autorrelato (Número de episódios hipoglicêmicos (definidos como glicemia <70 mg / dl) nos últimos 7 dias). Patient Health Questionnaire 8 (PHQ8 – avalia sintomas de depressão definido pelo DSM-V como parte do Transtorno Depressivo Maior).	Neste estudo somente foi utilizada a Subescala do Controle Pessoal do Questionário Revisado de Percepção de Doença. Os resultados apresentaram que a dimensão controle pessoal foi significativamente associado apenas com distress do diabetes (DD). Pacientes com distress do diabetes (DD) mais elevados tendiam a fazer autojulgamentos críticos sobre suas emoções, reagiam a elas de forma impulsiva e sem um plano, e raramente, estavam conscientes de suas experiências emocionais relacionadas ao diabetes. Além disso, houve uma significância entre a regulação emocional (ER) e os processos cognitivos para o distress do diabetes (DD), seguidos por controle do diabetes e resultados glicêmicos. A idade do paciente e o número de complicações afetavam esses processos, com maior significância para os pacientes mais jovens e aqueles com mais complicações relacionadas ao diabetes. Sintomas de depressão e distress do diabetes (DD), também, foram significativamente correlacionados.
Cosma & Băban, 2017 Romênia	Transversal	Investigou o papel da percepção da doença, estratégias de coping, eficácia de coping e respostas emocionais em relação ao controle metabólico em adolescentes com DM1.	66 participantes com DM1 e idade entre 12 e 16 anos.	Illness Perceptions Questionnaire Revised (IPQ-R – avalia a percepção da doença). Kidcope Questionnaire (avalia as estratégias e eficácia de coping). Exame de Sangue de Hemoglobina glicosilada (HbA1c).	Foram encontradas associações significativas entre as dimensões da percepção da doença (duração cíclica, consequências, representação emocional e coerência) e as dimensões das respostas emocionais (raiva, tristeza e nervosismo). As constantes negociações entre as demandas da doença e o seu controle podiam fazer com que os adolescentes utilizassem como estratégia de coping o afastamento social levando-os a ter uma resposta emocional negativa de tristeza. Os resultados sugeriram que não houve associações significativas entre as dimensões da percepção da doença e o controle metabólico (HbA1c). Somente a escala de coping de reestruturação cognitiva foi associado à medida de controle metabólico (HbA1c), ou seja, o uso menos frequente da reestruturação cognitiva foi associado a um pior controle metabólico (HbA1c).
Terrasson et al., 2017 França	Transversal	Investigou a percepção da doença dos adolescentes e de seus pais, relacionando com a avaliação dos filhos referente as percepções de seus pais sobre a doença. Para determinar se a avaliação dos adolescentes sobre a percepção que os pais tem da doença influencia na qualidade de vida destes adolescentes.	41 adolescentes com idades entre 11 e 18 anos, que haviam sido submetidos ao tratamento do DM1 há pelo menos um ano e 47 pais.	Diabetes Quality of life for Youth Questionnaire-Short Form (DQOLY-SF – avalia a qualidade de vida). Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R, avalia a percepção da doença) na versão Francesa (IPQ-R French version, disponível em <a href="http://www.ubn.no/ipq/">www.ubn.no/ipq/</a> ).	Adolescentes que acreditavam que o diabetes teve um impacto emocional importante e negativo em seus pais e pensavam que seus pais acreditavam que o diabetes teve importantes consequências em suas vidas, apresentavam uma pior qualidade de vida. As representações emocionais sobre o DM1 dos pais eram mais negativas que a de seus filhos, e os pais percebiam consequências mais graves para a vida dos filhos do que os adolescentes. A percepção que os adolescentes tinham da doença e a percepção da doença que eles atribuíam a seus pais pode afetar negativamente na qualidade de vida, ocasionando sintomas de ansiedade e depressão e baixa crença na capacidade do tratamento quanto ao controle da doença.

Fortenbarr et al., 2014 Estados Unidos	Longitudinal	Examinou o desenvolvimento da percepção da doença do DM1 durante a adolescência e as relações com inteligência, responsabilidade e resultados do diabetes.	Os dados foram de um estudo longitudinal maior que acompanhou 232 famílias em intervalos de 6 meses por 2,5 anos. Os dados do Tempo 2 (6 meses após a inscrição, n = 213), Tempo 3 (6 meses depois, n = 196) e Tempo 4 (6 meses a partir do tempo 3, n = 183). O estudo incluiu adolescentes de 10 a 14 anos diagnosticadas com DM1 por pelo menos um ano.	Illness Perceptions Questionnaire Revised (IPQ-R – avalia a percepção da doença). Diabetes Responsibility and Conflict Scale (avalia a responsabilidade com o diabetes). Cognitive Functioning Measure (avalia o funcionamento cognitivo). Pediatric Quality of Life Inventory (avalia a qualidade de vida). Self-Care Inventory (avalia o autocuidado). Kaufman Brief Intelligence Test (KBIT-2 avalia a inteligência). Exame de Sangue de Hemoglobina glicosilada (HbA1c).	A percepção que os adolescentes tinham do diabetes mudava ao longo do tempo, e essa mudança está associada a fatores como a inteligência, a responsabilidade e os efeitos do diabetes. Com o passar do tempo, os adolescentes percebiam a doença como mais crônica, coerente e controlável tanto pelo tratamento, quanto por si mesmo. Quando havia maior capacidade intelectual e crescente responsabilidade do controle do diabetes, havia uma compreensão coerente da doença que incluía a sua gravidade, controle pessoal e controle do tratamento. A inteligência foi associada com uma maior coerência (compreensão), menor consequência e resposta emocional negativa frente ao diabetes. Adolescentes com maior responsabilidade do diabetes percebiam consequências e respostas emocionais menos negativas quando pensavam sobre a doença, assim, estavam menos propensos a acreditarem que o diabetes era cíclico. Um maior controle pessoal, controle parental e do tratamento, uma maior coerência e representações emocionais menos negativas foram associadas com melhor adesão ao tratamento e qualidade de vida. Os resultados, também, sugeriram que compreender que a doença tem consequências menos graves, estar sob um menor controle parental, perceber maior coerência da doença e ter menos consequências emocionais negativas esteve associado com um melhor controle metabólico (HbA1c) e qualidade de vida.
Rassart et al., 2014 Bélgica	Transversal	Examinou a percepção da doença e o coping como mecanismos intervenientes na relação entre os cinco fatores de personalidade e a adaptação à doença em adultos com DM1.	368 indivíduos com DM1 com idades entre 18 e 35 anos.	Illness Perceptions Questionnaire Revised (IPQ-R – avalia a percepção da doença). Quick Big Five Scale Revised (avalia as traços de personalidade). Revised Diabetes Coping Measure (avalia as estratégias de coping do diabetes). Problem Areas in Diabetes Scale (PAID – avalia a adaptação da doença).	Os traços de personalidade podem prever as maneiras pelas quais os pacientes pensam e lidam com a doença, dessa forma, uma mudança desses traços pode afetar a percepção da doença, o comportamento de coping e a adaptação da mesma. Pacientes com alta socialização relataram menos problemas relacionados ao diabetes. Baixos níveis de conscienciosidade e alto nível de neuroticismo foram preditores de pior adaptação à doença. A extroversão e abertura não tiveram resultados significativos a problemas relacionados ao diabetes. Os resultados encontrados também mostraram que pacientes com baixa capacidade de socialização, geralmente, percebiam mais consequências da doença no seu cotidiano e aceitavam menos sua doença.
Williams, Sharpe & Mulvan, 2014 Austrália	Transversal	Investigou se existe relação entre alguns fatores do desenvolvimento da adolescência (atitudes alimentares, apoio familiar e medo da avaliação negativa) e psicopatologias em adolescentes com DM1, relacionando-os com as dimensões do modelo de senso comum da doença (MSC) que fornece uma estrutura conceitual para compreender construtos psicológicos no contexto da doença crônica.	62 adolescentes com idades entre 13 e 17 anos com DM1.	Summary of Diabetes Management (versão adaptada) – Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire (avalia o autocuidado). Illness Perception Questionnaire (IPQ – avalia a percepção da doença). Eating attitude test (avalia a atitude e o comportamento alimentar). Fear of Negative Evaluation (avalia o medo da avaliação negativa). Diabetes Social Support Questionnaire – Family Version (DSSS – avalia o apoio familiar em relação ao diabetes). Child Depression Inventory (CDI – avalia os sintomas emocionais e comportamentais de depressão). Spence Child's Anxiety Scale (SCAS – avalia os sintomas de ansiedade). Seven-day diabetes management diary (avalia durante sete dias o manejo do diabetes, a fim de registrar os níveis de glicose no sangue durante este tempo). Exame de Sangue de Hemoglobina glicosilada (HbA1c).	Adolescentes que perceberam a doença com consequências mais negativas tiveram níveis mais elevados de depressão. A identidade foi associada a níveis mais altos de ansiedade. Adolescentes que relatavam um maior número de sintomas associados ao diabetes como fadiga, dorência e sudorese, apresentavam níveis mais altos de depressão e ansiedade. A má alimentação esteve associada a níveis mais elevados de ansiedade e depressão. Maiores níveis de apoio familiar foram significativamente associados a níveis mais baixos de ansiedade. A apreensão em receber uma avaliação negativa, evitar ser avaliado e a expectativa de ser avaliado negativamente foi associado com maiores níveis de ansiedade e depressão.
Nouwen et al., 2009 Inglaterra	Transversal	Examinou os efeitos de autoeficácia e percepção da doença para o autocuidado dietético e distress em adolescentes com DM1, comparando dois modelos teóricos o MSC e a Teoria Cognitiva Social.	151 participantes com idades entre 12 e 18 anos com diagnóstico do DM1 há pelo menos 06 meses.	Dados sociodemográficos e informações relacionadas com o diabetes. Dietary self-efficacy (avalia a autoeficácia alimentar). Personal Models of Diabetes (avalia a representação da doença). Illness Perception Questionnaire (IPQ – avalia a percepção da doença). The dietary sub-scale of the Summary of Self-Care Activities Scale (avalia o autocuidado relacionado a dieta alimentar). The Problem Areas in Diabetes survey (PAID – avalia o distress diabético).	Neste estudo crenças sobre consequências negativas do diabetes foram associadas com maiores níveis de distress. As consequências negativas, a autoeficácia alimentar e a eficácia do tratamento tiveram efeito direto e independente no autocuidado alimentar e no distress diabético. Os resultados mostraram que a autoeficácia dietética e a eficácia do tratamento, em curto prazo, foram preditores independentes de autocuidado alimentar e do distress diabético. Adolescentes com DM1 que duvidavam de suas habilidades de lidar com a dieta e/ou não acreditavam que seguir as recomendações alimentares era importante no controle do diabetes estiveram menos propensos a seguir as atividades e dietéticas recomendadas. Na comparação dos dois modelos, o da teoria cognitiva social que apresentou a conceptualização da autoeficácia interagindo com a eficácia do tratamento para prever o autocuidado alimentar, foi obtido menor significância nos dados encontrados do que o modelo em que esses construtos foram conceptualizados como exercendo seus efeitos independentes.
George et al., 2008 Inglaterra	Estudo Randomizado	Determinou a efetividade de uma intervenção psicoeducativa breve (2,5 dias) para o autoregulação em pessoas com DM1.	232 convidados pelo correio para participar. Dos 117 que participaram da randomização, 54 foram alocados para o grupo de intervenção e 60 para o grupo controle. Pacientes no mínimo com 18 anos de idade e com DM1 há mais de 12 meses.	Pressão sanguínea, peso, altura, perfil lipídico, hipoglicemia severa, índice de massa corporal (IMC) e dose diária total de insulina (unidades). Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36 – avalia o estado geral da saúde). Illness Perception Questionnaire (IPQ – avalia a percepção da doença). Diabetes Knowledge Test (DKT – avalia o conhecimento sobre o diabetes). Diabetes Empowerment Scale (DES – avalia a autoeficácia em cuidar do diabetes). Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire (DTS-Q – avalia a satisfação com o tratamento). Hypoglycaemia Fear Scale (HFS – avalia o medo da hipoglicemia). Diabetes Health Profile (DHP – com as três subescalas – avalia distress psicológico, barreiras relacionadas com atividades e alimentação desinibida). Exame de Sangue de Hemoglobina glicosilada (HbA1c).	A percepção da doença não mostrou resultados significativos na melhoria dos participantes. A dimensão gestão dos aspectos psicossociais, autoeficácia em cuidar do diabetes e a satisfação com o tratamento mostram melhoras no grupo de intervenção aos 3, 6 e 12 meses. Os resultados demonstraram que liberar a dieta para pacientes com DM1 não leva a um declínio do HbA1c ou aumento de graves episódios de hipoglicemia, mas levou a ganhos na satisfação do tratamento e empoderamento do paciente. A intervenção influenciou positivamente a ansiedade operante resultante do diabetes e melhorou o sofrimento psicou.

FIGURA 2: Lista de estudos incluídos

## 4 | DISCUSSÃO

Com relação às dimensões do MSC e sua relação com DM1, o único estudo que não encontrou relações foi o de George et al. (2008). Os demais estudos revisados encontraram associações específicas conforme as dimensões do MSC, que serão discutidas a seguir.

Quanto à dimensão coerência da doença, ou o quanto a pessoa acredita que entende sobre ela, foi associada à inteligência, melhor adesão ao tratamento e controle metabólico (HbA1c) e qualidade de vida durante a adolescência. Os adolescentes tinham uma compreensão mais coerente da doença à medida que eram mais velhos (Fortenberry et al., 2014). No estudo de Cosma & Băban (2017), a coerência foi relacionada com afastamento social, descrito nesta pesquisa como um mecanismo de *coping*. Uma possível explicação é que, embora os adolescentes acreditem, até certo ponto, no controle da doença, eles também tentam se ajustar às normas de grupos sociais do seu grupo. No estudo Wisting et al. (2019) a coerência apresentou uma correlação positiva com o controle metabólico (HbA1c).

A dimensão consequências da doença esteve associada ao *coping* evitativo e de resignação passiva em pacientes com DM1. Quanto maior a percepção de consequências negativas, maiores os problemas relacionados ao DM1. Pacientes com baixa capacidade de aceitação geralmente percebem mais consequências de sua doença em sua vida diária e aceitam menos sua doença que pacientes que aceitam a DM1 (Rassart et al., 2014). As consequências também foram associadas a pior autocuidado na dieta e um maior *distress*. Para adolescentes com DM1, as consequências negativas da doença são vistas como independentes das crenças de autoeficácia para prever o *distress*. Assim, os adolescentes podem se sentir eficazes em seguir sua dieta, resultando em menos sofrimento, mas, concomitantemente, podem sustentar a crença de que o DM1 têm consequências negativas de maneira geral. É possível que os adolescentes ainda não tenham feito a ligação entre sua própria vontade em administrar os aspectos do DM1 e possíveis consequências (positivas e negativas) da sua condição (Nouwen et al., 2009). Os adolescentes que perceberam que o DM1 têm sérias consequências apresentaram também maior depressão. Dado que as consequências do DM1 estão centradas na perda (por exemplo, perda de atividade, normalidade e futuro), isso pode explicar a ligação entre depressão e consequências (Williams, Sharpe & Mullan, 2014). Perceber que a doença tem consequências menos graves e ter menos consequências emocionais negativas foi associado a um melhor controle metabólico (HbA1c) e qualidade de vida na adolescência. A gravidade das consequências, ao longo do tempo se apresenta para o paciente com a percepção de que a doença é incurável (Fortenberry et al., 2014). As consequências, no estudo de Cosma & Băban (2017), também, foram associadas como mecanismos de *coping* (regulação emocional e resolução de problemas). No estudo de Terrasson et al. (2017), os pais perceberam consequências mais graves da doença do que os adolescentes. A

qualidade de vida dos adolescentes se correlacionou significativamente com a percepção das consequências. Adolescentes que pensavam que seus pais acreditam que o diabetes teve maiores consequências em suas vidas tiveram pior qualidade de vida que outros adolescentes.

Quanto à dimensão controle pessoal da doença, as mulheres apresentaram níveis mais baixos em relação aos homens. As mulheres tiveram menos controle pessoal para lidar com o DM1, usavam formas mais passivas de *coping* e apresentavam níveis mais altos de problemas relacionados ao DM1 (Rassart et al., 2014). Maior controle pessoal durante a adolescência foi associado a melhor adesão ao tratamento. Os adolescentes sentiam um aumento no controle pessoal sobre a doença à medida que ficavam mais velhos. Além disso, neste estudo o controle pessoal esteve associado a maior capacidade intelectual e maior responsabilidade pelo controle do DM1. Adolescentes com maior responsabilidade pelo DM1 perceberam menos controle parental e com o tempo, também, consideraram sua doença menos controlada pelos seus pais. Estar sob menos o controle dos pais foi associada a melhor controle metabólico (HbA1c) na adolescência (Fortenberry et al., 2014). No estudo de Fisher et al. (2018), somente foi incluída a subescala controle pessoal do Questionário Revisado de Percepção de Doenças (IPQ-R). Os resultados mostraram que níveis mais elevados de regulação emocional (ER) e controle pessoal foram associados com menor *distress* relacionado ao diabetes (DD). No estudo Wisting et al. (2019), o controle pessoal foi o preditor mais forte para homens e mulheres associado ao controle metabólico (HbA1c).

A dimensão controle do tratamento mostrou-se associada ao tempo, ou seja, à medida que os adolescentes ficavam mais velhos desenvolviam um aumento no cuidado para ter um maior controle do tratamento (Fortenberry et al., 2014). Além disso, a responsabilidade relacionada ao DM1 foi associada ao controle da doença. O controle do tratamento foi associado à melhor adesão ao tratamento e qualidade de vida, além de ser relacionado a um contexto de maior capacidade intelectual, pois, através deste contexto há uma maior percepção da doença e uma reflexão de quão grave é o DM1, o que conseqüentemente, desenvolve a dimensão de controle do tratamento.

No estudo de Williams, Sharpe & Mullan (2014), no que se refere à identidade da doença, maior sintomatologia foi associada a níveis mais altos de ansiedade. Quanto à dimensão duração da doença, a percepção de sintomas mais permanentes (não cíclicos) foi associada a uma melhor qualidade de vida, com o passar do tempo esta percepção que se acentuou, ou seja, os adolescentes viam a doença com um aumento na sua cronicidade. (Fortenberry et al., 2014). No estudo Cosma & Băban (2017) a percepção de duração cíclica da doença foi associada com funcionamentos de mecanismo de *coping* (regulação emocional e resolução de problemas).

Com relação à dimensão representação emocional durante a adolescência, ela foi associada à melhor adesão ao tratamento e qualidade de vida (Fortenberry et al., 2014).

Enquanto as demais dimensões da percepção da doença dos adolescentes sobre o DM1 mudam ao longo do tempo, as representações emocionais permaneceram estáveis em geral (Fontenberry et al., 2014). Outro estudo mostrou que a representação emocional foi associada tanto à autocrítica quanto ao nervosismo, além de estar relacionada à regulação emocional e a raiva (Cosma & Băban, 2017). No estudo de Terrasson et al. (2017), as representações emocionais percebidas pelos adolescentes foram menos negativas do que as percepções das representações emocionais de seus pais. Além disso, a qualidade de vida se correlacionou significativamente com as representações emocionais. Adolescentes que achavam que seu diabetes tinha um impacto emocional negativo para seus pais apresentaram pior qualidade de vida. No estudo Wisting et al. (2019), a pergunta preocupação da dimensão representação emocional foi significativamente associado ao controle metabólico em mulheres (HbA1c).

Com relação às limitações dos estudos analisados, o tamanho da amostra foi citado em vários estudos (Nouwen et al. 2009; Williams, Sharpe & Mullan, 2014; Cosma & Băban, 2017; Fontenberry et al., 2014; Rassart et al., 2014; Fisher et al., 2018; Wisting et al., 2019). As amostras nestes estudos variaram de 62 participantes (Williams, Sharpe & Mullan, 2014) até 368 participantes (Rassart et al., 2014). O delineamento transversal (Cosma & Baban, 2017; Nouwen et al., 2009; Rassart et al., 2014; Fisher et al., 2018; Wisting et al., 2019) foi apontado como uma limitação, pois os resultados não puderam inferir causalidade. No estudo de Terrasson et al. (2017), um aspecto limitador foram os resultados quanto à avaliação das percepções parentais, pois a amostra foi composta em sua maioria por mães. Os dados da HbA1c foram citados como limitações por não terem sido obtidos de um único laboratório (Williams, Sharpe & Mullan, 2014). Outra limitação, de acordo com Cosma & Băban (2017), foi realizar a pesquisa dentro de ambiente hospitalar, pois, isso pode possibilitar respostas favoráveis aos médicos e cuidadores, mesmo os participantes estando cientes que estes não teriam acesso às respostas dadas.

Por fim, dois estudos apresentaram como limitações a amostra ter sido composta em grande parte por adolescentes, sendo um fator relevante que futuras pesquisas possam ser realizadas com adultos, pois, de acordo com Cosma & Băban (2017), é na idade adulta que os padrões de adesão se perpetuam mais frequentemente. Do mesmo modo, Fontenberry et al. (2014), apresentaram que pesquisas com participantes da idade adulta podem nos ajudar a compreender melhor algumas associações, já que os resultados sugerem mudanças ao longo do tempo da percepção da doença, como também no controle pessoal e da responsabilidade, fatores associados a uma melhor adesão ao tratamento e gestão do DM1.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível evidenciar na presente revisão sistemática que a percepção que o adolescente/adulto tem da DM1 está associada a resultados da doença, em especial três dimensões: consequências, representação emocional e controle pessoal da doença. Crenças de consequências negativas estiveram associadas a maiores problemas relacionados ao DM1 e também a depressão. Quanto à representação emocional negativa, conclui-se que ela esteve relacionada à autocrítica, nervosismo, pior regulação emocional e raiva, enquanto representação emocional mais positiva se associa com adesão ao tratamento e qualidade de vida. Já o controle pessoal mostrou-se forte preditor de controle metabólico (HbA1c) e adesão ao tratamento, e esteve associado a menores índices de *distress* do diabetes. As mulheres apresentaram níveis mais baixos de controle pessoal que os homens.

Os dados encontrados nesta revisão apontam, portanto, para a necessidade de avaliar as percepções sobre o DM1 de pacientes para que se possa compreender e intervir para melhorar os resultados clínicos da doença e fomentar a qualidade de vida. Os resultados também ampliam, ainda mais, o conhecimento a respeito dos vários fatores envolvidos para um melhor controle metabólico e tratamento do diabetes tipo 1. Em futuras pesquisas, é importante acompanhar como o adolescente e jovem adulto se desenvolve e suas percepções mudam, como estudos longitudinais. A inexistência de estudos no Brasil e na América Latina a respeito do tema também chama a atenção e mostra a necessidade de conhecer o que pensam esses jovens sobre sua doença para entender as suas particularidades nesse contexto específico.

## REFERÊNCIAS

Altenhofen, V., Castro, E. K. de, & Britz de Lima, N. (2016). **Percepção da doença em pacientes cardíacos: Uma revisão sistemática**. Estudos Interdisciplinares Em Psicologia, 7(2), 45–63. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2016v7n2p45>

American Diabetes Association (2014). **Diagnosis and classification of diabetes mellitus**. Diabetes Care, 37, 81-90. <https://doi.org/10.2337/dc14-S081>

**Associação Nacional de Atenção ao Diabetes** (2018). Recuperado de: <http://www.anad.org.br/>

Carona C., Pereira M., Moreira H., Silva N. M., & Canavarro C. (2013). **The Disability Paradox Revisited: Quality of Life and Family Caregiving in Pediatric Cerebral Palsy**. Journal of Child and Family Studies, 22, 971-986. <https://doi.org/10.1007/s10826-012-9659-0>

Coleta, D. F. M. (2010). **Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares**. Mudanças Psicologia da Saúde, 18 (1-2), 69-78. <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v18n1-2p69-78>

- Cosma, A., & Băban, A. (2017). **Emotional responses of adolescents with type 1 diabetes: The role of illness representations and coping.** *Cognition, Brain, Behavior*. An Interdisciplinary Journal, 21(2), 117-134. <https://doi.org/10.24193/cbb.2017.21.08>
- Figueiras, M. J., Monteiro, R., & Caeiro, R. (2012). **Crenças errôneas e percepção da doença em pacientes cardíacos e seus cônjuges: um estudo piloto.** *Psychology, Community and Health*, 1(3), 232-245. <https://doi.org/10.5964/pch.v1i3.24>
- Fisher, L., Hessler, D., Polonsky, W., Strycker, L., Guzman, S., Bowyer, V., Blumer, I., & Masharani, U. (2018). **Emotion regulation contributes to the development of diabetes distress among adults with type 1 diabetes.** *Patient Education and Counseling*, 101(1), 124-131. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.036>
- Fortenberry, K. T., Berg, C. A., King, P. S., Stump, T., Butler, J. M., Pham, P. K., & Wiebe, D. J. (2014). **Longitudinal Trajectories of Illness Perceptions Among Adolescents With Type 1 Diabetes.** *Journal of Pediatric Psychology*, 39(7), 687-696. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu043>
- George, J. T., Valdovinos, A. P., Russell, I., Dromgoole, P., Lomax, S., Torgerson, D. J., Wells, T., & Thow, J. C. (2008). **Education and Psychological Care Clinical effectiveness of a brief educational intervention in Type 1 diabetes: results from the BITES (Brief Intervention in Type 1 diabetes, Education for Self-efficacy) Trial.** *Diabetic Medicine*, 25, 1447-1453. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2008.02607.x>
- Kaptein, A. A., Schoones, J. W., Fischer, M., Thong, M., Kroep, J. R., & Van der Hoeven, K. (2015). **Illness Perceptions in Women with Breast Cancer-a Systematic Literature Review.** *Current Breast Cancer Reports*, 7(3), 117-126. <https://doi.org/10.1007/s12609-015-0187-y>
- Leventhal, H., Nerenz, D., & Steele, D. (1984). **Illness representations and coping with health threats.** In *Handbook of Psychology and Health*, 221-252. New York: Erlbaum.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). **Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions.** *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 143-163. <https://doi.org/10.1007/BF01173486>
- Leventhal, H., Bodnar-Deren, S., Breland, J. Y., Hash-Converse, J., Phillips, L. A., Leventhal, E. A., & Cameron, L. D. (2012). **Modeling Health and Illness Behavior: The approach of the common sense model.** In J. Bawn, A., Revenson, T. A. & Singer (Ed.), *Handbook of Health Psychology*, 3-35. New York: Routledge Handbooks Online. <https://doi.org/10.4324/9780203804100.ch1>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA Group (2009). **Preferred report items for Systematic Reviews and Meta-Analysis: the PRISMA Statement.** *PLOS Medicine*, 6(7), 1-6. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Nouwen, A. G., Law, U., Hussain, S., McGovern, S., & Napier, H. (2009). **Comparison of the role of self-efficacy and illness representations in relation to dietary self-care and diabetes distress in adolescents with type 1 diabetes.** *Psychology and Health*, 24(9), 1071-1084. <https://doi.org/10.1080/08870440802254597>
- Pennafort V.P.S., Queiroz M.V.O., Gomes I.L.V., & Rocha M.F.F. (2018) **Instructional therapeutic toy in the culture care of the child with diabetes type 1.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 1334-1342. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0260>



Petrie, K. J., & Weinman, J. (2012). **Patients Perceptions of Their Illness: The Dynamo of Volition in Health Care.** *Current Directions in Psychological Science*, 21(1), 60-65. <https://doi.org/10.1177/0963721411429456>

Phillips, L. A., Leventhal, H., & Leventhal, E. A. (2012). **Physicians communication of the common sense self regulation model results in greater reported adherence than physicians' use of interpersonal skills.** *British Journal of Health Psychology*, 17(2), 244-257. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2011.02035.x>

Rassart, J., Luyckx, K., Klimstra, T. A., Moons, P., Groven, C., & Weets, I. (2014). **Personality and Illness Adaptation in Adults with Type 1 Diabetes: The Intervening Role of Illness Coping and Perceptions.** *Journal Clinical Psychology in Medical Settings*, 21, 41–55. <https://doi.org/10.1007/s10880-014-9387-2>

Seabra, C. R., Peuker, A. C. W. B., & Castro, E. K. de. (2015). **Modelo de Autorregulação em Saúde e câncer de mama: uma revisão sistemática de literatura.** *Saúde e Desenvolvimento Humano*, 3(2), 79–105. <https://doi.org/10.18316/2317-8582.15.7>

**Sociedade Brasileira de Diabetes** (2018). Recuperado de: <http://www.diabetes.org.br/>

Terrasson, J., Terrade, F., Somat, A., Nivot-Adamiak, S., Guitteny, M.A., & Kerdanet, M. de. (2017). **Association between quality of life of adolescents with type 1 diabetes and parents' illness perception as evaluated by adolescents.** *Psychology, Health & Medicine*, 23(3), 347-359. <https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1348608>

Williams, C., Sharpe, L., & Mullan, B. (2014). **Developmental challenges of adolescents with type 1 diabetes: The role of eating attitudes, family support and fear of negative evaluation.** *Psychology, Health & Medicine*, 19(3), 324-334. <https://doi.org/10.1080/13548506.2013.808750>

Wisting, L., Rø, A., Skriverhaug, T., Dahl-Jørgensen, K., & Rø, Ø. (2019). **Disturbed eating, illness perceptions, and coping among adults with type 1 diabetes on intensified insulin treatment, and their associations with metabolic control.** *Journal of Health Psychology*. <https://doi.org/10.1177/1359105319840688>

## EFICÁCIA A LONGO PRAZO DA PSICOTERAPIA NA DEPRESSÃO MAJOR: ESTUDO DE COMPARAÇÃO ENTRE A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E A TERAPIA FOCADA NAS EMOÇÕES

*Data de aceite: 20/08/2021*

### **Paula Marinho Vieira**

Centro de Psicologia da Universidade do Porto  
& Instituto Universitário da Maia, Portugal  
Porto, Portugal  
<https://orcid.org/0000-0001-9865-8174>

### **João Manuel de Castro Faria Salgado**

Centro de Psicologia da Universidade do Porto  
& Instituto Universitário da Maia, Portugal  
<https://orcid.org/0000-0003-0822-9267>

### **Robert Elliott**

University of Strathclyde, Scotland  
Glasgow, Scotland  
<https://orcid.org/0000-0002-3527-3397>

### **Carla Alexandra Castro Cunha**

Centro de Psicologia da Universidade do Porto  
& Instituto Universitário da Maia, Portugal  
<https://orcid.org/0000-0001-7369-5075>

Excertos deste manuscrito foi publicado. In Actas do IX Congresso Ibero-americano de Psicologia/ 3º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses, Porto, 28 Setembro a 01 Outubro 2016. Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses.

**RESUMO:** A depressão é a perturbação mental mais prevalente, com uma taxa de recaída muito elevada, contribuindo de tal forma para o fardo global de doenças que se considera atualmente a epidemia do século. A eficácia dos tratamentos psicoterapêuticos no tratamento

da depressão está bem estabelecida, contudo permanece em aberto, por escassez de estudos, a sustentabilidade dos resultados a longo prazo, nomeadamente 12 meses após o tratamento. Atualmente, decorre um projeto de investigação com o objetivo de avaliar a eficácia a longo-prazo de dois tratamentos da depressão empiricamente apoiados (terapia cognitivo-comportamental e terapia focada nas emoções) Numa amostra de 64 participantes deprimidos, originalmente de um ensaio clínico aleatorizado (ECA) realizado previamente, financiado pela FCT, procedemos a novo recrutamento para analisar a manutenção dos ganhos e recaídas aos 36 meses após a finalização do tratamento (ECA), recorrendo-se à avaliação da sintomatologia depressiva e geral apresentada. Com base no trabalho desenvolvido até à data, apresentamos os resultados preliminares do estudo de follow-up a 36 meses. Com base no trabalho desenvolvido até à data, apresentamos os resultados preliminares do estudo de follow-up a 36 meses.

**PALAVRAS - CHAVE:** depressão; follow-up; recaída.

### LONG-TERM EFFICACY OF PSYCHOTHERAPY IN MAJOR DEPRESSION: COMPARISON STUDY BETWEEN COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY AND EMOTION-FOCUSED THERAPY

**ABSTRACT:** Depression is the most prevalent mental disorder with a very high relapse rate contributing significantly to the overall burden of disease such that is currently considered the epidemic of the century. The efficacy of

psychotherapy in the treatment of depression is well established, however, the sustainability of long-term results, particularly 12 months after treatment, remains an open question due to the lack of studies. A research project is currently being conducted to evaluate the long-term efficacy of two empirically-supported treatments for depression (cognitive-behavioral therapy and emotion-focused therapy) In a sample of 64 participants with depression, originally from a previous randomized clinical trial financed by FCT, we have proceeded to a new recruitment in order to analyze the maintenance of gains and relapses 36 months after completing the treatment (RCT), having assessed their depressive and general symptomatology posterior to their treatment. Based on the work we have developed up until now, we will present the preliminary results of the study after a 36 month follow-up.

**KEYWORDS:** depression; follow-up; relapse.

## INTRODUÇÃO

A depressão é uma das doenças mentais mais comum e prevalente com grande impacto global tanto no indivíduo como na sociedade. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2020), mais de 264 milhões de pessoas em todo o mundo são afetadas pela depressão. A eficácia da psicoterapia no tratamento da depressão é consensualmente aceita pela comunidade científica. Todavia a taxa de recaída dos pacientes recuperados no pós-tratamento permanece alta (50%) dois anos após a primeira ocorrência de um episódio de depressão (Vittengl, Clark, & Jarrett, 2007), demonstrando baixa sustentabilidade dos resultados a longo-prazo. Assim, importa perceber se as intervenções se diferenciam em termos de resultados a médio e longo-prazo (A-Tjak, J.G.L., Morina, N., Topper, M. et al., 2021), sobretudo acima do período de dois anos em razão da elevada taxa de recaída.

Os estudos meta-analíticos indicam eficácia da psicoterapia breve na depressão quando comparada com tratamentos farmacológicos, waiting-list, e care-as-usual (Munder et al., 2019; Cuijpers et. al., 2018), ainda que não clarifiquem se os ganhos se mantêm a longo-prazo. Por outro lado, também ainda não é claro se diferentes modelos psicoterapêuticos têm o mesmo poder na prevenção da recaída a longo-prazo, concretamente, a uma distância temporal superior a um ano após o término do tratamento (Vieira & Cunha, 2019)

Permanecem questões por resolver: 1) suprir a escassez de ensaios clínicos aleatorizados (RCTs) com comparações diretas dos resultados a longo-prazo de diferentes modalidades terapêuticas, incluindo a TCC; 2) as inconsistências entre diferentes meta-análises sugerem mais estudos de comparação para clarificar os resultados a longo-prazo de cada terapia.

A TCC, enquanto modalidade de psicoterapia mais estudada neste âmbito, é paradigmática deste cenário. Esta terapia tem recebido um vasto apoio empírico, incluindo demonstrações de maior eficácia na prevenção da recaída quando comparada com as intervenções farmacológicas (DeRubeis et al., 2008; Hollon et al., 2005). No entanto, quando sujeita a métodos de sistematização e comparação de resultados de estudos disponíveis de diferentes modalidades psicoterapêuticas os resultados são inconsistentes.

Com efeito, se na meta-análise de Tolin (2010) os resultados concluíram a favor da eficácia da TCC nos follow-ups (FUPs, média de 6 meses em 24 estudos), Marcus et al. (2014), também em estudo meta-analítico, não encontrou diferenças significativas entre a TCC e outras psicoterapias na manutenção dos ganhos a longo-prazo.

Wampold (2017), no seu manuscrito “In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy” alerta para o facto de estudos meta analíticos com baixa preciosidade, nomeadamente, na classificação dos tratamentos, da inclusão de estudos com viés de resultados, entre outras condições é o bastante para criar terreno fértil e gerar a confusão generalizada na comunidade científica. Importa, por isso, realizar mais estudos comparativos da eficácia a longo-prazo da TCC e de outras modalidades terapêuticas, sendo que a recomendação recai na realização de ensaios clínicos aleatorizados (RCTs) que comparem diretamente os resultados a longo-prazo de diferentes modalidades terapêuticas.

Com o objetivo de responder a essa lacuna, este projeto visa avaliar a manutenção dos resultados a longo-prazo de 64 participantes, 36 meses depois de terminada a psicoterapia, extensão do estudo clínico aleatorizado (ECA) “Descentração e mudança em psicoterapia”, (PTDC/PSI-PCL/103432/2008), comparação entre a TCC e a Terapia Focada nas Emoções (TFE).

Elegemos a TFE por ter vindo a mostrar resultados encorajadores a longo-prazo (ver Elliott et al., 2013; Hollon & Ponniah, 2010). Ellison e colegas (2009) compararam os ganhos obtidos em TFE e Terapia Centrada no Cliente, com FUPs de 6 e 18 meses. As diferenças significativas encontradas no estudo foram a favor do grupo de TFE: a) menores taxas de recaída, b) maior número de semanas assintomáticas e c) melhoria da autoestima.

Os dados preliminares aqui apresentados, tem como objetivo dar resposta, ainda que parcialmente, aos resultados do efeito da TFE e TCC a longo-prazo, partindo de avaliações de FUP recolhidas aos 36 meses, comparando-as com as obtidas no pós-tratamento e nos FUPs de 3, 6 meses.

## **METODOLOGIA**

### **Participantes**

Os participantes-alvo são recrutados de modo a cobrir a totalidade da amostra do projeto original “Descentração e mudança em psicoterapia”, com diagnóstico de Perturbação depressiva major, de acordo com o DSM-IV. Os critérios de inclusão foram ter depressão major, AGF > 50, sem medicação, idade igual ou superior a 18 anos, consentir a gravação das sessões e sessões de follow-up. Critérios de exclusão: comorbilidade com outras perturbações do Eixo I ou Eixo II, risco de suicídio, hiper-hipotiroidismo e violência doméstica.

O protocolo de tratamento do ECA foi composto por 16 sessões de terapia num

de dois modelos terapêuticos aleatorizados (EFT e TCC) e recolha de FUPs ao fim de 3, 6 meses pós-tratamento. Embora tenha sido pedido o consentimento inicial para tal, a avaliação de 36 meses não fazia parte do projeto inicial.

O presente projeto incidirá na amostra total do projeto inicial (participantes n=64, 32 em TFE e 32 em TCC), quer tenham completado (*completers*) o tratamento, quer tenham abandonado (*dropouts*), fazendo-se nova avaliação clínica ao 36 meses. Para o efeito o projeto de investigação (doutoramento) foi submetido à Comissão de Ética do Centro de Investigação, e pedido consentimento a todos os participantes do estudo. A nova recolha de dados iniciou-se em agosto de 2014, altura em que o primeiro participante perfez 36 meses após o término das 16 sessões de terapia realizadas no projeto original e terminará em abril de 2018. A avaliação de FUP de 36 meses será comparada com pós-tratamento e FUPs a 3, 6 meses previamente recolhidos no ECA. À data foram recolhidos dados de 33 participantes.

## INSTRUMENTOS

**Protocolo de avaliação aos 36 meses.** Módulo para os critérios de avaliação de Perturbações de Humor da Entrevista Estruturada Clínica para DSM-IV - Transtornos do Eixo I (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, tradução portuguesa: Maia et al).

**Sintomatologia depressiva.** Beck Depression Inventory (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996; versão Portuguesa de Coelho et al., 2002). Questionário de autorrelato para avaliação da sintomatologia depressiva.

**Sintomatologia geral.** Outcome Questionnaire – OQ-45-.2 (Lambert & Burlingame, 1996, versão portuguesa de Machado & Fassnacht, 2014), questionário de autorrelato desenvolvido para monitorizar as mudanças ocorridas durante a psicoterapia.

## PROCEDIMENTOS

**Recolha de dados.** Este estudo compara os dados do pós-tratamento com os FUPs 3, 6 meses do projeto inicial com uma reavaliação aos 36 meses. Todos os participantes serão contactados via telefone e convidados a participar no estudo, informando-se dos objetivos do estudo e instrumentos a preencher. À data já foram recolhidos dados de 33 participantes.

**Análise de dados.** Serão realizadas várias análises para dar resposta às questões de investigação (Ellison et al. 2009): Análise multivariada (ANOVA medidas repetidas), por grupo tratamento, fator intra-sujeito e inter-sujeito por FUPs nas medidas de autorrelato; Análise de Sobrevivência por condição de tratamento (tempo médio de sobrevivência para a ocorrência de recaída por condição tratamento; TCC e TFE).

## RESULTADOS

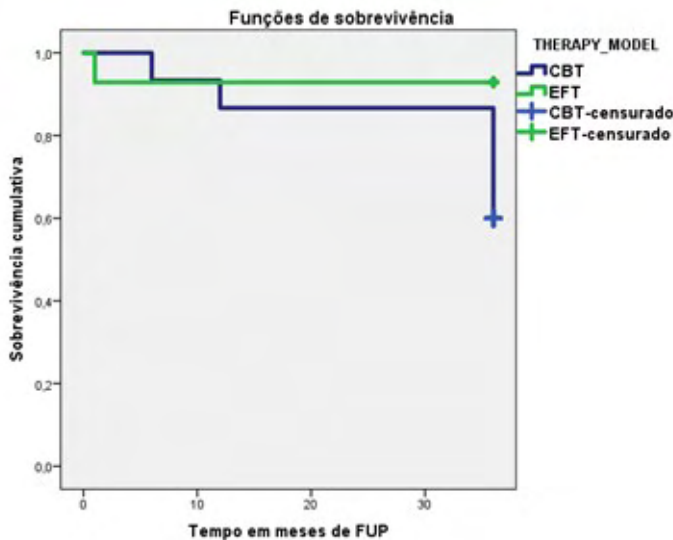
Dos 64 participantes, 54 (81,85) são do sexo feminino e 10 (15,2%) do sexo masculino com idades compreendidas entre os 22 e 60 anos ( $M=39,75$  e  $DP=10,35$ ). Quanto ao estado para recrutamento no estudo de follow-up, 19 (28,8%) ainda não perfizeram os 36 meses após o termino do protocolo de tratamento (ECA, 16 sessões de psicoterapia), 7 (10,6%) recusaram participar no estudo, 7 (10,6%) estão incontactáveis (email, telefone desatualizados) e 31 (47%) aceitaram a participação no estudo.

Os restantes resultados incidem sobre os participantes que aceitaram (recrutados) entrar no estudo de follow-up 31 (47%).

### Análise de tempo de sobrevivência até à recaída

Foi conduzida a análise de sobrevivência (*survival analyses, Kaplan-Meier*) para analisar o tempo médio, em meses relacionado com o evento de interesse (*relapse*) para a variável grupo tratamento, desde o pós-tratamento e ao longo dos follow-ups (3,6 e 36 meses). Nesta análise foram incluídos todos os participantes que terminaram o protocolo de tratamento (*completers*) e que foram obtidos dados de follow-up completos (BDI-II) uma vez que só esses nos possibilitam manter o pressuposto de não violação da suposição de independência.

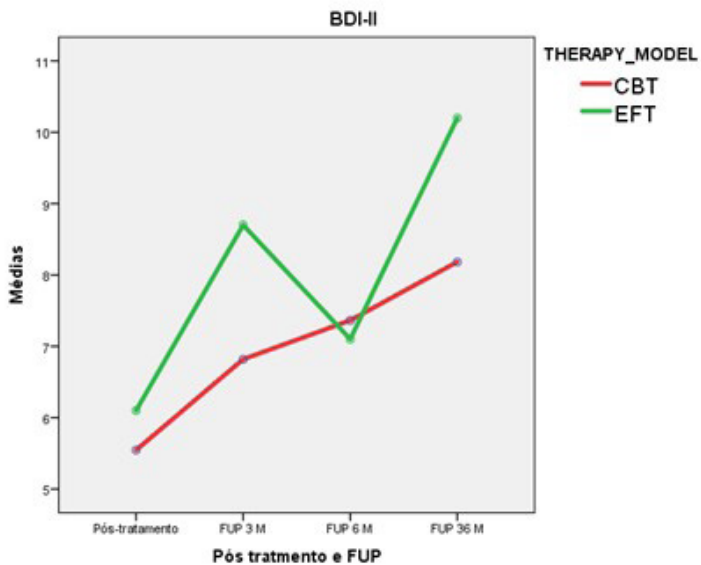
Numa primeira leitura dos resultados podemos verificar o número de eventos em cada condição de tratamento, correspondendo a seis para a TCC e um evento para TFE. O tempo médio de sobrevivência até à primeira recaída para condição tratamento situam-se para a TCC em  $M = 32,4$  e TFE  $M=33,5$  meses. No que concerne à distribuição da função sobrevivência (Figura 1) verifica-se que a TFE apresenta uma curva posicionada acima da curva TCC, por conseguinte menos eventos, espelhando ser um tratamento mais eficaz na manutenção dos resultados a longo-prazo. Todavia numa análise mais parcimoniosa, através do teste *log-rank*, quando se analisam as distribuições da sobrevivência entre os tratamentos não se encontra diferenças significativas,  $\chi^2(1, N = 29) = 3,62$ ,  $p = .057$  entre a TCC e TFE.



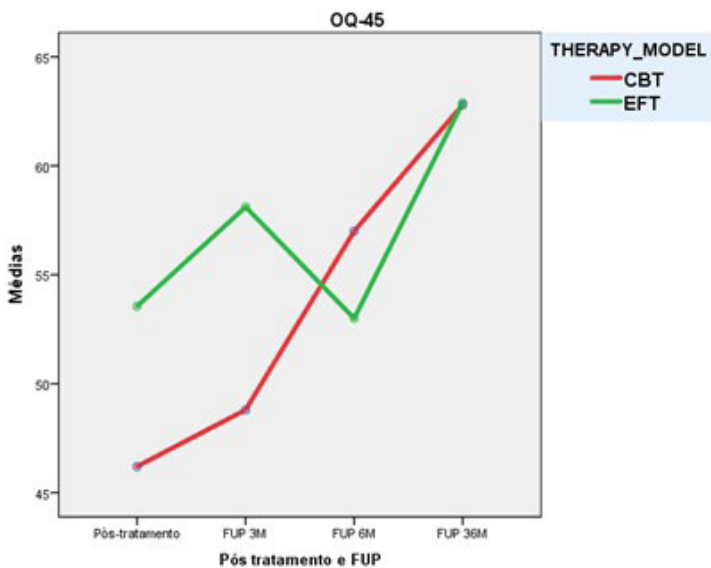
**Figura 1** Tempo médio de sobrevivência em meses para a primeira recaída dos participantes ao longo do follow-up para condição tratamento (TCC e TFE).

### Análise comparativas do resultado dos indicies das medidas de autorrelato

Para comparar os resultados dos tratamentos ao longo dos follow-ups foi conduzida análise multivariada, medidas repetidas para cada uma das medidas de resultado (BDI-II e OQ-45) por condição tempo (pós-tratamento, follow-up a 3, 6 e 36 meses) e condição tratamento (TCC e TFE). Não foram encontrados resultados estatisticamente significativos ao longo do tempo em nenhuma das medidas de resultado, quer por tempo como condição tratamento. A interação entre tempo (pós-tratamento, 3, 6 e 36 meses de follow-up) condição tratamento (TCC e TFE) para a medida de sintomatologia depressiva (BDI-II), não mostrou diferenças significativas Wilks Lambda = .98,  $F(3, 17) = 2.57$ ,  $p = .86$ , partial eta squared = .104. e para a medida de sintomatologia geral (OQ-45), Wilks Lambda = .72,  $F(3, 15) = 1.95$ ,  $p = .16$ . Não se verificaram alterações significativas quer na medida de sintomatologia depressiva Wilks Lambda = .84,  $F(3, 17) = 1.05$ ,  $p = .396$ , como na de sintomatologia geral Wilks Lambda = .70,  $F(3, 15) = 2.17$ ,  $p = .134$ . A comparação da intervenção dos tratamentos nos resultados a longo-prazo (TCC e TFE) não mostraram diferenças significativas,  $F(1, 19) = .119$ ,  $p = .73$ , o que leva a concluir que ambos os modelos terapêuticos obtêm eficácia na manutenção dos resultados a longo-prazo. As diferenças (Figura 2 e 3) nas médias das medidas de resultado (BDI-II e OQ-45) ao longo do tempo, apesar de marginais, apresentam um curso similar ao longo do tempo tendo em conta o modelo terapêutico.



**Figura 2** Comparação do grupo tratamento (TCC e TFE) por totais da escala de sintomatologia depressiva no pós-tratamento e follow-ups.



**Figura 3** Médias dos totais da escala de sintomatologia geral e monitorização das mudanças ocorridas no pós-tratamento e follow-ups.



## DISCUSSÃO

Os estudos sobre a sustentabilidade dos resultados a longo-prazo da depressão são escassos, no que concerne à comparação de modalidades psicoterapêuticas com avaliações acima dos 12 meses. Este projeto de doutoramento, concretamente os resultados dos estudos em curso, visa contribuir para a clarificação dos resultados dos tratamentos (TCC e TFE) em termos de eficácia e manutenção dos ganhos a longo-prazo, bem como, quais aportam resultados mais estáveis.

Neste estudo, ainda que os resultados apresentados sejam preliminares, dado o número da amostra recolhida até ao momento, não deixa de ser interessante observar que apesar de não existirem diferenças significativas na estabilidade dos resultados a 36 meses de follow-up se puderam observar diferenças quanto aos tratamentos. A análise de sobrevida é um exemplo claro de diferenças marginais com uma aproximação considerável à significância estatística apontando para a possível eficácia da TFE quando comparada com a TCC na manutenção dos resultados a longo-prazo. De facto foi possível observar que para a TCC o número de recaídas foi substancialmente mais elevada (seis) quando comparado com a TFE (um). Ainda que os dados sejam preliminares parecem ir de encontro a outros estudos que evidenciam superioridade clínica (Elliott, et al, 2013).

Exploramos, ainda a manutenção da eficácia do tratamento avaliada no pós-tratamento e follow-ups (3, 6 e 36 meses) através da análise de medidas repetidas. Não se detetaram diferenças significativas em todas as condições de investigação, tempo, tratamento, interação tempo tratamento. Todavia uma vez mais, quando analisamos as figuras das médias ao longo do tempo, pontuações das medidas, estas comportam-se de forma distinta, ao longo do tempo e de acordo com o tratamento. É possível verificar que as pontuações das escalas (BDI-II e OQ-45) no grupo tratamento TCC apresenta médias mais baixas no pós-tratamento subindo diagonalmente ao longo do tempo de follow-ups. No grupo TFE, as pontuações comportam-se em ziguezague, estando logo no pós-tratamento mais elevadas e mantendo a elevação para médias mais altas até ao período de follow-up de três meses. A partir daí decresce até ao período de seis meses de follow-up e volta a apresentar o comportamento inicial até aos 36 meses. Estes resultados podem sugerir que os clientes tratados com TFE poderão ter uma maior oscilação em termos de sintomatologia, mas por outro lado, também poderão sugerir que os mesmos clientes interiorizaram técnicas psicoterapêuticas que lhes permitem reorganizar-se emocionalmente quando se deparam/sentem uma diminuição do bem-estar e por conseguinte apresentar melhoria. Estes dados são importantes na medida em que é possível detetar padrões diferenciadores dos tratamentos, conhecer e aprofundar os movimentos/oscilações (Comer & Kendall, 2013) em termos de sintomatologia depressiva e geral que os clientes com depressão possam enfrentar.

Como havia sido referido, o estudo que aqui apresentamos (dados preliminares), é parte integrante de um projeto de doutoramento, com uma metodologia inovadora pela sua conceção metodológica pluralista, avaliando a eficácia da psicoterapia para a depressão a longo-prazo através de meta-análise, comparação das modalidades terapêuticas EFT e TCC a 36 meses bem como, o estudo da mudança terapêutica pela perspetiva do cliente contribuindo para conhecimento da investigação de resultado.

## REFERÊNCIAS

A-Tjak, J.G.L., Morina, N., Topper, M., Emmelkamp P. M. G.(2021) **One year follow-up and mediation in cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for adult depression.** BMC Psychiatry 21 (41). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-03020-1>.

Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K., 1996. **Manual for the Beck Depression Inventory-II (BDI-II).** Psychological Corporation, San Antonio, TX.

Cuijpers P, Karyotaki E, Reijnders M, Ebert DD. (2018). Was Eysenck right after all? A reassessment of the effects of psychotherapy for adult depression. *Epidemiol Psychiatr Sci.*;28(1):21-30. doi: 10.1017/S2045796018000057.

DeRubeis, R., Siegle, G., & Hollan, A. (2008). **Cognitive therapy vs. medications for depression: Treatment outcomes and neural mechanisms.** *Nat Rev Neurosci*, 9(10): 788–796. doi:10.1038/nrn2345.

Elliott, R., Greenberg, L.S., Watson, J., Timulak, L. & Freire, E. (2013). **Research on Humanistic-Experiential Psychotherapy.** In Lambert, M. (Ed.) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change.* John Wiley & Sons, Inc., Hoboken: New Jersey. ISBN: 978-1-118-03820-8.

Ellison, J.A., Greenberg, L., Goldman, R.N. & Angus, L. (2009). **Maintenance of Gains Following Experiential Therapies for Depression.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 103–112. DOI:10.1037/a0014653.

Fact Sheet Depression [<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>]. Accessed 17 de julho 2021.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (2002). **Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, research version.** New York: Biometrics Research. (Tradução portuguesa por Maia, A.C.).

Hollon, S., DeRubeis, R.J., Shelton, R., Amsterdam, J.D., Salomon, et al. (2005). **Prevention of Relapse Following Cognitive Therapy vs Medications in Moderate to Severe Depression.** *Arch Gen Psychiatry*, 62, 417-422. DOI: 10.1001/archpsyc.62.4.417.

Hollon, S.D., Ponniah K.(2010). **A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults.** *Depress Anxiety*. PMC;27(10):891-932. doi: 10.1002/da.20741.

Machado, P.P.P. & Fassnacht, D.B. (2014). **The Portuguese version of the Outcome Questionnaire (OQ-45): Normative data, reliability, and clinical significance cut-offs scores.** *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 2-11. <https://doi.org/10.1111/papt.12048>.

Marcus, D.K., O'Connell, D., Norris, A-L. & Sawaqdeh, A. (2014). **Is the Dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies.** *Clinical Psychology Review* 34, 519–530. DOI: 10.1016/j.cpr.2014.08.001.

Munder T, Flückiger C, Leichsenring F, Abbass AA, Hilsenroth MJ, Luyten P, Rabung S, Steinert C, Wampold BE. (2019). **Is psychotherapy effective? A re-analysis of treatments for depression.** *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 28, 268–274. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000355>.

Tolin, D.F. (2010). **Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review.** *Clinical Psychology Review*, 30, 710–720. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.05.003>.

Vieira, P. M., & Cunha, C. (2019). **Long-term efficacy of psychotherapy in major depression: protocol of a network meta-analysis.** *The Psychologist: Practice & Research Journal*, 2(1). DOI: <https://doi.org/10.33525/pprj.v2i1.35>.

Vittengl, J. R., Clark, L. A., & Jarrett, R. B. (2009). **Continuation-phase cognitive therapy's effects on remission and recovery from depression.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 367-371. doi: 10.1037/a0015238.

Wampold, B.E., Flückiger, C., Del Re A. C., Noah, E., Nickolas, Y., Frost D., Brian T., Simon, P., B. Goldberg, S., Miller, S.D., Baardseth, P.B., Laska, K. M. & Hilsenroth, M. J. (2017). **In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy,** *Psychotherapy Research*, 27:1, 14-32, DOI: 0.1080/10503307.2016.1249433.

*Data de aceite: 20/08/2021*

*Data de submissão: 04/06/2021*

### **Zena Eisenberg**

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Educação  
Rio de Janeiro, RJ  
<https://orcid.org/0000-0002-6480-8645>

### **Carlos Alberto Quadros Coimbra**

Museu de Astronomia e Ciências Afins (MAST/MCT), Coordenação de Educação  
Rio de Janeiro, RJ  
<http://lattes.cnpq.br/0438717062962991>

### **Sibele Cazelli**

Museu de Astronomia e Ciências Afins (MAST/MCT), Coordenação de Educação  
Rio de Janeiro, RJ  
<http://lattes.cnpq.br/2306141621040404>

### **Jéssica Castro Nogueira**

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Educação / SME/RJ  
Rio de Janeiro, RJ  
<https://orcid.org/0000-0002-0093-1150>

**RESUMO:** Apresentamos aqui os resultados de dois estudos realizados no estado do Rio de Janeiro – um em Vassouras e outro na capital. Ambos estudos investigam o desenvolvimento de conceitos temporais entre crianças do 2º ao 5º ano do Ensino Fundamental. Um instrumento foi elaborado para testar o conhecimento das crianças em conceitos temporais e aplicado, no Estudo 1, antes e depois de um curso de

formação para as professoras participantes; e, no Estudo 2, apenas uma vez, buscando aferir um possível descompasso entre o conhecimento temporal e os conceitos trabalhados nos materiais didáticos adotados pelas escolas. Os resultados apontam para um desconhecimento de conceitos temporais que fazem parte do cotidiano das crianças e que são trabalhados com elas desde a educação infantil. O descompasso entre o que as crianças sabem e o que se espera que elas saibam, como refletido pelos materiais didáticos, foi confirmado na pesquisa. As conclusões apontam para a necessidade de haver uma formação específica nos cursos de Pedagogia sobre o desenvolvimento de conceitos temporais na infância, de modo a garantir um trabalho pedagógico consciente em sala de aula e dirimir o tanto a falta de conhecimento das crianças, como o descompasso entre expectativa e realidade.

**PALAVRAS - CHAVE:** conceitos temporais; livros didáticos; formação de professores

### **GIVING MORE TIME TO TIME IN SCHOOLS**

**ABSTRACT:** In this paper, we present the results of two studies carried out in the state of Rio de Janeiro – one in Vassouras and the other in the state's capital. Both studies investigate the development of temporal concepts among children from 2nd to 5th grade of elementary school. An instrument was designed to test children's knowledge of temporal concepts and applied, in Study 1, before and after a training course for participating teachers; and, in Study 2, only once, seeking to assess a possible mismatch between temporal knowledge and the

concepts worked on in the teaching materials adopted by schools. The results point to a lack of knowledge of temporal concepts that are part of children's daily lives and that are worked with them since early childhood education. The mismatch between what children know and what they are expected to know, as reflected by the teaching materials, was confirmed in the research. The conclusions point to the need for specific focus in teacher training courses on the development of temporal concepts in childhood, in order to ensure a conscious pedagogical work in the classroom and to resolve both the lack of knowledge of children and the mismatch between expectation and reality.

**KEYWORDS:** temporal concepts; textbooks, teacher training

## 1 | INTRODUÇÃO

A noção de tempo na nossa sociedade norteia todas as nossas atividades passadas, presentes e futuras. Orienta nossa memória e nosso planejamento. Orienta nossas atividades produtivas e nosso deslocamento no espaço e assim por diante. Desta forma, a criança deve perceber cedo sua importância e se interessar por seu funcionamento. Por este motivo, a questão do tempo vem sendo estudada em diferentes áreas do conhecimento sob ângulos específicos. Concentramo-nos em discutir pesquisas nas áreas da Psicologia e da História.

Na Psicologia, o tema tem sido estudado com focos diversos: perceptivo e experiencial (PIAGET, 1946; FRIEDMAN, 2000; ROAZZI & CASTRO FILHO, 2001; TILLMAN ET AL, 2017), no desenvolvimento e aquisição de conceitos e da linguagem temporal (EISENBERG, 2010; AKSU-KOÇ & VON STUTTERHEIM, 1994; ERBAUGH, 1992; HARNER, 1975; MCCORMACK; HOERL, 2017; NELSON, 1996) e nas metáforas temporais (LAKOFF & JOHNSON, 1980). Cabe notar que as contribuições das pesquisas na Psicologia vêm dialogar diretamente com a Educação, na medida em que o desenvolvimento da criança na escola depende de sua compreensão de conceitos temporais como: sequência (de atividades a serem realizadas no dia), dias da semana (para se orientar no tempo, na agenda escolar e diferenciar dia de escola do fim de semana), meses do ano (para entender as datas que a escola privilegia: os aniversários, férias, etc.), o relógio e seu funcionamento (para compreender quando as atividades acontecem e se planejar), para citar alguns, e que a escola é o lugar onde vários dos conceitos temporais são trabalhados.

A criança necessita também de noções temporais para compreender e se envolver no estudo da História - seja ela pessoal, familiar, de grandes eventos, de sua cidade ou país, além de outros. O estudo da História demanda que a criança entenda a lógica de uma linha do tempo, da cronologia, da relatividade de realidades diacrônicas e sincrônicas assim como dos valores de diferentes épocas; para tanto, a criança precisa se ancorar nos conceitos básicos de tempo.

Assim como na Psicologia, os estudos sobre tempo que são realizados na História são diversificados. Destacam-se aqueles que focam o conhecimento de conceitos temporais

relacionados a referências históricas (ARAÚJO, 1998), debatem da dificuldade do ensino de história a partir das dificuldades na apreensão de noções temporais (MIRANDA; LUCA, 2004; NADAI; BITTENCOURT, 1992/1988; SANTOS; CAINELLI, 2017), ou analisando a importância do conhecimento matemático e da linguagem para a compreensão do tempo cronológico (SAFRAN; ŞIMSEK, 2006). Fines (2011) sugere que, para aprender tempos diferentes do presente, a criança precisa de uma mediação que enfatize e contextualize justamente isso: o *então* é diferente do *agora* de várias formas e entender história é, em parte, entender esta distinção. Assim, para o autor, um primeiro passo para a criança é ela entender o conceito de *diferença* e suas possibilidades.

Na área da Educação, pesquisas são escassas, para não dizer inexistentes. Encontramos em Barbosa (2006) indicadores de um descompasso entre a compreensão da criança e o que se espera que saiba. Ela apresenta evidência de que a compreensão de tempo de crianças no Ensino Fundamental não corresponde às expectativas implícitas ao conteúdo de História que é trabalhado com elas. A possibilidade desse descompasso foi motivação para nossa pesquisa, buscando entender exatamente o que as crianças do Ensino Fundamental sabem sobre o tempo e como a escola pode melhor planejar esta aprendizagem.

Nossa fundamentação teórica encontra-se nos escritos de Piaget (1946), Vigotski (1009/0934) e Nelson (1996) acerca do desenvolvimento da noção temporal e, principalmente, da distinção entre conceitos temporais cotidianos e científicos e a trajetória de desenvolvimento de cada um desses. Os conceitos cotidianos, de acordo com Vigotski, são aqueles que aprendemos no dia-a-dia de forma espontânea, implícita e informal. Já os científicos, precisam de um ensino explícito e formal. No caso dos conceitos temporais, e com base em Nelson, elencamos como cotidianos alguns exemplos: ordem de eventos, relação espaço-tempo, ou duração. Exemplos de conceitos temporais científicos são: calendário, hora, dias da semana.

Este artigo traz resultados de duas pesquisas realizadas no Estado do Rio de Janeiro. A primeira se deu em duas escolas municipais de Vassouras e a segunda em doze escolas do município do Rio de Janeiro. Os resultados trazem também uma análise dos materiais didáticos adotados nas escolas da segunda pesquisa.

#### O tempo nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN)

Para entendermos melhor a presença de conceitos temporais no currículo das escolas brasileiras, referimo-nos aos Parâmetros Curriculares Nacionais (Brasil, 1997).

Os Objetivos Gerais da História para o Ensino Fundamental falam da “localização dos acontecimentos em uma multiplicidade de tempos” e da necessidade do reconhecimento “das mudanças e permanências” de suas e de outras comunidades, “próximas ou distantes no espaço e no tempo”.

A seção “O Tempo no Estudo da História” começa com o reconhecimento de que “o tempo é um dos conceitos mais complexos de entendimento” e indica que o professor

dos anos iniciais não deve se preocupar com ensinar “uma conceituação ou outra”, mas trabalhar atividades didáticas que envolvam diferentes perspectivas de tempo. Consta a recomendação de que o Tempo Cronológico deve ser enfatizado nos primeiros anos por meio do estímulo ao domínio do calendário pelas crianças.

Na seção de “Recursos Didáticos” nos PCN de História as sugestões de Atividades incluem atividades sobre o Tempo Cronológico: “criação de rotinas diárias e semanais”, “organização de quadros de horários e agendas”, “observação e registro de fenômenos naturais como dia e noite, fases da Lua, posição do Sol”, “criação de calendários”, “criação de relógios de Sol, de água e ampulhetas”, e “comparação de diferentes calendários”. Para o Tempo como Duração duas atividades são propostas, “comparar acontecimento do presente com os de outra época” e “identificar e estudar acontecimentos de curta, média e longa duração”.

Já nos PCN de Matemática, o Tempo figura como uma das grandezas a serem medidas. Há apenas a menção nos Objetivos Gerais para os primeiros anos do Ensino Fundamental. Na parte de Grandezas e Medidas dos Conteúdos Conceituais e Procedimentais estão mencionadas as recomendações de identificar e relacionar as unidades de tempo, dia, semana, mês, semestre e ano, bem como iniciar a leitura das horas, comparado relógios digitais e de ponteiros.

De modo geral, os PCN demonstram a importância do conceito de Tempo para as crianças cursando os anos iniciais do Ensino Fundamental. Chamou nossa atenção verificar a pouca ênfase que o currículo de Língua Portuguesa parece dar às questões da temporalidade, principalmente levando-se em conta que é por meio da linguagem que a criança passa a incorporar os conceitos temporais, como Nelson (1996) defende.

Neste artigo, trataremos resultados de um 1º estudo, realizado no município de Vassouras com 2 escolas municipais de Ensino Fundamental I. Em seguida, reportamos os resultados de um estudo mais robusto, com 12 escolas do município do Rio de Janeiro.

## 2 | ESTUDO 1<sup>1</sup> - MUNICÍPIO DE VASSOURAS/RJ

### Metodologia

Este primeiro estudo consistiu em uma pesquisa-intervenção<sup>2</sup>. Inicialmente, adquirimos autorização junto à Secretaria Municipal de Educação do município de Vassouras e das professoras e famílias participantes. Participaram da pesquisa duas escolas municipais, que chamaremos de A e B. A Escola A possuía um total de 71 alunos e a Escola B um total de 89 alunos, somando 160 crianças, das quais 154 participaram.

Além dos alunos, nove professoras participaram da pesquisa: cinco da Escola A e

1 Pesquisa realizada com apoio da Faperj, Edital Apoio à Melhoria do Ensino em Escolas Públicas sediadas no Estado do Rio de Janeiro.

2 O projeto de pesquisa obedeceu aos procedimentos éticos estabelecidos pelas Resoluções 196/96, 466/12 e 510/16 com relação à pesquisa com seres humanos – adultos e crianças.

quatro da Escola B. O financiamento previa a concessão de duas bolsas para professoras das escolas participantes. Assim, fizemos um processo de seleção para escolha de uma professora em cada escola para participar da equipe técnica da pesquisa. A professora selecionada na Escola A atuava no 1º ano e a professora da Escola B atuava no 2º ano do Ensino Fundamental.

As escolas eram rurais e atendiam a crianças do primeiro segmento do Ensino Fundamental, sendo que a Escola A atendia também na Educação Infantil. Havia uma turma para cada ano do Ensino Fundamental nas escolas, com exceção do 4º ano na Escola B, que tinha uma turma pela manhã e outra à tarde. A Tabela 1 mostra a distribuição de alunos e professoras em cada ano e escola.

Escola	Ano	No de alunos
A	2º- Professora 1	14
	3º- Professora 2	12
	4º - Professora 3	19
	5º- Professoras 4 e 5 (períodos diferentes da pesquisa)	21
	Total	66
B	2º- Professora 6	17
	3º- Professora 7	21
	4º- Professora 8	17
	4º- Professora 9	13
	5º- Professora 9	20
	Total	88
	Total Geral	154

Tabela 1: Distribuição de alunos e de professoras por escola

Fonte: Autores.

## Instrumento de conhecimento de conceitos temporais

Para este estudo, elaboramos um instrumento para aferir o conhecimento de crianças sobre determinados conceitos temporais, como *sequência*, *linha do tempo*, *horas* ou *estimativa de duração*. O instrumento foi usado em duas escolas em todas as turmas de 2º ao 5º ano em dois momentos: antes e depois da intervenção realizada.

O instrumento usado continha 21 questões subdivididas em 74 itens dicotômicos – certo ou errado. As 21 questões do instrumento buscavam aferir o conhecimento das crianças sobre conceitos de tempo como: funcionamento e organização do calendário, funcionamento e lógica do relógio, identificação da passagem do tempo, compreensão das diferentes estações do ano, compreensão das diferenças de fuso, saber os dias da semana e estimar tempo.



Todas as crianças de todos os anos receberam instrumentos idênticos, organizados dos itens mais fáceis para os mais difíceis. Para efetivar-se esta organização, as questões foram pré-testadas em uma terceira escola do mesmo município, com os mesmos anos escolares.

### **Intervenção: curso de formação das professoras<sup>3</sup>**

Entre os dois momentos de aplicação do instrumento, realizamos uma intervenção, que consistiu em um curso de formação para as professoras participantes. O curso teve duração de uma semana – manhã e tarde – e abordou o trabalho com conceitos temporais nas áreas de história, matemática e ciências, além de incluir uma palestra sobre o desenvolvimento de conceitos temporais, na perspectiva da psicologia. O objetivo do curso foi favorecer um processo de conscientização da presença dos conceitos temporais nas diferentes áreas de estudo, no desenvolvimento da criança, e ajudar as participantes a elaborarem práticas pedagógicas com conceitos temporais.

Os conceitos foram trabalhados por área de conhecimento: Psicologia - linguagem temporal, noção de passado, presente e futuro, compreensão de calendário e relógio -; História - noções de tempo histórico, passagem do tempo, formas de trabalhar distância e proximidade de eventos -; Ciências - os movimentos de rotação e de translação da Terra, as estações do ano, o dia e a noite, fuso horário, o ciclo da vida -; e, por fim, Matemática - a afinidade entre a forma como medimos e organizamos o tempo e a matemática, ou como o conhecimento matemático dialoga com o conhecimento de tempo.

### **Análise dos dados do Estudo 1**

As 21 questões do instrumento foram categorizadas em conceitos temporais cotidianos ou científicos. Os conceitos usados foram: objetos de medir, hora, semana, mês, astronomia, espaço-tempo, ordem, idade e duração.

Os dados obtidos com a aplicação dos instrumentos nas duas escolas, nos quatro anos das séries iniciais do ensino fundamental e nos dois momentos foram analisados por meio de análises de variância não paramétrica utilizando o teste de Wilcoxon, implementado no comando `wilcox.test` do programa *R* de análise estatística. O teste foi sempre aplicado ao escore total (número de acertos) dos alunos nos subgrupos de itens. Ao todo, criamos 12 escores para cada aluno: o escore total de todos os itens, os dois escores da dimensão teórica e os nove escores da dimensão prática. O teste de Wilcoxon afere a diferença entre os valores das medianas e foi escolhido no lugar do teste-*t* paramétrico devido ao pequeno número de alunos nas amostras e às evidências de não normalidade.

No teste das diferenças entre os anos de ensino, os dois momentos mostraram comportamentos diferentes. No primeiro momento, todas as diferenças se mostraram significativas, exceto a diferença entre o 4º e o 5º ano. A sequência de medianas,

---

<sup>3</sup> Como eram todas mulheres, o coletivo usado será feminino.

expressas em proporção de acertos, foi de 0,26; 0,59; 0,68 e 0,70 para os anos do 2º ao 5º, respectivamente.

As diferenças entre o 2º ano e os demais, bem como a diferença entre o 3º e o 5º ano foram significativas com  $p < 0,001$  ( $W = 80,5$ ;  $p < 0,001$  entre 2º e 3º anos). A diferença entre o 3º e o 4º ano foi significativa com  $p < 0,01$  ( $W = 351$ ;  $p < 0,01$  entre anos 3 e 4). A diferença entre o 4º e o 5º ano não se mostrou tão significativa ( $W = 487,5$ ;  $p > 0,1$ ). Isso indica que o instrumento pode ter encontrado um teto ou limite cognitivo representado pelo desempenho semelhante dos dois últimos anos. Ou, ainda, que o instrumento não detectou a diferença entre o 4º e o 5º ano, ou que essa diferença não existe no que diz respeito a esse conteúdo.

No segundo momento, a sequência de medianas foi de 0,55; 0,63; 0,72 e 0,76, do 2º ao 5º ano, respectivamente. Nenhuma das diferenças entre momentos consecutivos se mostrou significativa. Somente as diferenças entre 2º e 4º, 2º e 5º e 3º e 5º foram significativas ( $p < 0,001$ ). Isso aponta para um possível ganho cognitivo ocorrido com a intervenção entre momentos.

No cálculo do escore total (proporção de acertos) das crianças, observa-se um crescimento entre momentos em todas as medianas, com destaque para o 2º ano onde a proporção de acerto passou de 0,26 para 0,55 ( $W = 115,5$ ;  $p < 0,001$ ). Nos anos seguintes, o 3º e o 4º anos mostraram um menor aumento nos acertos, de 59% para 63% e de 68% para 72%, respectivamente, com a significância entre as diferenças mais baixa ( $p < 0,01$ ). No 5º ano, a diferença entre as proporções de acertos voltou a aumentar, com um salto de 0,70 para 0,78 ( $W = 52,5$ ;  $p < 0,01$ ). Isso mostra que as ações pedagógicas desenvolvidas entre os momentos parecem ter tido efeito nesse caso e que o maior ganho cognitivo entre os momentos foi verificado nos alunos do 2º ano.

Quando comparamos o desempenho das crianças entre os dois momentos nos conceitos temporais cotidianos, vimos diferenças significativas em todos os anos pesquisados. Com relação aos conceitos temporais científicos, observamos diferenças significativas somente no 2º ano ( $W = 2$ ,  $p < 0,001$ ), o que aponta para um impacto localizado da intervenção. Explicamos esse fenômeno quando percebemos que a professora deste ano era também a mais envolvida com a pesquisa, participando da formação com entusiasmo e elaborando inúmeras atividades para seus alunos.

### 3 | ESTUDO 2<sup>4</sup> – RIO DE JANEIRO

#### Metodologia

O segundo estudo foi realizado em escolas públicas do município do Rio de Janeiro, selecionadas de modo a ter todas as regiões administrativas<sup>5</sup> contempladas. As escolas

<sup>4</sup> Pesquisa realizada por meio do Edital Jovem Cientista do Nosso Estado 2012-2014, Faperj.

<sup>5</sup> O município do Rio de Janeiro está dividido em 11 coordenadorias regionais (CRE) e 10 delas estão contempladas

foram selecionadas a partir de uma amostra probabilística adquirida de outra pesquisa (Geres, 2008). Um total de 12 escolas participou da pesquisa, somando 722 alunos do 2º ao 5º ano do ensino fundamental, com IDEB diferentes.

As crianças que participaram da pesquisa tinham idades entre 7 e 12 anos. Outras duas crianças foram excluídas em algumas das análises por terem idades díspares das demais (6 e 13 anos), ficando então um total de 720 crianças.

Após autorizado pela Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro, as escolas participantes foram selecionadas e uma primeira visita foi realizada pela primeira autora para apresentar o estudo para os diretores das escolas e entregar os termos de consentimento a serem distribuídos para as famílias. A segunda visita consistiu na aplicação do instrumento em sala.

### Instrumento temporal

Um novo instrumento temporal foi elaborado, aproveitando itens do anterior e adicionando outros. O instrumento final ficou com 22 itens/questões, todas de múltipla escolha (com exceção de uma em que a criança devia desenhar um relógio analógico), e organizadas em ordem crescente de dificuldade. O mesmo instrumento foi administrado para todas as crianças. Ele foi lido em voz alta apenas para as crianças de 2º e 3º anos, por muitas delas ainda não estarem totalmente alfabetizadas. As crianças preencheram o instrumento em horário regular de aula, e sua aplicação durou entre 20 e 60 minutos.

### Análise dos dados

Das 720 crianças analisadas, 377 eram meninas e 343 meninos. A média de idade das crianças que participaram da pesquisa por ano está ilustrada na tabela a seguir.

Ano escolar	Número de crianças	Média de Idade
2º	155	7,5 (Dp= 0,64)
3º	159	8,6 (Dp= 0,78)
4º	204	9,5 (Dp= 0,65)
5º	202	10,6 (Dp= 0,69)

Tabela 2. Média de idade por ano

### Desempenho no instrumento

Não encontramos diferença de desempenho entre meninas e meninos. No entanto, vimos uma correlação positiva entre número de acertos e idade ( $R^2 = .44$ ,  $p < .001$ ). Também encontramos correlação entre desempenho e ano escolar ( $R^2 = .59$ ,  $p < .001$ ), ou seja, quanto mais avançado o ano, mais acertos no instrumento. A Tabela 3 mostra o aumento na média de desempenho por ano.

---

no estudo.

Ano Escolar	Número de crianças	Média de acertos (total= 22 itens)
2	155	7,95 (Dp=2,89)
3	159	10,48 (Dp= 3,34)
4	204	11,91 (Dp= 2,96)
5	202	13,88 (Dp= 2,35)

Tabela 3. Média de acertos por ano

Testes-t mostraram uma diferença significativa no desempenho das crianças entre o 2º e 3º ano ( $F= 4,18$ ,  $p= 0,04$ ) e entre o 4º e 5º ano ( $F= 11,29$ ,  $p= 0,001$ ). Entretanto, a diferença entre o 3º e 4º ano foi marginal ( $F= 3,38$ ,  $p= 0,07$ ).

### Elaboração de duas escalas conceituais

O próximo passo da pesquisa foi elaborar duas escalas de conceitos temporais. Para isso, utilizamos a Teoria da Resposta ao Item (TRI) não paramétrica de Mokken com o programa MSP, Mokken Scale for Polytomous Items. Para a primeira, as questões do instrumento foram divididas em seis sub-escalas conceituais: IDADE, DURAÇÃO, ESPAÇO-TEMPO, LINHA DO TEMPO, CALENDÁRIO e RELÓGIO. Explicamos cada uma a seguir.

IDADE – continha duas questões do instrumento que aferiam a capacidade da criança em diferenciar tamanho de pessoas de sua idade.

DURAÇÃO – também com duas questões, ambas pedindo para a criança estimar o que é possível realizar em diferentes espaços de tempo.

ESPAÇO-TEMPO – esta escala é formada de três questões. Uma indagando sobre o conhecimento de antes e depois e duas relacionando *onde* e *quando*. Eram 4 questões, mas uma delas teve baixa escalonabilidade e, por isso, foi retirada da escala ( $H= 0,07$ ).

LINHA DO TEMPO – continha duas questões onde linhas temporais estavam desenhadas e a criança tinha que mostrar conhecimento de sua estrutura e funcionamento.

CALENDÁRIO – dois itens compunham esta escala. Um fácil, perguntando quantos meses o ano tem e outra mais difícil, exigindo raciocínio lógico-matemático em relação aos meses do ano.

RELÓGIO – escala com três questões: leitura das horas em um relógio analógico, escrever as horas em um relógio digital e em um relógio analógico. Aqui também tivemos que eliminar um item de baixa escalonabilidade ( $H= 0,02$ ).

Encontramos correlação positiva entre todas as escalas e as seguintes variáveis: idade da criança, ano escolar e IDEB das escolas. Elas também tiveram uma correlação positiva entre si, ou seja, quanto maior o desempenho das crianças em uma escala, maior também era seu desempenho nas outras.

Vimos que, no instrumento, a taxa de acerto variou de conceito para conceito e de ano escolar para ano escolar. A Tabela 7 apresenta as porcentagens de acerto nas

questões do instrumento por conceito e ano.

Conceito/ano	# da questão	2º	3º	4º	5º	Média
ROTINA	Q1	48%	76%	80%	96%	75%
HORA	Q2 (digital) Q5 (analógico)	53% 47%	80% 62%	82% 49%	90% 63%	76% 55%
IDADE	Q3 Q4	52% 62%	65% 76%	81% 88%	87% 92%	71% 80%
ORDEM	Q6 Q10	55% 23%	72% 63%	82% 85%	91% 93%	75% 66%
DURAÇÃO	Q7 Q17	66% 40%	78% 43%	83% 47%	89% 66%	79% 49%
SEMANA	Q8	51%	72%	88%	94%	76%
CALENDÁRIO	Q11 Q14	42% 28%	70% 33%	73% 40%	90% 55%	69% 39%
PASSAGEM DO TEMPO	Q12	53%	63%	85%	93%	74%
ESPAÇO-TEMPO	Q18 Q19	68% 37%	81% 47%	84% 68%	94% 88%	82% 60%
LINHA DO TEMPO	Q21 Q22	13% 24%	21% 26%	28% 45%	42% 64%	26% 40%
Média		44%	58%	70%	81%	

Tabela 7. Porcentagem de acertos em cada conceito do instrumento por ano escolar.

Como exposto na tabela, há uma progressão na média de desempenho nos conceitos, com exceção da questão do relógio analógico citada acima, Q5, que contrasta inclusive com a questão sobre o relógio digital, Q2.

Outra forma que elegemos olhar os dados foi separando as questões em conceitos temporais do tipo científico e do tipo cotidiano, em acordo com as definições trazidas por Vigotski (2009/1934) e adaptadas por Nelson (1996). A escala de conceitos científicos ficou com oito questões e a de conceitos cotidianos, com dez questões.

Apesar do desempenho das crianças ter sido superior quando o conceito temporal era do tipo cotidiano ( $M=7,39$ ), do que quando era do tipo científico ( $M= 4,15$ ), teste-t,  $p < 0,001$ , aqui também houve uma progressão no desempenho das crianças por ano, como mostra a Tabela 4.

Tipo de conceito / ano escolar		N	Média	Desvio Padrão
Cotidiano	2	155	5,37	2,186
	3	159	6,84	2,101
	4	204	7,85	1,816
	5	202	8,90	1,346
	Média	720	7,39	2,255
Científico	2	155	2,81	1,504
	3	159	3,86	1,789
	4	204	4,27	1,732
	5	202	5,30	1,529
	Média	720	4,15	1,863

Tabela 4. Desempenho por tipo de conceito e ano escolar.

Como mostra a tabela, o desempenho das crianças nas questões que envolvem conceitos cotidianos é superior ao seu desempenho em conceitos científicos. O Gráfico 1 ilustra como, apesar dos dois tipos de conceitos mostrarem desempenho crescente nos anos escolares, os científicos estão sempre abaixo dos cotidianos.

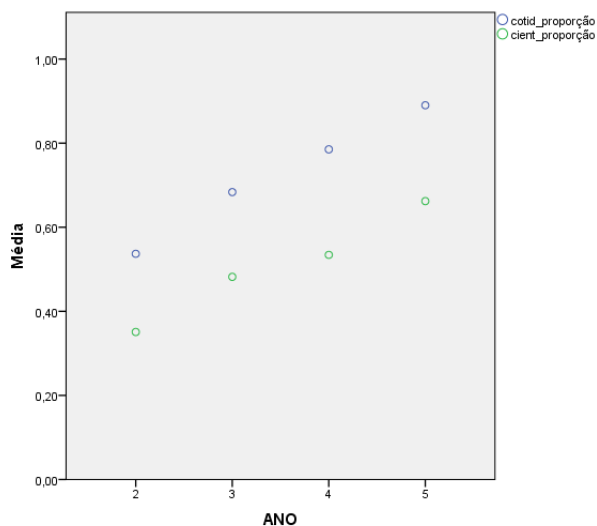


Gráfico 1. Aprendizagem de conceitos cotidianos e científicos

### Desempenho em conceitos temporais específicos

Quando olhamos alguns dos itens separadamente, percebemos a defasagem entre o que se espera das crianças e o que elas mostram saber no instrumento. Por exemplo,

uma das questões pedia que as crianças desenhassem 10h em um relógio analógico. O resultado mostrou que nem no 5º ano todas as crianças conseguiram fazer esse desenho de forma correta. A Tabela 5 ilustra a progressão do desempenho na questão por ano escolar.

N	HORA no relógio analógico
2º ano	47% (73/155)
3º ano	62% (99/159)
4º ano	49% (99/204)
5º ano	63% (127/202)
Média	55%

Tabela 5. Porcentagem de acerto no desenho do relógio por ano.

Em contraste, o *relógio digital* é mais familiar e mais fácil para as crianças. Sua lógica é mais simples e não requer conhecimento de frações, como o relógio analógico exige, por exemplo. Coerente com esse raciocínio, para a questão com relógio digital, o desempenho das crianças entre 2º e 5º anos foi de 52% a 90%.

Outros itens analisados incluíram o conhecimento de rotina, dos dias da semana, dos meses do ano e da relação *espaço-tempo*. Discutimos cada um deles a seguir.

Com relação à *rotina*, a progressão é clara. Enquanto no 2º ano 48% das crianças acertaram a questão, no 5º ano este número aumenta para 96%. Já os dias da semana, conceito básico, trabalhado com crianças desde a Educação Infantil e é aprendido entre as idades de 3 e 5 anos, apresentaram-se como conceitos difíceis para as crianças: elas tiveram apenas 49% de acerto no 2º ano e 28% no 3º ano.

## 4 | LIVROS DIDÁTICOS ADOTADOS PELAS ESCOLAS<sup>6</sup>

O Estudo 2 incluiu uma análise dos livros didáticos adotados pelas escolas. Para esta etapa, inicialmente, fizemos um levantamento junto às escolas participantes do estudo de quais livros didáticos adotaram no ano de realização do teste temporal. Em seguida, entramos em contato com as editoras dos livros para pedir um exemplar para análise. Como algumas editoras não tinham ou já não publicavam o livro, foi necessário adquiri-lo por meio de compra online ou em sebos. Como as escolas participantes não usavam livros didáticos no 2º e 3º anos, para esses anos analisamos os cadernos pedagógicos elaborados pela SME/RJ. O Anexo 1 mostra quais livros foram incluídos nas análises.

Os dados foram analisados de acordo com a área dos livros – História ou Matemática – e de acordo com o ano escolar. A tabela 10 mostra a frequência de atividades encontradas nos materiais e o máximo de acertos nos itens do teste, por ano escolar. As tabelas 11 e

<sup>6</sup> Pesquisa realizada com apoio da Faperj, edital Jovem Cientista do Nosso Estado – 2015-2017.

12 mostram a frequência de atividades encontradas nos materiais e o máximo de acertos nos itens do teste, por área de conhecimento – História e Matemática. Como os cadernos pedagógicos não são divididos por área de conhecimento, eles foram analisados apenas por ano escolar.

	2º ano (caderno pedagógico)	Acertos	3º ano (caderno pedagógico)	Acertos
ROTINA	0	48%	1	76%
HORA analógica	5	47%	7	62%
HORA digital	1	53%	1	80%
IDADE	0	62%	2	76%
ORDEM	0	55%	3	72%
DURAÇÃO	0	66%	0	78%
SEMANA	1	51%	9	72%
CALENDÁRIO	8	42%	11	70%
PASSAGEM DO TEMPO	0	53%	0	63%
ESPAÇO-TEMPO	0	68%	0	81%
LINHA DO TEMPO	2	24%	2	26%

Tabela 10. Frequência de atividades nos cadernos pedagógicos e acertos no instrumento por ano.<sup>7</sup>

Os materiais foram analisados com base nos conceitos aferidos pelo instrumento da pesquisa. A codificação foi realizada no grupo de pesquisa, por quatro estudantes de graduação. A concordância entre as codificadoras variou entre 91% e 100%. Após identificar os conceitos nos materiais, realizamos uma comparação com os resultados do instrumento temporal.

Observando os conceitos mais fáceis (com maior porcentagem de acerto) e os mais difíceis (com menor porcentagem de acerto) por ano escolar, podemos associar os mais fáceis aos conceitos cotidianos discutidos acima e, os mais difíceis, aos conceitos científicos (com exceção de *hora* digital, que é científico). Esses resultados confirmam o padrão encontrado na Tabela 5. Os conceitos cotidianos não somente são aprendidos mais cedo, como também são mais fáceis de compreender, pois não dependem de uma aprendizagem explícita. Outro achado importante é *que linha do tempo e calendário* se mostram como os conceitos mais difíceis do 3º ao 5º ano.

A Tabela 10 mostra que os cadernos pedagógicos do 2º ano trabalham poucos conceitos temporais. De um modo geral, nos cadernos de 3º ano, as questões temporais estão mais presentes, representadas por *hora*, *semana* e *calendário*. O desempenho das crianças acompanha esta maior ênfase: há um aumento significativo na porcentagem de

<sup>7</sup> Esta tabela inclui os conceitos encontrados nos livros de Ciências.



crianças acertando os itens destes conceitos.

Prevalece o trabalho com *hora* e *calendário* e vemos que o desempenho das crianças nestes dois conceitos mostra que aproximadamente metade das crianças acertou. Além disso, tanto no 2º como no 3º ano, o trabalho com *hora* privilegia o relógio analógico, que, como já dissemos, é bastante difícil e, não coincidentemente, é onde as crianças menos acertam no teste. Por fim, cabe notar que o desempenho das crianças neste item mostra ser diferente de seu desempenho em todos os outros conceitos, a saber, não há uma progressão linear por ano escolar no conhecimento do conceito *hora*.

Os dados mostram que no 3º ano, entra uma preocupação com trabalhar o conceito de *semana*. Em estudo anterior (Eisenberg, 2016), vimos que já na Educação Infantil existe um trabalho com os dias da semana, e que as crianças já se preocupam com este conceito. No entanto, o caderno do 2º ano não reflete essa preocupação e o desempenho das crianças é de metade de acertos. Somente no 3º ano a proporção de crianças que acerta sobe para 72% e somente chega a quase 100% no 5º ano. Cabe questionar aqui como essas crianças navegam na sua rotina se não entendem os dias da semana?

A seguir, analisamos os livros didáticos de história e matemática adotados nos 4º e 5º anos e comparamos ao desempenho das crianças no instrumento. As tabelas 11 e 12 resumem esses dados.

Livros de história	4º	Acertos	5º	Acertos	Soma
PASSAGEM DO TEMPO	50	85%	63	93%	113
LINHA DO TEMPO	44	45%	6	64%	50
ORDEM	6	85%	2	93%	8
DURAÇÃO	4	83%	1	89%	5
ESPAÇO-TEMPO	3	94%	1	94%	4
HORA	2	49%	0	63%	2
CALENDÁRIO	2	73%	0	90%	2
ROTINA	0	80%	0	96%	0
IDADE	0	88%	0	92%	0
SEMANA	0	88%	0	94%	0

Tabela 11. Frequência de atividades nos livros de História e acertos no teste.

Os livros de História trazem uma quantidade expressiva de atividades que envolvem os conceitos de *passagem do tempo* e *linha do tempo*. Estas atividades estão representadas por fotos de diferentes épocas, no primeiro caso, e por ordenação de eventos no tempo, no caso do segundo conceito. Os demais conceitos parecem já ter sido apropriados pelos alunos, com exceção do conceito *hora*, que continua sendo difícil e que o livro de História

não inclui entre suas atividades. Não surpreende ver que os livros de História não trazem os conceitos de *rotina*, *idade* e *semana*, já que são trabalhados desde a educação infantil, e que no 4º ano já deveriam saber usar com proficiência. Os resultados corroboram esta hipótese. O mesmo se aplica para os conceitos de *espaço-tempo*, de *calendário*, *ordem* e *duração*.

Olhando a Tabela 12, e lembrando que o fraco desempenho em *hora* pode ser atribuído a problemas de compreensão da *hora* analógica, e não da digital, vemos que o livro de Matemática do 4º ano dedica um total de 70 atividades para este conceito. No entanto, no 5º ano, esse número cai para apenas 7 atividades. Em contraste, a proporção de alunos que acertam desenhar a hora no relógio não passa de 49% no 4º ano e de 63% no 5º ano (percentagens similares ao desempenho das crianças de 2º e 3º anos).

Matemática	4º	Acertos	5º	Acertos	Soma
HORA analógica		49%	7	63%	77
HORA digital	70	82%		90%	
CALENDÁRIO	53	73%	16	90%	69
SEMANA	23	88%	6	94%	29
ROTINA	5	80%	2	96%	7
DURAÇÃO	5	83%	1	89%	6
LINHA DO TEMPO	4	45%	0	64%	4
ORDEM	0	85%	1	93%	1
IDADE	0	88%	0	92%	0
PASSAGEM DO TEMPO	0	85%	0	93%	0
ESPAÇO-TEMPO	0	94%	0	94%	0

Tabela 12. Frequência de atividades nos livros de Matemática e acertos no teste.

Os livros de matemática enfatizam o trabalho com *calendário* e *semana*, além de *hora*. Aqui também vemos uma queda expressiva no número de atividades com esses conceitos do 4º para o 5º ano. Porém, diferente de *hora*, esses conceitos parecem estar bem consolidados dentre a maioria das crianças desta faixa etária. Esse contraste marca a necessidade dos livros didáticos se ocuparem mais com conceitos mais difíceis para as crianças, como é o caso do relógio analógico, e menos com conceitos já internalizados por elas. *rotina* e *duração* são conceitos que já são trabalhados desde a Educação Infantil, então se espera um bom desempenho por parte das crianças e não se faz necessário tratar desses conceitos nos livros didáticos de 4º e 5º anos. Observe-se que no 2º ano, 48% das crianças acertaram a questão de *rotina* e, já no 3º ano esta proporção sobe para 76%. O mesmo acontece com *duração*, que vai de 66% no 2º ano para 78% no 3º.

## 5 | CONCLUSÕES

Os resultados da pesquisa são discutidos à luz das ideias de Vigotski (2000) a respeito da relação dialética entre a linguagem e o pensamento, o uso da linguagem antes da compreensão do conceito e a relação dialética entre conceitos cotidianos e científicos.

O achado de que os conceitos científicos são adquiridos posteriormente aos cotidianos corrobora a ideia de que, por serem aprendidos no dia-a-dia desde que a criança vem ao mundo, os conceitos cotidianos são mais acessíveis para as crianças e, portanto, aprendidos antes dos científicos.

Sendo a questão temporal complexa, abstrata e de aprendizado lento, que envolve tanto conceitos mais simples que podem ser aprendidos no cotidiano - a rotina e a sequência dos eventos -, como conceitos mais complexos, que envolvem outras aprendizagens igualmente complexas, como a noção de espaço e noções de matemática (adição, subtração, divisão e fração), apresenta-se aí o desafio para a criança e, mais importante, para o professor, que tem papel de mediador entre o conhecimento, a linguagem que o organiza e seu aluno.

Chamou atenção na pesquisa que o descompasso entre o que as crianças sabem (ou estão aprendendo) e o que os livros didáticos e cadernos pedagógicos trabalham de fato se confirma com a maior parte dos conceitos. O que mais chama a atenção é *hora* analógica. Nossa hipótese é de que a dificuldade do conceito é subestimada, tratada como um problema de matemática e dado como assunto liquidado no 5º ano. Surpreendentemente, o desempenho das crianças no instrumento apresentou outro cenário: não há uma progressão linear neste conhecimento e, ainda no 5º ano, 37% das crianças não sabem responder a questões a respeito deste conceito. Cabe notar aqui também que a maior parte das atividades com *hora* nos cadernos pedagógicos é com desenhos de relógios onde elas precisam ler as horas ou desenhá-las; atividade muito semelhante àquela testada no instrumento temporal e que apenas 63% das crianças de 5º ano souberam resolver.

É necessário levar em conta que o trabalho com relógios aparece nos cadernos pedagógicos da prefeitura da cidade para os 2º e 3º anos, primordialmente, mas também nos livros didáticos de 4º ano e, menos frequentemente, nos de 5º ano.

O descompasso também é visto com conceitos mais difíceis para as crianças, como *linha do tempo e calendário*.

1. ORDEM - entre cadernos e livros, traz apenas 18 atividades sendo que nenhuma nos materiais de 2º ano. O desempenho delas melhora paulatinamente até o 5º ano e, portanto, tardiamente. Elas se beneficiariam de ter mais atividades que trabalhasse esse conceito.

2. CALENDÁRIO – mostra uma progressão na quantidade de atividades do 2º ano (8), ao 3º (11) e 4º (66) anos. No entanto, no 5º ano vimos uma queda drástica – descendo para 16 atividades no total. Mais um conceito cujo desempenho é baixo, levando-se em

conta que ele é trabalhado desde a Educação Infantil (Janela-calendário, por exemplo). Em estudo anterior (Eisenberg, 2015) argumentamos que, como os cursos de formação de professores não trabalham a questão do tempo, os professores estão despreparados para entender seu desenvolvimento na criança e a melhor forma de mediá-lo.

3. LINHA DO TEMPO – o conceito mais difícil do teste e, por isso, colocado em último lugar. Ele praticamente não aparece nos cadernos pedagógicos, aparece de forma expressiva nos livros de 4º ano (48 atividades) e depois também cai no 5º ano para 14 atividades. O pico de atividades nos livros de 4º ano e a queda nos de 5º ano sugere a expectativa de que as crianças já tenham internalizado este conceito. No entanto, os dados não corroboram esta hipótese, já que a pontuação máxima não passa de 64% (5º ano).

Argumentamos aqui que os cursos de formação de professores não os preparam para esta tarefa de mediação desses conceitos. Em trabalho anterior, Eisenberg (2016), mostramos que as crenças que os educadores têm a respeito do conhecimento de tempo de suas crianças é intuitivo e pouco formal. A consequência disso é um trabalho intuitivo e pouco pedagógico.

Nossa pesquisa tem por intuito mostrar a importância da mediação intencional, pedagógica para se obter uma efetiva aprendizagem de conceitos temporais. Os livros didáticos, como vimos, apresentam atividades de forma a criar a ilusão de que as crianças já dominam certos conceitos dos quais parecem estar longe de se apropriar.

## REFERÊNCIAS

AKSU-KOÇ, A., & VON STUTTERHEIM, C. Temporal relations in narrative: simultaneity. In R. B. D. Slobin (Ed.), **Relating events in narrative: a crosslinguistic developmental study**. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1994. p. 393-455

ARAÚJO, H. M. M. **Tempo Rei – A Noção de Tempo em Adolescentes de 10 a 14 Anos: Implicações para o Ensino de História**. Dissertação de Mestrado, Departamento de Educação, PUC-Rio, Rio de Janeiro, 1998.

BARBOSA, M. C. S. **Por amor e por força: rotinas na Educação Infantil**. Artmed Editora, 2006.

BRASIL. **Parâmetros curriculares nacionais**. Secretaria de Educação Fundamental. Brasília: MEC/SEF, 1997.

EISENBERG, Z. **From now to then: Parents and children talk about the past and future**. Saarbrücken: Lambert Academic Publishing, 2010.

EISENBERG, Z.; NOGUEIRA, J.C.; SILVA, A.C.V da. - Estratégias no ensino de conceitos temporais em livros didáticos do ensino fundamental. In: **Congresso Brasileiro de Psicologia do Desenvolvimento**. Brasília. Anais. Brasília, 2011. p. 884- 886.

ERBAUGH, M. S. The acquisition of Mandarin. In D. I. Slobin (Ed.), **The crosslinguistic study of language acquisition**. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, v. 3, 1992. p. 373-455.

FINES, John. Teaching Time. **Primary History**. Bedford: The Historical Association, 2011. v. 59

FRIEDMAN, W. J. The development of children's knowledge of the times of future events. **Child Development**, 71, 2000. p. 913-932.

HARNER, L. *Yesterday and tomorrow*: development of early understanding of the terms. **Developmental Psychology**, 11, 1975. p. 864-865.

LAKOFF & JOHNSON. **Metaphors we live by**. Chicago: University of Chicago Press, 1980.

MIRANDA, S. R. & LUCA, T. R. de. O livro didático de história hoje: um panorama a partir do PNLD. **Revista Brasileira de História** [online], 2004. v.24, n.48, p. 123-144.

NADAI, E. e BITTENCOURT, C. M. F. "Repensando a Noção de Tempo Histórico no Ensino", in J. Pinsky (org.), **O Ensino de História e a Criação do Fato** (5a ed.). São Paulo, Editora Contexto, 1992.

MCCORMACK, T; HOERL, C. The Development of Temporal Concepts: Learning to Locate Events in Time. **Timing & Time Perception**, 5, 2017. p. 297-327.

NELSON, K. **Language in cognitive development: The emergence of the mediated mind**. New York: Cambridge University Press, 1996.

PIAGET, J. **The child's conception of time**. New York: Basic Books, 1946.

ROAZZI, A. & CASTRO FILHO, J. A. de. O desenvolvimento da noção de tempo como integração da distância e da velocidade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 14(3), 2001. p. 497-503.

SAFRAN, M. e ŞİMSEK, A. Development of historical time concept in Elementary School's students. **Elementary Education Online**, v. 5, no. 2, 2006. p. 87-109.

SANTOS, A. D. dos; CAINELLI, M.R. A construção do conceito de tempo em sala de aula: análise sobre as experiências de professores de história da rede municipal e estadual de ensino de brasilândia/ms na perspectiva da educação histórica. **Colloquium Humanarum**, v. 14, no. 1, 2017, p. 07-13.

TILLMAN, K. A.; MONIER, F., Zhang, M., Redshaw, J.; McCormack, T. Time in the mind of a child: Perspectives on the development of temporal cognition. **Cognitive Science**, 2017, p. 35-36.

VYGOTSKY, L.S. **A construção do pensamento e da linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2ª ed., 2009/1934.

## **ANEXO 1: LISTA DOS LIVROS ANALISADOS**

**Livro 2º ano de História:** Projeto Buriti - História - Organizadora Editora Moderna; obra coletiva concebida, desenvolvida e produzida pela Editora Moderna; Editor Responsável Cesar da Costa Junior; 1ª.ed.- São Paulo: Moderna, 2007.

**Livro 2º ano de Matemática:** Projeto Buriti - Matemática - Organizadora Editora Moderna; obra coletiva concebida, desenvolvida e produzida pela Editora Moderna;

Editoras Responsáveis Maria Virgília Gastaldi, Mara Regina Garcia Gay.- 1ª. ed.- São Paulo: Moderna, 2007.

**Livro 3º ano de História:** Projeto Buriti - História - Organizadora Editora Moderna; obra coletiva concebida, desenvolvida e produzida pela Editora Moderna; Editor Responsável Cesar da Costa Junior; 1ª.ed.- São Paulo: Moderna, 2007.

**Livro 3º ano de Matemática:** Projeto Buriti - Matemática - Organizadora Editora Moderna; obra coletiva concebida, desenvolvida e produzida pela Editora Moderna; Editora Responsável Mara Regina Garcia Gay.- 1ª. ed.- São Paulo: Moderna, 2007

**Livro 4º ano de Matemática:** Projeto Buriti -Matemática - Organizadora Editora Moderna; obra coletiva concebida, desenvolvida e produzida pela Editora Moderna; Editora Responsável Mara Regina Garcia Gay.- 1ª. ed.- São Paulo: Moderna, 2007

**Livro 5º ano de Matemática:** Projeto Buriti -Matemática - Organizadora Editora Moderna; obra coletiva concebida, desenvolvida e produzida pela Editora Moderna; Editora Responsável Mara Regina Garcia Gay.- 1ª. ed.- São Paulo: Moderna, 2007

# CAPÍTULO 19

## MECANISMOS DE COMPENSAÇÃO ADOTADOS POR UMA NONAGENÁRIA IMPOSSIBILITADA DE ANDAR: UM ESTUDO DE CASO

*Data de aceite: 20/08/2021*

**Rosaine da Silva Santos Sousa**

Mestre em Temas de Psicologia do Desenvolvimento, pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra - UC (2017).  
<http://lattes.cnpq.br/8409524148385988>

**RESUMO:** A pesquisa que aqui se apresenta seguiu a seguinte estrutura: revisão da literatura, numa perspectiva histórica, acerca do processo de envelhecimento e apresentação dos achados acerca dos mecanismos de compensação, adotados por uma nonagenária impossibilitada de andar. O estudo de caso teve a participação de um indivíduo do gênero feminino, que sobreviveu à Segunda Guerra Mundial, com a idade de 91 anos. Para uma abordagem compreensiva dos fatos, as principais ferramentas utilizadas foram: a técnica de análise de história oral e a observação participante. As observações ocorreram ao longo de três meses, durante três dias por semana. Os resultados mostraram que, apesar ter enfrentado graves problemas em sua mobilidade, a idosa explorou o máximo das oportunidades, selecionou as tarefas com potencial de continuidade, otimizou e compensou as perdas através do gerenciamento e retirada de satisfação destas tarefas.

**PALAVRAS - CHAVE:** Envelhecimento; Mecanismos de Compensação

### COMPENSATION MECHANISMS ADOPTED BY A NINETEEN-YEAR-OLD WOMAN UNABLE TO WALK: A CASE STUDY

**ABSTRACT:** The research presented here was developed in the following structure: a literature review, in a historical perspective, about the aging process, and presentation of findings about the compensation mechanisms adopted by a nonagenarian unable to walk. The case study had the participation of a 91-year-old, World War II survivor female individual. For a comprehensive approach to the facts, the main tools used were: The analysis technique of oral history and participant observation. The observations were developed for three months, for three days per week. The results showed that despite having faced serious problems in their mobility, the elderly participant explored the most of the opportunities, selected tasks with continuity potential, optimized and compensated the losses through the management and removal of fulfillment of these tasks.

**KEYWORDS:** Aging, Compensation Mechanisms

### INTRODUÇÃO

Na concepção da antropologia, o processo de envelhecimento, as categorias sociais criadas pelos mais jovens em relação a velhice e suas diversas representações estão ligadas ao momento histórico, social e cultural, que podem adquirir diferentes modulações (LINS DE BARROS, 2006). Numa perspectiva histórica, a velhice se vincula a processos de

inatividade laboral, social, cultural, incapacidade, dependência, etc. (DUARTE, 1999, p. 36).

Ao depararmos com a filosofia, encontramos Immanuel Kant nas “observações sobre o sentimento do belo e do sublime” relacionando a idade avançada com o sublime e a juventude com o belo. Já Céfalo, em diálogo com Sócrates, descrito na obra “A República de Platão”, estabelece, naquele período histórico, um elo entre velhice e sabedoria, ao mencionar que a ciência da pessoa de mais idade em relação ao caminho que já percorreu pode ser valiosa, pois, a faz conhecê-lo melhor do que aquele que possivelmente ainda o irá trilhar (PLATÃO, 2014).

Por alusão ao que é pontuado, de maneira recorrente, por autores da psicologia do desenvolvimento, pode-se referenciar Kant, que defendeu, em sua conversação sobre a bondade, a tese de “[...] que o movimento da alma não se baseia num fundamento universal” (2005, p. 46). Exemplo, que tem orientação símile e vem corroborar esta compreensão, são os estudos antropológicos que perspectivam que a velhice não é um construto que uniformiza os comportamentos dos indivíduos (LINS DE BARROS, 2006).

Em tempos remotos, os limites etários tinham sido fixados pelos egípcios nos cem anos de idade, sendo que a duração média de vida não ultrapassava um quarto de século (DESTREM, 1979, p. 13). Na idade média existia um interesse em encontrar métodos para atingir a longevidade infinda (imortalidade) da vida, que se prolongou pelos séculos XVI, XVII e XVIII e finalmente a partir do século XIX o foco passou a estar mais centrado em tornar essa longa duração de vida mais saudável – perspectiva não antagonica a da Organização Mundial de Saúde, que indica: “o importante não é dar anos à vida, mas sim vida aos anos” (DUARTE, 1999, p. 37).

No âmbito acadêmico, por longos períodos, as investigações negligenciaram o estudo sobre o envelhecimento a partir de uma idade mais avançada – o envelhecimento é um processo que ocorre desde o nascimento do indivíduo até a sua morte, o que nos leva a inferir que ora por uma via, ora por outra, sempre existiram estudos relacionados ao tema. No entanto, com o desenvolvimento social, cultural e com o prolongamento geracional mundial, também houve um maior interesse oriundo dos investigadores das mais diversas áreas, como da psicologia, medicina, antropologia, sociologia, gerontologia, em estudar essa população. Segundo Debert, com o processo de modernização das sociedades, as alterações históricas culminaram em diferenciar o indivíduo de acordo com etapas desenvolvimentais e no próprio conhecimento sobre a evolução da vida como um fator digno de relevância (1999, *apud* SILVA, 2008, p. 157).

O aumento da expectativa de vida e do conhecimento acerca do envelhecer, centrou a busca dos estudos científicos em encontrar métodos/caminhos que ajudem o indivíduo a permanecer independente e com a sua vida cotidiana ativa. As reflexões acerca do tema fomentam os debates atuais sobre o envelhecimento saudável: exitoso, bem sucedido e ativo, sendo o envelhecimento saudável um conceito multifacetado, que inclui componentes



físicas, sociais, emocionais e cognitivas (ALDWIN, 1994; BALTES, BALTES, 1990; BALTES, SMITH, 1995; LEVENSON, *et al*, 2001; MAUAD, 1999; NERI, 1997; ROWE, KAHN, 1998, *apud* CUPERTINO, *et al*, 2007, p. 82).

Num estudo que investigou a perspectiva dos idosos em relação a definição de envelhecer ativamente, foram englobadas 20 categorias com elementos do envelhecimento saudável:

Saúde física	Alimentação e exercícios	Espiritualidade	Ter espírito jovem	Integridade
Saúde social	Evitar fatores de risco	Atividade operacional	Ter novas habilidades	Manter o controle
Saúde emocional	Atividades gerais	Estrutura familiar	Não guardar mágoas	Atividades específicas para a terceira idade
Saúde cognitiva	Aceitação dessa fase	Viver plenamente	Aprender	Envelhecimento patológico

Tabela 1. Componentes do estudo.

FONTES: CUPERTINO, *et al*, 2007, p. 82.

Contrariando a visão histórica, os resultados indicaram a não consideração do envelhecimento como um período patológico, perspectiva esta que valida os estudos que defendem o envelhecimento saudável atrelado à saúde física, cognitiva, emocional e social (CUPERTINO, *et al*, 2007, p. 82-83).

O envelhecimento saudável é uma das três possíveis trajetórias de desenvolvimento humano que são narradas por Rowe e Kahn: normal, patológica e, como mencionado, saudável. Estes autores apresentam o envelhecimento saudável como aquele que tem diminuto risco de doenças e incapacidades causadas por estas; funcionamento físico e mental em estados de excelência; e vida ativa (1998, *apud* CUPERTINO, *et al*, 2007, p. 82). Segundo Lamb, a incapacidade, está ligada a prejuízos no plano social individual e na execução das atividades quotidianas e dos papéis que são ditados pela esfera social e cultural na qual a pessoa está inserida (1996, *apud* RABELO, NERI, 2005, p. 403).

Paul Baltes e Margret Baltes propuseram o modelo de seleção, otimização e compensação (SOC), cujo principal pilar se fundamenta na suposição de que o envelhecimento exitoso é mediado pelo esforço seletivo, que pode ser aplicado a campos onde há possibilidade de continuidade no desenvolvimento. A partir desse esforço ocorrerá a otimização da funcionalidade, havendo, deste modo, compensação das perdas inerentes ou não ao envelhecimento (1990, *apud* NERI, 2007, p. 415). Esse mecanismo de compensação relaciona-se a processos psicológicos ou empenhos comportamentais que visam otimizar a funcionalidade (1996, *apud* RABELO, NERI, 2005, p. 408).

De acordo com Duarte e Pavarini, a qualidade de vida na idade avançada tem sido, quase que na generalidade, relacionada a dois domínios: dependência e autonomia (1997, *apud* SOUSA, *et al*, 2003, p. 365-366). Entre os três tipos de dependência descritas por Baltes e Silvenberg, encontramos a dependência física, que se refere à incapacidade operacional do indivíduo em executar as atividades da vida diária (1995, *apud* SOUSA, *et al*, 2003, p. 366). Rabelo e Neri (2005, p. 404) pontuam que quando o funcionamento físico, sensorial e cognitivo do indivíduo sofre algum déficit, o desempenho diário e a avaliação subjetiva que este faz de sua vida, também podem ser afetados. A perspectiva do sujeito idoso, em relação a condição vivenciada, pode influenciar positivamente ou negativamente sua forma de estar e agir diante da realidade.

Uma variável que tem sido estudada extensivamente é a de bem-estar psicológico. Ryff está entre os autores com linhas de pesquisas nesse campo, o seu modelo de bem-estar psicológico inclui a autoaceitação, relações positivas com os outros — e.g., relações calorosas, empáticas, afetuosas, satisfatórias, dar e receber nas relações humanas —, autonomia, domínio sobre o ambiente, propósito na vida e crescimento pessoal. Para este autor, intrínseco ao processo de autonomia está a autodeterminação e independência e isso não exclui a possibilidade de apoio operacional para o indivíduo fazer suas escolhas e executar suas atividades quotidianas; abarca a livre decisão sobre como agir e pensar relativamente ao que é melhor para si. Para este autor, o domínio sobre o ambiente se trata da capacidade de adequar o contexto aos seus valores e necessidades, minimizar as barreiras para a própria adaptação e a do ambiente (1989, *apud* RESENDE, NERI, 2009, p. 768).

Relativamente a essa adaptação, o sujeito pode otimizar os ganhos ao buscar, selecionar e ajustar seus objetivos e metas em resposta às mudanças que favorecem as oportunidades ao longo do seu ciclo vital (HECKHAUSEN, WROSCH, 2010, p.47). Deste modo, infere-se que para a máxima realização de seu potencial, o indivíduo deve decidir quanto aos domínios de vida que deve incidir ou abstrair-se, compensando e confrontando os limites e desafios que encontra ao longo do seu curso da vida, para que assim tenha um desenvolvimento adaptativo/bem sucedido.

Com base na revisão executada inferimos que aceitar ou compensar as perdas, relacionadas ao envelhecimento, pode ser uma decisão do indivíduo. Deste modo, o fulcro deste estudo empírico esteve centrado em identificar um caso específico de uma nonagenária incapacitada de executar, sem a ajuda de outros atores, suas atividades diárias, e se propor a responder a seguinte colocação: é possível um indivíduo idoso, em uma condição crônica de imobilidade, encontrar estratégias de compensação para manter a sua vida o mais “ativa”/autônoma possível?

## METODOLOGIA

Segundo Goode e Hatt (1972, p. 422), um dos principais objetivos do estudo de caso é preservar o caráter unitário do objeto investigado. Este método está enraizado na pesquisa etnográfica tradicional, sendo seu foco fundamental compreender as múltiplas perspectivas de um fenômeno e a forma como as mesmas interagem entre si. Em relação a observação científica, o que a torna distinta da observação quotidiana, é sua natureza intencional e sistemática, que pressupõe documentação rigorosa, atenção selecionada aos aspectos centrais do estudo.

Devido ao interesse em pesquisar em profundidade os processos e as relações desse caso específico, o trabalho que aqui se apresenta foi de natureza qualitativa.

Participou desta pesquisa um indivíduo do sexo feminino, com a idade de 91 anos (apresentada como “MM”, para preservação de sigilo), impossibilitada de locomover-se. As informações foram recolhidas, na cidade do Porto, Portugal, ao longo de três meses de observações, durante três dias por semana.

Utilizou-se um gravador digital para fazer o registro da entrevista de história oral, através de um roteiro composto por questões relacionadas à biografia da participante. Um outro recurso utilizado foi o da observação participante, sendo esta naturalística, tendo como objetivo respeitar a ocorrência espontânea dos fenômenos e responder de forma não invasiva a questão inicialmente colocada.

Para a análise e tratamento dos dados da entrevista foi utilizada a técnica de análise de história oral. Segundo Meihy (2006, p. 197), é pertinente fazer uso da história oral quando os meios convencionais não são capazes de tirar o véu do subliminar, quando os documentos formalizados não revelam detalhes que são relevantes.

## RESULTADOS

O discurso foi transcrito de acordo com os temas abordados, a saber:

Síntese biográfica
Descrição das causas da imobilidade
Descrição de um dia característico
Domínio sobre o ambiente
Relações positivas: preservação plano familiar e social
Relações positivas: contexto proximal
Mecanismos de compensação

Tabela 2. Temas abordados no estudo.

Fonte: Elaborada pela autora.

## SÍNTESE BIOGRÁFICA DO CASO A SER RELATADO

MM era uma alemã de 91 anos que imigrou para Portugal em 1946 após se casar, depois do término da Segunda Guerra Mundial, sendo, à vista disso, uma sobrevivente desse período conturbado; teve três filhos — dois do gênero feminino e um do gênero masculino —, seis netos e sete bisnetos. Vinte anos antes do presente estudo a participante já era viúva.

Relativamente ao histórico de atividade física, a participante relatou que nunca gostou de praticar exercícios, mas que tinha uma vida ativa: passeava com algumas amigas, fazia parte de um grupo composto por alemãs que se encontravam mensalmente para jogar cartas, viajava frequentemente, para a Alemanha e outros países, com uma grande amiga de infância, convivia com os filhos e com os netos, cultivava plantas e flores em seu apartamento.

## DESCRIÇÃO DAS CAUSAS DA IMOBILIDADE

A participante relatou que em 2010 sofreu um grave acidente quando estava a passeio na Alemanha, sendo necessário passar por uma cirurgia no fêmur. Posteriormente conseguiu continuar sua vida normalmente.

Em 2011 sofreu outro acidente e fraturou novamente o fêmur, após outra cirurgia conseguiu, com alguma dificuldade, voltar a andar. Em 2013 sofreu um Acidente Vascular Cerebral (AVC), que não recordava, mas que segundo lhe relataram, não conseguia comer, falar, se mexer. Após alguns meses conseguiu se recuperar e voltar a dar alguns passos até a casa de banho, com a ajuda de profissionais (ligadas ou não à enfermagem) que tinham sido contratadas para a assistir em sua residência.

No ano de 2014 sofreu um novo AVC, enfrentou as mesmas condições de saúde, outra vez recuperou a consciência, mas não conseguiu voltar a locomover-se. Passou a realizar apenas pequenos movimentos em cima da cama, se alimentar com as próprias mãos, ligar a televisão, etc.

Desde a primeira dificuldade que enfrentou em sua mobilidade, até a data das observações, MM já necessitava de ser auxiliada pelas profissionais em sua casa, ou seja, havia três anos que precisava de assistência, sendo que no início de todos os eventos uma de suas filhas passou a tomar todas as decisões relativas as formalidades da casa.

## DESCRIÇÃO DE UM DIA CARACTERÍSTICO DA PARTICIPANTE

MM dispunha de 6 profissionais que revezam o turno de trabalho para a acompanhar 24 horas por dia. Acordar cedo era um acontecimento natural e que foi mantido: quem vinha pela manhã trazia o pão, MM costumava tomava o pequeno almoço não muito tarde, lia a revista alemã com os programas semanais de televisão, assistia os noticiários de algum

canal alemão e a seguir acabava adormecendo com um dos programas que escolhia.

Na parte da tarde a participante conversava e lanchava com a pessoa que estivesse no turno de trabalho. Ao fim do dia, após ocorrer a troca de horário, a pessoa fazia-lhe o lanche da noite, conversavam, a seguir MM tomava os remédios para dormir.

## **DOMÍNIO SOBRE O AMBIENTE**

MM deu seguimento a uma parte das atividades que fazia antes de estar em um estado crônico de imobilidade. Foi observado que ela tomava suas próprias decisões, resolvia o horário e o que iria almoçar, lancha, quando lhe deviam fazer a toalete. Assistia os noticiários com satisfação, demonstrava grande familiaridade em assistir programas de esporte apenas por interesse pessoal e também para posteriormente comentar com seus filhos.

A senhora aqui reportada gostava de participar das trocas de turnos e organização das escalas de trabalho das profissionais que a acompanhavam, sempre ao fim do dia, quando uma dessas se despedia, ela a interrogava sobre quem viria a seguir ou no dia a seguir.

## **RELAÇÕES POSITIVAS: PRESERVAÇÃO NO PLANO FAMILIAR E SOCIAL**

Os dois filhos (residentes em Portugal) a visitavam todos os dias e esta conversava frequentemente, via chamadas telefônicas, com a filha que vivia na Alemanha. Alguns netos, genros, noras e amigos também faziam visitas semanais.

MM logo pela manhã pedia que a penteassem, passassem um hidratante em seu rosto e a ajudassem a vestir uma blusa formal para que pudesse manter-se bem apresentável para si e para suas visitas. Também tinha em sua agenda os contatos telefônicos das amigas antigas, às quais ligava pelo menos uma vez por semana.

## **RELAÇÕES POSITIVAS: CONTEXTO PROXIMAL**

Notamos uma relação de maior afetuosidade entre MM e uma das profissionais que a acompanhava, assim, quando era o dia ou turno de trabalho dessa, MM demonstrava uma satisfação maior. As duas conversavam sobre a infância, família — composta pelos genitores e um irmão — e a respeito das experiências de MM durante a Segunda Guerra Mundial. Partilhavam situações ocorridas quando estavam distantes uma da outra, além de futuros acontecimentos.

Uma outra relação calorosa e afetuosa ocorria com uma senhora chamada ZZ (sigla para preservação de sigilo), que a auxiliava, havia 20 anos, na manutenção da organização da casa. ZZ tinha se transformado em alguém importante para toda a família. Neste caso, era vista como uma amiga muito querida que a visitava duas vezes por semana (terças e

sextas), desempenhava suas atribuições, cuidava das plantas e flores, comprava todas as terças-feira a revista alemã semanal e, nos dois dias em que trabalhava, levava o pão que era comercializado próximo de sua casa e que MM relatava ser o “mais agradável de todos”<sup>1</sup>.

## MECANISMOS DE COMPENSAÇÃO

MM passou por períodos muito conturbados, como descrito anteriormente. Depois do óbito do marido a idosa viveu sozinha vinte anos, após os fatos relatados, perdeu sua autonomia, se viu obrigada a dividir a casa com outras pessoas (profissionais que já foram mencionadas) e passou a necessitar de assistência contínua para executar suas atividades diárias. Contudo, mesmo frente às adversidades, a participante selecionou os campos possíveis de dar continuidade em sua autonomia, buscou otimizar sua funcionalidade e compensar as perdas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao observar o histórico da idosa, percebemos que esta vivenciou períodos que seria exigido de qualquer ser humano extrema resiliência para ultrapassá-los. Entre inúmeras atrocidades inimagináveis durante a Segunda Guerra Mundial, MM ainda na adolescência passou por continência alimentar, viu amigos, parentes muito próximos e pessoas em geral morrerem. Podemos pontuar que seria menos complexo implementar mecanismos de compensação em condições mais susceptíveis de serem geridas, ou seja, em condições de saúde/mobilidade adversas, mas sem um curso crônico e sem um histórico tão impactante quanto o vivenciado em período bélico. Diante de toda adversidade enfrentada MM poderia resignar-se e apenas lamentar as perdas, mas os achados do estudo indicaram resultados diferentes.

Enquanto idosa, ao constatar um declínio em suas faculdades individuais, explorou o máximo das oportunidades, optou por não abster-se da vida. Buscou implementar mecanismos de seleção, otimização e compensação, para manter sua autonomia e compensar as perdas, através da satisfação nas atividades diárias e nas relações interpessoais. Apesar de o seu funcionamento físico ter sofrido um grave déficit, a avaliação que a idosa fez da sua situação não configurou-se em contraproducente a esta pesquisa: a condição vivenciada não influenciou negativamente sua forma de estar e interagir com o meio.

A participante mostrou uma autodeterminação em manter-se independente, mesmo necessitando de apoio operacional. Conseguiu adaptar a si e ao ambiente, selecionou as tarefas com potencial de continuidade, explorou o máximo das oportunidades, otimizou e

<sup>1</sup> A filha dizia: “tudo que a ZZ faz ou traz, para ela é extraordinário”. Parecia que a grande amizade existente entre ambas aperfeiçoava tudo.

compensou as perdas através do gerenciamento e retirada de satisfação de suas tarefas e interações.

Destarte, partindo das representações previamente explicitadas, a respeito do tema debatido, consideramos que a idade cronológica, a presença ou a ausência de limitações, não devem ser classificadas como fatores substanciais para determinar ações e acontecimentos relacionados com a idade avançada. Entendemos que essas dimensões apenas fornecem referências de alguns eventos holísticos que podem ocorrer na espécie humana, mas que têm o potencial de serem alterados de acordo com a avaliação subjetiva que o sujeito faz de sua condição. Deste modo, essa avaliação pode influenciar o curso dos acontecimentos a partir da manifestação de limitações em seu funcionamento físico ou em outras esferas de sua vida.

## REFERÊNCIAS

CUPERTINO, Ana Paula Fabrin Bretas, *et al.* Definição de Envelhecimento Saudável na Perspectiva de Indivíduos Idosos. *In: Psicologia: Reflexão e Crítica*, v.20, n.1, p. 81-86, 2007. DOI: 10.1590/S0102-79722007000100011.

DESTREM, Hughes. **Viver bem depois dos 50 anos**. Editora Arte de Viver, 1979.

DUARTE, Lúcia Regina Severo. Idade Cronológica: mera questão referencial no processo de envelhecimento. *In: Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, v.2, p. 35-47, 1999. DOI: 10.22456/2316-2171.5473.

GOODE, William J. HATT, Paul K. **Métodos em pesquisa social**. 4. Ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1972.

HECKHAUSEN, Jutta; WROSCHE, Carsten; SCHULZ, Richard. A motivational theory of life-span development. *In: Psychological Review*, v. 117, n. 1, p. 32-60, 2010. DOI: 10.1037/a0017668.

KANT, Immanuel. **Observações sobre o sentimento do belo e do sublime**. Ensaio sobre as doenças mentais (P. Panarra, Trad.). Lisboa: Edições 70, 2005.

MEIHY, José Carlos Sebe Bom. Os novos rumos da história oral: o caso brasileiro. *In: Revista de História*, v. 155, n. 2, p. 191-203, 2006. DOI: 10.11606/issn.2316-9141.v0i155p191-203.

LINS DE BARROS, Myriam Moraes et. al. (Org). **Velhice ou terceira idade?** Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. 4a. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

NERI, Anita Liberalesso. El legado de Paul B. Baltes a la psicología: el paradigma life span aplicado al desarrollo y al envejecimiento. *In: Revista Latinoamericana de Psicología*, volumen 39, No. 2, p. 413-417, 2007.

PLATÃO. **A República**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2014. (Obra original publicada em 1949).

RABELO, Dóris Firmino; NERI, Anita Liberalesso. Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente a incapacidade funcional na velhice. *In: Psicologia em Estudo*, v. 10, n. 3, p. 403-412, 2005. DOI: 10.1590-S1413-73722005000300008

RESENDE, Marineia Crosara de; NERI, Anita Liberalesso. Ajustamento psicológico e perspectiva de velhice pessoal em adultos com deficiência física. *In: Psicologia em Estudo*, v. 14, n. 4, p. 767-776. Maringá: 2009.

SILVA, Luna Rodrigues Freitas. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *In: História, Ciências, Saúde*. Manguinhos, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 155-168, jan./mar. 2008.

SOUSA, Liliana, *et al.* Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *In: Revista Saúde Pública*, v.37, n.3, p. 364-371, 2003. DOI: 10.1590/S0034-89102003000300016.



## CRENÇAS INFANTIS DE CONCEÇÃO E NASCIMENTO E FATORES ASSOCIADOS

*Data de aceite: 20/08/2021*

*Data de submissão 04/06/2021*

### **Filomena de São José Bolota Velho**

Instituto Politécnico da Guarda, Portugal  
Centro de Estudos em Educação e Inovação  
(CI&DEI)  
Unidade de Investigação para o  
Desenvolvimento do Interior (UDI)  
<https://orcid.org/0000-0001-6774-7190>

### **Elisabete Batoco Constante de Brito**

Instituto Politécnico da Guarda, Portugal  
Centro de Estudos em Educação e Inovação  
(CI&DEI)  
Unidade de Investigação para o  
Desenvolvimento do Interior (UDI)  
<https://orcid.org/0000-0001-9568-6532>

**RESUMO:** Pretendemos conhecer o processo evolutivo e as características específicas das crenças infantis (3 a 10 anos) acerca da concepção, nascimento e fatores associados. É um estudo correlacional quase experimental. A nossa amostra é incidental, constituída por 566 crianças portuguesas. Neste estudo comprovámos a existência de processos evolutivos ou de diferenciação nas crenças infantis acerca da concepção e do nascimento, associados à idade, ao nível socioeconómico e ao nível de desenvolvimento cognitivo. Salientamos a importância das características da personalidade infantil na construção do conhecimento afetivo e sexual, fator chave e explicativo das diferenças

observadas. Sublinhamos a matriz de fatores biológicos, sociais, cognitivos, motivacionais e educacionais em que se alicerça a construção do conhecimento afetivo sexual da criança.

**PALAVRAS - CHAVE:** Crenças infantis. Concepção. Nascimento. Processos evolutivos. Variáveis sócio demográficas e de desenvolvimento.

### **CHILDREN'S BELIEFS ON CONCEPTION AND BIRTH AND RELATED FACTORS**

**ABSTRACT:** This research aims to know the evolutionary process and specific characteristics of children's beliefs (3 to 10 years) about conception and birth and related factors. It is a correlational study, almost experimental. Our sample is incidental, with 566 Portuguese children. We have proved the existence of evolutionary or differential processes in children's beliefs about pregnancy and intrauterine development, related to age, socioeconomic level and cognitive development. We highlight the importance of the characteristics of the child's personality in the construction of affective and sexual knowledge, which is a key factor that explains the differences observed. Biologic, social, cognitive, motivational and educational factors are the basis of the affective and sexual understanding of a child.

**KEYWORDS:** Children's beliefs. Conception. Birth. Evolutionary Process. Sociodemographic and development variables.

## 1 | INTRODUÇÃO

A docência no ensino superior, durante cerca de vinte anos, aos cursos de formação de Educadores de Infância, com as suas realidades e práticas pedagógicas, permite-nos aperceber da importância da infância como período estruturante na formação da personalidade. A supervisão de estágios permite-nos contactar de perto com a curiosidade das crianças da pré-escola que, na sua ânsia de conhecerem o mundo que as rodeia, perguntam sobre o que desconhecem. É vulgar na pré-escola, reproduzirem cenas de casamentos, nascimentos e batizados, bem como cenas familiares em que repetem diálogos e condutas que observam nos pais e nos adultos. Interessa-nos conhecer o mecanismo de aquisição e evolução das crenças afetivo sexuais infantis (dos 3 aos 10 anos) acerca da concepção e do nascimento, bem como os fatores associados. O alargamento de idades até aos 10 anos surgiu da necessidade de analisar a evolução das crenças referidas, já que na pré-escola a idade das crianças Portuguesas é dos 3 aos 5-6 anos, ocorrendo mudanças conceptuais importantes entre os 4 e os 10 anos (Carey, 1985).

A motivação para esta investigação surgiu, ao termos constatado, nas pesquisas bibliográficas acerca desta temática, que alguns dos estudos existentes eram muito antigos (Conn, 1947; Nagy, 1953; Kreidler e Kreidler, 1966; Moore e Kendall, 1971; Bernstein e Cowan, 1975; Bernstein, 1994; Cohen e Parker, 1977; Goldman e Goldman, 1982, 1988; Gordon et al., 1990; Jagstaidt, 1984; Barragan, 1988; Volbert, 1996; Brilleslijper-Kater e Baartman, 2000; Pereira 2004; Zoldosova e Prokop, 2007). Face às alterações educativas familiares, com maior abertura na educação de pais e filhos, bem como ao papel da pré-escola, sentimos curiosidade em saber se as crianças mantinham as crenças referidas em tais estudos, ou se tinham evoluído.

Este artigo está estruturado em duas partes. Na primeira enquadrámos teoricamente a nossa temática, abordando as teorias sexuais formuladas pelas crianças, nos âmbitos considerados. Após a descrição dos objetivos da nossa investigação, apresentamos o nosso estudo empírico sobre as crenças consideradas (concepção e nascimento) e fatores associados. Para tal, analisamos a sua associação com aspetos sociodemográficos (idade, sexo, estrutura familiar) e de desenvolvimento. Alguns dos estudos existentes acerca desta temática (Kreidler e Kreidler, 1966, Barragan, 1988; Bernstein e Cowan, 1975; Goldman e Goldman, 1982), estabelecem uma relação estreita entre o desenvolvimento do conhecimento sexual infantil e o desenvolvimento cognitivo, considerando que os dois processos estão interligados. Visando poder comparar resultados, incluímos no nosso estudo uma variável de desenvolvimento cognitivo, que medimos em termos piagetianos. Fazemos a abordagem de aspetos metodológicos relativos à caracterização da amostra, ao procedimento, à definição e operacionalização das variáveis e à análise estatística realizada. Segue-se a apresentação de resultados, seguida da sistematização e discussão dos mesmos, após o que estabeleceremos algumas conclusões.

## 21 CONCRETIZAÇÃO TEÓRICA

Foram realizados alguns estudos relativos ao conhecimento infantil, acerca da concepção e nascimento (Conn, 1947; Nagy, 1953; Kreidler e Kreidler, 1966; Moore e Kendall, 1971; Bernstein e Cowan, 1975; Bernstein, 1994; Cohen e Parker, 1977; Goldman e Goldman, 1982, 1988; Gordon et al., 1990; Jagstaidt, 1984 ; Barragan, 1988; Volbert, 1996; Brilleslijper-Kater e Baartman, 2000; Pereira 2004; Zoldosova e Prokop, 2007). Genericamente, comprovam que as crianças mais novas têm conhecimentos incompletos e inadequados e as mais velhas conhecimentos mais completos e exatos (Gordon *et al.*, 1990). Na opinião de Volbert (1996), as crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 7 anos têm um conhecimento muito pequeno acerca do nascimento e algumas não apresentam conhecimento acerca da concepção.

Especificamente, o estudo de Conn (1947), com 100 crianças dos 4 aos 11 anos, concluiu que era inconcebível para as crianças de idade pré-escolar (até aos 6 anos), que o bebé pudesse estar dentro da mãe, sendo o processo do nascimento, desconhecido para elas.

Nagy (1953) comprovou, através de entrevistas, que o conhecimento infantil acerca do processo de reprodução aumenta rapidamente entre os 4 e os 10 anos, referindo 4 níveis nas suas teorias: no nível 1 não há nascimento, como não há início de vida; no nível 2 a vida começa mas sem interferência sequer da mãe; no nível 3 existe nascimento apenas através da mãe e no nível 4, o nascimento implica também o pai. Os níveis 1 e 2 foram encontrados apenas antes dos 8 anos e o nível 4 apareceu somente depois dos 8 anos, tendo predominado nas crianças do seu estudo, o nível 3.

Nos estudos de Bruckner (1968) e Bosinki (1983), citados por Volbert (1996), muitas das crianças entre os 4 e os 11 anos (60%) referiam a “história” da cegonha como origem dos bebés.

Kreidler e Kreidler (1966) comprovaram, nos seus estudos, acerca da origem dos bebés, que a teoria mais comum em crianças entre os 4 e 5 ½ anos de idade é a de que o bebé é criado no corpo da mãe através da comida que ingere. Especificamente refere 3 níveis nos seus estudos: no nível 1, o bebé sempre existiu na barriga da mãe, no nível 2, o bebé é criado na barriga da mãe através da comida que ela ingere e no nível 3, o bebé é engolido pela mãe. Estes 3 níveis correspondem aos mencionados por Nagy, nos seus níveis 1 e 2.

O estudo de Cohen e Parker (1977), à semelhança do de Moore e Kendall (1971) mostrou que as crianças pequenas, entre os 3 e os 6 anos, ou não tinham explicações quando eram inquiridas acerca da origem dos bebés, ou acreditavam que os bebés estiveram sempre no interior da mãe.

Bernstein e Cowan (1975) e Goldman e Goldman (1982) continuaram os trabalhos de Nagy (1953) e Kreidler e Kreidler (1966), tendo comprovado que na compreensão da

origem dos bebês existe uma progressão desenvolvimental onde as crianças constroem ativamente as suas noções, sendo relevantes neste processo, os conceitos de causalidade e identidade física e social, apontando no sentido de um desenvolvimento interativo.

Goldman e Goldman (1982) categorizaram as respostas das crianças em 6 níveis: geógrafas (nível 1, em que a única explicação é que o bebê está dentro da mãe), manufaturadoras (nível 2, no qual o bebê é feito fora e posto dentro da mãe através de meios não sexuais), agriculturalistas (nível 3, em que a analogia da semente no solo é tomada literalmente), repórteres (nível 4, no qual conhecem os factos, mas não sabem explicá-los), miniaturistas (nível 5, em que acreditam que o bebê é plenamente formado em miniatura no óvulo ou no esperma) e realistas (nível 6, no qual têm um conhecimento teórico razoável de fertilização e da fusão).

Carey (1985) explica a evolução das crenças infantis acerca de reprodução através de mudanças conceptuais, que ocorrem entre os 4 e os 10 anos, considerando a aquisição de conhecimento como um processo de reestruturação de teorias intuitivas (utilizando exemplos de biologia intuitiva).

Giordan e de Vecchi (1999) afirmam que as crianças desde pequenas sabem que o bebê cresce na barriga da mãe. Com muita frequência é o pai que dá o bebê e o põe no corpo da mãe sob a forma de semente. Também frequentemente este “elemento” entra no dizer das crianças pelo umbigo, pelo ânus, pela boca ou até pela orelha. A concepção de que o bebê é o produto de fecundação e desenvolvimento encontra-se já em 80% das crianças de 10 anos, escondendo, no entanto, concepções falsas sobre os seus mecanismos, sendo possível que existam palavras como espermatozoide que não tenham significado biológico.

Acerca das teorias da fecundação, encontramos também nos trabalhos de Barragan (1998), uma sequência evolutiva, acompanhada e explicada em termos de desenvolvimento cognitivo piagetiano. O seu processo é similar ao proposto por Bernstein e Cowan (1975) e Goldman e Goldman (1982). Assim, considera que o primeiro nível é de explicações pré causais, relativas à preexistência dos bebês, combinando aleatoriamente várias partes do corpo e outras relativas à falácia digestiva. Esta fase é caracterizada pela importância que as crianças dão à vontade e desejo dos pais que, tal como Deus podem aparecer como criadores. No segundo nível existe a incorporação progressiva de algumas variáveis de carácter físico, social e cultural, características do período pré operatório (entre os 4 e os 7 anos). Nesta fase, as crianças valorizam muito o médico e o hospital como causas de origem. Progressivamente, as crianças (até ao final do período pré operacional) centram-se cada vez mais no aumento da barriga e em formas mais elaboradas de falácia digestiva, aparecendo também como explicação causal espontânea neste período a “teoria do beijo” que atribui a origem dos bebês ao beijo dados entre os pais. O terceiro nível é uma fase de explicações pré científicas. A partir dos 7-8 anos, as teorias infantis acerca da origem dos bebês integram mais variáveis explicativas que nos níveis anteriores, mas desconhecem ainda o verdadeiro processo bio fisiológico da fecundação. No quarto nível, as crianças

integram nas suas explicações, de forma coerente, as variáveis físicas, sociais, culturais e biológicas que intervêm na fecundação, sendo capazes de explicações verbais acerca da fecundação, referindo mesmo a fusão do espermatozoide e do óvulo, mas ainda não o percebem na totalidade.

Jagstaidt (1984), no seu estudo, com 160 crianças de 4 a 11 anos, tentou conciliar a teoria de Freud com a teoria de Piaget, considerando que as teorias sexuais infantis acerca da fecundação e nascimento apresentam uma estrutura sequencial de desenvolvimento, existindo duas grandes categorias: as teorias sexuais pré lógicas (que se subdividem em dois estádios, sendo o primeiro de pré existência e o segundo de artificialismo mitológico) e as lógicas ou inteligentes (que se subdividem nos estádios de artificialismo técnico e artificialismo imanente). As crianças interpretam o nascimento e a fecundação por assimilação às suas próprias ações (4 anos), às suas próprias funções (5-6 anos), ao real manipulável (7-8 anos) e ao real observável (9-10-11 anos).

Gordon *et al.*, (1990) realizaram um estudo com 130 crianças entre os 2 e os 7 anos, tendo comprovado que as crianças não demonstraram conhecimento, relativamente às temáticas em causa, até pelo menos aos 6 anos.

Volbert (1996), entrevistou 147 crianças de idade pré-escolar, sobre o conhecimento do nascimento e procriação utilizando desenhos. Genericamente obteve resultados similares aos obtidos por Gordon *et al.* (1990) e correspondentes às descritas nas últimas 3 décadas não podendo portanto concluir que tenham ocorrido mudanças substanciais neste campo de aquisição de conhecimento sexual entre crianças de idade pré-escolar. Segundo o autor, a crença mais frequente nas crianças do seu estudo é a de que o ovo esteve sempre na barriga da mãe e de repente começou a crescer, por exemplo depois de a mãe ter ingerido muita comida na sua alimentação (realçamos a semelhança com a crença predominante no estudo de Kreidler e Kreidler, 1966). Concluiu que um total de 90% de todas as crianças não tinha conhecimento relevante nesta área. O autor refere que os resultados do seu estudo estão de acordo com a teoria de Carey (1985), sublinhando que as crianças explicam a origem dos bebés, não de um ponto de vista biológico mas em termos de objetivos e comportamentos sociais dos pais.

O estudo de Brilleslijper-Kater e Baartman (2000) analisou o conhecimento sexual de 63 crianças holandesas entre os 2 e os 6 anos. A conclusão deste estudo comprova que as crianças pequenas têm um conhecimento sexual muito pequeno, conforme os resultados de Gordon *et al.*, (1990) e Volbert (1996). O conhecimento relativo a aspetos de gravidez, nascimento, reprodução e comportamento sexual adulto é muito limitado, diminuindo na ordem indicada. Os autores consideram que os resultados do seu estudo estão de acordo com outras investigações teóricas, acerca do desenvolvimento do pensamento sexual das crianças, podendo situar-se a categorização desenvolvimental da compreensão das crianças acerca da reprodução, na linha de Goldman e Goldman (1982). As crianças disseram geralmente, que a mãe tinha de esperar até a barriga começar a ficar gorda, tinha

de comer, tomar uma bebida especial, engolir uma semente ou um ovo. O conhecimento do relacionamento sexual da reprodução, como uma necessidade para a concepção é desconhecido para a maioria das crianças que responderam a esta questão (84%).

Pereira, em 2004, realizou um estudo em Portugal acerca das “Concepções e Obstáculos de Aprendizagem no Estudo da Reprodução Humana em Crianças do 1º CEB”. Participaram na sua investigação 163 crianças dos 5 aos 11 anos, de meio rural. Os resultados do seu estudo permitiram identificar as concepções das crianças participantes, sobre reprodução humana em dois períodos: antes da aprendizagem formal (1º e 2º anos de escolaridade: 5 a 8 anos) e depois da aprendizagem formal (3º e 4º anos de escolaridade: 8 a 11 anos), na qual ocorreu mudança conceptual (em Portugal o ensino formal da reprodução humana, decorre n 3º ano de escolaridade ). No seu estudo, não se registaram diferenças apreciáveis relativamente ao sexo. Dos 5 aos 8 anos, antes das aprendizagens formais tornaram-se evidentes concepções redutoras em todos os tópicos estudados, tanto nas representações icónicas como nas expressões verbais. Quanto à origem dos bebés, até aos 8 anos (antes do ensino formal), as concepções de carácter afetivo, predominaram como explicação, admitindo que o bebé surge da intervenção divina e aceitando o papel ativo e exclusivo da mãe em termos da sua própria vontade. Surgiram ainda nesta fase, embora em menor grau, concepções de carácter biológico, das quais se destacou a referência à necessidade de ingestão de alimentos em grandes quantidades por parte da mãe para que a barriga aumentasse de volume com o bebé no seu interior.

Após o ensino formal as suas concepções acerca da origem dos bebés passaram de afetivas a biológicas, focando a origem humana, começando a ter ideias concretas acerca da relação sexual dando sentido à relação entre homem e mulher e começando a compreender a sua função no fornecimento de espermatozoides e óvulos (recorrendo frequentemente, na sua terminologia, à semente masculina e feminina). Esta transição foi progressiva.

Zoldosova e Prokop (2007) analisaram as concepções infantis acerca do desenvolvimento pré natal em 20 crianças (eslovacas) que frequentavam a escola primária, dos 6 aos 10 anos. Os autores reavaliaram os estudos anteriores (Nagy, 1953; Kreitler e Kreitler, 1966; Bernstein e Cowan, 1975) Barragan (1998) e comprovaram que, para os tópicos analisados, o progresso no desenvolvimento cognitivo era evidente, principalmente no que respeitava ao desenvolvimento de conceito de causalidade (não só num mundo material, mas também na sua esfera social). Os autores referem a confirmação dos resultados obtidos por Bernstein, 1975 e particularmente por Nagy, 1953).

Verificou-se, neste estudo, que mesmo que a escola ofereça também algumas informações básicas sobre o desenvolvimento pré-natal do bebé as crianças resistem às informações. O desenvolvimento das competências cognitivas desempenha um papel principal na reconstrução dos pré conceitos, sendo no entanto especialmente importante, nesse processo, a utilização que as crianças fazem das informações e a importância das

suas próprias experiências (a mesma experiência é aceite de forma diferente, dependendo da idade).

De acordo com investigações realizadas anteriormente, os autores aceitam a perspectiva de que ocorre desenvolvimento dos pré conceitos das crianças, dependendo tanto da qualidade, como da quantidade das fontes de informação que as crianças mantêm à sua disposição. A personalidade infantil desempenha um papel muito importante e significativo (curiosidade, extroversão versus introversão, auto consciência, etc.) neste processo. As ideias infantis sobre os tópicos analisados variam, mas não apenas com a idade, sendo o grande papel desempenhado pelas características individuais e pelo acesso diferente a várias fontes de informação.

### **3 | PROBLEMAS E OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO**

Os problemas da nossa investigação foram: i) Qual é o processo de aquisição das crenças infantis acerca da concepção e nascimento e quais os fatores que lhe estão associados? e ii) Há relações entre o processo evolutivo e características de cada estágio das mesmas crenças e as variáveis sócio demográficas e de desenvolvimento?

Estabelecemos, assim, como objetivos desta investigação: conhecer o tipo de crenças infantis acerca da concepção e do nascimento; conhecer o processo de aquisição das crenças infantis acerca da concepção e do nascimento; analisar as relações existentes entre o processo evolutivo e características de cada estágio das mesmas crenças e as variáveis sociodemográficas e de desenvolvimento.

## **4 | METODOLOGIA**

### **4.1 Desenho Metodológico**

Centrando-se a nossa investigação no conhecimento das crenças afetivo sexuais infantis nos domínios considerados e pretendendo conhecer a sua relação com diversos fatores, utilizámos uma metodologia qualitativa e quantitativa. A entrevista foi o principal método de recolha de dados para o conhecimento das crenças referidas, tendo procedido posteriormente à sua análise estatística visando perceber a relação e associação entre as mesmas e os diversos fatores considerados. A nossa investigação é um estudo correlacional quase experimental pois visa estabelecer relações entre diversas variáveis a partir de uma amostra de conveniência (Witter 2005). Os desenhos quase experimentais caracterizam-se por serem planos com controlo das variáveis independentes, mas em que os grupos não foram criados com base numa distribuição aleatória (Sprinthall e Sprinthall, 1990). Neste tipo de estudos, o investigador manipula os dados recolhidos de modo a compor grupos de acordo com variáveis específicas. Em relação ao tempo, trata-se de um estudo transversal por idades (Baltes et al., 1981, citado por Lopez, 1984), pois os dados sobre os

participantes são recolhidos num momento único e comparados. No tratamento estatístico dos dados, realizámos análise de frequências, de percentagens e testes de Qui-Quadrado (Qui-Square). Para testar as relações de diferença ou associação existentes entre as variáveis do nosso estudo (nominais e ordinais) utilizámos testes de Qui-Quadrado (Qui-Quadrado de Pearson). Quando existiam mais de um quinto de células com frequência esperada inferior a 5 (cujo valor máximo só pode ser de 20) aplicámos a simulação de Monte Carlo, que tem por base a geração aleatória de amostras quando existem classes com reduzida dimensão. Para o tratamento de dados, o programa estatístico utilizado foi o “Statistical Package for the social Sciences” (SPSS).

## 4.2 Amostra

A nossa amostra é de tipo incidental, por ser formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso, sendo incluídos no estudo à medida que se apresentam, até a amostra atingir o tamanho desejado (Fortin, 2003). É constituída por dois grupos amostrais: i) 566 crianças dos 3 aos 9 anos, do ensino pré-escolar e do 1º ciclo do ensino básico da rede pública, no distrito da Guarda, as quais foram selecionadas em função de critérios de classificação pré-estabelecidos de idade, sexo e nível socioeconómico; ii) os seus respetivos pais (566). A idade das crianças apresenta uma distribuição uniforme pelas várias idades em análise, dos 3 aos 9 anos. A distribuição das crianças por sexos é uniforme já que o sexo masculino (N=284; 50.2%) e o sexo feminino (N=282; 49.8%) se apresentam equilibrados. Em relação ao nível socioeconómico, o nível baixo apresenta um peso que é o dobro (N=275; 48.6%) dos níveis médio (N=145; 25.6%) e alto (N=146; 25.8%). Na amostra, a estrutura familiar convencional, constituída por pais casados ou em união de facto predomina claramente (N=485; 85.7%), em relação à estrutura não convencional, constituída por pais divorciados, separados, solteiros ou viúvos (N=81; 14.3%).

## 4.3 Variáveis

De forma sumária, apresentam-se em dois grupos gerais: independentes (sócio demográficas e de desenvolvimento,) e dependentes (crenças afetivo sexuais infantis nos domínios considerados). Definimos como variáveis sociodemográficas: idade, sexo, nível socioeconómico, e estrutura familiar. Relativamente à idade, sexo, meio de residência, profissão, grau académico e estrutura familiar, formulámos, nos questionários que distribuámos aos pais, perguntas abertas em que os pais participantes escreviam, num espaço deixado em branco, a informação pedida.

A variável idade é medida em escala racional e tem 7 classes: 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9 anos. A variável sexo é nominal dicotómica com duas categorias: masculino ou feminino. A variável nível socioeconómico é ordinal, com 3 categorias: nível alto, médio e baixo. A variável estrutura familiar é uma variável categorial com duas categorias: família convencional tradicional (casados e/ou união de facto) e família monoparental (solteiros,



separados, divorciados e viúvos). A variável nível de desenvolvimento cognitivo é categorial, medida em três categorias: não conservador, intermédio e conservador. Para operacionalizar administrámos as provas clássicas de conservação de quantidades contínuas e descontínuas de Piaget (Piaget, 1967, 1978, 1981; Piaget e Inhelder, 1969; Sprinthall e Sprinthall, 1990) a todas as crianças entrevistadas. Do registo de cada prova resultou a atribuição do nível de conservação cognitiva da criança em: 1. Não conservador (a mudança de forma plasticina ou água implica desigualdade); 2. Intermédio (às vezes admite igualdade e outras não) e 3. Conservador (admite a igualdade com argumentos lógicos em todas situações).

Definimos como variáveis dependentes as crenças afetivo sexuais infantis de fecundação e nascimento. Todas as crenças são variáveis categoriais, medidas nas categorias abaixo indicadas. Foram operacionalizadas através de entrevista semiestruturada de Goldman (1982) e Barragan (1988).

Para a categorização das respostas, baseámo-nos, genericamente, na que é proposta pelos autores citados, fazendo adaptações pontuais, relativas à especificidade da faixa etária da nossa amostra ou a aspetos particulares a conhecer, de acordo com os objetivos da nossa investigação.

Para todas as categorias consideradas tivemos em consideração o nível de conhecimento manifestado, o grau de elaboração e de coerência das respostas dadas, bem como a articulação dos diversos fatores de explicação. Descrevemos, de seguida, a categorização efetuada ilustrando com crenças das crianças, algumas das categorias consideradas.

**a) Conceção (Questão Prévia).** As três categorias consideradas resultam das conceções das crianças acerca do local onde estavam antes de nascerem: 1. não sabe ou não responde; 2. refere qualquer lugar, sem ser a barriga da mãe; 3. na barriga da mãe.

**b) Crenças de Conceção.** Considerámos sete categorias de resposta, relativas às respostas das crianças acerca da origem dos bebés: 1. Não sabe ou não responde; 2. Preexistência; 3. Explicações causais; 4. Explicações pré biológicas de nível um; 5. Explicações pré biológicas de nível dois; 6. Explicações biológicas de nível um; 7. Explicações biológicas de nível dois.

Categorizámos as respostas no nível preexistência quando a criança explicava a sua origem, em termos de causalidade mágica ou divina, dizendo simplesmente que sempre esteve na barriga da mãe: **“O Jesus é que me pôs na barriga da mãe” (4 anos, rapariga); “eu estava sempre com a mãe...na barriga dela” (3 anos, rapaz).**

Considerámos como explicações causais a falácia digestiva; a teoria do beijo; a teoria do casamento e a teoria da semente (metáfora agrícola). **“Para ter filhos é preciso casar; os pais estão na missa, o padre diz: “aceita casar?”; metem o anel, dão um beijinho e agora a mulher já pode ter um filho; têm que dormir juntos e a mãe tem que começar a comer muito” (7 anos, rapariga) / “Os pais casam-se; quando vêm da festa**

**já dormem juntos e dão muitos beijos na boca; o pai dá uma semente num beijo na boca muito grande à mãe e o filho faz-se da semente que vai para a barriga da mãe; mas o beijo da semente demora muito...muito....tempo”** (7 anos, rapariga).

Categorizámos as respostas no nível 1 de explicações pré biológicas quando a criança, ainda que sem o fazer de forma explícita, aludia a fazer amor ou fazer sexo, sem explicitá-lo, ao contacto intergenital, às sementes, sem no entanto explicar a penetração nem a fecundação. **“Os pais têm que fazer sexo; dão beijinhos, mimosos, abraços, carinhos, ficam nus e juntinhos uma noite inteira na cama com lençóis, bikini... tudo espalhado...pelo quarto... e depois o pai dá a semente à mãe”** (6 anos, rapariga).

Considerámos como explicações pré biológicas de nível 2 as respostas em que a criança aludia à penetração, mas não explicava a fertilização (não mencionava a existência de óvulos nem de espermatozoides). **“Os pais fizeram amor e a mãe ficou grávida; o pai enfia o pénis na pipi da mãe e fica lá um bocadinho para envolver o bebé; depois fica lá um bocadinho ...para envolver o bebé... depois tira e já lá fica o bebé”** (8 anos, rapariga).

Categorizámos como explicações biológicas de nível 1 as respostas com referência à fertilização como processo de adição espermatozoide e óvulo, mas sem fusão. **“São os pais que fazem sexo quando vão para a cama despidos; do pénis do pai saem milhares de espermatozoides, mas só um é que vai para a barriga da mãe pela vagina à procura do óvulo para fazer o filho”** (8 anos, rapariga).

Considerámos explicações biológicas de nível 2 as explicações em que a criança mencionou coito e fertilização. **“São os pais que fazem sexo; o pai tem células que se chamam espermatozoides, são muitos e saem do pénis... e há um que tenta chegar primeiro á barriga da mãe para se desenvolver, o que chegar lá primeiro, encontra a célula da mãe que é o óvulo juntam-se para formar o bebé”** (9 anos, rapariga).

**Crenças de Nascimento.** As cinco categorias consideradas correspondem às explicações dadas acerca do nascimento: 1. Não sabe ou não responde; 2. Menciona um canal (qualquer) de nascimento; 3. Menciona nascimento por cesariana; 4. Menciona nascimento por parto e/ou cesariana; 5. Explica nascimento por parto e/ou cesariana.

A categorização de nível 2 corresponde às respostas em que a criança menciona qualquer abertura (ânus, umbigo) como canal de nascimento **“Os bebés nascem pelo bigo da mãe”** (3 anos, rapaz) / **“Eu nasci por um buraquinho do bigo da mãe e minha mana também”** (4 anos, rapariga).

No nível 3 considerámos as respostas em que a criança não menciona já qualquer abertura como no nível anterior mas se centra na abertura da barriga: **“É o médico que abre a barriga da mãe com uma tesoura e uma faca e muitas linhas”** (3 anos, rapariga) / **“Os pais quando o bebé já quer nascer têm que ir outra vez ao hospital e o doutor abre a barriga da mãe, tira o filho e dá-o à mãe e ao pai”** (3 anos, rapaz).

No nível 4 situam-se as respostas em que a criança menciona o nascimento por

parto ou cesariana, sem explicação ou com explicação elementar: **“Os bebês nascem pela barriga da mãe; o doutor tem que abrir a barriga da mãe, tirar o filho e voltar a cosê-la, mas eu acho que eles também podem nascer pelo pipi porque outro dia vi na telenovela um bebê nascer e ninguém abriu a barriga da mãe”** (6 anos, rapariga).

No nível 5 considerámos as respostas em que a criança é capaz de explicar de forma articulada e coerente o nascimento por parto e ou cesariana: **“Eu nasci pelo buraco da vagina porque o buraco alarga para os bebês passarem; quando os bebês são muito grandes ou ficam mais tempo do que devem na barriga das mães, já têm que sair pela barriga; o médico abre a barriga, tira os bebês e volta a coser”** (7 anos, rapaz).

#### 4.4 Instrumentos

A medida desempenha um papel fundamental na investigação. Ela é determinada pela questão de investigação e pelas definições conceptuais e operacionais dos conceitos em estudo influenciando diretamente os resultados da mesma (Fortin, 2003). Nesta investigação, foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário para Pais, devidamente organizado para responder aos objetivos iniciais; Entrevista Semiestruturada às crianças, na qual foi utilizado um guião com as grandes linhas dos temas a abordar sem indicar a ordem ou a maneira de colocar as questões. Contudo, utilizámos um método similar ao denominado método clínico de Piaget, formulando as perguntas correta e cuidadosamente na mesma linguagem dos sujeitos (Piaget, 1982) com as devidas adaptações necessárias a cada sujeito ao longo da mesma. Assim, para conhecermos as crenças referentes a casamento, fecundação, gravidez e nascimento das crianças entrevistadas e o processo evolutivo das mesmas, elaborámos um guião de entrevista clínica semiestruturada adaptado às crianças desta idade (Goldman, 1982; Barragan, 1988).

Este método permite confrontar, em momentos distintos da entrevista, a veracidade ou não das respostas dos sujeitos no sentido de poder determinar se as suas respostas são espontâneas/autónomas ou se pelo contrário são sugeridas pelo meio ambiente ou pelo investigador. A entrevista abrangeu as crenças afetivo sexuais infantis consideradas nos domínios de fecundação e nascimento. Fecundação (questão prévia): **Onde estavas antes de nascer? Onde estão os bebês antes de nascerem?** As questões seguintes eram feitas apenas se a criança respondesse que estava na barriga da mãe. **Como apareceste na barriga da mãe? Como se fazem os bebês? Nascimento: Como é que os bebês nascem? Como é que aparecem fora da barriga das mães?** Todas as entrevistas começaram com as provas clássicas de conservação de Piaget.

#### 4.5 Procedimento

Começámos por pedir, formalmente, aos Agrupamentos de Escolas da Área Educativa da Guarda, autorização oficial para a realização do estudo que pretendíamos fazer, com crianças dos 3 aos 9 anos, nas Pré-escolas e Escolas do 1º Ciclo do Ensino

Básico cidade e das zonas rurais onde pretendíamos levar a cabo o nosso estudo.

Distribuímos 1000 questionários a pais de crianças entre 3 a 9 anos que frequentavam as pré-escolas e escolas pretendidas pelas suas características e localização. A acompanhar o questionário enviámos uma carta aos pais com a explicação dos objetivos do nosso estudo e um pedido de autorização para a entrevista do filho, que nos deveria ser entregue, depois de assinado, em caso de concordância com a mesma, juntamente com o questionário preenchido.

Obtivemos 600 questionários preenchidos pelos pais, com autorização para fazermos a entrevista aos filhos. Os questionários referidos foram alvos de pré-teste, realizados com alguns grupos de pais, a fim de nos certificarmos de que o seu conteúdo era compreendido. Numerámos os questionários dos pais e atribuímos o mesmo número à criança a entrevistar. A realização das mesmas decorreu em período letivo, em espaços próprios, dotados de privacidade, cedidos por cada escola ou pré-escola.

## 5 I APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Apresentamos, a título de síntese, um quadro geral (tabela 1) dos resultados obtidos e descritos para as relações significativas obtidas entre todas as crenças analisadas e as variáveis consideradas.

	Idade	Sexo	Nível socioeconómico	Estrutura familiar	Desenvolvimento cognitivo
Conceção	x		x		x
Nascimento	x		x		x

Tabela 1: Sistematização de resultados. Assinalado com x as relações significativas comprovadas.

Fonte Própria

### 5.6 Caracterização Geral das Categorias de Respostas Obtidas

Todas as crianças entrevistadas, responderam à questão prévia de conceção, afirmando terem estado na barriga da mãe.

Para explicar a **conceção**, a categoria de resposta mais referida, foi a de “explicações causais” (30%), seguida da categoria de explicações relativas à “pré existência dos bebés” (21,6%) e das “respostas pré biológicas de nível 1” (20,5%). Seguiram-se as “explicações biológicas de nível 2” (8,7%). As respostas categorizadas como “explicações pré-biológicas de nível 2” e as respostas “biológicas de nível 1” surgiram ambas em 6,4% das crianças. A percentagem de crianças na categoria de não sabe ou não responde foi de 6,5%.

Em relação às respostas obtidas para a questão relativa ao **nascimento**, a categoria

de resposta mais frequente, foi a de “menciona nascimento por cesariana” (59,7%), seguida da categoria “menciona parto e/ou cesariana” (33%). Com menor frequência surgiu a categoria “menciona um canal de nascimento” (3,7%). Segue-se a frequência registrada para as crianças que não sabem ou não respondem (2,8%) e com a frequência mais baixa surge a categoria de respostas “explica o nascimento por parto ou cesariana (0,7%).

## 5.7 Processos evolutivos e de diferenciação das crenças infantis e fatores associados

Através da análise de frequências e percentagens das várias categorias de respostas, e da análise estatística realizada, comprovámos a existência de percursos evolutivos ou de diferenciação nas várias crenças analisadas, sob a associação com diversos fatores.

### 5.7.1 Idade

As diferenças observadas no relacionamento com a idade são estatisticamente significativas. Comprovámos que para as crenças de **Conceção** a percentagem da categoria de respostas “pré existência” diminui com o aumento da idade (47.8% para os 3-4 anos; 22.4 % para os 5-6 anos e 3.7 % para os 7-9 anos). **“Os bebés nascem na barriga das mães quando as mães nascem mas a barriga só cresce quando as mães se casam ”** (4 anos, rapariga) / **“Foi o Jesus que me pôs na barriga da mãe”** (3 anos, rapariga). As “explicações causais” surgem mais entre os 3 e 6 anos, sendo a sua percentagem superior para o grupo de 5 - 6 anos (34.8% para os 3-4 anos; 46 % para os 5-6 anos e 16.4% para os 7-9 anos). Como causas comuns, apresentam o casamento como explicação suficiente; a ingestão de alimentos; o beijo sobretudo explicado como sendo na boca, ou a teoria da semente (muito vulgarizada, sobretudo até aos 6 anos). **“Os pais vão ao médico; ele põe uma semente na barriga da mãe; a mãe volta para casa e depois vai lá quando for altura do bebé nascer para o tirar”** (6 anos, rapaz) / **“Os pais é que fazem os filhos, não os compram; o pai dá uma semente à mãe; ele põe a semente no prato da mãe e depois a mãe come-a e fica com um bebé na barriga”** (6 anos, rapariga). A categoria de respostas “explicações pré-biológicas de nível 1” surge mais entre os 5 e 9 anos, (2.5% para os 3-4 anos; 23.0 % para os 5-6 anos e 30.7% para os 7-9 anos) sendo a sua percentagem superior para os 7- 9 anos. **“Os pais fazem amor, dão beijinhos e abraços e também fazem amor com o pénis e a vagina porque se faz amor com o corpo todo; às vezes até dão trincas na orelha mas muito devagarinho; o pai põe o pénis junto da vagina da mãe e depois começa a formar-se o bebé”** (8 anos, rapariga) / **“Os pais fazem amor; o papá tem um saquinho ao pé da pilinha com umas sementes e depois quando está muito juntinho da mãe põe as sementes com a pilinha na barriga da mãe; depois forma-se um ovo que vai abrindo e aparece o bebé pequenino”** (5 anos, rapariga).

As “explicações pré-biológicas de nível 2” surgem entre os 7 e 9 anos (14.3%) e as “explicações biológicas de nível 1 e 2” surgem apenas para os 7 a 9 anos (14.8 % e 20.1%, respetivamente). **“Os pais namoram na cama; fazem sexo; a pilinha do pai vai para dentro do pipi da mãe e ficam a namorar um bocado”** (8 anos, rapaz) / **“Os pais fazem amor e namoram na cama; as mulheres têm um óvulo no pipi e têm dois tubos que vão do pipi para a barriga; depois há uma “cena” do pai que entra para ao pé dos tubos; acho que é o espermatozoide; quando o óvulo se parte ao meio formam-se gémeos ”** (8 anos, rapaz) / **“Os pais fazem sexo; ficam juntinhos, abraçam-se beijam-se e o espermatozoide sai do pénis do pai e entra na vagina da mãe e vai à procura do óvulo; juntam-se e às vezes dá origem a um bebé que se começa a desenvolver no útero da mãe”** (8 anos, rapaz) / **“Os pais fazem sexo para ter filhos; o pai põe um espermatozoide que sai do pénis na vagina da mãe depois o espermatozoide vai encontrar-se com o óvulo da mãe; quando o encontra formam um ovo e o bebé começa a formar-se”** (8 anos, rapariga).

Comprovámos assim a existência de diferenças nas crenças de **conceção**, verificando-se um padrão evolutivo seguido por todas as crianças entrevistadas, que caminham inicialmente, de explicações de pré existência (simplesmente a criança esteve sempre na barriga da mãe porque sempre existiu e já lá estava), para explicações causais em que reconhecem já uma causa com vários níveis de elaboração através da qual explicam “como são feitos os bebés”. As crianças caminham de seguida, para as explicações pré biológicas de nível 1 em que referem que os pais fazem sexo ou amor, mas em que não conhecem, nem de forma elementar, aspetos de fertilização. Surgem progressivamente explicações mais elaboradas com noções de fertilização, de início como adição de espermatozoide e óvulo, depois como fusão, mas sem no entanto, explicarem completamente o processo de fecundação na sua totalidade.

Nas crenças relativas ao **Nascimento**, comprovámos que a percentagem da categoria de resposta “menciona um canal de nascimento” é superior no grupo de 3 - 4 anos (11.8% para os 3-4 anos e 1.2% para os 5-6 anos). As primeiras explicações que as crianças dão referem-se a um canal de nascimento qualquer: a boca, o ânus, o umbigo ou uma abertura na barriga. A saída do bebé pela barriga que o médico abre com uma faca ou uma tesoura e cose com umas linhas é também vulgar como explicação inicial ou primária. Normalmente as crenças de nascimento estão associadas às crenças de conceção. Se a criança disse que o bebé entrou para a barriga da mãe porque a mãe comeu muito então nada mais prático para ela que dizer que sai pelo ânus (**“pelo rabinho quando a mãe vai à casa de banho e puxa”**). O mesmo acontece se entrou numa semente pela boca. **“Nasci pelo rabo da mãe quando ela puxou muito ”** (3 anos, rapaz) / **“Os bebés nascem pelo rabo da mãe mas é preciso ir ao doutor para tirar o bebé senão não sai”** (4 anos, rapariga) / **“Quando já estão grandes os bebés nascem pelo rabo da mãe ”** (3 anos, rapaz).

A percentagem da categoria de resposta “menciona nascimento por cesariana”, que ocorre em percentagens elevadas até aos 6 anos, diminui muito para o grupo dos 7-9 anos (76.4% para os 3-4 anos; 78.3 % para os 5-6 anos e 36.5% para os 7-9 anos). **“Os bebés nascem pela barriga; a mãe sente-se mal porque lhe dói a barriga e se não for para o hospital a barriga rebenta e a mãe morre; o doutor abre a barriga e tira o filho”** (5 anos, rapaz) / **“Os bebés nascem pela barriga das mães; abrem a barriga com uns materiais que há no hospital, tiram o bebé, lavam-no para tirarem o sangue; ele começa a chorar um bocadinho e depois voltam a coser a barriga da mãe, mas não lhe dói porque está a dormir”** (7 anos, rapariga).

A percentagem da categoria de resposta “menciona nascimento por parto e/ou cesariana” aumenta com o aumento da idade (1.9% para os 3-4 anos; 25.0% para os 5-6 anos e 61.9% para os 7-9 anos). Geralmente depois do nascimento explicado por cesariana, surge o conhecimento do nascimento por parto, mas apontado sempre, depois da cesariana. Uma criança referiu-nos até que queria ter um bebé quando fosse grande mas que não queria por parto porque devia doer muito...devia ser melhor cesariana...até porque a vagina era muito estreita. **“Os bebés nascem às vezes pelo pipi e outras vezes pela barriga; as mães têm que ir para o hospital; a mim disseram-me que as meninas nascem todos pelo pipi e os rapazes pela barriga mas não sei se é assim; também nunca pensei muito nisso”** (7 anos, rapariga) / **“Os bebés nascem pela barriga ou pela choquinha da mãe; ela tem que fazer força e mexer-se na cama para cima e para baixo; depois metem-lhe na barriga uma ligadura para não deitar sangue; é mais fácil pela choquinha porque já é aberta e não é preciso descoser ”** (8 anos, rapaz) .

A resposta com explicação completa de parto ou cesariana surge em percentagem reduzida apenas no grupo dos 7-9 anos (1.6%). Surgem crenças a este respeito com graus diferentes de elaboração, chegando algumas a mencionar explicações básicas acerca de o bebé nascer de parto ou cesariana, mas muito poucas a explicar o mecanismo do nascimento por parto ou cesariana. **“Eu nasci pela vagina; quando a mãe estava com as dores todas o pai levou-a para o hospital ela puxou e eu nasci; quando os bebés são muito grandes podem ter que nascer pela barriga; ninguém nasce por ovos, só os animais”** (8 anos, rapaz) / **“Os bebés nascem pela vagina ou pela barriga; eu nasci pela vagina; nascem pela barriga quando são muito grandes mas é mais natural pela vagina porque a barriga tem que se cortar e a vagina não”** (8 anos, rapariga).

Comprovámos, assim, a existência de um percurso evolutivo desde crenças intuitivas de um canal de nascimento qualquer, a crenças de explicação de nascimento por cesariana, evoluindo para explicações de parto e ou cesariana com graus de elaboração progressivos, da simples menção à explicação.

Concluimos pois, que para as crenças relativas à concepção e ao nascimento, existe uma relação significativa entre a idade das crianças e o processo evolutivo das crenças consideradas, acompanhando a evolução na idade o processo de evolução das crenças.

### 5.7.2 Nível socio económico

Verifica-se a mesma relação significativa para as crenças de fecundação e nascimento. A evolução do nível sócio económico acompanha a evolução das crenças, ou seja, para as crenças referidas, a evolução no nível sócio económico acompanha o processo de elaboração das mesmas.

### 5.7.3 Estrutura Familiar

Quanto à variável estrutura familiar não existe uma relação significativa entre a estrutura familiar das crianças e o processo evolutivo das suas crenças afetivo sexuais.

### 5.7.4 Nível de desenvolvimento cognitivo, entendido em termos Piagetianos

O gráfico 1 ilustra as diferenças estatisticamente significativas observadas no relacionamento das crenças de concepção, com o nível de desenvolvimento cognitivo.

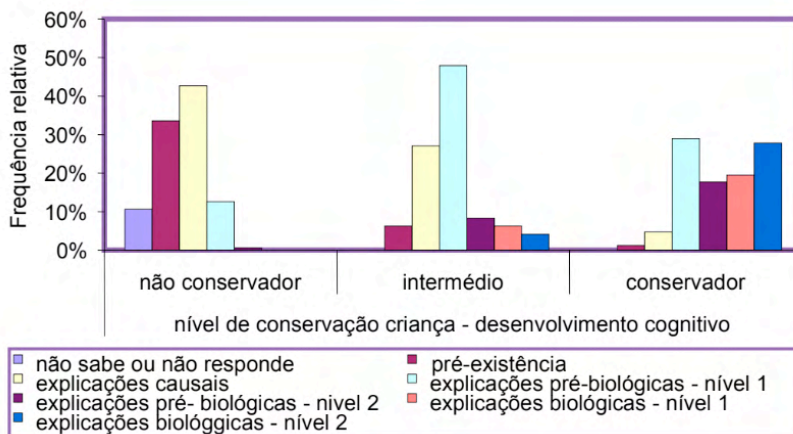


Gráfico 1. Conceção, por nível de desenvolvimento cognitivo

Fonte Própria

As explicações causais predominam nos não conservadores, enquanto as biológicas de nível 2 predominam nos conservadores.

Também para as crenças relativas ao Nascimento, as diferenças observadas são estatisticamente significativas (gráfico 2).



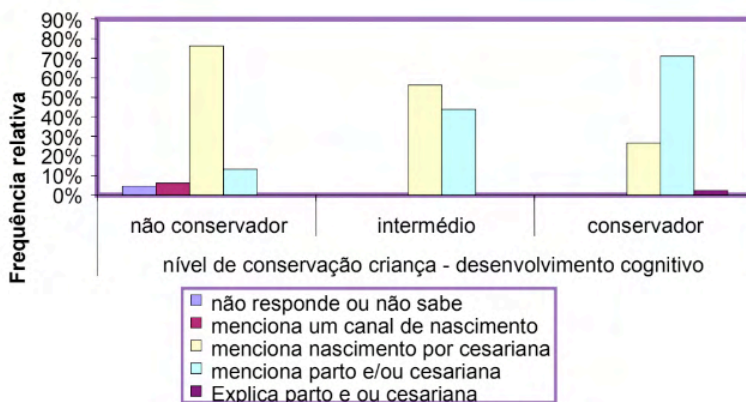


Gráfico 4. Nascimento, por nível de desenvolvimento cognitivo

Fonte Própria

A percentagem da resposta “menciona um canal de nascimento qualquer” ocorre apenas nos não conservadores; a resposta relativa ao “nascimento por cesariana” é superior para os não conservadores; a percentagem de respostas referentes ao “nascimento por parto e cesariana” é superior para os conservadores; a percentagem de “explicação de nascimento por parto e cesariana” ocorre apenas nos conservadores.

Concluimos, assim, que as crenças de fecundação e nascimento consideradas, estão relacionadas de forma significativa com o nível de desenvolvimento cognitivo entendido em termos piagetianos. Verifica-se, pois, que as crianças conservadoras a nível de quantidades contínuas e descontínuas relativamente ao desenvolvimento cognitivo têm crenças afetivo sexuais mais evoluídas que as crianças não conservadoras.

## 6 | DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Quanto às crenças sobre concepção, comprovámos no presente estudo, que as crianças dos 3 aos 9 anos elaboram as suas teorias, onde evoluem de concepções de pré existência, para explicações causais (nas quais o casamento, o beijo, a semente, “a comida” entram como explicações principais para a origem do bebé), a que se seguem explicações pré biológicas e biológicas. Todos estes estádios são marcados por uma sequência ordenada a que correspondem diversos graus de elaboração, sob a associação com diversos fatores.

Os resultados que obtivemos situam-se a nível de terminologia, na linha dos obtidos por Barragan (1988), o que se explica pelo facto de ter sido a categorização do autor, que utilizámos no nosso estudo. A nível de processo evolutivo, para todos os grupos de idade, comprovámos os resultados obtidos em investigações anteriores (Bernstein e Cowan, 1975, Goldman e Goldman, 1982). Comprovámos ainda, estudos realizados anteriormente,

relativos à mesma temática, que abrangeram faixas mais específicas e menos abrangentes (Kreitler e Kreitler, 1966; Gordon et al., 1990, Barragan, 1988; Volbert, 1996; Brilleslijper-Kater e Baartman, 2000; Pereira 2004; Zoldosova e Prokop, 2007).

Genericamente, consideramos terem ocorrido mudanças substanciais, nas crenças infantis acerca desta temática, desde os primeiros estudos realizados. Basta relembrarmos o estudo de Conn (1947), no qual, eram praticamente inexistentes nas crianças até aos 11 anos, respostas que mencionassem contacto genital entre os pais, para explicarem a origem dos bebés. Os dados obtidos, afastam-nos ainda, de alguns estudos anteriores, nos quais se considerava que as crianças de 3 a 6 anos ou não tinham explicações acerca da origem dos bebés (Moore e Kendall, 1971), ou mostravam crenças de preexistência (Cohen e Parker, 1977), quando eram questionados a esse respeito.

De facto, no nosso estudo, de todas as crianças entrevistadas, nenhuma referiu a “história da cegonha”, citada como sendo vulgar em crianças nos estudos mais antigos (Bruckner, 1968, citado por Volbert, 1996) nem mesmo “a loja de bebés” vulgar nalguns estudos (Bernstein, 1975; 1994; Goldman, 1982), como explicações acerca da fecundação. Encontrámos na nossa amostra, nos grupos de 3-4 e de 5-6 anos, inúmeras descrições de “falácia digestiva” e de “metáfora agrícola” na terminologia de Goldman (1982; 1988), como explicações causais para a origem dos bebés. As crianças referem, amiúde, a “história” da semente que o pai põe na mãe ou os alimentos que a mãe tem de engolir para ficar com um bebé na barriga, o que vai de encontro aos estudos de Kreitler e Kreitler (1966). A teoria do beijo, descrita por Freud (1908), como sendo característica da pré adolescência foi também muito referida pelas crianças que entrevistámos, particularmente no grupo dos 3-4 e dos 5-6 anos. A ocorrência deste facto é assinalada também, no estudo de Barragan (1988).

Consideramos que seria inconcebível para os autores de estudos anteriores, que cerca de um quarto das crianças do grupo de 5-6 anos e até algumas crianças do grupo de 3-4 anos (embora em número reduzido), respondessem às questões da origem dos bebés com explicações pré biológicas de nível 1, aludindo ao contacto intergenital, referenciando termos como “fazer amor” ou “fazer sexo” para pôr as sementes. Embora este tipo de explicação apareça nestes grupos é um tipo de explicação incompleta e incipiente, sobretudo verbalizada, sem ser compreendida, pelo que concordamos com autores anteriores (Bernstein e Cowan, 1975; Brilleslijper-Kater e Baartman, 2000; Goldman e Goldman, 1982; Gordon et al., 1990; Pereira 2004; Volbert, 1996; Zoldosova e Prokop, 2007), que afirmam que até aos 7 anos as crianças não têm conhecimento exato do processo de concepção.

Uma grande maioria de crianças que dá explicações categorizadas como “pré biológicas de nível 2” refere a penetração, mas não conhece a fecundação. Pensamos que tal aconteça por dificuldades concetuais.

Comprovámos, no nosso estudo que mesmo as crianças dos 7 aos 9 anos, com níveis mais elaborados de crenças de fecundação referem muito mais a adição do

espermatozoide e do óvulo do que a sua fusão. Estes factos são também sublinhados em investigações anteriores (Barragan, 1988; Bernstein e Cowan, 1975; Goldman e Goldman, 1982; Jagstaidt, 1984; Zoldosova e Prokop, 2007) que consideram que nesta fase, as crianças são capazes de perceber transmissões genéticas, mas concetualizam-nas como um processo aditivo em vez de interativo. Na nossa amostra, as crianças não chegam a elaborar corretamente um conceito científico da fecundação. Concordamos com os autores referidos, admitindo que tal aconteça por dificuldades cognitivas ou por falta de informação.

Relativamente às crenças de nascimento, nas crianças pequenas e médias, comprovámos que a teoria mais vulgar é a da abertura da barriga, havendo diferenças quanto á coexistência de outras categorias de resposta nos grupos referidos. Assim, no grupo de 3-4 anos, coexiste a teoria de nascimento através de uma abertura qualquer (vulgarmente o ânus, a boca e o umbigo) enquanto no grupo de 5-6 anos coexiste a teoria da explicação por parto e ou cesariana. Esta categoria aparece como dominante no grupo dos 7-9 anos, no qual aparece uma percentagem pequena de explicação do nascimento por parto de forma detalhada e elaborada.

Distanciamo-nos de novo dos resultados obtidos em estudos mais antigos como o de Conn (1947), no qual mesmo as crianças entre os 10 e os 12 anos referiam apenas o nascimento através de um corte cirúrgico no estômago/ barriga da mãe, aproximando-se os nossos resultados dos obtidos por Goldman (1982), Kreidler e Kreidler (1966), Moore e Kendall, (1971) e Volbert, (1996) que referem como resposta mais comum, entre os 4 e os 7 anos, a abertura da barriga.

Goldman (1982) interpreta as respostas que envolvem cesariana como meio de nascimento, que surgem, no seu estudo, entre os 5 e os 7 anos, de forma extensiva e predominante, como sendo consistentes com explicações artificialistas, representando uma saída, para as crianças que consideram que o bebé é posto na barriga da mãe pelo médico, necessitando assim de uma segunda operação para sair. O autor interpreta as respostas em que o ânus ou o umbigo são mencionados como aberturas de saída do corpo da mãe, referidas até aos 9 anos (predominando no entanto entre os 5-7 anos, mesmo nas crianças suíças), como suporte da teoria cloacal de Freud sendo também consistentes com a falácia digestiva muito utilizada pelas crianças mais pequenas. Na opinião de Bernstein e Cowan (1975), significa a crença de que a origem do bebé é a comida ingerida pela mãe. Assim, a comida é o bebé e ele sai como a comida normalmente sai, pelo ânus, ficando assim o silogismo completo (Bernstein, 1994). As respostas realistas de nascimento surgem aos 11 anos para as crianças de língua inglesa e aos 9 anos para crianças suíças (mesmo aos 5 anos, 37% destas crianças dão respostas realistas).

Os resultados que obtivemos estão de acordo com os referidos pelos autores citados, para a explicação do nascimento por cesariana, nesta faixa etária, mas não estão de acordo quanto às teorias de saída pelo ânus que no nosso estudo se situam apenas no grupo de 3-4 anos. No grupo dos 5-6 anos surge já muito a explicação por cesariana e parto, o que

também não está contemplado nas teorias de nascimento descritas pelos autores referidos. Em relação aos resultados obtidos por Goldman comprovámos a existência de respostas correspondentes ao nível definido como sendo de realismo em idades mais baixas, já que se situam no grupo dos 7-9 anos. Atribuímos tais diferenças, por um lado a diferenças culturais e por outro a maior atenção que atualmente pais e educadores dão à curiosidade sexual manifestada pelas crianças.

Brilleslijper-Kater e Baartman (2000) referem no seu estudo que as crianças acima dos 4 anos mencionaram espontaneamente a abertura da barriga como forma de nascimento, continuando a preferir tal explicação mesmo quando outra saída lhes era proposta. Também Pereira (2004) comprova, no seu estudo, mudança conceptual nas crenças de nascimento, evoluindo de concepções respeitantes ao nascimento pela barriga (5 aos 8 anos) para concepções de explicação do nascimento por parto, seguidas da noção do nascimento por parto e cesariana (8 aos 11 anos).

Conforme o exposto comprovámos, de certa forma, alguns estudos anteriores relativos ao processo do conhecimento da concepção e nascimento, que mostram que as crianças pequenas e médias (3 a 6 anos) têm um conhecimento incompleto e pouco exato, aumentando os níveis de conhecimento, nas áreas referidas, para as crianças dos 7 aos 9 anos (Barragan, 1988; Bernstein e Cowan, 1975; Brilleslijper-Kater e Baartman, 2000; Cohen e Parker, 1977; Goldman e Goldman, 1982; Gordon et al., 1990; Jagstaidt 1984; Kreitler e Kreitler, 1966; Moore e Kendall, 1971; Pereira, 2004; Volbert, 1996; Zoldosova e Prokop, 2007).

Genericamente, verificámos, no presente estudo que as teorias da concepção acompanham as de nascimento, havendo correspondência nítida das mesmas nas diferentes fases evolutivas. A mesma relação se encontra manifesta em trabalhos anteriores (Barragan, 1988; Jagstaidt, 1984, Bernstein e Cowan, 1975, Goldman, 1982).

Comprovámos em todas as crenças relativas à concepção e nascimento que a sua associação com o nível de desenvolvimento cognitivo, entendido em termos piagetianos, é grande, sendo determinante do seu processo evolutivo e/ou de diferenciação. Assim, nas crenças de fecundação, enquanto no grupo de não conservadores predominam crenças de preexistência e explicações causais, no grupo de intermédios predominam as explicações pré biológicas de nível 1 (coexistem ainda sobretudo com algumas causais do período anterior) e no grupo de conservadores predominam as explicações pré biológicas de nível 1 em igualdade com as biológicas de nível 2, seguindo-se praticamente com representação igual as biológicas de nível 1 e as pré biológicas de nível 2, por ordem decrescente de representação.

Nas crenças acerca do nascimento, as respostas mencionando um canal de nascimento qualquer ocorrem apenas no grupo de não conservadores, sendo a explicação do nascimento por cesariana a explicação predominante neste grupo. Nos intermédios coexistem quase em igualdade de circunstâncias a referência ao nascimento por cesariana

e por parto. Os conservadores respondem quase em maioria, mencionando o parto e cesariana, ocorrendo apenas neste grupo em número reduzido a explicação de nascimento por parto e cesariana.

Assim, as crenças das crianças acerca da concepção e nascimento, no período pré operatório (não conservadores) refletem a ausência da noção de reversibilidade e de conservação da invariabilidade das quantidades na matéria. Isto implica que nesta fase mostrem muitas dificuldades na compreensão da fecundação ou do nascimento, pois o seu pensamento é concreto e os fenómenos referidos implicam alguma abstração. As suas teorias refletem também a sua centração, impedindo-as de aceitar outros pontos de vista ou interpretações que não sejam as suas. É através destas limitações inerentes ao seu tipo de pensamento que constroem as suas teorias. As teorias sexuais das crianças conservadoras são mais elaboradas, porque a aquisição da noção de reversibilidade e de conservação da invariabilidade das quantidades na matéria possibilita que entendam as questões relacionadas com a concepção e o nascimento. Esta é uma fase em que o desenvolvimento social (indissociável do cognitivo), facilitado pela coordenação inter individual e individual, possibilita a conquista da objetividade (Jagstaidt, 1984).

Esta relação está presente na teoria de Bernstein e Cowan (1975) acerca da relevância dos conceitos cognitivos, nomeadamente dos conceitos de causalidade e reversibilidade, na compreensão da origem dos bebés, bem como da sequência desenvolvimental em matriz de estrutura de variáveis cognitivas.

A este respeito os autores consideram que é apenas quando a criança começa a perceber que os eventos e os fenómenos têm causas que podem começar a investigar quais são. Os diferentes níveis de pensamento das crianças sobre a origem dos bebés mostram como o seu conceito de causalidade se desenvolve desde um começo primitivo, para um entendimento mais harmonioso (Bernstein, 1994).

Comprovámos, pois, os resultados do estudo de Bernstein e Cowan (1975) acerca da relevância dos conceitos cognitivos na compreensão da origem dos bebés, bem como outros estudos que comprovam que o nível de desenvolvimento cognitivo se associa directamente o conhecimento sexual infantil (Barragan, 1988; Bernstein e Cowan, 1975; Brilleslijper-Kater e Baartman, 2000; Goldman e Goldman, 1982; Kreitler e Kreitler, 1966; Moore e Kendall, 1971; Zoldosova e Prokop, 2007).

O nosso estudo está de acordo com a teoria de Carey (1985), pois comprovámos que nos grupos de 3-4 e de 5-6 anos, embora as crianças possuam conhecimento vago das temáticas abordadas explicam a origem dos bebés, e o nascimento, não de um ponto de vista biológico, mas em termos de vontades, crenças e convenções sociais característicos de um período que a autora denomina de psicologia intuitiva ou ingénuo, durante o qual, a compreensão dos vários aspetos de um fenómeno pode ser reduzida a um pequeno número de princípios essenciais explicativos. Apenas por volta dos 9-10 anos o papel compreensivo da teoria comportamental intuitiva será superado pelo conhecimento biológico. Também

sob o ponto de vista de Volbert (1996), os estudos acerca do processo de reprodução realizados com as crianças mais velhas, citados acima, suportam esta teoria.

Embora o sexo/gênero não esteja associado significativamente com a generalidade das crenças, não havendo por isso diferenças nas respostas de rapazes e de raparigas, comprovámos neste estudo que para as crenças relacionadas com o sexo a ausência de respostas é superior nos rapazes, situando-se as raparigas em níveis evolutivos superiores. Encontramos igual tendência no estudo de Barragan (1988) relativo às teorias sexuais infantis.

Para a totalidade das crenças comprovámos a associação com o nível sócio económico, tendo verificado que a progressão deste se associa à progressão na elaboração das crenças afetivo sexuais nos domínios considerados. Estes resultados estão de acordo com os de Gordon *et al.*, (1990) comprovando que as crianças de baixo nível sexual económico demonstram baixo conhecimento sexual, possivelmente influenciadas pelo facto de as suas mães terem atitudes mais restritivas em relação á sexualidade, oferecendo às crianças menos educação sexual em relação às de classes média e alta.

Após a discussão efetuada concluímos que houve mudanças substanciais nas crenças afetivo sexuais infantis analisadas, não tanto em termos de processo de construção, mas em termos das características específicas das crenças dentro de cada estágio descrito, a que na nossa opinião não são alheias as atitudes de alguns pais manifestas em maiores conhecimentos, em atitudes mais positivas que expressam em graus de conforto maiores perante temáticas relacionadas com a sexualidade infantil.

Neste contexto, é usual que nas crenças de fecundação, as crianças, refiram amiúde termos como “fazer amor” ou “fazer sexo”, em verbalismos que não entendem e por isso não são capazes de explicar.

A informação tem um papel relevante na aquisição do conhecimento sexual infantil. As crianças observam e atendem muito às atitudes dos pais, familiares e professores.

Partilhamos o ponto de vista de Lamers-Winkelman (1995) ao afirmar que a transformação de aspetos observados nas suas próprias experiências exige uma operação cognitiva além das potencialidades das crianças pequenas.

Consideramos que as crianças constroem ativamente as suas crenças afetivo sexuais, dependendo o conhecimento sexual infantil, genericamente, da sua idade de desenvolvimento e especificamente da qualidade das informações que têm acerca desse processo, bem como das características da sua personalidade.

## 71 CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

### 7.1 Conclusões

Era nosso objetivo conhecer o tipo de crenças afetivo sexuais infantis, assim como o processo de evolução das mesmas e analisar as relações existentes entre o processo evolutivo e características de cada estágio das crenças afetivo sexuais infantis relativas a fecundação e nascimento e as variáveis sociodemográficas e de desenvolvimento.

Em primeiro lugar comprovamos a existência de processos evolutivos ou de diferenciação nas crenças afetivo sexuais infantis analisadas, associados a vários fatores: idade, nível socioeconômico e o nível de desenvolvimento cognitivo.

Em segundo lugar comprovamos que, além da idade, o nível sócio econômico, o nível de desenvolvimento cognitivo (entendido em termos piagetianos), estão associados, significativamente, às características específicas relativas ao grau de elaboração das crenças afetivo sexuais infantis consideradas. Assim, as crianças de nível sócio econômico alto, conservadoras a nível de desenvolvimento cognitivo, têm crenças com níveis de elaboração superiores às das outras crianças.

Em terceiro lugar verificamos a existência de padrões evolutivos significativamente semelhantes nas crenças afetivo sexuais das crianças pertencentes aos dois sexos, embora com tendência para que as crenças das raparigas sejam mais evoluídas que as dos rapazes.

Em último lugar, gostaríamos de sublinhar a importância das características da personalidade infantil (por exemplo, curiosidade e extroversão) na construção (enquanto apreensão e elaboração) do conhecimento afetivo e sexual, fator chave e explicativo das diferenças manifestadas, em crianças do mesmo grupo de idades.

Sublinhamos, finalmente, a matriz de fatores biológicos, sociais, cognitivos, motivacionais e educacionais em que se alicerça a construção do seu conhecimento sexual.

### 7.2 Limitações do Estudo

Trata-se de um estudo com uma amostra incidental, pelo que não pode ser generalizado. Tentamos realiza-lo de forma mais abrangente, a nível geográfico, alargando-o a outros distritos, mas encontramos dificuldades a nível regional, pelo que as dificuldades a nível nacional seriam incontornáveis. Os processos burocráticos são morosos e as deslocações seriam incompatíveis com a docência. Pensamos, no entanto, que seria enriquecedor retomar esta temática alargando a amostra a locais diversificados.

Tentamos também alargar o estudo a zonas rurais, por pensarmos que a comparação com zonas urbanas seria enriquecedora, mas tal como explicamos, não foi possível encontrar naquelas zonas crianças pertencentes a níveis socioeconômicos médios e elevados. Pensamos ser interessante em futuros estudos tentar abranger as zonas referidas, possibilitando uma análise mais total acerca da influência do meio de

residência na construção do conhecimento sexual infantil.

## REFERÊNCIAS

BARRAGÁN, F. **Las teorías sexuales infantiles, la información sexual y las teorías implícitas de los adultos sobre la sexualidad y educación sexual: Bases Para El Diseño Curricular de la Educación Sexual en el Ciclo Medio de la Egb.** Tesis Doctoral, Universidad de La Laguna, 1988.

BARRAGÁN, F. **La Educación Sexual. Guía Teórica y Práctica.** Paidós: Barcelona. 1991.

BERNSTEIN, A. **Flight of the Stork: What Children Think** (And When About Sex and Family Building). Perspectives. Revised edition: Indianapolis. 1994.

BERNSTEIN, A. C.; COWAN, P. A. Children's concepts of how people get babies. **Child Development**, v. 46, 77-91. 1975.

BRILLESLIJPER-KATER, S.N.; BAARTMAN H. E. What do Young Children Know About Sex? Research on the Sexual Knowledge of Children Between the Ages of 2 and 6 Years. **Child Abuse Review**, v. 9: 166-182. 2000.

CAREY, S. **Conceptual Change in Childhood.** Mit Press: Cambridge. 1985.

COHEN e PARKER. Sex Information among nursery-school children. In E. K. OREMLAND e J. D. OREMLAND (Eds.). **The sexual and gender development of young children: The role of the educator** (pp. 181-190). Ballinger Publishing Company: Cambridge. 1977.

CONN, J. M. Children's awareness of the origins of babies. **Journal of Child Psychiatry**, v. 1, 140-176. 1947.

FORTIN, M. **O Processo de Investigação.** Da Concepção à Realização (3ª Edição). Lusociência: Loures. 2003.

GEBHART, R. H. The acquisition of basic sex information. **The Journal of Sex Research**, v. 13, 148-169. 1977.

GIORDAN, A. e DE VECCHI, G. **Los orígenes del Saber:** De las concepciones personales a los conceptos científicos (4ª edição). Díada Editora: Sevilha. 1999.

GOLDMAN, R.; GOLDMAN, J. **Children's Sexual Thinking.** Routledge and Kegan Paul: London, 1982.

GORDON, B.; SCHROEDER, C.; ABRAMS, J. Age and Social Class Differences. In Children's Knowledge of Sexuality. **Journal of Clinical Child Psychology**, v. 19, 33-43. 1990.

JAGSTAIDT, V. **La Sexualité et l'Enfant.** Delachaux & Niestlé : Neuchatel-Paris. 1984.

KREITLER, H. ; KREITLER, S. Children's concepts of sexuality and birth. **Child Development**, v. 37, 363-378. 1966.



LAMERS-WINKELMAN, F. Kinderen als informanten. (Children as informants). In H. BAARTMAN, AND A. VAN MONTFOORT (Eds.), **Kindermishandeling**: Resultaten van Multidisciplinair Onderzoek. Bruna Uitgevers: Utrecht. 1992.

LAMERS-WINKELMAN, F. **Seksueel Misbruik van Jonge Kinderen**. (Sexual Abuse of Young Children). VU Uitgeverij: Amsterdam. 1995.

LÓPEZ, F. La adquisición del rol y la identidad sexual: función de la familia. **Infancia y Aprendizaje**, 26, 65-75. (1984).

MOORE, J. E. ; KENDALL, D. G. Children's concepts of reproduction. **The Journal of Sex Research**, v. 7, 42–61. 1971.

NAGY, M. Children's birth theories. **Journal of Genetic Psychology**, v. 83, 217–226. 1953.

PEREIRA, I. R. **Concepções e Obstáculos de Aprendizagem no Estudo da Reprodução Humana em Crianças do 1º C.E.B. de meio rural**. Dissertação para obtenção do grau de mestre em Estudos da Criança, Promoção da Saúde e do Meio Ambiente, no Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho. 2004.

PEREIRA, A. SPSS. **Guia prático de utilização**. Análise de dados para ciência e psicologia. Edições Sílabo: Lisboa. 2003.

PIAGET, J. **Seis Estudos de Psicologia**. Dom Quixote: Lisboa. 1978.

PIAGET, J. **O Raciocínio na Criança**. Editora Record: Rio De Janeiro. 1967.

PIAGET, J. **La Representación del Mundo en el Niño**. Morata: Madrid. 1981.

PIAGET, J. **El Método Clínico**. Lecturas de Psicología del Niño. Alianza: Madrid. 1982.

PIAGET, J., E INHELDER, B. **The Psychology Of The Child**. Basic: New York. 1969.

PIAGET, J. Piaget's Theory. In Mussen P.H. (Eds.). **Carmichael's Manual of Child Psychology** (3rd Ed., Pp. 703–732). Wiley. New York. 1970.

SPRINTHALL, N. e SPRINTHALL, R. **Psicologia Educacional**. Mcgraw-Hill: Alfragide. 1990.

VOLBERT, R. Sexual Knowledge of Preschool Children. In SANDFORT, T. E RADEMAKERS, J. (Eds), **Childhood Sexuality**: Normal Sexual Behavior and Development. The Haworth Press, Inc.: New York, USA. 1996.

WITTER, G.P. (2005). **Metaciência e psicologia**. Alínea: Campinas.

ZOLDOSOVA, K. e PROKOP, P. Primary Pupils' Preconceptions about Child Prenatal Development. **Eurasia Journal of Mathematics, Science & Technology Education**, v. 3, 239-246. 2007.

# CAPÍTULO 21

## OS QUESTIONÁRIOS NA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA. FUNDAMENTOS PARA A SUA CONSTRUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E ESTUDO DA FIDEDIGNIDADE E VALIDADE

*Data de aceite:* 20/08/2021

*Data de submissão:* 04/08/2021

### **Maria João de Castro Soares**

Instituto de Psicologia Médica, Faculdade de  
Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal  
<https://orcid.org/0000-0002-4674-1045>

### **António João Ferreira de Macedo e Santos**

Instituto de Psicologia Médica, Faculdade de  
Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal  
<https://orcid.org/0000-0003-2180-2718>

**RESUMO:** A investigação tem sempre por fundamento uma determinada perspectiva de aproximação à realidade. A recolha de dados da realidade levanta questões relativas à definição dos procedimentos de avaliação e à escolha dos instrumentos a utilizar. A escolha dos instrumentos fundamenta-se no trabalho prévio da investigação na área de conhecimento, na aproximação teórica ao fenómeno, na definição do que se pretende estudar, na escolha das variáveis ou constructos a analisar, no objeto do estudo. No presente trabalho iremos abordar o questionário, como técnica de recolha de dados, que é particularmente útil se a investigação envolver o modo de pesquisa quantitativo. Pretende-se sempre que o questionário usado na investigação permita uma adequada recolha de dados, e a sua escolha deve requerer uma avaliação crítica do processo que levou à sua construção ou à sua adaptação e uma análise das suas características metrológicas.

O presente trabalho inicia-se com algumas definições do questionário, seguidamente aborda os aspetos metodológicos relativos à sua construção, à sua adaptação cultural, e ao estudo das suas qualidades metrológicas, que incluem a análise de fidelidade e de validade. Aborda ainda a importância prática da construção de normas para um questionário. Julgamos que este trabalho pode contribuir para uma maior fundamentação da escolha dos questionários a usar nos trabalhos científicos e pode servir de guia para a sua construção e adaptação cultural. **PALAVRAS - CHAVE:** Investigação empírica, Questionários, Desenvolvimento e Adaptação cultural, Fidelidade, Validade.

### QUESTIONNAIRES IN EMPIRICAL RESEARCH. FUNDAMENTALS FOR ITS CONSTRUCTION, CULTURAL ADAPTATION AND STUDY OF RELIABILITY AND VALIDITY

**ABSTRACT:** Research is always based on a particular perspective of approaching the reality. The data collection from the reality raises questions regarding the definition of assessment procedures and the choice of instruments to be used. The choice of instruments is based on previous research work in the area of knowledge, on the theoretical approach to the phenomenon, on the definition of what one aims to study, on the choice of variables or constructs to be analyzed and on the object of the study. The present work approach to the questionnaires considered it as a technique for data collection, which is particularly useful for quantitative research. It is always intended that the questionnaires used in empirical

research allow the adequacy of data collection and its choice must require a critical evaluation of its construction or its adaptation and an analysis of its metrological characteristics. The present work begins with some definitions of the questionnaire, and then approaches the methodological aspects of its construction, its cultural adaptation, and the study of its metrological qualities, which include the analysis of fidelity and validity. It also discusses the practical importance of the questionnaire norms. We believe that this work can contribute to the choice of questionnaires to be used in scientific works and can provide guidelines for their construction and cultural adaptation.

**KEYWORDS:** Empirical research, Questionnaires, Development and Cultural adaptation, Reliability, Validity.

## 1 | INTRODUÇÃO

Um dos passos do processo de investigação científica, que se segue à elaboração da revisão teórica, à definição do tipo de estudo, à definição do problema e à formulação da(s) hipótese(s), ao plano para a amostra, consiste na recolha de dados da realidade (Almeida e Freire, 2017; Vilelas, 2009).

A recolha de dados da realidade coloca várias questões, relativas à definição dos procedimentos de avaliação e à escolha dos instrumentos a utilizar. A escolha dos instrumentos fundamenta-se no trabalho prévio da investigação, na aproximação teórica ao fenómeno que se pretende estudar, na escolha das variáveis ou construtos a analisar, no objeto do estudo (Vilela, 2009).

De acordo com Vilelas (2009), a nível de cada instrumento específico podem distinguir-se dois aspetos: a *forma* e o *conteúdo*. A *forma* diz respeito ao tipo de aproximação empírica e às técnicas usadas para a mesma. O *conteúdo* (e.g., itens) expressa a especificidade dos dados que pretendemos estudar (e.g., variáveis a explorar).

No respeitante aos dados, o mesmo autor considera que estes podem distinguir-se quanto à sua procedência. Os dados *primários* são obtidos diretamente da realidade empírica, pelo contacto que o investigador tem com os factos, através de instrumentos; os dados *secundários* são obtidos através de registos escritos, provenientes do contacto com a prática de outro(s) investigador(es) e do trabalho que daí resultou. Exigindo técnicas de recolha de dados distintas, integram-se num processo sequencial, uma vez que os dados secundários já foram primários e os primários, tendo atingido o seu estágio final, quando são disponibilizados para outros investigadores, tornam-se secundários (Vilelas, 2009).

Os métodos de recolha de dados variam de acordo com a sua estrutura (os dados de uma amostra devem ser colhidos de forma estruturada, do mesmo modo, de forma comparável e previamente estabelecida), a possibilidade de quantificação (os métodos devem permitir que a recolha de dados seja feita de forma narrativa, para posteriormente ser quantificável) e a objetividade (a recolha de dados deve ser o mais objetiva possível) (Polit e Hungler, 1995, Vilelas, 2009).

As técnicas usadas na recolha de dados primários refletem a diversidade de situações

que se apresentam na realidade empírica e abrangem a *observação* (uso sistemático dos sentidos para captar e a realidade que se quer estudar e organizar intelectualmente os seus dados), a *entrevista* não estruturada, estruturada ou semiestruturada (interação social em que investigador formula questões sobre o tema em investigação, às quais o entrevistado responde) e os *questionários*, entre outras.

A entrevista e o questionário são modalidades de recolha de dados, que fazem parte de uma categoria mais lata, que é o inquérito. O questionário é um instrumento necessário para realizar uma entrevista formalizada, mas pode usar-se sem ser neste âmbito (Vilelas, 2009).

Neste trabalho, o questionário será abordado como técnica formal de recolha de dados em investigação, na aceção de Almeida e Freire (2017). Para estes autores as técnicas formais de avaliação incluem “provas” como escalas, testes, inventários/questionários (Almeida e Freire, 2017) estandardizados, aferidos para uma determinada população.

Partindo das definições do questionário de alguns autores, abordaremos, posteriormente, os procedimentos metodológicos usados na construção de questionários formais (de importância para o desenvolvimento de um questionário novo), os usados na sua adaptação (de importância para a aplicação de um questionário já existente e validado em outro país ou numa população diferente daquela que se pretende estudar) e ainda os implicados no estudo da sua fidelidade e validade. Será ainda abordada a importância da construção de normas.

Este trabalho pode ter implicações na prática da investigação, que segue um paradigma de pesquisa quantitativo, pois pode contribuir para uma maior fundamentação do uso da técnica de recolha de dados através de questionários formais.

## 2 | O QUESTIONÁRIO. DEFINIÇÕES

Para Wood e Haber (2001), os questionários são instrumentos de registo escrito, que visam pesquisar dados de sujeitos, através de questões, que avaliam um construto (e.g., conhecimentos, atitudes, crenças, sentimentos), que é objeto de estudo. Para Almeida e Freire o questionário consiste *num conjunto de itens, questões ou situações mais ou menos organizado e relacionado com um certo domínio a avaliar* (Almeida e Freire, 2017, p. 82). Finalmente, para Ghiglione e Matalon o questionário é um instrumento rigorosamente estandardizado tanto no texto das questões, como na sua ordem (Ghiglione e Matalon, 1997).

Estas três definições chamam a atenção para características relevantes dos questionários. Uma delas diz respeito à sua constituição por um conjunto de questões, itens ou situações; uma outra é que este conjunto de questões itens ou situações é organizado, planeado, rigorosamente estandardizado. Um terceiro aspeto do questionário diz respeito

ao facto do mesmo avaliar um conceito, domínio ou constructo e, por último, um quarto, é o visar a pesquisa de dados de sujeitos. O uso do questionário com o objetivo de pesquisa de dados em amostras de sujeitos é salientado por Ghiglione e Matalon (1997, p.108), quando afirmam que, *contrariamente às diferentes formas de entrevista, a conceção e redação de um questionário são inteiramente determinadas pela exploração estatística que para ele está prevista.*

De acordo com Ghiglione e Matalon (1997) existem quatro propósitos da investigação que os questionários servem e que são os seguintes: (1) a estimativa de grandezas absolutas (e.g., estudo de percentagens, da média de determinada variável), (2) a estimativa de grandezas relativas (e.g., a estimativa da proporção de uma variável na população), (3) a descrição de uma população ou subpopulação (e.g., determinação das características socioeconómicas, psicológicas e académicas dos participantes de um estudo), e (4) verificar hipóteses, relativas às relações possíveis entre variáveis. Este último objetivo é, em geral, o mais importante para os economistas, para os sociólogos (Ghiglione e Matalon, 1997) e, diríamos nós, a nível da investigação de outras áreas do conhecimento, como a educação e a psicologia. Atingir os quatro objetivos, acima referidos, pressupõe a explicitação clara dos mesmos, a operacionalização dos conceitos ou construtos que os objetivos implicam e a escolha de um questionário, ou dimensões do mesmo (grupo de itens/questões) que os avaliem (Ghiglione e Matalon, 1997).

Tendo em conta a exploração estatística dos dados obtidos com o questionário formal, a sua administração deve assegurar a comparabilidade entre os participantes na investigação. O uso de um questionário formal, já adaptado e validado para a população a analisar, pressupõe que este seja aplicado, sempre da mesma forma a um conjunto de pessoas (constância das condições de aplicação), sem que haja alteração na formulação dos seus itens ou das instruções durante a sua administração (Ghiglione e Matalon, 1997).

### **3 I A CONSTRUÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO**

Quando se pretende desenvolver uma escala, deve-se ter em conta os seguintes aspetos: (1) a definição do que a escala mede, o construto que avalia; (2) a descrição da população alvo; (3) a justificação da necessidade de desenvolver a escala, dentro do contexto das escalas existentes; (4) a construção de um conjunto de itens, a sua fundamentação e processo percorrido para chegar a eles; (5) a descrição do pré-teste e da amostra; (6) A fidelidade e validade dos seus resultados; e (7) as suas normas.

#### **3.1 Os itens ou questões**

A construção de um questionário, isto é, a elaboração dos seus itens, pressupõe que, alguns dos aspetos referidos tenham sido previamente realizados, nomeadamente,

que tenha sido especificado o objetivo da prova, a população alvo, o construto que o mesmo pretende avaliar, as suas dimensões e os aspetos comportamentais relevantes que especificam o construto (Almeida e Freire, 2017). Este trabalho de operacionalização do novo questionário, requer a realização prévia da revisão da literatura na área, a análise das provas existentes que avaliam o mesmo construto, o contacto com especialistas na área e com futuros alvos e ainda a ponderação sobre a necessidade de construir um novo instrumento, quando já existem outros (se for este o caso).

### 3.1.1 *Âmbito da prova*

O processo de construção de um questionário começa pela definição do que se pretende avaliar com o mesmo (construto), do para que se vai avaliar (objetivo) e da população a que se destina e estes aspetos vão orientar as fases sucessivas de recolha, análise e seleção dos itens a reter na prova.

O construto a avaliar pelo questionário pode fundamentar-se numa conceção teórica a seu respeito, e esse enquadramento pode influenciar a escolha de dimensões e dos seus itens. Na elaboração dos itens é, também, essencial considerar se o construto, a avaliar pelo questionário, é unidimensional (avalia uma dimensão) ou multidimensional (avalia duas ou mais dimensões).

É também relevante definir o seu objetivo, pois o mesmo pode variar muito. Por exemplo, pode ser avaliar traços de personalidade, dimensões do comportamento, distinguir grupos quanto a variáveis, realizar rastreio, avaliar os parâmetros de eficácia de uma intervenção ou de um programa, indicar um diagnóstico provável, avaliar a evolução ou servir de meio auxiliar para a realização de um prognóstico (Almeida e Freire, 2017).

A população alvo e o grupo etário a que o instrumento de avaliação se destina, também assumem relevância na elaboração dos itens, pois o construto a avaliar pode não assumir as mesmas dimensões ao longo do ciclo vital.

### 3.1.2 *Formulação dos itens e instruções do questionário*

#### **a) Questões prévias**

Os investigadores que desenvolvem questionários, quando procuram construir os seus itens, por vezes, fundamentam-se em fontes de informação, que podem ir desde a prática do investigador, a discussões em *mesa redonda/ painel de especialistas*, debates com outros especialistas, entrevistas abertas, até à consulta de textos e análise de itens dos questionários existentes.

Segundo Sierra Bravo (1988), os dados ou conteúdos, que se podem obter com um questionário, agrupam-se em três tipos: (1) os factos (dados atuais do indivíduo) relativos ao domínio social do indivíduo (e.g., idade, escolaridade), ao domínio do ambiente que o

rodeia (e.g., relações interpessoais) e ao domínio do seu comportamento; (2) as opiniões e níveis de informação, ou seja, os dados que envolvem subjetividade; (3) as atitudes, motivações, sentimentos, ou seja, o que impele para a ação; e (4) as cognições (e.g., os conhecimentos avaliados com um questionário).

O conjunto de itens do questionário deve ser cuidadosamente elaborado. A elaboração de um primeiro conjunto de itens (por norma, o dobro dos itens que se pretende reter na versão definitiva do instrumento) tem por base a operacionalização do construto através de sucessivos níveis de aproximação ao comportamento manifesto.

Alguns aspetos devem ser considerados previamente à formulação dos itens, nomeadamente: (1) deve ser decidido quantos itens deverá incluir a versão definitiva do questionário; (2) o grau de dificuldade ou o nível de intensidade dos comportamentos que se deverão considerar, tendo em conta a população alvo e os objetivos do questionário; (3) o formato e conteúdo dos itens (e.g., itens muito estruturados, itens com alternativas de escolha ou questões abertas, elaboração da resposta pelo indivíduo, resposta escrita ou oral, prova de papel-lápis ou que envolve a manipulação de materiais) e, por fim, (4) a forma como vai ser realizada a sua aplicação (por exemplo: autoadministração, aplicação individual ou coletiva) (Almeida e Freire, 2017).

## **b) O número de questões**

No que diz respeito ao número de questões/itens, o questionário não deve ser demasiadamente curto, porque se pode perder informação, nem excessivamente longo, porque o inquirido pode cansar-se, deixar de responder. Deve cingir-se ao número de perguntas necessárias para avaliar o constructo, sendo aconselhável que leve entre 30-45 minutos a responder (Ghiglione e Matalon, 1997; Hernández Sampieri et al., 2000; Ibáñez e Serrano, 1985, Vilelas, 2009) e nunca mais de 60 minutos (Ghiglione e Matalon, 1997). No entanto, Ghiglione e Matalon (1997) alertam para a importância das condições em que é realizada a aplicação do questionário, sendo que a sua administração a uma amostragem local, realizada na rua ou em lugares públicos, com os participantes de pé, com outras pessoas no meio circundante, não deverá ultrapassar os 10 minutos.

## **c) Forma das questões e escala de medida das opções de resposta**

As questões também podem ser classificadas quanto à forma, isto é, podem ser *fechadas* ou *abertas* (Ghiglione e Matalon, 1997; Polit e Hungler, 1995, Vilelas, 2009).

As *questões abertas*, não requerem a previsão da resposta e o inquirido pode responder como quiser, de forma livre, usando as suas próprias expressões.

As *questões fechadas* caracterizam-se pelo facto de o inquirido ter de optar por uma opção de resposta possível, que é prevista ou fornecida no questionário. As instruções das questões fechadas podem variar, sendo frequentemente solicitado que o inquirido indique a resposta que ache mais adequada, que indique várias respostas (sendo livre ou fixo o

número de respostas) ou que ordene as respostas (da menos para a mais adequada, ou um número fixo de respostas mais adequadas) (Ghiglione e Matalon, 1997).

As opções de resposta podem envolver uma escala de medida qualitativa nominal da variável, e, nesse caso, podem ser dicotómicas ou politómicas. Um exemplo de opções de resposta qualitativas nominais são as das questões que envolvem uma escolha entre “Sim” e “Não”, ou, por exemplo, entre o género “Feminino” e “Masculino”. As opções de resposta politómicas apresentam várias categorias de resposta que não têm entre si uma ordenação hierárquica, como, por exemplo, a indicação da instituição de ensino secundário que o participante frequenta entre várias de uma cidade.

A escala de medida das opções de resposta das questões/itens de um questionário podem também ser qualitativas ordinais/hierárquicas, sendo possível estabelecer entre elas uma ordem de mais para menos ou inversamente, uma relação hierárquica. Por exemplo, a classificação da descrição da saúde psicológica global pode ser considerada numa escala de má a muito boa. As opções de resposta podem envolver uma *escala de intervalos iguais*, caracterizada pela existência de categorias que se organizam segundo intervalos iguais entre si e revelam a possibilidade de ordenação entre elas, encontrando correspondência na realidade do fenómeno observado (e.g. temperatura 26-27 graus 28-29 graus, 30-31 graus, etc.). As questões com respostas com uma escala de medida de *Likert* ou de *tipo Likert* são também frequentemente usadas nos questionários. As opções de respostas consistem numa série de proposições, às quais é atribuída uma cotação/pontuação e o indivíduo terá que optar por uma delas. A escala é de *Likert* se as opções de resposta envolverem um ponto intermédio de neutralidade [e.g. opções de resposta: *concorda totalmente; concorda, nem concorda/ nem discorda, discorda, discorda totalmente* (cotação de 5 a 1)] e de *tipo Likert*, se esse ponto não existir [e.g. opções de resposta: *concorda totalmente, concorda, discorda, discorda totalmente* (cotação 4-1)]. Nas *escalas de diferenciais semânticos*, o item, geralmente um adjetivo, é apresentado de forma bipolar, em que um extremo corresponde a pontuação mais baixa e o outro extremo à pontuação mais elevada, usando uma determinada escala. Por exemplo, em relação ao otimismo baixo e elevado o inquirido escolhe entre várias posições, tendo de optar por um ponto intermédio (caso exista) ou por uma posição mais próxima de um dos extremos.

Na *escala de ordenação ou hierárquica* as opções de resposta fornecidas consistem numa série de enunciados que o inquirido deve colocar por ordem, de acordo com a importância que lhes atribui. As opções de resposta com uma escala de ordenação devem ser inclusivas (abranjer todos os valores possíveis da variável a medir) e ter intervalos mutuamente exclusivos (cada dado recolhido só pode pertencer a uma categoria da escala).

O tipo *questões fechadas* tem como vantagem o facto do seu tratamento estatístico das respostas ser fácil de realizar. Todas as pessoas que responderem são comparáveis (Ghiglione e Matalon, 1997). Como desvantagens podem-se referir o direcionamento do pensamento do inquirido, a pobreza da informação obtida, e a probabilidade de algumas



perguntas não serem respondidas devido à incompreensão das mesmas, sem que tal facto possa ser evitado (Ibáñez e Serrano, 1985, Vilelas, 2009).

As *questões abertas* levantam menos dificuldade numa fase inicial, pois são mais fáceis de fazer, bastando anotar a resposta. No entanto, colocam mais dificuldade no tratamento da informação recolhida, pois as respostas terão de ser interpretadas e codificadas, reduzidas a um pequeno número de categorias que incluam a informação mais relevante, que, por sua vez será quantificada posteriormente. A interpretação e codificação das respostas é um processo moroso, que remete para a análise de conteúdo e exige normalmente o envolvimento de mais do que um investigador (Ghiglione e Matalon, 1997; Hernández Sampieri et al., 2000, Vilelas, 2009).

#### **d) A Representação do Construto, Formulação e Organização dos Itens.**

Devem ser seguidos alguns princípios gerais de forma a garantir que os itens sejam *construídos para representar comportamentalmente o construto a avaliar* (Almeida e Freire 2017: p. 86) e que cada questão de um questionário seja colocada a cada pessoa sempre da mesma forma, sem explicações suplementares da pessoa que está a inquirir (Ghiglione e Matalon, 1997). Assim, as questões do questionário não devem ser demasiado gerais, confusas ou ambíguas, mas formulados com clareza, de forma objetiva, simples e fácil de compreender (Almeida e Freire, 2017; Ghiglione e Matalon, 1997; Vilelas, 2009). A clareza das questões varia na razão inversa da sua extensão, pelo que, devem ser curtas, escritas com uma linguagem simples e sintaxe clara (Craig e Smyth, 2004, Vilelas 2009).

Os itens devem também ser relevantes, estar relacionados com o domínio e objetivo de avaliação, isto é, devem ser capazes de avaliar a característica psicológica que o questionário pretende medir. O processo de recolha dos itens e a decisão da sua relevância podem requer a consulta da população alvo, envolver a consulta de especialistas da área, a leitura da literatura sobre os instrumentos existentes que avaliem construtos, objetivos e população alvo similares, entre outras tarefas. Um outro aspeto a contemplar é que os itens avaliem a *amplitude* do domínio que se pretende medir, como, por exemplo, os graus de dificuldade, os níveis de intensidade, entre outros. Os itens devem também ser credíveis, apresentar boa *validade aparente* (*face validity*).

Para além da formulação das questões é também importante a ordem pela qual são colocadas, o que deverá ser cuidadosamente escolhido, pois a posição de uma pergunta em relação às outras pode influenciar a sua resposta. As primeiras perguntas são muito importantes, pois dão uma indicação ao inquirido do estilo geral do questionário, do seu tema e do tipo de resposta que é esperada, do seu cariz mais íntimo ou não (Ghiglione e Matalon, 1997).

Deve também ser elaborado o conjunto de instruções, a seguir no preenchimento do questionário. Estas contemplam geralmente a explicação da tarefa ou do que se pretende com o questionário, o quadro temporal ou período a que o inquirido se deve reportar nas

respostas (e.g., durante o último ano., mês..., semana..., ou dias... alguma vez..., nesta gravidez...), entre outros aspetos. A elaboração de um questionário deve ser feita, de forma a que não haja necessidade de outras instruções, que não sejam as que são enunciadas antes da formulação das questões (Ghiglione e Matalon, 1997)

### 3.1.3 *Análise e seleção dos itens*

Após ter sido construída a primeira versão da formulação dos itens, seguem-se várias análises exploratórias qualitativas e quantitativas, que podem levar à alteração dos itens, a algumas reformulações, acrescentos ou até a sua exclusão da prova.

#### **a) Análises qualitativas e quantitativas dos itens**

Para realizar a análise do conteúdo e forma dos itens, é habitualmente usado o pré-teste, aplicando o método qualitativo de *reflexão falada*. Este procedimento consiste na administração da prova a um grupo de indivíduos com características similares às da população alvo, visada pelo questionário. O que deve ser o tamanho dessa amostra diverge com os autores. Segundo Gil (1999), este grupo deve ser constituído por 10-20 indivíduos e para Hill e Hill (2002), este deve ser composto por 50 elementos. É solicitado a esses indivíduos que preencham os itens e que expressem verbalmente as impressões que tiveram em relação aos mesmos (Almeida e Freire, 2017). Através deste processo, podem ser obtidas informações relevantes quanto à construção gramatical dos itens, à compreensão do seu conteúdo, quanto às dificuldades e facilidades que os sujeitos da amostra encontraram na prova ou em alguns itens, quanto aos processos e estratégias que usaram nas suas respostas, quanto à suficiência das instruções, à adequação das alternativas de resposta, ao tempo requerido para a resposta aos itens da prova, quanto à atitude do indivíduo face aos itens, se existem padrões de resposta específicos a determinados grupos que possam ser fonte de enviesamento (e.g., etnia, género), se existe uma tendência para dar respostas ocasionais ou muito regulares, entre outras. Estes aspetos podem levar à reformulação dos itens ou à sua exclusão do questionário.

Um procedimento adicional de análise qualitativa dos itens consiste na consulta de especialistas com prática profissional na área. Estes poderão também fornecer o seu parecer quanto à informação obtida pelo método de *reflexão falada*.

Os procedimentos quantitativos, realizadas na fase de análise e de seleção dos itens, visam a avaliação da dificuldade ou dispersão das respostas numa amostra de indivíduos avaliados; a exploração da validade interna dos itens (em que medida a resposta num item se correlaciona com as respostas aos outros itens ou com o total da prova) e o estudo da validade externa dos itens (correlação com um critério externo, como, por exemplo, outro questionário, os resultados escolares, diagnósticos clínicos).

## **4.1 A ADAPTAÇÃO CULTURAL DOS QUESTIONÁRIOS FORMAIS JÁ EXISTENTES**

Na investigação científica, o investigador pode querer usar um questionário formal que avalia o constructo que quer explorar, mas que foi construído em outro país, que revelou características psicométricas robustas nessa população, mas que não teve ainda a adaptação cultural e os estudos psicométricos, que possibilitassem o seu uso na população em causa. Para realizar a adaptação do questionário para determinada população torna-se necessário cumprir vários requisitos, que incluem a sua tradução e retroversão, a avaliação rigorosa dessa tradução e adaptação cultural e o estudo das suas características metrológicas. A Figura 1 descreve os procedimentos relativos à adaptação cultural de um questionário formal.

Apesar de não existir um consenso entre os vários autores quanto ao melhor método a seguir na adaptação cultural de uma escala, vamos descrever os procedimentos sugeridos por Vilelas (2009), que são os seguintes:

### **4.2 Tradução inicial e síntese das traduções.**

A tradução de um questionário segue procedimentos rigorosos, a fim de que seja mantida a sua integridade original. Assim, as questões da versão do questionário adaptada devem manter o significado de cada item da versão original. Alguns autores defendem que a tradução deve ser realizada por dois tradutores independentes, bilingues (naturais do país para onde a escala está a ser adaptada e que dominem a língua do país da escala original), sendo que um deles conhece a temática do questionário e o outro não (Beaton et al., 2002; Vilelas, 2009). Estas traduções devem ser comparadas e as discrepâncias ultrapassadas, consultando os próprios tradutores. Uma terceira pessoa, a partir dessas duas traduções, irá construir a síntese das traduções, uma versão final única, na língua alvo. Deve ainda registar por escrito as discrepâncias que foram observadas e a forma como foram resolvidas (Figura 1).



Figura 1: procedimentos relativos à adaptação cultural de um questionário formal, até à obtenção da versão final (adaptado de Vilelas, 2009)

### 4.3 Retroversão

Segue-se a retroversão dessa versão única na língua alvo, para a língua original do instrumento, realizada por um ou dois tradutores bilingues, que não tiveram acesso à versão original, a fim de verificar as divergências a nível dos significados e/ou dos conteúdos entre o instrumento original e a sua tradução (Vilelas, 2009: p 359). As retroversões obtidas devem ser também comparadas pelo investigador, que irá construir uma versão única da retroversão do instrumento, a qual, por sua vez será comparada com a versão original. As divergências serão explicadas e corrigidas (Figura 1).

### 4.4 Versão pré-final do questionário formal

Posteriormente, um grupo de especialistas, com conhecimentos sobre os constructos que o instrumento pretende avaliar, realiza a revisão das traduções (da versão original e final). Este grupo de peritos deve incluir elementos que dominem a língua de origem do instrumento, que tenham experiência/conhecimentos a nível da construção e validação de instrumentos e os tradutores da versão original e da retroversão. Pretende-se que esta equipa avalie a equivalência semântica, das expressões idiomáticas, a equivalência experimental/cultural e conceptual ou facial do instrumento. Em caso de falta de consenso entre os especialistas pode ser requerida a revisão do processo de tradução/retroversão,

para melhorar a formulação das questões. Este processo leva à elaboração da *versão pré-final* do instrumento (Vilelas, 2009) (Figura 1).

#### 4.5 Pré-teste da versão pré-final do questionário formal

O pré-teste visa avaliar a equivalência entre a versão original e pré-final do questionário, a compreensão e clareza dos itens, avaliar a sua validade aparente (Ciconelli, 1997, Vilelas, 2009). Para o efeito, o questionário é aplicado a um pequeno grupo de indivíduos (30-40 indivíduos do grupo alvo) (Beaton et al. 2007), que depois disso é entrevistado, a fim de analisar a pertinência, clareza e relevância cultural dos itens, o que pode levar à sua redefinição. Após o pré-teste, é realizada a avaliação qualitativa do questionário, considerando as observações e dúvidas dos inquiridos, a falta de compreensão das questões, entre outros aspetos e, caso seja necessário realizar mudanças na formulação dos itens, pode ser preciso voltar a reunir a comissão de peritos (Figura 1).

Os procedimentos quantitativos realizadas na fase de análise e de seleção dos itens visam a avaliação da dificuldade ou dispersão das respostas dadas pelos participantes da amostra; a exploração da validade interna dos itens (em que medida a resposta num item se correlaciona com as respostas aos outros itens ou com o total da prova) e o estudo da validade externa dos itens (correlação com um critério externo, como, por exemplo, outro questionário, os resultados escolares, diagnósticos clínicos).

Na fase do pré-teste é também avaliado o tempo de administração do instrumento. Mas a adaptação cultural de um questionário, não significa validá-lo. Assim, depois de se proceder à sua adaptação cultural devem ser estudadas as qualidades psicométricas da versão pré-teste, a sua fidelidade e validade (Guillemin, 1995, Vilelas, 2009), com recurso a métodos específicos.

Quer os questionários formais tenham sido adaptados, quer tenham sido construídos de novo, as características psicométricas devem ser estudadas na população alvo.

## 5 | CARACTERÍSTICAS METROLÓGICAS DOS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO

Quando se procede à construção de um questionário novo ou à adaptação de um existente, devem ser analisadas as suas características metrológicas, nomeadamente, a sensibilidade, a fidelidade e a validade dos seus resultados (Almeida e Freire, 2017). As características psicométricas do questionário devem também ser consideradas quando o investigador procede à sua escolha para fins de investigação, opta por um em detrimento de outro.

Para isso, o questionário terá de ser administrado a uma amostra representativa da população alvo.

## 5.1 Sensibilidade

A sensibilidade dos resultados em um questionário consiste no grau com que os resultados obtidos no mesmo surgem distribuídos de forma a diferenciar os sujeitos entre si, quanto aos seus níveis de realização (Almeida e Freire, 2017). Existem vários procedimentos de análise da sensibilidade de um questionário, mas todos eles se relacionam com a questão da normalidade ou não-normalidade da distribuição dos resultados/pontuações em análise. Desta forma, deve ser analisado se os resultados percorrerem o leque entre o valor mínimo da pontuação e o máximo; se o valor da média, mediana e moda da distribuição se aproximam (estes valores sobrepõem-se na distribuição normal); se os resultados se distribuem numa amplitude de 2,5 ou 3 unidades desvio padrão acima e abaixo da média; se os coeficientes de assimetria e achatamento da distribuição dos resultados não ultrapassam a unidade. Existem vários fatores que podem contribuir para a sensibilidade dos resultados, que são relativos à amostra (e.g., tamanho da amostra e representatividade insuficientes), aos itens (e.g., facilidade/dificuldade dos itens para os sujeitos da amostra), ao tempo de execução (e.g., demasiadamente longo ou curto) e à sua aplicação (e.g., falta de motivação para responder; condições externas de aplicação não adequadas; as instruções não foram seguidas, etc).

## 5.2 Fidelidade ou fidedignidade do questionário

A fidelidade (ou fidedignidade) de um questionário formal consiste no grau de confiança ou de exatidão que se pode ter na informação obtida (Almeida e Freire, 2017), o quanto a sua pontuação é exata e precisa. Uma série de procedimentos são usados para analisar a fidelidade de um questionário e incluem o teste-reteste (estabilidade ou consistência temporal dos resultados), as formas equivalentes e a análise da consistência interna ou homogeneidade dos itens (se os itens apresentam um todo homogêneo).

### 5.2.1 Teste-reteste e estabilidade temporal

No estudo da estabilidade ou consistência temporal dos resultados é habitualmente usada a análise de *teste-reteste* com o mesmo questionário ou com as suas formas paralelas (equivalentes ou alternadas).

Na análise de *teste-reteste* com o mesmo questionário, este é aplicado duas vezes aos mesmos indivíduos, com um intervalo temporal, que não deve ser demasiado longo, que permita tenha ocorrido mudança na variável (e.g. devido, por exemplo, a diversas experiências educativas, ao desenvolvimento, etc.), nem demasiado curto, que possibilite a transferência da aprendizagem dos procedimentos, a memorização da informação ou das respostas dadas para a segunda administração. O espaço de tempo geralmente usado entre a situação teste e a reteste varia entre 4-6 semanas (Vilelas, 2009).

O procedimento metodológico e estatístico da análise teste-reteste com formas

paralelas é similar ao que usa a mesma forma de questionário. A utilização de formas paralelas diminui o problema da transferência de aprendizagem, mas tem a limitação relacionada com a constituição de duas formas verdadeiramente equivalentes de um mesmo questionário, no que respeita ao seu conteúdo, grau de dificuldade e forma (Almeida e Freire, 2017).

As pontuações obtidas nestas duas administrações do questionário ou na administração de duas formas paralelas são correlacionadas, usando a análise de correlação. A análise de correlação é realizada em relação à pontuação total obtida nas duas administrações do questionário (total teste e total reteste) e em relação à pontuação nos itens/questões que o compõem (pontuação do mesmo item no teste e no reteste), sendo esperado que seja positiva e estatisticamente significativa. Para a análise da magnitude das correlações Cohen (1988) indica que um coeficiente de correlação de .1 é baixo, de .3 é moderado e que de .5 é elevado. Segundo Vilelas (2009) a correlação entre as pontuações do teste e do reteste deve ser superior ou igual a .40. A correlação tende a diminuir à medida que aumenta o intervalo temporal *teste-reteste*.

### 5.2.2 *Bipartição dos itens ou duas metades*

Esta análise avalia a consistência de resultados obtidos com dois conjuntos diferentes de itens. Consiste na correlação entre duas metades de um mesmo questionário, tendo como ponto de partida as respostas dadas a um só questionário, aplicado uma única vez. Trata-se então de dividir os seus itens em duas partes, de forma a constituir duas formas do mesmo e de correlacionar as suas pontuações. Para dividir os itens em duas metades, pode-se tomar como ponto de partida a numeração par e ímpar, que é sobretudo útil quando a progressão na prova implica um aumento do grau de dificuldade. A bipartição dos itens, com base na sua divisão entre a primeira parte e a segunda parte dos itens da prova nunca é aconselhável, devido ao facto de poder haver um efeito da fadiga ou aborrecimento, mais notórios no final do preenchimento da prova e este procedimento não se pode aplicar a questionários que envolvam a velocidade/ tempo de resposta. Se este método tem como vantagem a anulação do tempo decorrido entre a administração da mesma prova ou provas paralelas, tem como desvantagem a limitação decorrente da distribuição dos erros ocasionais, o que pode influenciar o coeficiente de correlação obtido (Almeida e Freire, 2017).

### 5.2.3 *Poder discriminativo dos itens Correlação item-total/ item-total corrigido*

O poder discriminativo de um item consiste no *grau em que o item diferencia no mesmo sentido do teste global* (Almeida e Freire, 2017), em que cada item se relaciona com as respostas dadas a todos os outros itens, em que medida cada item avalia o que os

outros também medem. Um dos procedimentos estatísticos mais aplicado para explorar o poder discriminativo dos itens de um questionário formal, consiste no cálculo da correlação da pontuação de cada item do questionário com a pontuação total do questionário corrigida (pontuação total-corrigida). A pontuação total-corrigida consiste na pontuação total à qual foi subtraída a pontuação do item, e este procedimento visa que os valores das correlações obtidas não resultem dessa contribuição espúria (Almeida e Freire, 2017). Os itens a reter devem ter uma correlação positiva elevada com a pontuação total.

Se o questionário não for unidimensional e avaliar duas ou mais dimensões, a correlação item total-corrigido deve realizar-se em relação à subescala a que o item pertence (validade convergente do item) e com o total-corrigido da outra dimensão (validade discriminante do item), esperando-se que estejam mais associados à sua própria dimensão do que à outra.

Para que se considere que o item contribui para a consistência interna, a consistência do questionário ou da dimensão a que item pertence deve diminuir quando o item é excluído do seu cálculo. Para melhorar a consistência interna do questionário devem ser excluídos os itens com baixas correlações com o total (correlação inferior a .20) (Almeida e Freire, 2017). No entanto, o investigador não se deve só fundamentar na magnitude das correlações, mas também no seu conhecimento sobre itens e sobre a sua relação teórica com o construto (Green et al., 1999).

#### 5.2.4 *Consistência interna ou homogeneidade dos itens*

A *consistência interna* dos itens, também designada consistência interitens, ou equivalência racional, consiste no *grau de uniformidade ou de coerência existente entre as respostas dos sujeitos a cada um dos itens da prova* (Almeida e Freire, 2017: p. 112)

Os coeficientes usados, para avaliar a consistência interna de um questionário formal, procuram analisar em que medida a variância geral das pontuações na prova se associa ao somatório da variância item a item. Quando as opções de resposta aos itens são dicotómicas, aplica-se o coeficiente de *Kuder-Richardson* e quando as opções de resposta são ordinais de *Likert* ou de *tipo-Likert* usa-se uma sua extensão, isto é, o coeficiente alfa de *Cronbach*. O coeficiente alfa leva em conta todas as interassociações entre os itens do questionário. A consistência interna dos itens é tanto mais elevada quanto maior for o coeficiente de fidedignidade alfa de *Cronbach*, sendo a mesma adequada/elevada quando o seu valor é igual ou superior a .70 [respeitável: .70-.80; muito bom: .80-.90; possível excessiva homogeneidade dos itens e ponderar a sua redução >.90] Os índices de consistência entre .65-.70 são ainda minimamente aceitáveis, mas abaixo disso não [inaceitável: <.60, indesejável: .60-.65] (Almeida e Freire, 2017). O coeficiente alfa de *Cronbach* pode ser calculado para cada uma das dimensões de um questionário formal e para o total. O coeficiente de *Kuder-Richardson* interpreta-se da mesma forma do que o



coeficiente alfa de *Cronbach*.

Se os itens não tiverem homogeneidade, não é adequado somar as suas pontuações para obter a pontuação total do questionário, nem poderá ser assumido que a variável em causa está a ser medida.

### 5.3 Validade

A validade de um questionário formal consiste na capacidade que o mesmo tem de avaliar a variável que pretende medir, o grau em que os seus resultados medem o que o questionário pretende avaliar (Almeida e Freire, 2017; Vilelas, 2009). A validade de um questionário formal pode ser definida como a *relevância das pontuações e a extensão em que é possível fazer inferências apropriadas a partir das [suas] pontuações* (British Psychological Society, 1992: p. 4, 6). Alguns tipos de validade vão ser descritos seguidamente

#### 5.3.1 *Validade de conteúdo e validade facial*

A *validade de conteúdo*, também designada por *validade lógica*, tem a ver com o grau de adequação dos itens de um questionário para representar a dimensão ou constructo que o mesmo pretende avaliar (Almeida e Freire, 2017). A pergunta que se coloca é: Este item/questão é sobre o que eu quero avaliar?

A validade facial está presente quando os itens parecem avaliar o que se pretende medir. A pergunta que se coloca é: Este item/questão parece ser sobre aquilo que se pretende medir?

Na fase da construção de um questionário estas duas formas de validade são muito importantes. validade de conteúdo é conseguida através do julgamento de peritos sobre se os itens medem aquilo que se julga avaliarem. A validade facial é geralmente obtida, colocando a pergunta acima descrita à subamostra da população alvo, na fase pré-teste.

Vilelas (2009) faz corresponder a validade de conteúdo à validade de constructo, subdividindo-a em validade de constructo convergente e validade de constructo discriminante ou divergente.

#### 5.3.2 *Validade por referência a critério: validade concorrente e validade preditiva*

A validade por referência a critério, também designada validade externa, validade empírica ou validade de critério de um questionário consiste no grau em que o mesmo avalia o constructo que pretende medir, por referência a critérios externos supostamente associados ou dependentes do mesmo. Pode subdividir-se em dois tipos: a *validade concorrente* (também designada *concomitante*) e a *validade preditiva* (ou *validade de prognóstico*). No estudo da *validade concorrente* pretende-se analisar a validade de um questionário em relação a um outro que avalia o mesmo constructo. Por isso, na *validade*

*concorrente* existe simultaneidade temporal na avaliação e na pontuação obtida com o questionário que se pretende validar e com a medida usada como critério. A *validade preditiva* é encontrada quando o questionário prediz o desempenho em determinado critério. Na *validade preditiva* existe distanciamento temporal entre a aplicação do primeiro questionário e a aplicação da medida usada como critério, pretendendo-se saber se a pontuação no primeiro é capaz de prever a pontuação no segundo (e.g. testes de seleção profissional como preditores do desempenho no trabalho). O método estatístico mais usado na análise estatística da validade concorrente e da validade preditiva é a correlação. Por vezes, para a exploração da validade preditiva, a análise de regressão é também aplicada (Almeira e Freire, 2017).

### 5.3.3 *Validade interna, ou de constructo ou de conceito.*

A *validade de constructo*, também designada *validade de interna*, *validade de conceito*, *validade conceptual*, *validade de construção* ou *validade hipotético-dedutiva*, consiste no grau em que conhecemos aquilo que a prova está a medir (Almeida e Freire, 2017). Trata-se de saber o que é que o questionário está a medir, o grau de correspondência entre o resultado no questionário e o construto avaliado, o que muitas vezes implica o conhecimento da teoria que fundamentou a sua construção.

#### **a) Análise fatorial**

Um dos métodos de análise da validade de conceito ou de constructo de um questionário consiste na análise fatorial, que pode ser exploratória e confirmatória.

A *análise fatorial exploratória* é habitualmente usada nas primeiras fases da investigação para explorar a relação entre um conjunto de variáveis e as dimensões subjacentes. A *análise fatorial confirmatória* é mais complexa, recorre a procedimentos estatísticos recentes e visa testar (confirmar) modelos teóricos prévios, sobre a estrutura subjacente a um conjunto de variáveis (Almeida e Freire, 2017). Por isso, a análise fatorial confirmatória de um questionário, surge após a análise fatorial exploratória, visando confirmá-la numa outra amostra.

A análise fatorial é um procedimento estatístico que se fundamenta nas correlações (entre todas as variáveis) e que visa simplificar as relações entre um conjunto de variáveis relacionadas (itens), identificando uma estrutura subjacente, mais simples (fatores, dimensões ou subescalas) (Moreira, 2006). A análise fatorial permite confirmar de forma empírica se o questionário mede um construto com uma única dimensão (unidimensional) ou um construto com várias dimensões (multidimensional).

Antes de iniciar a análise fatorial alguns pressupostos devem ser seguidos, no que diz respeito ao tamanho da amostra e à relação entre os itens. Um dos pressupostos é que a amostra deve ter um tamanho de pelo menos 5 elementos por cada item para que seja adequada para a realização da análise fatorial (Almeida e Freire, 2017). No entanto,

não é consensual e Nunnally (1978) propõe que os participantes sejam 10 vezes mais do que o número itens. A análise fatorial parte das correlações entre as variáveis para a identificação dos fatores, daqui decorrendo um segundo pressuposto que consiste na necessidade de existir uma relação linear entre as variáveis. Este pressuposto pode ser violado, caso os itens do questionário tenham uma escala de resposta com poucas opções, como, por exemplo a dicotômica (e.g., “Sim”/ “Não”) ou caso a distribuição das respostas aos itens seja demasiadamente assimétrica (Green et al, 1999).

Para determinar se as variáveis estão lineamente relacionadas é recomendável a análise da matriz de correlações entre os itens. Estas relações não devem ser nem demasiadamente baixas ( $< .30$ ) nem demasiadamente robustas (correlações próximas de  $.90$ ) (Almeida e Freire, 2017; Green et al., 1999; Tabachnick e Fidell, 2013).

O teste de adequação da amostra de Keiser-Meyer-Olkin (KMO) (Keiser, 1970) e o teste de esfericidade de Bartlett (Bartlett, 1954) são medidas adicionais para avaliar a adequação psicométrica da matriz de correlações, que são fornecidos por alguns programas de análise estatística (e.g., Statistical Package for the Social Sciences, SPSS). A medida de adequação da amostra KMO varia entre 0 e 1, sendo o valor de  $.6$  o mínimo aceitável para realizar a análise fatorial. O valor do teste de esfericidade deve ser estatisticamente significativo ( $p < .05$ ), para que a realização da análise fatorial seja apropriada (Almeida e Freire, 2017).

A análise fatorial exploratória, propriamente dita, inicia-se com uma série de técnicas que auxiliam na decisão do número de fatores a reter: a análise das componentes principais (solução não rotacionada) e o *scree teste de Catell* (Catell, 1996). O critério de Keiser define que os fatores são isolados quando apresentam um valor próprio (*eigenvalue*) superior a 1 e alguns programas de análise de estatística (e.g., SPSS) fornecem a informação relativa, à percentagem de variância total explicada por todos e por cada um desses fatores com *eigenvalues* superior a 1. O *scree teste de Catell* (magnitude relativa dos eigenvalues) fornece um gráfico (diagrama de declividade), com uma curva com um declive acentuado, um ponto de inflexão, que se segue de um declive menor, quase horizontal. Segundo este autor, devem ser retidos os fatores indicados até ao ponto de corte, isto é, aquele em que o declive da curva quebra acentuadamente e se torna mais horizontal. Pode também ser tomada uma decisão quanto ao número de fatores a reter, com base na conceção teórica prévia sobre as dimensões do construto avaliado pelo questionário (Green et al., 1999).

Tendo determinado o número de fatores, seguidamente, estes são submetidos a rotação (e.g., ortogonal: varimax, quartimax, equamax; oblíqua: direct oblimin; promax), procedimento que visa maximizar as saturações dos itens nos respetivos fatores. A rotação ortogonal é usada quando os fatores são independentes (não relacionados) e a oblíqua, quando os fatores estão correlacionados. A *saturação*, *carga* ou *peso fatorial* de um item no fator (em inglês *loading*), pode variar entre +1 e -1 (o valor zero corresponde à ausência de relação) e indica a percentagem de covariância entre esse item e o respetivo fator, em

que medida o item contribui empiricamente para um traço latente (Almeida e Freire, 2017; Moreira, 2006). O investigador ficará a saber quais são os itens que mais saturam no fator, sendo estes os de maior qualidade. Um fator pode ser interpretado ou nomeado, analisando o conteúdo dos itens com maior peso no mesmo. Considera-se geralmente que a carga fatorial do item no fator não deve ser inferior a .30, o que significa que a covariância entre o item e o fator não pode ser inferior a 9% ( $.30^2$ ). No entanto, em vez de .30, o investigador pode considerar valores de saturação mais elevados, quando escolhe os itens que vai reter num fator, o que diminuirá o número de itens da prova, torná-la-á mais curta e diminuirá o tempo de administração (Almeida e Freire, 2017). Um item com uma saturação inferior a .30 em todos os fatores, deverá ser excluído. Quando o item tem valores aceitáveis em vários fatores antes de decidir se deverá ser eliminado ou retido, será importante analisar qual o fator em que tem maior saturação, em que medida o resultado num e noutra fator ficaria afetado se o mesmo fosse eliminado e analisar qual a sua contribuição para a consistência interna do questionário.

### **b) Validade convergente e da validade discriminante ou divergente**

A *validade convergente* é analisada estudando a relação dos resultados de dado questionário com as pontuações em outras variáveis com as quais o construto está teoricamente relacionado (Almeida e Freire, 2017). Os coeficientes de correlação entre as pontuações destas variáveis devem ser positivos (variam numa relação direta) e estatisticamente significativos

Na análise da segunda, da *validade discriminante*, pretende-se avaliar a capacidade discriminativa do questionário, comparando as suas pontuações com as obtidas em outro que avalia um construto com o qual não está teoricamente relacionado ou que varia em sentido inverso. É esperado que a correlação entre estas pontuações seja inexistente ou negativa e significativa (Vilelas, 2009)

### **c) Estudos diferenciais**

Outra metodologia é o recurso a estudos diferenciais, como, por exemplo o recurso a grupos específicos e a grupos contrastantes (Almeida e Freire, 2017).

### **d) Estudos desenvolvimentais**

Uma quarta metodologia é o recurso a estudos desenvolvimentais. Estes estudos são relevantes quando as dimensões avaliadas são sensíveis ao desenvolvimento e à aprendizagem escolar (Almeida e Freire, 2017).

## 6 | AFERIÇÃO DOS RESULTADOS E CÁLCULO DE NORMAS

A aferição dos resultados de uma prova assume relevância, considerando a sua utilização na investigação e na prática psicológica (Almeida e Freire, 2017). Na aferição de uma prova, incluindo o questionário formal, deve ser incluída toda a informação com relevância para a análise e interpretação dos resultados, incluindo o que acabamos de abordar, relativamente à sensibilidade, à fidelidade, à validade dos resultados e, para além disso, os padrões para a interpretação dos resultados brutos e as normas.

As normas devem ser sempre apresentadas, pois permitem comparar o resultado de um indivíduo numa prova com os resultados da amostra usada na construção da mesma. As normas podem revestir a forma de médias, desvio padrão (Notas T e Z), mediana, percentis, classes normalizadas, as notas idade (e.g., Nova Escala Métrica de Inteligência de Binet-Simon). Estas normas podem ser dadas por grupo etário e/ou por género (Almeida e Freire, 2017), caso se justifique.

## 7 | CONCLUSÃO

A investigação tem sempre por fundamento uma determinada perspetiva de aproximação à realidade.

Considerando a sua proveniência, os dados podem ser primários (são obtidos diretamente da realidade empírica, pelo contacto que o investigador tem com os factos, através dos instrumentos) ou secundários (são obtidos através de registos escritos, resultam do trabalho de outro(s) investigador(es) fundamentado no contacto com a prática). Os dados primários e secundários envolvem técnicas de recolha de dados distintas e integram-se num processo sequencial, uma vez que os dados secundários já foram primários e os primários tornam-se secundários, quando são disponibilizados para outros investigadores.

As técnicas de recolha de dados primários refletem a diversidade das situações da realidade e abrangem a observação, a entrevista e os questionários, entre outros.

No presente trabalho abordamos o questionário formal, que é, uma das técnicas de recolha de dados primários, particularmente útil quando a investigação envolve o modo de pesquisa quantitativo. Na aceção de Almeida e Freire (2017) o questionário formal é aquele que foi estandardizado, aferido numa dada população.

As definições de questionário variam entre os autores. Na nossa análise de algumas definições propostas por alguns autores (Almeida e Freire, 2017; Ghiglione e Matalon, 1997; Wood e Haber, 2001, Vilelas, 2009) encontramos algumas características a salientar, nomeadamente: que é constituído por um conjunto de questões, itens ou situações, que avaliam um conceito, domínio ou constructo, que esse conjunto questões, itens ou situações é organizafo, planeado, rigorosamente estandardizado, e que a sua utilização visa a pesquisa de dados de sujeitos em amostras ou subamostras.

Ghiglione e Matalon (1997) dão especial relevo à possibilidade de exploração

estatística dos dados fornecidos pelo questionário, considerando que esse é um dos seus objetivos. Estes autores descrevem quatro propósitos que os questionários servem e que são: a estimativa de grandezas absolutas, a estimativa de grandezas relativas, a descrição de uma população ou subpopulação, e a verificação de hipóteses, relativas às relações possíveis entre variáveis.

A escolha de um questionário para a recolha de dados em determinada investigação empírica, de forma a garantir a qualidade da informação recolhida, deve fundamentar-se na análise crítica das suas características metrológicas. Como afirmam Almeida e Freire (2017), “como o objetivo da avaliação é a obtenção de informação significativa”, a avaliação crítica dos aspetos relativos às análises qualitativas e quantitativas que presidiram à construção, adaptação e aferição de um instrumento de avaliação, “são sempre necessárias para garantir o rigor e valor da informação que se recolhe” (Almeida e Freire, 2017: p. 81).

A investigação pode também implicar a construção de um questionário. A construção de um questionário formal envolve a definição do construto que o mesmo pretende avaliar, do objetivo da avaliação e da população alvo. Constituem fases cruciais da construção do questionário a revisão da literatura na área, a definição do construto e a exploração de escalas anteriores que também o avaliam, o contacto com especialistas da área, a formulação das questões, das instruções de preenchimento, e o estudo das suas características metrológicas.

A construção dos itens fundamenta-se, frequentemente, na prática do investigador e em outras fontes de informação, como a proveniente de discussões em *mesas redondas* ou em *painéis de especialistas*, de conversações com outros especialistas, de entrevistas abertas, da consulta de textos e da análise dos itens dos questionários existentes para avaliar o mesmo construto. O conjunto de itens tem por base a operacionalização do construto, através de sucessivos níveis de aproximação ao mesmo. No entanto, antes da formulação dos itens (1) deve ser decidido quantos itens deverá incluir a versão definitiva do questionário; (2) o grau de dificuldade ou o nível de intensidade dos comportamentos a considerar, tendo em conta a população alvo e os objetivos do questionário; (3) o formato e conteúdo dos itens e (4) a forma de aplicação (Almeida e Freire, 2017). No que diz respeito à forma, as questões podem ser fechadas ou abertas. As questões fechadas têm opções de resposta que podem envolver diferentes escalas de medida, o que determina as características da variável. Os itens devem ser relevantes, estar relacionados com o domínio a avaliar e devem ser formulados com clareza, de forma objetiva, simples e fácil de compreender (Almeida e Freire, 2017; Ghilione e Matalon, 1997; Vilelas, 2009). Um outro aspeto a contemplar é que os itens avaliem a amplitude do construto e que sejam credíveis, apresentem uma boa validade facial. O tempo de administração deve ser adequado, não demasiadamente longo. Deve também ser considerada a ordem de apresentação dos itens na prova e elaborado o conjunto de instruções para o seu preenchimento

Estando construída a primeira versão dos itens do questionário formal, seguem-se

várias análises exploratórias qualitativas e quantitativas, que podem levar à alteração da sua formulação ou à sua exclusão do questionário

Para a análise de conteúdo e forma dos itens é realizada a aplicação do pré-teste a uma amostra e usado o método de reflexão falada. Um procedimento adicional é a consulta de especialistas na área, que é útil para obter pareceres quanto à informação obtida pelo método de reflexão falada. Os procedimentos quantitativos na fase de análise e de seleção dos itens visam avaliar a dificuldade ou dispersão das respostas na amostra de indivíduos avaliados e a exploração da validade interna e externa dos itens.

A investigação empírica pode também ter por objetivo a tradução e adaptação cultural de um questionário formal existente e ao estudo das suas qualidades metrológicas na população, usando procedimentos precisos, que foram descritos neste trabalho. Como passos importantes do processo de adaptação destacam-se a tradução inicial dos itens do questionário, a realização da síntese de traduções, a retroversão, a revisão das traduções pelo grupo de especialistas e o pré-teste da versão pré-final do questionário.

Quando é construído um questionário formal, com múltiplos itens, para avaliar um construto, não fica automaticamente assegurado que tenha sido construída uma medida adequada do mesmo. Quando um questionário é traduzido e adaptado culturalmente, não ficam asseguradas as suas qualidades metrológicas. Os questionários formais usados em investigação empírica devem apresentar boas características metrológicas, o que se prende com o a sensibilidade, fidedignidade e validade dos seus resultados.

A sensibilidade de um questionário consiste no grau com que os seus resultados surgem distribuídos de forma a diferenciar os sujeitos entre si, quanto aos seus níveis de realização.

A fidelidade de um questionário está relacionada com o grau de precisão ou exatidão que se pode ter na informação obtida, na sua pontuação. Alguns procedimentos para analisar a fidelidade de um questionário formal e incluem a análise da estabilidade temporal dos resultados, a análise da consistência interna das pontuações e a análise do poder discriminativo dos itens.

A validade de um questionário formal consiste na capacidade que o mesmo tem de avaliar a variável que pretende medir, o grau em que seus resultados medem o que o questionário pretende avaliar. É insuficiente afirmar que um questionário avalia adequadamente determinado construto, apenas com base no facto de que ele foi construído para o avaliar. A validade de um questionário deve ser analisada através de métodos adequados para o efeito. Existem várias modalidades do estudo de validade de um questionário e neste trabalho descrevemos a validade de conteúdo e a validade facial, a validade de referência a um critério (concorrente e preditiva) e a validade interna, ou de construto, ou de conceito. Na exploração desta última debruçamo-nos particularmente sobre a análise fatorial, mas também sobre a validade convergente e divergente, sobre os estudos diferenciais e os estudos desenvolvimentais.

No âmbito da investigação empírica em psicologia, a construção de questionários formais, a sua adaptação e a sua utilização como método de colheita de dados são habituais. É importante que o investigador saiba em que consiste a fidelidade e validade de um questionário formal, como podem ser avaliadas e as implicações práticas na investigação (British Psychological Society, 2017). O uso de questionários formais fidedignos e válidos na investigação permitirá uma avaliação adequada das variáveis em estudo, uma adequada colheita de dados, que alicerçará a consistência dos achados e conclusões.

Este trabalho pode ajudar o investigador a ter uma visão crítica sobre as qualidades psicométricas dos questionários formais e a fundamentar a escolha dos que usa nos seus trabalhos empíricos, para a recolha de dados.

Entre as limitações do questionário formal destacam-se *a separação das respostas, o isolamento das respostas dadas sobre o mesmo assunto, o perder-se a compreensão, sistemática ou intuitiva, da coerência das respostas de um só indivíduo*. Entre as suas forças incluem-se a possibilidade de comparação das respostas dos indivíduos das amostras e subamostras de uma população, a facilidade do tratamento estatístico dos dados fornecidos e o facto de facilitar a generalização dos resultados empíricos para uma população mais vasta (e.g., população geral ou grupo de indivíduos com as características da amostra estudada). (Ghiglione e Matalon, 1997, p. 110)

A utilização na investigação empírica de questionários formais, construídos ou adaptados sem os cuidados acima descritos, dificilmente assegurará resultados e conclusões válidas.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. S., FREIRE, T. **Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação**. 5 ed. Braga: Editora Psiquilíbrios, 2017. Edição revista.

BARTLETT, M. S. A note on the multiplying factors for various chi square approximations. **Journal of the Royal Statistics Society**, v.16 (Series B), p. 296-298, 1954.

BEATON, D., BOMBARDIER, C., GUILLEMIN, F., FERRAZ, M. B. **Recommendations for the Cross-Cultural adaptation of Health Status Measures**. American Academy of Orthopaedic Surgeons and Institute for Work & Health, Mar. 2002. Edição revista. Disponível em: <<http://www.dash.iwh.on.ca>>, Acesso em: 18 mar 2019

BEATON, D., BOMBARDIER, C., GUILLEMIN, F., FERRAZ, M. B. **Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures. Revised, 12 June 2007**. Institute for Work & Health, 12 Jun. 2007. Edição revista. Disponível em: <[http://www.dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross\\_cultural\\_adaptation\\_2007.pdf](http://www.dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf)>, Acesso em: 30 jun. 2021

BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY. *The British Psychological Society Steering Committee on Test Standards' Psychological Testing: A Guide*. Leicester, UK: **British Psychological Society**, 1992. 6 p.



BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY. The British Psychological Society Promoting excellence in psychology Psychological testing: A test user's guide. **British Psychological Society**, 2017. Disponível em: <[https://ptc.bps.org.uk/sites/ptc.bps.org.uk/files/guidance\\_documents/ptc02\\_test\\_users\\_guide\\_2017\\_web.pdf](https://ptc.bps.org.uk/sites/ptc.bps.org.uk/files/guidance_documents/ptc02_test_users_guide_2017_web.pdf)>, Acesso em: 30 jun. 2021

CATELL, R. B. The scree test for number of factors. **Multivariate behavioral Research**, n. 1, p. 245-276, 1996.

CICONELLI, R. M. **Tradução para o Português e validação de questionário genérico de avaliação da qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36 item Short-Form Health Survey (SF36)**. Dissertação (Doutorado em Medicina). Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

CRAIG, J., SMYTH, R. **Prática baseada na evidência. Manual para enfermeiros**. Loures: Lusociência, 2004.

COHEN, J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. 2 ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1988.

DEVELLIS R. F. **Scale development. Theory and applications**. London: Sage Publications, 1991.

GHIGLIONE, R., & MATALON, B. **O inquérito. Teoria e prática**. 3 ed. Oeiras: Celta Editora, 1997.

GIL, A. C. **Pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Editora Atlas SA, 1999

GREEN, S. B., SALKINO, N. J., AKEY, T. M. **Using SPSS for windows. Analysing and understanding data**. 2. ed. New Jersey: Prentice Hall, 1999.

GUILLEMIN, F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. **Scandinavian Journal of Rheumatology**, v. 24, n. 2, p. 61-63, 1995.

HILL, M. M., HILL, A. **Investigação por questionário**. Lisboa: Edições Sílabo, 2002.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, R., FERNÁNDEZ COLLADO, C., BAPTISTA LUCIO, P. **Metodología de la investigación**. México: McGraw-Hill, 2000.

KEISER, H. A second generation. Little Jiffy. **Psychometrika**. v. 35, p. 401-415, 1970.

MARÍN IBÁÑEZ, R.; PÉREZ SERRANO, G. **Pedagogía social y sociología de la educación. Unidades didáticas 1, 2 y 3**. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia, 1985

MOREIRA, J. M. Investigação quantitativa: fundamentos e práticas. In: LIMA, J. A.; PACHECO, J. A. **Fazer investigação. Contributo para a elaboração de dissertações e teses**. Porto: Porto Editora, 2006.

NUNNALLY, J. C. **Psychometric theory**. New York: McGraww-Hill, 1978

POLIT, D., HUNGLER, B. **Pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

SIERRA BRAVO, R. **Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios.** Madrid: Paraninfo, 1988.

TABACHNICK, B. G., FIDELL, L. S. **Using multivariate statistics.** 6 ed. New Jersey, USA: Pearson Education, 2013.

VILELAS, J. **Investigação. O processo de construção do conhecimento.** Lisboa: Edições Sílabo. 2009.

WOOD, G., HABER, J. **Métodos, avaliação crítica e utilização.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

## MONITORIA ACADÊMICA NA DISCIPLINA DE INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA: EXPERIÊNCIAS E CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO DOCENTE

*Data de aceite: 20/08/2021*

*Data de submissão: 06/07/2021*

### **Denise Maria de Azevedo Frota**

Faculdade Uninta de Itapipoca.  
Itapipoca-Ceará  
<http://lattes.cnpq.br/2488448165486310>

### **Maria Laís dos Santos Leite**

Faculdade Uninta de Itapipoca.  
Itapipoca-Ceará  
<http://lattes.cnpq.br/7257685302830712/>  
<https://orcid.org/0000-0001-5777-3205>

### **Mauro Michel El Khouri**

Faculdade Uninta de Itapipoca.  
Itapipoca-Ceará  
<http://lattes.cnpq.br/6983674109094725/>  
<https://orcid.org/0000-0001-5173-1813>

**RESUMO:** Este trabalho tem como objetivos apresentar a experiência da monitoria na disciplina de Introdução à Psicologia, ofertada no primeiro semestre do Curso de Psicologia da Faculdade Uninta Itapipoca e as reflexões geradas acerca da contribuição desta vivência para a formação docente na referida ciência e profissão. Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência da experiência como monitora da disciplina de Introdução à Psicologia, no período letivo de março a junho de 2019 em associação com um estudo bibliográfico do tipo narrativa, a fim de subsidiar o exercício teórico-prático da proposta formativa. Foi realizado o acompanhamento e suporte ao

professor em aulas e seminários; facilitação na aplicação de provas; captação e elaboração de conteúdos para as aulas utilizando bibliografias científicas referentes à disciplina. Foi observado nesse período de atividades muitos ganhos e uma vasta experiência adquirida por meio das reflexões contempladas em sala de aula, a partir da mudança de visão de senso comum para a Psicologia enquanto ciência e profissão; sobre a perspectiva das abordagens e seus aportes; como também a compreensão sobre as evidências de todas as diversidades analisadas na disciplina, enfatizando o conhecimento e o domínio das psicologias em sua pluralidade. Concluiu-se que foi fundamental para a compreensão das funções de um docente em sala de aula e aperfeiçoamento da formação. Ofereceu clareza e crescimento da aprendizagem sobre a construção e definição da psicologia e a relação ensino-aprendizagem nesse papel de monitora, através do auxílio do professor orientador. A experiência foi de grande relevância para a elaboração de uma visão mais amplificada sobre os desafios e do sentido de caminhar para a docência, como também das contribuições da disciplina para a graduação em Psicologia.

**PALAVRAS - CHAVE:** Monitoria; Graduação em Psicologia; formação docente; ensino-aprendizagem.

## ACADEMIC MONITORING IN THE SUBJECT OF INTRODUCTION TO PSYCHOLOGY: EXPERIENCES AND CONTRIBUTIONS TO TEACHER EDUCATION

**ABSTRACT:** This work aims to present the experience of monitoring in the Introduction to Psychology subject, offered in the first semester of the Psychology Course at Uninta Itapipoca College, and the reflections generated about the contribution of this experience to teacher education in the science and profession formation. This is a descriptive study of the experience report type of experience as a monitor of the Introduction to Psychology subject, from March to June 2019, in association with a bibliographic study of the narrative type, to support the theoretical-practical exercise. During the formation process, the following activities were carried out: monitoring and support to the teacher in classes; facilitating the application of tests; capture and development of content for classes using scientific bibliographies referring to the discipline. Many gains were observed in this period of activities, and a vast experience acquired through the reflections contemplated in the classroom from the change of common-sense view to Psychology as a science and profession; on the perspective of approaches and their contributions; as well as understanding the evidence of all the diversities analyzed in the discipline, emphasizing the knowledge and mastery of psychologies in their plurality. It was concluded that it was fundamental for understanding the functions of a teacher in the classroom and for improving training. Through the help of the guiding professor, it was offered clarity and growth in learning about the construction and definition of psychology and the teaching-learning relationship in this monitoring role. The experience was of great relevance for the elaboration of a broader view of the challenges and the meaning of approaching teaching, as well as the contributions of the discipline to undergraduate psychology.

**KEYWORDS:** Monitoring; Degree in psychology; teacher training; teaching-learning.

### 1 | INTRODUÇÃO

O curso de bacharelado em Psicologia inclui diversos saberes e estudos sobre os processos e áreas que compõem a ciência e profissão, das áreas emergentes às clássicas, como também as funções psíquicas do indivíduo, sob aspectos da cientificidade que envolve as bases fundamentais dos conceitos teóricos e práticos que guiam o fazer dos(as) futuros(as) psicólogos(as).

No entanto, todo conhecimento adquirido no processo acadêmico é relevante, pois torna-se significativo para a construção do profissional, tanto no exercer da profissão, quanto no exercício da docência. Porém, diante toda multiplicidade das averiguações sobre o magistério, tem firmado os saberes dos alicerces sobre os fundamentos do ensino e isso permite o auxílio nos aspectos teóricos e práticos como meio da reforma nos cursos de formação que, de certa forma, levanta questões sobre vários tipos de conhecimentos, desde universitários, específicos e das Ciências Humanas e Sociais (ALMEIDA, 2008).

Para complementar essa trajetória, é notável e indispensável a experiência em uma monitoria para elevar os conhecimentos e estimular o interesse pela carreira docente, em que se faz necessário a participação do(a) discente na função de ensinar e propiciar a

aprendizagem em diversos locais, seja na instituição ou fora dela conforme a relação e intenção dos(as) envolvidos(as), mas que no todo, o espaço traga harmonia, comunicação acessível de ideias e sentimentos com intuito de instituir a cooperação e confiança entre as partes envolvidas (NATÁRIO; SANTOS, 2010).

A importância desse relato de prática deu-se a partir de uma experiência da monitoria vivenciada significativamente e que trouxe um grande aporte sobre os conhecimentos iniciais e introdutórios referentes à Psicologia e toda sua abrangência nas mais diversas subáreas de atuação, além de contemplar grandes descobertas sobre sua historicidade e suas perspectivas como ciência e profissão.

Contudo, deve-se haver um forte compromisso com a exploração dos conhecimentos científicos que embasem a aprendizagem acadêmica nesse percurso. Sendo assim, objetivou-se a apresentar a experiência da monitoria na disciplina de Introdução à Psicologia, no Curso de Bacharelado em Psicologia e suas aprendizagens nas temáticas sobre a diversidade de áreas e abordagens apresentadas nesta disciplina.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com relato de experiência de monitoria da disciplina de Introdução à Psicologia, no período letivo de março a junho de 2019 em associação com um estudo bibliográfico do tipo narrativo a fim de subsidiar o exercício teórico-prático da proposta formativa.

Define-se a revisão da literatura como um procedimento metodológico do tipo bibliográfico de busca, análise e descrição de um corpo do conhecimento (MANCINI; SAMPAIO, 2006).

Rother (2007) destaca que os artigos de revisão narrativa são publicações apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual e se constituem como uma análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas e outros tipos de produtos acadêmicos passando pela interpretação e análise crítica pessoal do autor.

Durante a disciplina, foi realizado o acompanhamento das atividades que envolveu a supervisão dos(as) discentes nas aulas teóricas e práticas, na condução dos exercícios, seja na aplicação e na correção relacionados aos mais variados conteúdos abordados, juntamente com o suporte ao professor nos seminários propostos no semestre e facilitação na aplicação de provas como apoio para tirar dúvidas, conforme a necessidade da situação de cada aluno.

Foi realizada ainda a captação e elaboração de conteúdos didáticos para as aulas que abordaram a evolução da ciência psicológica, a história da Psicologia em geral, Behaviorismo, Psicanálise, Gestalt, Psicologia da aprendizagem e vários outros assuntos utilizando bibliografias científicas correlatas à disciplina.

### 3 | CONTRIBUIÇÕES DA MONITORIA PARA A FORMAÇÃO DOCENTE

A contribuição de uma monitoria reforça a formação da aprendizagem e das aptidões da discente, visto que, a monitoria configura-se enquanto um exercício entre teoria e prática, que proporciona uma experiência estimuladora para o desenvolvimento da formação de professores(as), pois nessa função busca-se ir além das atividades curriculares, proporcionando uma grandeza na variedade de saberes necessários para a construção de pensamentos críticos durante a sua formação, favorecendo o interesse do discente pela docência (DANTAS, 2014).

Contudo, têm-se as legislações que amparam a monitoria no ensino superior para a formação da docência através da Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968, em que no artigo nº 41 dispõe que as universidades estabeleçam atividades de monitoria por meio de seleção que confirme a capacidade de performance em práticas técnico-didáticas em alguma disciplina estipulada pela instituição (BRASIL, 1968).

Com o engajamento de uma monitoria, o(a) discente monitor(a) exerce e participa do processo de ensino-aprendizagem favorecendo o vínculo entre os(as) envolvidos(as), professor(a)-estudante-instituição, além de estabelecerem práticas juntos(as) que promova a integração das ideias, percepções e observações para elaboração do programa de ensino e sua proposta de realização; na articulação do planejamento de aulas; na avaliação dos processos definidos e em muitos aspectos que englobam o enriquecimento do ensino e da aprendizagem (NATÁRIO; SANTOS, 2010).

Há uma relevância no desempenho da monitoria no percurso de formação de professores(as), onde a finalidade maior seria a contribuição considerável para a docência de nível superior, facilitando a capacidade de ensino e a relação própria de ser docente através das possibilidades adquiridas por meio das experiências de monitor, promovendo as reflexões e pensamentos sobre essa realidade de formação da docência (SOUSA; NERY, 2016).

Nessa perspectiva, compreende-se a importância da experiência no exercício do(a) monitor(a) acadêmico(a) na colaboração tanto de ensino, na mediação/facilitação da disciplina para os(as) estudantes tutorados(as), quanto na aprendizagem, na apropriação do conteúdo mediante o processo da monitoria (SILVEIRA; OLIVEIRA, 2017).

### 4 | INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E SUAS CONTRIBUIÇÕES

Para se construir uma ciência, utiliza-se a reflexão da realidade do cotidiano e procura-se um distanciamento a fim de se pensar para além do que é apresentado. De fato, é estabelecido entre o conhecimento científico e o cotidiano uma interação de encontro por meio da realidade da ciência e o distanciamento para compreender na abstração sobre essa mesma realidade, propiciando a construção do conhecimento científico (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2018).

A presença da Psicologia do senso comum foi primordial para o nascimento da Psicologia Científica, havendo uma certa cautela sobre seu posicionamento, sem correr o risco de ultrapassar o seu campo de atuação. Todavia, a Psicologia aborda as Ciências Humanas e a suas similaridades no aspecto singular do objeto sujeito, trazendo conhecimentos sobre a subjetividade no entendimento da completude da vida humana (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2018).

De acordo com Gleitman, Reisberg, Gross (2009), a Psicologia é uma área de estudo científico dos sistemas mentais ou do comportamento e sobre o entendimento do fazer, sentir, do pensar e da diferenciação entre o homem e os animais. É por meio das nossas distinções enquanto espécie que nossa personalidade e características singulares de ser, diante da individualidade e da coletividade, sobretudo na percepção e sentimentos que identificamos a si mesmos e ao outro.

Feldman (2015), afirma que a evolução dos estudos da Psicologia possibilitou diversas subáreas de conhecimentos sobre questões que envolvem genética comportamental, neurociência comportamental, Psicologia clínica, Psicologia cognitiva, do desenvolvimento, experimental, da saúde, da personalidade, escolar, social e outros, que buscam o mesmo objetivo de compreender o comportamento humano nas diferentes áreas que se apresentam.

## 5 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Através dessa prática, observou-se grandes aprendizados, tanto referente aos(às) discentes, quanto da monitoria - primeira autora deste relato-, por propiciar troca de saberes e experiências mútuas, pois a partir dos ensinamentos construídos junto ao professor orientador, os(as) monitores são capacitados intelectualmente através dos novos saberes e compreensões acadêmicas inovadoras para acrescentar na sua formação o interesse da docência e do fazer correto como meio de evitar problemas futuros no exercício da profissão (LINS *et al.*, 2009).

Os benefícios foram nítidos diante às contemplações em sala de aula a partir de um deslocamento da visão de senso comum para a Psicologia enquanto ciência e profissão; sobre as abordagens e suas contribuições, como também as percepções sobre o descortinar de todas essas pluralidades ofertadas pela disciplina, facilitando a compreensão e o entendimento das Psicologias em sua pluralidade. Foi feito o esclarecimento de dúvidas dos acadêmicos com o apoio do material didático estabelecido pelo professor.

Contudo, é fundamental a prática do fazer na perspectiva da monitoria, para que o discente monitor através dessa tarefa consiga entender e compreender o ofício sobre essa atividade e assim adquirir novos conhecimentos e novos hábitos, indispensável para a futura função do profissional docente (ANDRADE *et al.*, 2018).

É a partir da experiência da monitoria que o(a) discente monitor(a) desenvolve seus

sentimentos de satisfação e de inclinação à docência nesse processo de interação na sala de aula junto aos(as) demais estudantes e na condição de acadêmico(a), viabilizando momentos inesperados onde pode surgir o prazer de contribuir didaticamente nos estudos e aprendizados, até os incômodos do posicionamento de outros(as) alunos(as), manifestando uma certa frustração (LINS *et al.*, 2009).

Há um despertar de interesse do indivíduo pelas áreas mais atrativas durante as atividades da monitoria, pois através da articulação entre as vivências do professor orientador(a) e o(a) aluno(a) monitorado(a), compreendem a elevação intelectual e social do monitor(a), abrangendo novas perspectivas acadêmicas que facilitarão o desenvolver de novos talentos (VICENZI, 2016).

Por meio desta ação acadêmica o(a) aluno(a) monitor(a) pode desenvolver práticas e vivências criativas através de ocupações extraclasse, com inventividade e inovação para promover nos(as) demais a relevância da disciplina, com a aplicação de vídeos lúdicos, conteúdos interessantes, dinâmicas de grupos, comunicação mais flexível, a utilização de materiais didáticos para a capacitação e reflexão da aprendizagem por meio das contribuições criadoras da motivação desse processo de mobilização capaz de despertar a utilidade das aulas (SANTOS; QUINTAS; GARCIA, 2019).

As experiências foram múltiplas e fundamentais para o desenvolvimento intelectual de todos(as), pois contribuiu para a construção de saberes e o envolvimento com as ciências psicológicas. Foi um período valioso pois permitiu a amplitude de conhecimentos para a constituição acadêmica, fator fundamental na formação de professores(as) capacitados(as) e competentes.

## 6 | CONCLUSÃO

Diante o exercício da monitoria praticada, conclui-se que foi bastante enriquecedor para o entendimento das práticas das funções de um(a) professor(a) em sala de aula e para o aprimoramento da formação, sobretudo nas práticas desenvolvidas no decorrer do semestre, onde foi percebido o papel essencial da monitora na disciplina para a formação dos(as) discentes com resultado bastante convincente de que a presença das atividades de monitoria é promissora na satisfação e melhoria dos estudos.

Houve, através da disciplina, a expansão de conhecimentos sobre a construção e caracterização da Psicologia e a interação ensino-aprendizagem como monitora, juntamente com as contribuições do professor orientador articulado com o Projeto Pedagógico do Curso.

A experiência foi fundamental para a construção de uma visão singular dos desafios e das perspectivas de se trilhar essa profissão e a importância da disciplina para a graduação em Psicologia.



## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. C. A. de. Formação do professor e os conhecimentos da Psicologia. **ETD - Educação Temática Digital**, Campinas, SP, v. 8, n. 2, p. 236–248, 2008.

ANDRADE, E. G. R. de et al. Contribuição da monitoria acadêmica para o processo ensino-aprendizagem na graduação em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 4, p. 1596-1603, 2018.

BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. de L. T. **Psicologias: Uma Introdução ao Estudo de Psicologia**. São Paulo, Editora Saraiva, 2018.

BRASIL, Presidência da República, Casa Civil. **Lei nº 5.540/1968**. Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências.

DANTAS, O. M. Monitoria: fonte de saberes à docência superior. **Rev. Bras. Estud. Pedagog.**, Brasília, v. 95, n. 241, p. 567-589, Dec. 2014.

FELDMAN, R. S. **Introdução à Psicologia**. Tradução: Daniel Bueno, Sandra Maria Mallmann da Rosa; revisão técnica: Maria Lucia Tiellet Nunes. 10. ed. Porto Alegre: AMGH Editora LTDA, 2015.

GLEITMAN H., REISBERG D., GROSS J. **Psicologia**. 7. ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2009.

LINS, L. F. et al. **A importância da monitoria na formação acadêmica do monitor**. IX Jornada de ensino, pesquisa e extensão – JEPEX. Recife, 2009.

MANCINI, Marisa Cotta; SAMPAIO, Rosana Ferreira. Quando o objeto de estudo é a literatura: estudos de revisão. *Rev. bras. fisioter.*, São Carlos, v. 10, n. 4, Dec. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-35552006000400001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552006000400001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 nov. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552006000400001>.

NATÁRIO, E. G.; SANTOS, A. A. A. Programa de monitores para o ensino superior. **Estudos de Psicologia (Campinas)** [online]. 2010, v. 27, n. 3, pp. 355-364. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-166X2010000300007>>. Epub 10 Jan 2011. ISSN 1982-0275. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2010000300007>. Acesso em: 3 jun. 2021.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem** [online]. 2007, v. 20, n. 2. 2 [Acessado 5 julho 2021], pp. v-vi. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>>. Epub 17 Jul 2007. ISSN 1982-0194. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>.

SANTOS, M. de F.S., QUINTAS, J. I. F. P., GARCIA, A. C. L. Relato de experiência na monitoria acadêmica da disciplina de introdução a citogenética da Universidade Federal de Pernambuco. VI CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Anais** [...]. Fortaleza. Editora Realize, 2019.

SILVEIRA, E. D.; OLIVEIRA, M. C. A IMPORTÂNCIA DA MONITORIA NO PROCESSO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA. **Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC)**, [S.l.], v. 3, n. 1, mar. 2017. ISSN 2446-6042. Disponível em: <<http://reservas.fcrcs.edu.br/index.php/eedic/article/view/912>>. Acesso em: 29 jun. 2021.

SOUZA, R.O. de; NERY, V.S.C. FORMAÇÃO PARA DOCÊNCIA NO ENSINO SUPERIOR: ESTUDOS SOBRE OS SABERES DOCENTES E OS PROGRAMAS DE MONITORIA. *Margens*, [S.l.], v. 10, n. 14, p. 75-94, mar. 2017. ISSN 1982-5374. Available at: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/revistamargens/article/view/4250>. Date accessed: 05 July 2021. Doi: <http://dx.doi.org/10.18542/rmi.v10i14.4250>.

VICENZI, C. B. et al. A monitoria e seu papel no desenvolvimento da formação acadêmica. **Revista Ciência em Extensão**, São Paulo, v.12, n.3, p.88-94, 2016.

## SÍNDROME DE *BURNOUT*: ESTUDO EM UMA INDÚSTRIA ALIMENTÍCIA

Data de aceite: 20/08/2021

Data de submissão: 04/08/2021

### Álvaro Jorge Loro

Universidade do Oeste de Santa Catarina  
São Miguel do Oeste - Santa Catarina  
<https://orcid.org/0000-0001-9999-9907>

### Aline Bogoni Costa

Centro Universitário FAI - UCEFF  
Itapiranga - Santa Catarina  
<https://orcid.org/0000-0001-9599-7728>

### Samantha de Toledo Martins Boehs

Universidade Federal do Paraná, Departamento  
de Administração  
Curitiba - Paraná  
<https://orcid.org/0000-0001-5741-056X>

### Thais Cristine Farsen

Universidade Federal de Santa Catarina -  
Departamento de Psicologia  
Florianópolis – Santa Catarina  
<https://orcid.org/0000-0001-9642-1587>

### Samara Meinchein Furlanetto

Universidade Federal de Santa Catarina -  
Departamento de Psicologia  
Florianópolis – Santa Catarina  
<https://orcid.org/0000-0003-4630-394X>

**RESUMO:** O estudo objetivou verificar a ocorrência da síndrome de *Burnout* em trabalhadores de uma indústria de produtos alimentícios localizada no Estado de Santa Catarina. A síndrome de *Burnout* caracteriza-se

pela exaustão emocional, despersonalização e desrealização no trabalho, com a presença de sintomas físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos que influenciam diretamente a saúde, a qualidade de vida e o bem-estar dos trabalhadores. Em termos metodológicos, adotou-se a estratégia quantitativa, sendo que os dados foram obtidos por meio da aplicação de um questionário sociodemográfico e da escala MBI-GS, de Maslach. Os resultados da pesquisa realizada com 47 trabalhadores da linha de produção da empresa apontaram que 8,5% dos participantes apresentavam níveis altos de sintomas relacionados ao *Burnout* e 29,8% níveis moderados. A existência desses dados puderam sinalizar à empresa a necessidade de, juntamente com os trabalhadores, adotar estratégias que melhorem o ambiente de trabalho e, conseqüentemente, proporcionem o aumento dos níveis de bem-estar e qualidade de vida no trabalho a médio e longo prazos.

**PALAVRAS - CHAVE:** Síndrome de *Burnout*; Saúde Mental; Trabalho.

### *BURNOUT* SYNDROME: STUDY IN A FOOD INDUSTRY

**ABSTRACT:** The present study aimed to verify the occurrence of *Burnout* syndrome in a food factory in the Western region of the State of Santa Catarina. *Burnout* syndrome is a characterized by emotional exhaustion, depersonalization and derealization at work, with the presence of physical, psychic, behavioral and defensive symptoms that directly influence the health, quality of life and well-being of workers. In methodological terms, the quantitative strategy

was adopted, and the data were obtained through the application of a sociodemographic questionnaire and the MBI-GS scale, by Maslach. The results of the survey carried out with 47 workers in the company's production line indicated that 8.5% of workers have high levels of *Burnout* and 29.8%, moderate levels. The existence of these data could signal to the company the need, together with the workers, to adopt strategies that improve the work environment and, consequently, provide an increase in the levels of well-being and quality of life in the workplace in the medium and long term.

**KEYWORDS:** *Burnout* syndrome; Mental health; Work

## 1 | INTRODUÇÃO

Na atualidade, a sociedade contemporânea tem se configurado em um contexto que parte do pressuposto de que o que está por vir pode ser melhor do que o que já se tem, sendo que continuamente há uma busca por promessas de novas e inesperadas possibilidades de satisfação nos diversos aspectos da vida, entre eles o trabalho.

É uma sociedade baseada no consumo, onde pessoas e coisas são naturalmente descartadas, onde a pressa é um atributo valorizado. Muitas vezes, o valor está em andar depressa, com a expressão concentrada, sem prestar atenção no mundo ao redor, com um telefone ao ouvido, ignorando cumprimentos e pessoas. Segundo Bauman e Donskis (2014), na vida do ávido consumidor de novas experiências, a razão para correr não é o impulso de adquirir e acumular, mas de descartar e substituir. Esse contexto parece impedir a fruição do presente e, ao contrário, desencadear uma busca desenfreada pelo novo: novos lugares, novas roupas e novas relações (HAN, 2015).

Para Castells (1999), essas transformações na conjuntura social, política, econômica e cultural geradas pelo advento da sociedade do conhecimento, redefiniram os modos de produzir fazendo com que as pessoas se tornassem cada vez mais individualizadas e ao mesmo tempo sobrecarregadas. Na medida em que o capital necessita do trabalho vivo para se reproduzir, sob a ótica do capitalismo a exploração do trabalho torna-se algo naturalizado (ANTUNES; PRAUN, 2015). O que se percebe neste contexto, na prática, são ambientes laborais com pressões acumuladas, que exigem dos trabalhadores maior produtividade, melhor qualidade na entrega e rápida adaptação às novas tecnologias.

Ao mesmo tempo, os trabalhadores parecem experimentar a convivência com colegas cansados, amargurados e, muitas vezes, adoecidos. As relações hierárquicas, com predominância da inexistência de diálogo, dos canais para a demonstração da insatisfação por parte do trabalhador ou para a participação na construção das rotinas, somadas à falta de clareza sobre o que se espera do trabalhador, de como ele será avaliado, de quais são suas possibilidades de promoção e os parâmetros que pautam uma possível demissão, podem transformar-se em importantes fatores para o adoecimento psíquico nas organizações.

Somado a isso temos ainda um contexto formado por jornadas de trabalho cada

vez maiores e ambientes fabris insalubres, barulhentos, com rotinas pesadas, repetitivas e com isolamento interpessoal (VIOTTI; CARVALHO, 1997). Em suma, situações de alta demanda combinadas com baixo controle sobre o processo de trabalho podem levar as pessoas, progressivamente, ao cansaço, à exaustão, à doença e até mesmo ao colapso (SCHMIDT, 2010).

Segundo Antunes (2006), os governos nacionais são cada vez mais pressionados a adaptarem as legislações trabalhistas existentes às exigências do sistema global do capital e aos imperativos do mercado, destruindo profundamente os direitos do trabalho nos lugares onde eles ainda se mantêm. Para o autor, o resultado disso é a proliferação das distintas formas de flexibilização que a empresa pode adotar, sejam elas salariais, de horário, entre outras que podem vir a gerar a precarização da força de trabalho e o sofrimento psíquico do trabalhador (ANTUNES, 2006).

O adoecimento nos locais de trabalho sempre existiu nas múltiplas faces em que se apresenta: ônus para o empregador e motivo de vergonha para o empregado. Estima-se que os acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho resultam em uma perda de 4% do produto interno bruto (PIB) mundial, ou cerca de 2,8 trilhões de dólares em custos diretos e indiretos por lesões e doenças (KONIG, 2015).

Das 2,34 milhões de mortes anuais relacionadas com o trabalho, a grande maioria – cerca de 2,02 milhões – são causadas por doenças relacionadas com o trabalho, o que equivale a uma média diária de mais de 5.500 mortes (Organização Internacional do Trabalho, 2013). No ano de 2007, foram 653.090 acidentes e doenças do trabalho registrados no Brasil, sendo que os maiores aumentos de notificações foram os relacionados às doenças mentais (acréscimo de 1324%) e osteomusculares (aumento de 893%) (SCHMIDT, 2010).

De acordo com Dejours (1992), o que se afigura alentador é a relativamente nova preocupação com a saúde mental do trabalhador mesmo que, muitas vezes, essa preocupação se guie pelo viés econômico. Se por um lado, o cuidado com a saúde física em termos da ergonomia é um conceito aceito e se traduz, em alguns casos, em melhorias nas condições de trabalho. No entanto, por outro, aquilo que se refere à organização do trabalho e, mais especificamente, ao que é considerado a fonte específica de nocividade para a questão psicológica, como a forma de se dividir o trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando e as relações de poder, ainda há muito por se estudar e discutir.

A saúde mental no trabalho é uma problemática antiga. Conforme Dejours (1992), ao separar radicalmente o trabalho intelectual do trabalho manual, o sistema Taylorista neutraliza a atividade mental dos operários, ou seja, aniquila sua autonomia criativa, cerceando as potencialidades humanas de emancipação e prazer decorrentes do fazer cotidiano. Diante disso, o trabalho que deve ser configurado para ser fonte de prazer, reconhecimento e desenvolvimento, pode se tornar uma atividade sem sentido, que incita contraditórios sentimentos ao ser humano gerando sofrimento e adoecimento.

Segundo Leão e Gomez (2014), “as características técnicas e sociais da gestão e organização dos trabalhos atuais induzem uma série de sofrimentos físicos, psíquicos e sociais” (p.4650) que refletem diretamente no aumento da procura por atendimentos de saúde mental nos serviços de saúde e segurança do trabalho, advindos de queixas relacionadas a violência psicológica, cansaço, stress, esgotamento físico e mental, entre outros. Uma das principais doenças mentais relacionadas especificamente ao contexto de trabalho se caracteriza pela Síndrome de *Burnout*.

A definição de *Burnout* é ampla, complexa e difusa. O termo tem origem no inglês *to burn out*, cuja tradução seria queimar até a exaustão, consumir, apagar. O termo foi utilizado pela primeira vez na década de setenta do século XX por Freudenberger (CARLIN, 2015). Transferido para o mundo laboral, o termo passou a relacionar-se ao profissional que chegou à exaustão física e psíquica, ao ultrapassar seu limiar de auto regeneração.

Lima et al. (2009) definem a síndrome de *Burnout* como sendo a resposta ao estresse laboral crônico que implica a convivência com o fato de encontrar-se emocionalmente esgotado. O termo ainda, é definido pelos autores como sendo o desenvolvimento de atitudes e sentimentos negativos em relação aos demais colegas de trabalho – atitudes de despersonalização - e o aparecimento de um processo de desvalorização do próprio papel profissional. Portanto, *Burnout* se trata de uma síndrome caracterizada por esgotamento emocional, despersonalização e baixa realização profissional (LIMA ET AL., 2009).

As primeiras publicações que discorreram sobre a síndrome de *Burnout* a relacionavam às profissões que demandam interação com o público, especialmente aos que prestam cuidados de ajuda como médicos, enfermeiras, trabalhadores da assistência social, professores e policiais. Posteriormente, o termo passou a englobar trabalhadores de todas as profissões que apresentem um estado de esgotamento físico, emocional e mental como resultado de seu envolvimento nas situações de trabalho as quais são emocionalmente exigentes (SCHUSTER; DIAS; BATTISTELLA, 2013).

De maneira em geral como a síndrome de *Burnout* é compreendida como mais propensa a ocorrer em ocupações que se constroem nas relações de cuidado entre as pessoas, os principais estudos têm sido desenvolvidos com profissionais da área da saúde e educação, sendo escassas pesquisas sobre *Burnout* em trabalhadores industriais. Com isso, o presente estudo teve como objetivo verificar a ocorrência da síndrome de *Burnout* em trabalhadores da área de produção de uma fábrica de produtos alimentícios da região Oeste de Santa Catarina.

Na literatura que trata sobre os aspectos de risco organizacional, foram identificados alguns principais fatores que contribuem para o desenvolvimento da síndrome: a sobrecarga de trabalho, a falta de controle sobre a tarefa, o sentimento de recompensa insuficiente, a ausência de comunidade, de ligação positiva com os outros no local de trabalho, a falta de justiça e o conflito de valores entre as exigências da profissão e os princípios do indivíduo (SCHUSTER; DIAS; BATTISTELLA, 2015).

Jiménez, Hernández, Benevides-Pereira e Herrer (2003) caracterizam a síndrome de *Burnout* pela presença de quatro tipos de sintomas. Quais sejam: a) sintomas físicos: sensação de fadiga constante, distúrbios do sono, dores musculares, cefaleias, enxaquecas, perturbações gastrointestinais, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares, disfunções sexuais e alterações menstruais nas mulheres; b) sintomas psíquicos: falta de atenção e de concentração, alterações na memória, lentificação do pensamento, sentimentos de alienação, solidão, impaciência, desânimo, depressão e desconfiança; c) sintomas comportamentais: irritabilidade, agressividade, incapacidade de relaxar, dificuldade em aceitar mudanças, perda de iniciativa, aumento do consumo de substâncias psicoativas, comportamento de alto risco e aumento da probabilidade de suicídio e d) sintomas defensivos: tendência ao isolamento, sentimentos de onipotência, perda do interesse pelo trabalho ou pelo lazer, insônias e cinismo.

CARLIN (2015) acrescenta ainda: perda de apetite, alterações de peso, aumento das taxas de colesterol e triglicérides, irritação, apatia, pessimismo, perda da autoestima, desorientação cognitiva, absenteísmo laboral e sentimento generalizado de fracasso. De modo geral, a síndrome de *Burnout* trata-se de uma condição psicológica que se desenvolve gradualmente, mas que muitas vezes segue despercebida pelo indivíduo e por vezes negligenciada pela organização na qual aquele trabalhador faz parte.

## 2 | MÉTODO

A pesquisa, de abordagem quantitativa, ocorreu em uma indústria localizada na região Oeste de Santa Catarina, com 15 anos de atividade, que produz pães, cucas, bolos, pães de queijo e uma série de produtos relacionados à transformação de massas. A empresa possui cerca de 200 funcionários em seus diversos setores, sendo que o presente estudo foi realizado com 47 empregados lotados na área de produção da empresa.

O estudo seguiu à Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece as normas a serem seguidas quando envolvem a pesquisa com seres humanos. Sendo assim, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade do Oeste de Santa Catarina, com aprovação registrada no parecer de número 2.188.549 e CAAE de número 71075817.7.0000.5367.

### 2.1 Procedimentos de coleta e análise dos dados

Um dos instrumentos utilizados na coleta de dados foi o questionário sociodemográfico, o qual envolveu questões relacionadas à faixa salarial dos participantes, sexo, nível de escolaridade, tempo de empresa, se já tiveram que se afastar por alguma doença, entre outras informações.

Outro instrumento utilizado para a coleta dos resultados foi a escala *Maslach Burnout Inventory - General Survey (MBI-GS)*. A MBI-GS é composta pelas dimensões

exaustão emocional, cinismo e eficácia no trabalho. Exaustão Emocional (EE) se refere ao esgotamento de energia emocional e fadiga mental. Outra dimensão é o Cinismo (CI), a qual refere-se à indiferença ou uma atitude distante para com o trabalho e possui quatro variáveis. Por fim, a dimensão Eficácia no Trabalho (ET) enfatiza as expectativas no trabalho com relação à entrega, comportamentos, entre outros, incluindo as expectativas de um indivíduo sob a eficácia continuada no trabalho (SCHUSTER; DIAS; BATTISTELLA, 2015). O *Maslach Burnout Inventory* é, atualmente, o instrumento de pesquisa mais usado para medir a síndrome de *Burnout*, sendo responsável por mais de 90% do escopo de pesquisa empírica existente (SCHUSTER; DIAS; BATTISTELLA, 2015).

Para a análise dos dados, foram utilizados os parâmetros definidos para a mensuração dos índices de *Burnout* para a escala MBI-GS, e também, os valores considerados baixos, moderados e altos de acordo com cada dimensão da escala separadamente.

	Baixo	Moderado	Alto
Burnout	< 1,33	1,34 – 2,43	> 2,43
Exaustão Emocional	< 2,0	2,1 – 3,19	> 3,20
Cinismo	< 1,0	1,01 – 2,10	> 2,20
Eficácia no Trabalho	< 4,0	4,01 – 4,99	> 5,0

**Tabela 1** - Parâmetros de *Burnout*

Fonte: Mclaurine (2008), adaptado.

Na primeira etapa de análise, os dados coletados foram transferidos para uma planilha do software *Excel, Microsoft Office* e, por último, foram importados para o software *Statistical Package for Social Science for Windows* (SPSS) - versão 17 -, no qual foi realizada a apuração, análise e cruzamento das informações. A análise das variáveis de ambos os módulos do questionário foi baseada em estatística descritiva, com distribuição de frequências, média e desvio padrão.

## 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 3.1 Caracterização sociodemográfica dos participantes

O público respondente da pesquisa trabalhou inicialmente, em sua maioria, no ramo da agricultura e migrou para a indústria devido às dificuldades econômicas pelas quais passam os pequenos produtores rurais, incapacitados de beneficiar-se dos ganhos de escala que tornam lucrativos os grandes latifúndios. Ainda, houve entre eles, filhos de agricultores que começaram suas carreiras trabalhando em restaurantes dos grandes centros e identificaram, no ramo da indústria, a possibilidade de voltar para perto dos seus familiares.



Ao analisar as respostas do questionário sociodemográfico, verificou-se que a caracterização dos respondentes da pesquisa demonstra um leve predomínio do sexo feminino, sendo 57,44% (27) e 41,7% (20) do sexo masculino. Com relação à renda familiar, 33,3% dos participantes declararam receber até R\$ 1.449,99; 60,4% de R\$ 1.450,00 à R\$ 2.899,99 e 6,3% de R\$ 2.900,00 à R\$ 7.249,99.

O nível de escolaridade dos participantes pode ser considerado baixo, pois 27,1% declararam não terem concluído o ensino fundamental, 2,1% afirmaram tê-lo concluído; 6,3% cursaram o ensino médio, mas não concluíram e 56,3% o concluíram. Esse dado é compreensível visto que, no contexto pesquisado, os respondentes desempenham atividades onde embora a instrução formal seja desejável, grande parte das atividades pode ser desempenhada sem ela, já que são, em sua maioria, rotineiras, repetitivas e não exigem tomadas de decisões de grande responsabilidade por parte dos trabalhadores.

Os dados indicam que 62,5% dos funcionários possuíam até dois anos de empresa, 16,7% até três anos e o restante distribuiu-se entre quatro e cinco anos, com exceção de um empregado que estava há 7 anos de empresa. O tempo médio que um funcionário fica na empresa é de 2,42 anos.

Há um baixo número de afastamentos do trabalho, apenas 5 (10,4%) dos empregados declararam terem se afastado do trabalho em algum momento, estando as causas assim distribuídas: licença maternidade 3, conjuntivite 1 e queda de moto 1. Cerca de 89,6% dos empregados nunca se afastaram do trabalho por motivo de doenças físicas ou psicológicas. As manifestações com relação aos sentimentos que os respondentes tinham com seu trabalho ficaram assim distribuídas: 66,7% manifestaram-se positivamente, 18,8% responderam terem sentimentos negativos com relação ao trabalho, 8,3% foram ambíguos em suas respostas e 6,2% não responderam.

### 3.2 Análise da ocorrência da síndrome de *Burnout*

A Tabela 2 apresenta o mapeamento da ocorrência de *Burnout* junto aos pesquisados, por meio da aplicação escala MBI-GS.

Motivo	Classificação geral		Classificação nas dimensões					
	<i>Burnout</i>		EE - Exaustão Emocional		CI – Cinismo		ET - Eficácia no Trabalho	
Baixo	29	(61,7%)	1	(2,1%)	33	(70,2%)	4	(8,5%)
Moderado	14	(29,8%)	35	(74,5%)	8	(17,0%)	14	(29,8%)
Alto	4	(8,5%)	11	(23,4%)	6	(12,8%)	29	(61,7%)
Total	47	(100%)	47	(100%)	47	(100%)	47	(100%)

**Tabela 2** - Ocorrência de *Burnout* identificada no estudo.

Fonte: elaborado pelos autores.

Na análise das variáveis que compõem a escala MBI-GS detectou-se que 29 participantes (61,7%) apresentaram índices baixos da síndrome de *Burnout*; 14 (29,8%) índice moderado e 4 (8,5%) índice alto. A única pesquisa anteriormente encontrada sobre *Burnout* no contexto industrial foi realizada no México, e teve como resultados a identificação da síndrome de *Burnout* em níveis moderados e altos em 79,8% dos trabalhadores pesquisados, com uma amostra total de 122 trabalhadores (BELTRÁN; GÓNZALEZ; SALAS, 2013). Diante disso, os índices moderados e altos desta pesquisa, que configuram um total de 38,3% da amostra, são expressivamente inferiores, porém, não menos significativos. Para que se possa comparar os dois estudos, algumas considerações são necessárias, dentre elas é preciso levar em consideração a carga horária de trabalho semanal que é diferente nos dois estudos.

Na pesquisa mexicana, 94,3% dos trabalhadores declararam trabalhar 6 dias por semana e 5,7% 7 dias da semana. Já os participantes deste estudo, em sua maioria trabalham durante 5 dias semanais, fato que pode possibilitar uma melhor recuperação e contribuir para uma maior resiliência em relação às exigências do trabalho, impactando em menores índices de *Burnout*. O tempo médio de atividade na empresa também pode ter sido um influenciador, visto que o tempo médio de 3,5 anos nas indústrias mexicanas, maior do que os 2,4 anos na empresa brasileira, pode ser um importante fator quando se pensa em mais tempo de exposição aos fatores desencadeadores da síndrome, significando maior probabilidade de desenvolvê-la. De qualquer modo, o que deve ser destacado é o fato de que 38,3% dos pesquisados estão sofrendo os efeitos deletérios da síndrome de *Burnout*, fator que traz consigo a necessidade de medidas urgentes.

Na avaliação separa das dimensões, a dimensão Cinismo apresentou valores muito baixos, Exaustão Emocional variou entre baixo e moderado e Eficácia no Trabalho demonstrou em todas as suas variáveis um índice de sintomas de *Burnout* alto, com exceção da variável “posso efetivamente solucionar os problemas que surgem no meu trabalho” que apresentou pontuação de *Burnout* moderado.

Pode-se inferir que o perfil dos pesquisados, com baixa escolaridade, imersos em um meio social em que o trabalho é muito valorizado e a hierarquia respeitada, aliado ao relativamente baixo tempo de permanência na empresa – média de 2,42 anos – são fatores que contribuem para os valores baixos à moderados nas dimensões Cinismo e Exaustão Emocional. Já as características típicas do trabalho fabril como as tarefas repetitivas, a monotonia do trabalho, a falta de autonomia e as exigências em relação à capacidade técnica podem ser uma explicação para os valores altos da dimensão Eficácia no Trabalho.

Na Tabela 3 são apresentadas, sinteticamente, cada uma das questões que compõe a escala utilizada, média de resposta e o desvio padrão.

	Variáveis	Média	Desvio padrão
	Burnout	1,49	0,94
	EE1 - Sinto-me, emocionalmente, esgotado com o meu trabalho	2,37	1,76
	EE2 - Sinto-me esgotado no final de um dia de trabalho	2,98	1,75
	EE3 - Sinto-me cansado quando me levanto pela manhã e preciso encarar outro dia de trabalho	2,53	1,83
	EE4 - Trabalhar o dia todo é realmente motivo de tensão para mim	2,20	1,94
	EE5 - Sinto-me acabado por causa do meu trabalho	1,40	1,67
	EE6 - Só desejo fazer meu trabalho e não ser incomodado	2,55	2,12
	Exaustão	2,3	1,49
Burnout	CI1 - Sou menos interessado no meu trabalho desde que assumi essa função	0,80	1,41
	CI2 - Sou menos entusiasmado com o meu trabalho	1,40	1,68
	CI3 - Sou mais descrente sobre a contribuição de meu trabalho para algo	1,25	1,63
	CI4 - Duvido da importância do meu trabalho	0,71	1,32
	Cinismo	1,04	1,28
	ET1 - Sinto-me entusiasmado quando realizo algo no meu trabalho	4,69	1,52
	ET2 - Realizo muitas coisas valiosas no meu trabalho	4,59	1,50
	ET3 - Posso efetivamente solucionar os problemas que surgem no meu trabalho.	4,82	1,34
	ET4 - Sinto que estou dando uma contribuição efetiva para essa organização.	4,90	1,48
	ET5 - Na minha opinião, sou bom no que faço	5,16	1,13
	ET6 - No meu trabalho, me sinto confiante de que sou eficiente e capaz de fazer com que as coisas aconteçam.	5,03	1,24
	Eficácia no Trabalho	4,87	1,05

**Tabela 3** - Questões da escala com análise sintética de respostas.

Fonte: dados da pesquisa, elaborado pelos autores.

Verificou-se que as cinco variáveis com maior impacto nos resultados foram: a) EE2 – Sinto-me esgotado no final de um dia de trabalho; b) ET3 – Posso efetivamente solucionar os problemas que surgem no meu trabalho; c) ET4 – Sinto que estou dando uma contribuição efetiva para essa organização; d) ET6 – No meu trabalho, me sinto confiante de que sou eficiente e capaz de fazer com que as coisas aconteçam e e) ET5 – Na minha opinião, sou bom no que faço.

Pode-se concluir do acima exposto que, na primeira variável, o esgotamento pode advir das características das tarefas que os trabalhadores são submetidos, cabendo uma análise do ponto de vista ergométrico e das condições gerais do trabalho. Com relação aos demais itens, fica evidenciado a falta de autonomia, a baixa autoestima e a ausência de percepção de sentido do trabalho, o que deve ensejar por parte da empresa estratégias que busquem ouvir e valorizar o funcionário, contribuindo para sua satisfação e maior produtividade.

### 3.3 *Burnout* e renda familiar

A renda familiar revelou-se um fator importante com relação à sua influência sob os índices de *Burnout*. De um total de 29 respondentes classificados como “baixo” na mensuração de *Burnout*, 31,0% declararam terem renda de até R\$ 1.449,99, 65,5% renda entre R\$ 1.450,00 à R\$ 2.899,99 e 3,4% renda entre 2.900,00 e R\$ 7.249,99. Dos 14 pesquisados que apresentaram índices de *Burnout* considerado “moderado”, 35,7% recebiam o primeiro patamar de renda apresentado acima, 57,1% o segundo e 7,1% a maior faixa de renda. Dos 4 classificados com uma taxa alta de *Burnout*, 50% se mantinham na primeira faixa de renda, 25% na segunda e 25% na terceira faixa.

Uma interpretação possível para esses dados é que os pesquisados da primeira faixa de renda, até R\$ 1.449,99, vivem em situação de maior vulnerabilidade social trazendo para o ambiente de trabalho fatores externos de sofrimento. Essa situação pode ocasionar uma maior dificuldade para pagar as contas, dificuldade em aprimorar-se profissionalmente, impossibilidade de realização de sonhos e a percepção de uma vida voltada somente para o trabalho, resultando numa construção de um self que se vê incapaz de mudar a situação em que vive, condenado a uma rotina da qual não gosta. Quando se atenta para a dimensão Eficácia no Trabalho, percebe-se que a totalidade dos trabalhadores dessa faixa de renda menor, enquadraram-se na classificação moderado ou alto de *Burnout* (50%).

Para os trabalhadores da faixa intermediária de remuneração - R\$ 1.450,00 à R\$ 2.899,99 -, pode-se interpretar que esses são menos afetados pelas pressões monetárias, podendo levar uma existência com menos sobressaltos, desfrutar de algum lazer e planejar um futuro melhor para si e para os filhos. No entanto, aqui também chama a atenção o elevado número de pesquisados que apresentam classificação de *Burnout* alta ou moderada na dimensão “Eficácia no Trabalho”, sendo elas 71,4% (para trabalhadores que recebem até 1.449,99) e 21,4% (para aqueles que recebem de 1.450,00 à 2.899,99), pode-se assim deduzir que também lhes falta a compreensão do sentido que permeia seus trabalhos.

### 3.4 *Burnout* e escolaridade

Quanto à escolaridade dos participantes, verificou-se que do total de 4 pesquisados classificados com sintomas de *Burnout* alto, 50% não completaram o ensino fundamental, 25% não completaram o ensino médio e 25% completaram. Já na classificação *Burnout* moderado, de um total de 14 pesquisados que nessa categoria se enquadram, 14,3% não completaram o ensino fundamental, 14,3% não completaram o ensino médio, 64,3% completaram o ensino médio e 7,1% completaram o ensino superior.

As informações da *Burnout* e escolaridade apresentadas permitem compreender que, quanto maior a escolaridade, maiores as expectativas em relação ao trabalho e ao que ele pode proporcionar. Para os que não se enquadram nessa expectativa, resta a compreensão de que não possuem acesso à educação, gerando assim um sentimento de inadequação e resignação, o qual pode acarretar em sintomas relacionados à síndrome,

conforme comprovam os dois respondentes que não completaram o ensino fundamental e apresentaram níveis altos de *Burnout*.

Ainda, a necessidade de um sentido para o trabalho, o desejo de perceber a importância das tarefas que executa e o anseio por reconhecimento, independe do nível de escolaridade. Esse fato é demonstrado nos resultados da dimensão Eficácia no Trabalho que apresenta os seguintes resultados: dos 12 pesquisados com ensino fundamental incompleto 8,3% apresentaram *Burnout* baixo, 25%, *Burnout* moderado e 66,7%, *Burnout* alto. O único pesquisado que declarou ter concluído o ensino fundamental apresentou *Burnout* moderado. Com relação aos que estudaram até o nível médio incompleto, 66,7% apresentaram *Burnout* alto e 33,3% *Burnout* baixo. Para os que concluíram o ensino médio, 59,3% apresentaram *Burnout* alto, 37% *Burnout* moderado e 3,7% *Burnout* baixo. O pesquisado que completou o ensino superior apresentou *Burnout* alto para a dimensão Eficácia no Trabalho.

#### 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os trabalhadores do chão de fábrica além de estarem sujeitos a exaustão física, também podem estar expostos à exaustão psíquica e emocional. O trabalhador que interage com a máquina necessita da interação humana, o peão que elabora produtos também precisa do afeto e, por fim, receber e atingir metas não necessariamente confere sentido ao seu trabalho.

Diante dos resultados, cabe sinalizar que níveis moderados e altos de *Burnout* geram consequências tanto para os trabalhadores quanto para a organização, sejam elas a baixa adesão a novos desafios, adoecimento no trabalho, queda de produtividade, aumento do *turnover* e outras questões relacionadas ao trabalho estressante e com pouca autonomia e sentido.

Segundo Farsen, Boehs, Ribeiro, Biavati e Silva (2018), para que o trabalho se torne fonte de satisfação, qualidade de vida e bem-estar ele deve proporcionar condições que permitam e incentivem o trabalhador no desenvolvimento da sua autoestima, do autoconceito, gerando sentimentos de realização e crescimento pessoal.

Dessa forma, pensando no bem-estar e na longevidade dos trabalhadores a médio e longo prazos, cabe aos responsáveis pelas estratégias de gestão de pessoas das empresas, a elaboração de programas, visando a compreensão do sentido do trabalho para cada um e uma comunicação honesta em todos os níveis. É importante também o estabelecimento de um sistema de avaliação e de resolução de conflitos permanente, bem como a criação de condições para gerar autonomia e incentivar a criatividade dos trabalhadores. Ainda, sugere-se a disponibilização de apoio psicológico e social para todos os trabalhadores que necessitarem, enquanto estratégia de potencialização humana.

Sendo assim, face ao exposto, entende-se que este estudo pode contribuir do ponto

de vista social, pois quanto mais se souber sobre as condições de trabalho na indústria e seus efeitos sobre a saúde dos trabalhadores, maiores serão as condições de se agir preventivamente, evitando acidentes e doenças que têm reflexos não só na vida do doente e de seus familiares, mas também reflexos nas comunidades em que eles estão inseridos.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. Desenhando a nova morfologia do trabalho. **Trabalho, emprego e renda: Estudos Avançados**, v.28, n.81, p.39-53, 13 Ago. 2014 doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142014000200004>

ANTUNES, R. & PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serviço Social & Sociedade**, n.123, p.407-427, Jul-Set 2015 doi: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.030>

BAUMAN, Z. & DONKIS, L. **Cegueira moral: a perda da sensibilidade na modernidade líquida** (1ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

BELTRÁN, C. A., GÓNZALEZ, J. L. L. & SALAS, J. H. B. Factores psicosociales y síndrome de Burnout em trabajadores de la industria de la transformación de la masa, Tepic, México. **Revista Colombiana de Psiquiatria**, v. 42, n.2, p.167-172, Jun. 2013 doi: [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(13\)70003-9](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(13)70003-9)

CARLIN, M. **El síndrome de burnout: desde las teorías motivacionales en deportistas de alto rendimiento**. Espanha: Wanceulen, 2015.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1992.

FARSEN, T. C.; BOEHS, S. T. M. ; RIBEIRO, A. D. S. ; BIAVATI, V. P. ; SILVA, N. Qualidade de vida, Bem-estar e Felicidade no Trabalho: sinônimos ou conceitos que se diferenciam? *Interação em Psicologia (ONLINE)*, v. 22, n.1 p. 31-40, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/48288>

HAN, B. C. **Sociedade do cansaço**. Rio de Janeiro: Vozes, 2015.

JIMÉNEZ, B. M., HERNÁNDEZ, E. G, BENEVIDES-PEREIRA, A. M. & HERRER, M. G. Estudios transculturales del *Burnout*: los estudios transculturales Brasil-España. *Revista Colombiana de psicología*, v. 12, p. 9-18, 2003. Disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/1167/1734>

KONIG, M. **Trabalho mata mais do que epidemia no Brasil**. 2015, julho Disponível em: <http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/especiais/acidentes-de-trabalho-no-brasil/index.jpp>

LEÃO, L. H. C.; GOMEZ, C. M. A questão da saúde mental na vigilância em saúde do trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4649- 4658, jan./dez. 2014. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.12732014>

LIMA, C. F., OLIVEIRA, J. D., SILVA, E. D., EMERITO, A. P., LIMA, F. D. M. & SOUZA, R. D. Avaliação psicométrica do Maslach Burnout Inventory em profissionais de enfermagem. **In Encontro de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho**. Curitiba: EnGPR, 2, 1-11. 2009. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EnGPR156.pdf>

MCLAURINE, W. D. **A Correlational Study of Job Burnout and Organizational Commitment Among Correctional Officers**. Dissertação de Mestrado, Escola de Psicologia, Capella University, Estados Unidos, 2008.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Doenças profissionais são principais causas de mortes no trabalho**, 2013. Disponível em: <http://www.oit.org.br/content/doencas-profissionais-sao-principais-causas-de-mortes-no-trabalho>

SCHMIDT, M. H. F DE M. Trabalho e saúde mental na visão da OIT. **Revista do Tribunal Regional do Trabalho**, v. 81, n.51, p. 489-526, 2010. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12178/74441>

SCHUSTER, M. DA S., DIAS, V. DA V. & BATTISTELLA, L. F. Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI-GS): Aplicação em Universidade Público Federal. **Revista da Faculdade de Administração e Economia**, v.6, n.2, p.182-195, 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.15603/2176-9583/refae.v6n2p182-195>

SHUSTER, M. DA S., DIAS, V. DA V. & BATTISTELLA, L. F. Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI-GS): Aplicação em Universidade Público Federal. In **IV Encontro de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho**, Brasília-DF, 2013.

VIOTTI, L. S. & CARVALHO, G. B. DE **A empresa no tempo do amor: biodança nas organizações**. Belo Horizonte: Fênix, 1997.

# CAPÍTULO 24

## ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO CÂNCER INFANTIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 20/08/2021

Data de submissão: 06/07/2021

### Ray Roberto Andrade Nascimento

Faculdade Salesiana Maria Auxiliadora  
Macaé – RJ

<http://lattes.cnpq.br/5748887012228794>

### Rita Cristina de Souza Santos

Faculdade Salesiana Maria Auxiliadora  
Macaé – RJ

<http://lattes.cnpq.br/6385170906685417>

**RESUMO:** O presente artigo é um estudo integrativo bibliográfico que objetivou investigar os aspectos psicossociais do câncer infantil publicados em português e inglês no período de 2010 até de 2015. O método de pesquisa utilizado foi a revisão integrativa, realizada através da busca eletrônica de artigos indexados na biblioteca virtual de saúde (BVS), scielo e pubmed a partir do cruzamento dos termos em português e inglês: aspectos psicossociais câncer infantil, aspectos psicossociais oncologia pediátrica, aspectos psicossociais neoplasias infantis. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 21 artigos fizeram parte da amostra. Em relação aos aspectos psicossociais, os autores publicaram mais sobre a experiência da criança frente ao adoecimento. Destaca-se a importância de novos estudos sobre mudanças de papéis dentro do núcleo familiar, considerando outras pessoas como cuidadores e o impacto que a doença traz no ambiente escolar da criança

com câncer.

**PALAVRAS - CHAVE:** aspectos psicossociais; câncer infantil; revisão integrativa; câncer.

### PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILDHOOD CANCER: AN INTEGRATIVE REVIEW

**ABSTRACT:** The following article is an integrative bibliographic study, which aimed to investigate the psychosocial aspects of childhood cancer published in Portuguese and English between 2010 to 2015. The research method used was the integrative review, which was conducted through an electronic search of articles published in *biblioteca virtual de saúde* (BVS), scielo and pubmed, utilizing the crossing of the terms in Portuguese and English: psychosocial aspects childhood cancer, psychosocial aspects pediatric oncology, and psychosocial aspects childhood neoplasms. After applying the inclusion and exclusion criteria's, 21 articles were found, and used as samples. In regards to the psychosocial aspects, the authors mainly published about the child's experience with cancer. This study highlights the importance of further studies to investigate the change of roles within the family, like considering other people as caregivers and the impact that the illness brings to a school environment.

**KEYWORDS:** psychosocial aspects; childhood cancer; integrative review; cancer.



## 1 | INTRODUÇÃO

O câncer infantil remete-se a um grupo de diversas doenças que podem ocorrer em qualquer parte do corpo e têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais em crianças abaixo de 19 anos de idade (Instituto Nacional de Câncer, 2020).

O trajeto da luta contra o câncer infantil é um caminho de muito medo da dor, da possível mutilação que pode ocorrer, do sofrimento e da incerteza do futuro devido ao risco de chegar a óbito. A partir do momento em que se descobre a doença, os familiares e a criança compartilham todos esses medos (Cardoso, 2007).

De Andréa (2008) destaca que o tratamento para os tumores infantis exige muita dedicação e aceitação do paciente e da família para enfrentar. A doença acaba alterando toda a rotina do núcleo familiar, fazendo com que a criança acometida da doença seja afastada da escola, o seu local de interação social, e, muitas vezes, faz com que seus responsáveis se afastem, também, do seu local de trabalho, para acompanhar a criança em seus tratamentos. Os tratamentos realizados em pacientes frequentemente danificam, ou deixam sequelas, na imagem do corpo, como emagrecimento intenso, obesidade, mutilações de um membro do corpo, o que acabam mexendo com sua autoestima.

Os aspectos psicossociais, sentimentos, pensamentos, emoções, os comportamentos, as questões familiares, dentre outros manifestados durante o câncer, têm feito com que a Psicologia desenvolvesse um interesse com relação à doença. A produção científica da Psicologia sobre a oncologia tem sua denominação de uma área específica de conhecimento, embora muito nova, chamada de psico-oncologia. Essa área tem ajudado as crianças e os familiares a desenvolverem habilidades muito eficazes de lidar com o adoecimento (Galli, da Silva & Minuzi, 2014).

Considerando o que seja o câncer infantil e o impacto que este tem sobre a criança e todos aqueles ao seu redor, esse estudo tem por objetivo analisar, na produção científica, os aspectos psicossociais<sup>1</sup> do câncer infantil. Os resultados deste estudo buscam apresentar uma atualização sobre a temática e indicar lacunas para futuras pesquisas.

## 2 | MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que compreende fazer uma busca de estudos sobre um determinado tema, possibilitando um diálogo entre vários autores e podendo, também, identificar o que tem sido publicado sobre o assunto. Esse método de pesquisa é composto por uma seleção das perguntas que são norteadoras para o estudo, facilitando o estabelecimento de critérios para a seleção da literatura e para a amostra. Assim, pode ser realizada a análise dos dados obtidos, a interpretação dos resultados, discussão da revisão e conclusão (Mendes, Silveira & Galvao, 2008).

<sup>1</sup> Características relacionadas aos efeitos mentais, emocionais, sociais e espirituais de uma doença, como o câncer (Gellman & Turner, 2013).

Os critérios de inclusão foram: artigos completos, publicados entre 2010 até o primeiro semestre de 2015 em português ou inglês, com o intuito de dar continuidade à pesquisa realizada por Marina Kohlsdorf (2010), na qual a autora realizou uma revisão da literatura brasileira sobre os aspectos psicossociais no câncer pediátrico entre 2000 até 2009; os artigos deveriam conter pelo menos uma das palavras-chave em português ou inglês: câncer infantil, aspectos psicossociais, neoplasias, infância, criança e oncologia; artigos de livre acesso, não pagos; os sujeitos estudados pelos autores utilizados tinham de ser crianças ou adolescentes (de 0 até 19 anos de idade). Em total, somente 21 artigos se enquadravam dentro dos critérios para serem discutidos.

### **3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS**

Na presente revisão integrativa, foram analisados 21 artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos e apresentados. A partir da leitura detalhada dos artigos, foi possível classificar os artigos em 6 categorias para melhor explorar os aspectos psicossociais do câncer infantil: a experiência da criança; a relação familiar; a experiência da mãe; a experiência do pai; tríade composta pela criança, família e equipe de saúde; e experiência da família e da criança.

A experiência da criança foi mais discutida, presente em 8 artigos. A relação familiar foi trabalhada em 5 estudos. A experiência da mãe, presente em 3 publicações, e a do pai, em 2 artigos, também foi discutida, embora a experiência materna tenha mais publicações sobre o assunto. A tríade composta pela criança, família e equipe de saúde também foi analisada em 2 artigos. Somente um artigo trabalhou dois aspectos psicossociais, que discutiu a experiência da família e da criança.

#### **3.1 Experiência da criança**

Chaves, Vazquez e Hervas (2013), retratam como aspectos psicossociais as respostas que as crianças dão ao tratamento oncológico. Essas respostas podem ser negativas ou positivas. De um viés negativo pode haver uma associação ruim como a ansiedade provocada por procedimentos médicos. Outras variáveis associadas estão relacionadas com aspectos sociais relacionados com a doença como as preocupações sobre a aparência física e as dificuldades de comunicar aos outros sobre a sua própria doença. As autoras também destacam os sintomas psicológicos e físicos, como depressão, angústia e dor presente durante o tratamento oncológico. Esses resultados suportam a importância de intervenções terapêuticas específicas sobre estes componentes sociais relacionados com a doença.

As respostas positivas ao tratamento estão relacionadas a ganhos, tais como mudanças positivas em relação ao tratamento como: sentir-se mais forte e mais sábio, sentir-se mais próximo com amigos e familiares, um senso aprofundado de propósito ou

uma reavaliação das prioridades da sua vida para enfatizar gozo da vida e crescimento pessoal.

Lemos e Ferreira (2010), relatam que a presença do tratamento contra o câncer e a interferência que o tratamento tem no comportamento da criança enferma são os aspectos psicossociais do câncer infantil. Os procedimentos invasivos, que utilizam instrumentos capazes de penetrar os tecidos ou invadir algum orifício do corpo, estão associados à dor e ansiedade, em função de implicarem expectativas de sofrimento físico e perda de controle da situação. A punção venenosa, que é utilizada na quimioterapia, está associada a uma série de consequências de caráter aversivo, como sensações de dor no local, onde é introduzida a agulha e administrado o medicamento, bem como a ocorrência de efeitos colaterais do tratamento. Em crianças, a experiência deste método de tratamento pode trazer reações comportamentais e fisiológicas condicionadas de dor e/ou ansiedade, como chorar, gritar, expressar dor verbalmente, exibir tensão muscular e resistência física, as quais são denominadas de estresse comportamental.

Bornstein et al. (2012), discutem os diferentes comportamentos entre crianças com câncer e sem câncer e as consequências que o tratamento traz para a criança com câncer. Quanto menor a idade da criança no momento do diagnóstico, maior a probabilidade de baixo desenvolvimento neurocognitivo delas. Nos achados dos autores, as crianças com câncer têm suas vias motoras, verbais, e mentais acometidas. As crianças que estão, ou completaram tratamento do câncer utilizando a quimioterapia, são mais propensas a apresentarem baixo rendimento acadêmico, especialmente quando diagnosticado em uma menor idade e recebem tratamentos mais intensos.

Cohen e Melo (2010), relatam que, devido ao câncer, o tratamento agressivo e longo afeta a vida escolar da criança. Os danos que esse afastamento pode causar são: a) baixo desempenho acadêmico devido a faltas; b) assistência inadequada da escola por não saber como lidar com a doença; c) limitações físicas causadas pelo tratamento, mudanças corporais, angústia de espera pelos procedimentos médicos invasivos (quimioterapia, radioterapia etc.) e as restrições sociais causadas pelo tratamento.

Chieffo et al. (2014), realizaram um estudo para constatar se a localização do tumor acometia funções cognitivas. Crianças com tumores no tálamo demonstraram um dano mais grave nas funções de memória e tiveram um déficit de memória. Uma correlação significativa foi encontrada entre a presença de distúrbios neurolinguísticos e tumores. Crianças com tumores do lado direito frequentemente tinham apraxia de construção e desordens executivas de função.

Sposito et al. (2013), apontam que algumas crianças têm dificuldades de comunicar os seus sentimentos, valores e ideias, a partir de perguntas e respostas diretas, requerendo que o pesquisador utilize recursos criativos para adentrar o seu mundo para colher seus dados para pesquisa. As crianças podem achar difícil comunicar verbalmente seus medos, sentimentos, e opiniões e os desenhos facilitam essa expressão. A utilização de

pranchas com desenhos prontos mostrou-se capaz de envolver e motivar a participação da criança com câncer na entrevista e ampliou as possibilidades de expressão de seus comportamentos, sentimentos e pensamentos. A utilização de brinquedos no âmbito terapêutico se mostrou um excelente recurso para conhecer os sentimentos e reações e se manifestados pelas crianças.

Wechsler et al. (2014), apresentaram estratégias de intervenções utilizadas em crianças com câncer. A reestruturação cognitiva foi a técnica mais utilizada com crianças, seguida de treinamento de habilidades sociais. Ensinar as estratégias de *coping* e relaxamento também tem se destacado em ajudar as crianças a enfrentar o câncer. Essas intervenções psicológicas têm tido resultados positivos em crianças com câncer infantil.

Lanza e Vale (2014), destacaram a percepção da criança em término do tratamento oncológico. Sobreviver ao tratamento é um processo complexo e depende, em grande parte, dos aspectos objetivos e subjetivos das famílias. A experiência do término está relacionada com o modo como os familiares se adaptam e enfrentam à situação da doença e a maneira pela qual procuraram resgatar sua rotina e planejaram o futuro. A criança no término do tratamento projeta-se no futuro, redescobrando suas possibilidades e falando de seus projetos de vida. Muitas dessas crianças que sobreviveram ao câncer passaram a maior parte de suas vidas tratando da doença e precisarão reaprender a existir em sua nova condição sem o câncer.

### **3.2 Experiencia da Familia**

Kohlsdorf e Junior (2012), relatam as dificuldades que o câncer infantil traz para a família em seus achados da literatura. Para os irmãos do paciente, as alterações familiares podem provocar sofrimento decorrente da separação do outro irmão internado, desajustamento psicossocial, baixo rendimento escolar, sentimentos de rejeição, ciúmes, isolamento, ansiedade, preocupação, incerteza e tristeza. Os irmãos que não estão enfermos podem se envolver nesse processo dos cuidados, colaborando com a manutenção doméstica e fornecendo suporte emocional aos familiares.

Amador, Gomes, Reichert e Collet. (2013) destacaram onde e como o câncer infantil afeta o cuidador. O câncer infantil pode afetar várias áreas da vida dessa pessoa responsável. Esse abre mão das suas horas de sono, do lazer, da vida social, prazer, da vida familiar, do cuidado pessoal, de seu trabalho e/ou estudo.

Rech, da Silva e Lopes (2013), discutem a interferência que o câncer infantil traz na vida conjugal. As autoras destacaram que a coesão do casal, a comunicação do cônjuge e a intimidade/sexualidade é comprometida durante o câncer infantil. Sobre a coesão entre os cônjuges ao longo de um relacionamento, diversos aspectos da conjugalidade passam por modificações. O diagnóstico de câncer infantil tende a aproximar o núcleo familiar, exercendo, assim, uma ação centrípeta. A coesão tende a auxiliar no enfrentamento de situações estressantes, pois os casais demonstram superar tamanha adversidade

justamente por poderem contar com seu cônjuge.

Em relação à comunicação entre os dois, as autoras destacaram que os maridos, que antes do diagnóstico de câncer do filho tinham a tendência de ficar calados a fim de proteger as esposas, mantiveram tal atitude. Em relação à intimidade/sexualidade, os pais deixam em segundo plano as suas necessidades sexuais e colocam em primeiro plano as necessidades da criança enferma. Em relação ao futuro da relação do casal que passa pela experiência de ter um filho oncológico, é necessária uma reorganização do padrão de relacionamentos, voltando a equilibrar a atenção dispensada aos subsistemas parental, conjugal e a outros vínculos, como família extensa e amigos, após o término do tratamento.

Em relação ao nível de estresse manifestado pelos pais com crianças com câncer, Alves, Guirardello e Kurashima (2013), relatam que os pais de crianças com câncer passam por momentos de estresse. As autoras afirmam que os pais de crianças com menor tempo de diagnóstico de câncer e pais mais jovens apresentaram maior nível de estresse. Outro achado das autoras citadas acima é que pais de crianças que sobreviveram ao câncer exibem sintomas de estresse e ansiedade mesmo depois que a criança terminou o tratamento, até mesmo nos casos em que a criança foi considerada curada, possivelmente devido ao medo de a doença ressurgir.

Quintana, Wottrich, Camargo e Cherer (2013), apontam o significado que os pais dão a um filho oncológico. Os pais temem a doença, devido ao fato de ela carregar consigo a concepção de sentença de morte, ainda mais devido ao fato desta não ser algo concebido como compatível com a infância, pois contradiz a ordem natural do desenvolvimento humano, cujo indivíduo deve ir até a idade adulta e à velhice, para morrer só mais tarde. Sendo assim, os pais vivenciam esse momento de adoecimento como uma guerra, uma luta constante para vencer a doença de seus filhos.

### **3.3 Experiencia do pai**

Silva, Dupas, Nunes e Ferreira (2012) destacam a forma de o pai encarar a paternidade durante o evento do câncer infantil como um aspecto psicossocial. Os autores apontam cinco categorias para descrever essa experiência: a) descobrindo-se pai de uma criança com câncer; b) perdendo o equilíbrio; c) buscando forças; d) adaptando-se à nova vida; e) tornando-se uma pessoa melhor.

A descoberta da doença causa um grande sofrimento no pai. Surge de repente, causando muito medo, pois o nome da doença carrega o significado de sofrimento e possível óbito. Além disso, a descoberta do câncer causa muita dor. Em relação à perda de equilíbrio, isso se deve a visão do sofrimento do seu filho, deixando o pai nervoso. Quando o pai presencia o filho passando por momentos dolorosos, isso o deixa apreensivo, fraco e perdido.

O pai busca suas forças para se reequilibrar para poder ajudar seu filho. Procurar elementos que possibilitem enfrentar a luta contra o câncer é muito comum. Principalmente

a confiança em Deus e a fé são as fontes de fortalecimento e equilíbrio. O apoio das pessoas, como parentes, vizinhos, amigos e da equipe de saúde, é importante para o pai não se sentir sozinho. Quando as autoras falam sobre a adaptação à nova vida, elas destacam que é importante para o pai saber os limites causados pelo câncer. O pai terá de dizer não algumas vezes quando a criança quiser comer algo ou fazer algo diferente.

No sentido de se tornar uma pessoa melhor, as autoras dizem que ocorrem mudanças no comportamento do pai, do filho doente e de toda família, e, conseqüentemente, redefinem-se papéis, e a dinâmica familiar muda consideravelmente. Na percepção do pai, a família se une e demonstra mais os sentimentos. Nesse momento, o pai se torna mais presente e carinhoso, dedicando-se mais ao filho.

Da Silva, De Melo e Pedrosa (2013), afirmam que ser pai de criança com câncer é uma experiência difícil, que afeta o estado emocional, trazendo dificuldades no bem-estar geral, na esfera cognitiva e no controle das emoções. A insegurança em relação ao futuro incerto da criança faz parte das relações entre pai e filho. Os achados das autoras mostram que os pais são considerados grupos de risco, pois, além de lidarem com o enfrentamento da doença, enfrentam também as mudanças no papel de provedor da família após o adoecimento, o principal papel que exerciam.

### **3.4 Experiência da mãe**

Angelo, Moreira e Rodrigues (2010), apontam a insegurança vivenciada pela mãe durante o tempo de batalha contra o câncer do filho em seus artigos. A experiência de ter um filho com câncer ocasiona múltiplos efeitos na vida da família como dificuldades financeiras, angústia e dor emocional. Quando uma criança é diagnosticada com câncer, é frequente a mãe aprender rapidamente a lidar com os aspectos médicos da doença e com as necessidades e medo dos membros da família. Assim, ela é vista como a principal pessoa no cuidado da criança doente. A mãe durante o adoecimento não sabe o que espera ou o que pode acontecer com o filho, e essa incerteza reflete o medo da perda e a impotência diante do sofrimento do filho.

Silva e Melo (2013), falam sobre a experiência da mãe relacionada à perda de um filho com câncer. Conviver com a experiência da morte de outra pessoa causa um fenômeno chamado de luto, processo frequentemente convencionado à perda irreversível de outro ser humano. O acontecimento da morte do filho pode causar forte impacto na vida pessoal, familiar e social da mãe.

Fedele et al. (2013), apresentam a discussão sobre a diferença da relação mãe e criança com a presença e ajustamento ao tratamento ou a ausência após o diagnóstico. A maioria das crianças diagnosticadas com câncer enfrenta a doença relativamente bem. Porém, as mães apresentam sintomas como de ansiedade e depressão durante o enfrentamento de um filho com câncer. Esses problemas podem persistir por anos, mesmo após o tratamento do câncer de seu filho com câncer estar completo.

### 3.5 Tríade: criança, família e equipe de saúde

Os aspectos psicossociais que Kohlsdorf (2010) destaca através de seus achados de sua revisão interativa, são as situações vividas pela criança, seus familiares e a equipe de saúde ao longo do diagnóstico e tratamento do câncer. As reações do paciente frente ao diagnóstico e tratamento para além do âmbito biológico também é revisado. Sobre a experiência vivida pela criança, Kohlsdorf destaca efeitos que o tratamento e a hospitalização causam na criança. Esses efeitos podem ser as dores físicas, o medo, os efeitos colaterais acometidos pela medicalização, incertezas, ansiedade e restrições no cotidiano da criança com câncer. Esses efeitos causados pelo tratamento e a hospitalização propiciam níveis alto de estresse.

Outro achado da autora foi que as crianças têm dificuldade de falar sobre a doença. Devido a essa dificuldade de se expressar oralmente, a criança utiliza o brincar como uma estratégia adaptativa. Essas estratégias adaptativas são formas positivas de lidar com as dificuldades acometidas pelo câncer. A promoção dessas estratégias é importante para “aproximar a vivência da criança em tratamento do que seria seu curso de desenvolvimento sem o episódio de câncer, por exemplo, desde a adaptação da vivência escolar” (2010, p. 283).

Kohlsdorf e Seidl (2011), fizeram um trabalho sobre a relação das interações entre médico, cuidador e criança durante atendimentos e consultas e focalizando a comunicação associada a tratamento onco-hematológico, que representa, atualmente, um dos maiores desta para a atuação em psicologia pediátrica. As autoras destacam ainda, que o estudo das interações comunicativas em contexto pediátrico evidencia a exclusão do paciente de seu próprio processo de diagnóstico e tratamento, contribuindo para a centralização do atendimento no profissional de saúde e restringindo a participação da criança na interação durante consultas e atendimentos.

A qualidade da interação comunicativa entre médicos e cuidadores tem consequências diretas para o sucesso do tratamento, pois proporciona maior satisfação dos cuidadores com o serviço e promove melhores cuidados ao paciente, além de maior retenção de informações, maior envolvimento e colaboração com o tratamento, melhor adesão a recomendações médicas, maior controle de cuidados, menos retornos ambulatoriais, diminuição na frequência de internações e maior discussão de aspectos psicossociais que influenciam o tratamento.

### 3.6 Experiência da família e da criança

Finalmente, um último artigo trabalhou a experiência da família e da criança. Esse único artigo foi separado devido ao fato de as autoras retratarem dois aspectos psicossociais em âmbitos diferentes. Um dos psicossociais foi a experiência parental com a criança oncológica e o estresse pós-traumático vivenciado pela criança após o diagnóstico

do câncer.

Boaventura e De Araujo (2012), relatam que, após uma experiência aversiva, qualquer indivíduo entra em um estado de desintegração psicológica, no qual pouco sente ou reconhece da ameaça representada pelo trauma. A experiência oncológica é permeada por múltiplas situações aversivas: o modelo de estresse pós-traumático captura a natureza traumática do câncer infantil.

Em relação à experiência parental, as autoras relataram vivências de incerteza, perda de controle pessoal, desorganização familiar e medo da morte durante o enfrentamento da enfermidade do seu filho. Suas experiências são marcadas por exposições repetidas a traumas, tais como: acompanhar o filho em situações de exposição à dor, desconforto físico, além de inúmeros episódios de emergência.

Boaventura e De Araujo (2012) afirmam que os pais transmitem suas angústias e inquietações para seus filhos, sendo que a família tende a fazer concessões de ordem material e afetiva à criança doente. Ofertando alimentos especiais, presentes e muita atenção, os pais do paciente pediátrico acabam por ajustar o manejo educativo para compensar as restrições impostas à sua criança devido ao tratamento.

#### 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo permitem ter uma visão sobre a experiência da criança oncológica e de todos que estão envolvidos no seu tratamento. Pesquisas futuras poderiam explorar mais sobre a experiência dos pais dessas crianças e também o papel da escola frente à criança com câncer. Ao se referir escola, buscar entender a vivência dos professores, colegas de sala e toda a equipe desta instituição.

Hoje em dia, é importante ter conhecimento que os papéis do núcleo familiar não necessariamente devem ser exercidos pelos pais biológicos. Encontramos famílias em que a avó é a cuidadora principal da criança, ou esse papel pode ser exercido por outra figura familiar. Pesquisas futuras poderiam explorar como estes cuidadores enfrentam a doença, como também explorar a experiência de pais LGBTQ+. Por fim, esperamos que todo o esforço e empenho na realização do presente estudo tenham contribuído para a compreensão sobre os aspectos psicossociais do câncer infantil.

#### REFERÊNCIAS

Alves, Daniela Fernanda dos Santos, Guirardello, Edinêis de Brito e Kurashima, Andréa Yamaguchi. Stress related to care: the impact of childhood cancer on the lives of parents. **Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]**. 2013, v. 21, n. 1

Amador, Daniela Doulavince et al. Repercussões do câncer infantil para o cuidador familiar: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**. 2013, v. 66, n. 2, pp. 267-270.



- Angelo, Margareth, Moreira, Patrícia Luciana e Rodrigues, Laura Maria Alves. Incertezas diante do câncer infantil: compreendendo as necessidades da mãe. **Escola Anna Nery [online]**. 2010, v. 14, n. 2, pp. 301-308.
- Boaventura, Camila Tokarski e Araujo, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Estresse pós-traumático da criança sobrevivente de câncer e sua percepção acerca da experiência parental. **Estudos de Psicologia (Natal) [online]**. 2012, v. 17, n. 2, pp. 283-290.
- Bornstein, Marc H et al. Neurodevelopmental functioning in very young children undergoing treatment for non-CNS cancers. **Journal of pediatric psychology**. 2012. v. 37, n.6, pp. 660-673.
- Cardoso, Flávia Tanes. Câncer infantil: aspectos emocionais e atuação do psicólogo. **Rev. SBPH**. 2007. v. 10, n. 1, pp. 25-52.
- Chaves, Covadonga, Vazquez, Carmelo, Hervas, Gonzalo. Benefit finding and well-being in children with life threatening illnesses: An integrative study. **Terapia Psicologica**. 2013. v. 31. n.1. pp. 59-68.
- Chieffo, Daniela et al. Preoperative neuropsychological and behavioral evaluation of children with thalamic tumors. **Journal of neurosurgery Pediatrics**. 2014. vol. 13, n. 5, pp. 507-513.
- Cohen, Ruth Helena Pinto, Melo, Amanda Gonçalves da Silva. Entre o hospital e a escola: o cancer em crianças. **Estilos clin**. 2010, v. 15, n. 2, pp. 306-325.
- De Andréa, Maria Lucia. **Oncologia Pediátrica**. In: De Carvalho, V.C. et al. (Orgs.). Temas em psico-oncologia. (pp. 447-495). São Paulo: Summus. 2008.
- Dupas Gisele, et al. Câncer na infância: conhecendo a experiência do pai. **Revista Mineira de enfermagem**. 2012. v. 16, n. 03, pp. 348-354.
- Fedele, David A et al. Impact of a parent-based interdisciplinary intervention for mothers on adjustment in children newly diagnosed with cancer. **Journal of pediatric psychology**. 2013. v. 38, n. 5, pp. 531-540.
- Galli, Alessandra Karina, et al. A neoplasia na infância: aspectos emocionais e cuidados humanizados no âmbito hospitalar. **Caderno De Graduação-Ciências Biológicas E Da Saúde - UNIT – ALAGOAS**. 2014. v.2, n. 1, pp. 109-132.
- Gellman M.D., Turner J.R. **Psychosocial Aspects**. In: Gellman M.D., Turner J.R. (eds) Encyclopedia of Behavioral Medicine. Springer, New York, NY.
- Instituto Nacional De Câncer. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. 6. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2020.
- Kohlsdorf, Marina. Aspectos psicossociais no câncer pediátrico: estudo sobre literatura brasileira publicada entre 2000 e 2009. **Psicologia em Revista**. 2010. v. 16, n. 02, pp.271-294.
- Kohlsdorf, Marina, & Seidl, Eliane. Comunicação médico-cuidador-paciente em onco-hematologia pediátrica: perspectivas e desafios. **Psicologia Argumento**. 2011. v. 26, n. 66, pp. 373-381.

Kohlsdorf, Marina, Costa Junior, Áderson Luis. (2012). Impacto psicossocial do câncer pediátrico para pais: revisão da literatura. **Paidéia**. 2012. v. 22, n. 51, pp.119-129.

Lanza, Lara de Faria e Valle, Elizabeth Ranier Martins do. Criança no tratamento final contra o câncer e seu olhar para o futuro. **Estudos de Psicologia (Campinas) [online]**. 2014, v. 31, n. 2, pp. 289-297.

Lemos, Isabela Porpino e Ferreira, Eleonora Arnaud Pereira. Comportamento de crianças, acompanhantes e auxiliares de enfermagem durante sessão de punção venosa. **Psicologia: Teoria e Pesquisa [online]**. 2010, v. 26, n. 3, pp. 433-443.

Mendes, Karina Dal Sasso, Silveira, Renata Cristina de Campos Pereira e Galvão, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem [online]**. 2008, v. 17, n. 4, pp. 758-764.

Quintana, Alberto Manuel et al. Childhood Cancer: Meanings Attributed to the Disease by Parent Caregivers. **Paidéia (Ribeirão Preto) [online]**. 2013, v. 23, n. 55, pp. 253-261.

Rech, Bárbara Cristina Steffen, Silva, Isabela Machado da e Lopes, Rita de Cássia Sobreira. Repercussões do câncer infantil sobre a relação conjugal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa [online]**. 2013, v. 29, n. 3, pp. 257-265.

Silva, Lucelia Maria Lima da, Melo, Mônica Cristina Batista de e Pedrosa, Arli Diniz Oliveira Melo. A vivência do pai diante do câncer infantil. **Psicologia em Estudo**. 2013, v. 18, n. 3, pp. 541-550.

Silva, Patricia Karla de Souza e; Melo, Symone Fernandes de. Experiência materna de perda de um filho com câncer infantil: um estudo fenomenológico. **Rev. abordagem gestalt**. 2013, v. 19, n. 2, pp. 147-156,

Sposito, Amanda Mota Pacciullio, et al. Estratégias lúdicas de coleta de dados com crianças com câncer: revisão integrativa. **Revista Gaucha de enfermagem**, 2013. v. 34, n. 3, pp. 187-195.

Wechsler, Amanda, Bragado, Carmen, Hernandez, María J. Effectiveness of psychological interventions intended to promote adjustment of children with cancer and their parents: an overview. **Anal. Psicol**. 2014, v. 30, n. 1, pp. 93-103.

## A DEVOLUÇÃO DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADOS E UM DIÁLOGO COM A PSICOLOGIA

*Data de aceite: 20/08/2021*

### **Aldenise Barreto de Albuquerque Silva**

Bacharel em Direito na Faculdade de Direito do Recife (UFPE), Graduada em Psicologia pela Faculdade Católica Salesiana de Macaé, RJ. Psicanalista pela Miesperanza International. Advogada na Petrobrás

**RESUMO:** A devolução de crianças e adolescentes institucionalizados é um tema delicado e complexo que, embora traga em seu bojo causas e motivações, supera os aparatos legais, merecendo atenção não só da área do Direito, mas também da Psicologia no que tange às relações afetivas em questão. O presente trabalho tem por objetivo abordar as questões emocionais em relação às crianças que se encontram no sistema de abrigamento quando de sua devolução, após o regular processo de adoção e convivência com seus pais adotivos. Pretende-se discorrer sobre as justificativas que levam as partes envolvidas (crianças e pais) ao fracasso da adoção, discutir o significado desse segundo abandono para a criança e os efeitos que poderão influenciar em seu desenvolvimento. Além da questão em si, serão revisitados o modelo institucional como alternativa do Estado para acolhimento dessas crianças, bem como os dispositivos legais vigentes, como medidas protetivas, para garantia de seu desenvolvimento integral. Por fim, esse trabalho pretende investigar a contribuição da Psicologia para com os adotantes e adotados, levando em consideração as expectativas e necessidades

de ambos, de forma a amenizar o sofrimento e possíveis danos. Para alcançar esses objetivos, buscou-se recorrer ao estudo qualitativo por meio de pesquisa e revisão bibliográfica sobre o tema no período de 2018 a 2020. Os resultados desse trabalho possibilitaram identificar que a criança ou adolescente, quando devolvidos, sofrem impactos emocionais tais como: tristeza, baixa autoestima, abalos nas relações interpessoais e dificuldades em estabelecer vínculos afetivos.

**PALAVRAS - CHAVE:** Abandono. Abrigamento. Adoção. Crianças. Devolução.

**ABSTRACT:** The return of institutionalized children and adolescents is a delicate and complex topic that, although it brings causes and motivations within it, surpasses the legal apparatus, deserving attention not only from the area of Law, but also from Psychology with regard to the affective relationships in question. The present work aims to address the emotional issues in relation to children who are in the shelter system when they are returned, after the regular process of adoption and living with their adoptive parents. It is intended to discuss the justifications that lead the parties involved (children and parents) to the failure of the adoption, to discuss the meaning of this second abandonment for the child and the effects that may influence its development. In addition to the question itself, the institutional model as an alternative for the State to host these children will be revisited, as well as the legal provisions in force, such as protective measures, to guarantee their integral development. Finally, this work intends to investigate the contribution of Psychology to

the adopters and adopted, taking into account the expectations and needs of both, in order to alleviate the suffering and possible damages. To achieve these objectives, we sought to use a qualitative study through research and bibliographic review on the theme from 2018 to 2020. The results of this work made it possible to identify that the child or adolescent, when returned, suffers emotional impacts such as: sadness, low self-esteem, shaking in interpersonal relationships and difficulties in establishing affective bonds.

**KEYWORDS:** Abandonment. Housing. Adoption. Children. Devolution.

## 1 | INTRODUÇÃO

O presente artigo tem por objetivo abordar a devolução das crianças e adolescentes institucionalizados, após o regular processo de adoção e convivência com seus pais adotivos, bem como as implicações afetivas decorrentes.

A adoção é uma forma de filiação parental, prevista em lei e sustentada por vínculos socioafetivos com o objetivo de proporcionar à criança e ao adolescente, o direito primário de “convivência familiar e comunitária”, assegurada pela Constituição Federal e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

O Poder Legislativo ao criar o instituto da adoção visou salvaguardar e proteger as crianças e adolescentes que estavam em sistema de abrigamento e sem possibilidade de retorno à sua família de origem, seja por questão de abandono, seja pela impossibilidade de criação e educação dos mesmos. A adoção tenta suprir a ausência da família e facilitar uma nova vinculação afetiva estável, sendo irrevogável tal medida. Parte-se do entendimento de que uma vez adotada a criança, ela possui a mesma condição de filho biológico, com todos os direitos, inclusive, sucessórios. Embora haja casos com êxito na construção do vínculo afetivo entre adotante e adotado, em que a relação entre pais e filhos se estabelece, é significativo o número de casos malsucedidos que resultaram na devolução ou restituição da criança ou adolescente à instituição de acolhimento, trazendo para o adotado uma reedição do desamparo que experimentou ao chegar no abrigo pela primeira vez.

Apesar da sentença judicial constitutiva que deferiu a adoção ter caráter irrevogável, não tem o condão de garantir uma inabalável convivência familiar. Logo, é mister aos magistrados que pesem as condições em que se encontra a criança ou adolescente e decidam pelo menor prejuízo a estes, o que coincide, muitas vezes, a aceitarem a restituição do adotado, para evitar um sofrimento maior para essas pessoas. Compreende-se como sofrimento, os possíveis e eventuais maus-tratos ou atitudes de rejeição.

Para a realização desse artigo foi utilizada a pesquisa qualitativa por meio de revisão bibliográfica compreendendo as áreas do Direito, da Psicologia e da Psicanálise. Para tanto, foram utilizadas obras de estudiosos sobre o tema proposto, além da legislação vigente no Brasil. A escolha por esse tipo de investigação tem por finalidade abordar e discutir a importância do assunto e propor reflexões sobre o tema a partir de diversificados ângulos.

Apesar da delicadeza do assunto e de sua expressividade nos dias atuais, tendo em vista o crescente número de devoluções de crianças e adolescentes adotados, foi encontrada pouca produção, especificamente sobre os impactos afetivos e sociais envolvidos nesse processo. Os artigos encontrados, mesmo na área do Direito, apontam para a adoção e o fenômeno da restituição da criança e adolescente às instituições, reportando-se à aplicação de medidas legais e terapêuticas, porém, sem tecer maiores detalhes acerca das questões afetivas envolvidas, situações essas que sugerem a necessidade de mais trabalhos de pesquisa sobre o tema.

Na busca por identificar os aspectos afetivos envolvidos no processo de devolução de crianças se recorreu às teorias da psicanálise, no entanto, sem buscar maior aprofundamento nessa abordagem.

Durante a elaboração desse estudo, a autora havia planejado visitas a espaços como instituições de abrigamento e de órgãos judiciais, como as Varas da Infância e Juventude. No entanto, diante da pandemia de “COVID-19”, as autoridades municipais decretaram a necessidade de isolamento social com o objetivo de conter o avanço do contágio. Diante do exposto, não houve a possibilidade de visita aos espaços mencionados.

Apesar do escasso material acadêmico acerca do tema proposto, tanto nas áreas do Direito, da Psicologia e da Psicanálise, foram utilizados teses, livros, matérias de revistas científicas e produções acadêmicas com busca exploratória de artigos científicos indexados em bases de dados como a BVPSI, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), MEDLINE, LILACS e SCIELO, utilizando os descritores: abandono, abrigamento, adoção, crianças e devolução.

A técnica de análise de dados e a revisão sistemática de literatura tiveram como alicerce as obras de autores renomados na temática que permitiram segurança nos tópicos abordados, como: Maria Berenice Dias, Rolf Madaleno, Carlos Roberto Gonçalves, M. L. Marcílio, Ivana Oriente, Sonia Margarida Gomes Souza, Letícia Franco, Júlia Brito Fonseca e Schettini com a figura da adoção e o abandono de crianças, além da legislação brasileira e seus percursos na linha temporal. Hália Pauliv e Renata Pauliv Casanova trouxeram à discussão a questão da adoção e as causas que motivam a devolução. Em suas obras, as autoras destacam a necessidade de preparação tanto dos pretendentes à adoção, como a aparelhagem do Estado para acelerar os processos de adoção cuja morosidade, contribuem com a desistência dos perfis de escolha dos candidatos. Hália Pauliv, em obra individual (2010), traz exemplos de casos desafortunados de crianças e adolescentes cujos traumas são dolorosos.

Por sua vez, Maria Luiza Ghirardi além de tratar a necessidade ventilada pelas autoras e as questões problematizadas, traz à debate a responsabilidade do Estado e dos pais adotantes pelos prejuízos causados às crianças e adolescentes, que não são unicamente materiais, mas sociais e emocionais.

Na mesma linha, Cynthia Peiter traz a contribuição da clínica psicanalítica para

a compreensão desses traumas que têm como fraturas, os vários estágios na infância sustentados por Donald W. Winnicott, com a relação mãe-bebê, a questão do ambiente a regressão e as testagens enfrentadas pelas crianças e adolescentes.

RIEDE e SARTORI traz à baila diversas questões, desde o encantamento inicial dos pretendentes para adotar e à adaptação necessária para um vínculo afetivo familiar.

Por fim, há de se apontar uma reflexão sobre as questões expostas e a percepção do que não foi dito, com ética e sem pré-julgamentos. O objetivo é contribuir com o debate acadêmico sobre o tema tão delicado e complexo, abrindo ainda espaço para reflexão de outros pontos que não são claramente colocados, mas que não passam despercebidos, convocando o leitor a debates, são por exemplo: a desigualdade social e a falta de políticas públicas. As causas de abandono das crianças de seu núcleo familiar apontam para a responsabilidade das próprias famílias, colocando-as como únicas culpadas de todo o processo, quando na verdade, existe todo um contexto político-social que contribui com o problema-raiz que antecede a adoção. O Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) apresentou em 2013 o resultado das inspeções anuais realizadas pelos promotores da infância e juventude e é possível identificar as principais causas para o abandono dessas crianças e adolescentes no país.

## 2 | ASPECTOS HISTÓRICOS DO ABANDONO DE CRIANÇAS

O abandono de crianças é uma prática que vem desde a Antiguidade, variando apenas no contexto social, nas motivações, causas e circunstâncias. A partir de um percurso histórico, percebemos que na Idade Média, as crianças eram deixadas em “rodas” – cilindro oco de madeira, giratório -, que eram construídas em muro de igreja e hospital de caridade, onde essas crianças eram depositadas à sua própria sorte. No Brasil, no período colonial, esse dispositivo foi nomeado “Roda dos Expostos” ou “Roda de Enjeitados”, e foi implantada devido ao crescente número de bebês que eram abandonados nas ruas, em lugares imundos, à mercê do tempo e dos animais que os devoravam antes de serem encontrados.

A partir do século XVIII, a infância abandonada passou a ser uma questão social e política de emergência. Muitas famílias, influenciadas pelo sentimento religioso de caridade, passaram a acolher as crianças abandonadas e desprotegidas, prática essa comum e muito difundida no século XVIII e ainda propagada nos dias atuais (MARCÍLIO, 1998, p.67).

Apesar das mudanças de paradigma no que tange a forma como a criança era contemplada, o abandono infantil e a violência continuaram fazendo parte das várias classes sociais no mundo contemporâneo, principalmente, nas famílias mais pobres. Fatores como a ocupação com o trabalho, a carência de recursos materiais da família, doença, dependência química, prisão dos pais ou responsáveis, abuso sexual, orfandade, mendicância, violência doméstica e o próprio abandono, seriam os principais motivos para

que as famílias e o Poder Público vissem o acolhimento como a única opção de amparo encontrada para diminuir o sofrimento das crianças (SILVA, 2002 apud ORIONTE, SOUZA, 2007).

O relatório do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) divulgou o resultado das inspeções anuais realizadas pelos promotores da infância e juventude realizadas no ano de 2013 e apontou a negligência e a dependência de álcool e outras drogas, como as principais causas de abandono de crianças e adolescentes pelos seus pais no Brasil e que resultaram em acolhimento institucional. Com a dependência química, os pais podem se tornar agressivos, negligentes e violentos, abandonando seus filhos à própria sorte. O estudo apontou outras causas não menos expressivas para o abandono de crianças pelos pais, em primeiro lugar, por negligência e sucessivamente, por violência doméstica, por abuso sexual e por situação de rua (CNMP, 2013).

Em razão da vulnerabilidade das crianças e adolescentes, o Estado sugere como opção, em caráter provisório, o acolhimento nos abrigos, pelo menos até que as famílias possam se reestruturar e, dessa forma, venham buscar suas crianças. Contudo, destaca-se a necessidade de proteção também para essas famílias desestruturadas por meio de políticas públicas, haja vista que, na ausência de atenção e cuidado para esses grupos sociais, as possibilidades de retorno das crianças ao núcleo familiar tornam-se reduzidas, cenário esse frequente no contexto brasileiro, em que se amplia o número de acolhimentos nas diversas instituições espalhadas pelo país (CNMP, 2013).

## **2.1 Perspectivas Sobre a Proteção do Estado e a Legislação Vigente no Brasil**

Diante do abandono de crianças, em 1990 foi promulgada a Lei 8.069 consagrada como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), alterada depois em alguns dispositivos pela Lei 13.309, de 05.11.2017, que regulamenta, especificamente, o modelo de proteção integral preconizado na Convenção sobre os Direitos da Criança proclamados pela ONU - Organização das Nações Unidas (BRASIL, 1990). Em consonância com o Código Civil (BRASIL, 1916-2002) e a Constituição Federal (BRASIL, 1988), o Estado assume finalmente sua responsabilidade sobre a assistência à criança e ao adolescente, proclamando a família como base da sociedade e afirmando essas pessoas como sujeitos de Direito.

O Estatuto da Criança e do Adolescente veio substituir o Código de Menores (Lei nº 6.697/79) denominado de “Código Mello Mattos”, em homenagem ao autor do projeto, José Cândido de Albuquerque Mello Mattos. A Legislação estava voltada para as pessoas classificadas como “abandonadas”, “expostas”, “carentes” ou autoras de atos infracionais e, por isso, passíveis de tutela pela lei. A partir do “Estatuto da Criança e do Adolescente”, essas pessoas passaram a ser consideradas cidadãs em fase peculiar de desenvolvimento e, portanto, sujeitos de direitos e deveres. Para a efetivação desses direitos, o ECA estabeleceu um novo ordenamento institucional no qual foram criados órgãos responsáveis pelas políticas voltadas a esses segmentos etários (infanto-juvenil), através de um Sistema

de Garantia de Direitos do qual faz parte o “Conselho Tutelar” (FONSECA, 2016).

O novo Estatuto apresentava como objetivo, assegurar à criança e ao adolescente o desenvolvimento físico, mental, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade, além de destacar o direito de serem criados e educados no seio de sua família e – em caráter excepcional - em família substituta, que busque garantir a convivência familiar e comunitária para seu desenvolvimento (BRASIL, 1990).

Tais direitos são mencionados no artigo 227 da Constituição Federal, onde se depreende que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar a criança e o adolescente. Cumpre observar que a família, embora tenha um papel decisivo na formação e desenvolvimento desses indivíduos, por ser o primeiro grupo social de inserção do sujeito e ser uma fonte de promoção à saúde, em seu extremo, a família também pode favorecer a produção de doenças e inúmeros prejuízos para a criança e ao adolescente decorrentes das questões geradas pelo convívio social (BRASIL, 1988).

Quando esses Direitos Fundamentais da criança são violados, o abrigo institucional torna-se uma alternativa como medida de proteção oferecida pelo Estado (BRASIL, 1990). As instituições foram criadas para atender as crianças e adolescentes, que por alguma razão foram abandonados ou afastados da família, onde permanecerão - excepcionalmente, e em caráter provisório - até que possam retornar à família natural ou serem inseridos em outro lar, um lar substituto. Apesar das considerações divergentes, estudos demonstram que em situações graves na família, a instituição ainda pode ser a melhor opção de apoio e afeto para a criança.

Segundo Oriente e Souza (2007), não há dúvida de que o abrigo como instituição cumpre uma função social, porém, é importante refletir sobre a forma de subjetivação dessas crianças não em caráter individual, mas também no âmbito social em que se constituem, pois além da separação de sua família de origem, que muitas vezes ocorre de forma abrupta, passam pela experiência de conviver com pessoas totalmente estranhas, num ambiente compartilhado com outras tantas crianças também desconhecidas, sem abranger qualquer relação de pertencimento àquele espaço.

Ademais, em razão da burocracia do processo de reinserção da criança/adolescente, o abrigo que deveria ser provisório, pode tornar-se permanente. As crianças que são ignoradas pela família natural enfrentam a invisibilidade social e a incerteza quanto ao futuro. Ao Estado - objetivando minorar a situação das crianças e adolescentes nos abrigos por longos anos, sem que haja possibilidade de retorno às famílias de origem - não resta alternativa, a não ser a adoção, sobretudo pelo cumprimento da lei vigente que visa garantir a convivência familiar.



## 2.2 A Adoção e o Processo de Adoção no Brasil e Seus Desafios

A adoção, atualmente regida pela Lei 12.010, de 3 de agosto de 2009, chamada de “Lei Nacional da Adoção” se caracteriza como uma medida excepcional e irreversível, conforme dispõe a legislação em vigor (Arts. 9, 39, § 1º, ECA, 2009).

A adoção seria a última alternativa dentre as políticas públicas a serem tomadas, sempre no propósito de atender aos melhores interesses da criança e do adolescente. Para tanto, os Juízes, promotores e a Defensoria Pública devem esgotar todos os meios para a manutenção da criança ou adolescente com seus pais biológicos ou com a família natural, dando prioridade à reintegração da criança em seu ambiente familiar (MADALENO, 2018).

Para favorecer maior agilidade aos processos de adoção e diminuir o tempo de permanência nos abrigos, a “Lei Nacional de Adoção” criou o “Cadastro Nacional”, sendo mantido o cadastro em comarcas regionais, para facilitar o encontro de crianças e adolescentes aptas para adoção e de candidatos habilitados. A lei limita em 02 (dois) anos a permanência dos menores no programa de acolhimento, prorrogáveis em caso de necessidade (ECA Art. 19, §2º, BRASIL, 1990).

Na prática, entretanto, verificamos que o efeito foi inverso e as crianças e adolescentes ultrapassam esse tempo de permanência nos abrigamentos. Isto ocorre, em razão das tentativas do Estado de procurar a família de origem ou de aguardar que a mesma se recupere e venha buscar a criança, o que pode durar vários anos ou nunca acontecer. Nesse interim, os candidatos ou pretendentes à adoção, além de perderem as chances de compartilhar a primeira infância da criança, acabam desistindo do perfil escolhido. Quando finalmente disponibilizam a criança para adoção, há o risco de não haver mais interesse nesse processo, pois já estão com mais idade (DIAS, 2017, p. 508).

O candidato que demonstrar interesse em adotar, de acordo com a Lei Nacional de Adoção nº 12.010 de 2009 deverá comparecer a uma Vara da Infância e Juventude e habilitar-se e após o preenchimento dos requisitos legais e aprovação, inscrever-se no cadastro local e nacional de pretendentes, submetendo-se, em seguida, a cursos e avaliação psicossocial, visitas domiciliares e entrevistas técnicas com a equipe interprofissional do Judiciário. Nessa fase, o pretendente preencherá um cadastro descrevendo as características da criança ou adolescente que pretende adotar, apresentando suas expectativas e motivações em relação à adoção. O pretendente à adoção, considerado apto, permanecerá no cadastro aguardando ser chamado na hipótese do aparecimento de alguma criança ou adolescente com seu perfil, podendo visitar abrigos e instituições em busca deste encontro, desde que sigam as orientações legais (BRASIL 2009).

Após o deferimento do pedido de inscrição do pretendente e escolhido o perfil da criança ou adolescente, será promovido o obrigatório estágio de convivência - só podendo ser dispensado, segundo Gonçalves (2018, p.192) - “se o adotado estiver sob a tutela ou guarda legal do adotante durante tempo suficiente para que seja possível avaliar a

conveniência da constituição do vínculo”.

Durante esse período, os adotantes possuem a guarda legal da criança, que é provisória, podendo, mediante justificativa, ser revogada a qualquer momento. Durante o período de estágio de convivência, a lei permite a desistência, tendo em vista que ainda não ocorreu a adoção (ECA, Art. 34, § 2º; Art 35. BRASIL, 1990).

Ocorre, entretanto, de alguns adotantes aceitarem a criança ou adolescente e, após algum tempo de convivência, os devolverem. A ruptura desse vínculo é preocupante e merece atenção, não só por conta da violação dos direitos legais, mas pelo sofrimento que advém desse mecanismo de devolução ou restituição para solucionar um problema ou desconforto relacional (GHIRARDI, 2015).

### **3 I PSICOLOGIA E DIREITO: UM DIÁLOGO POSSÍVEL SOBRE O PROCESSO DE ADOÇÃO**

O procedimento de devolução da criança adotada, segue o mesmo processo de abandono de um filho biológico, ou seja, é recolocado numa instituição. Diante do que podemos observar na literatura, a devolução é uma realidade e, mesmo violando a lei, os magistrados se sentem obrigados a aceitar a criança ou adolescente e recolocá-los no abrigo para evitar que sua permanência no núcleo familiar possa trazer-lhes maiores sofrimentos, tornando-as, por vezes, vítimas de maus-tratos, abusos e humilhações (GONÇALVES, 2018).

Adotar uma criança ou adolescente, como defende Schettini Filho (2008, apud RIEDE; SARTORI, 2013), exige a consciência clara da maternidade/paternidade como condição para que o sonho da procriação afetiva se torne realidade tanto na vida dos pais quanto dos filhos. No início existe a fase do encantamento, mas passados os dias, meses e anos de relacionamento, ambos – adotantes e adotados – passam a viver de forma mais intimista e nesse período que a fantasia e a realidade estão frente a frente. No enfrentamento diário, tanto o filho como os pais começam a perceber que o desejado está muito além da realidade. Essa fase se delinea como o período das descobertas, das identificações, das diferenças e das afinidades, sendo necessária a busca de auxílio, sobretudo terapêutico, sob pena de tornar a convivência tão insuportável que pode resultar numa adoção fracassada, culminando na devolução do filho à instituição.

#### **3.1 Os Múltiplos Motivos para a Devolução da Criança**

No processo de adoção, os pais adotivos das crianças e adolescentes apresentam diversificados motivos para que ocorra a devolução ou retorno à instituição. Para Souza e Casanova (2018), a devolução do filho adotado representa um fracasso no processo, apesar de todo o empenho dos profissionais, assistentes sociais, psicólogos e técnicos do Judiciário, além dos cursos de preparação e entrevistas técnicas. Aventa-se a hipótese, que a longa espera dos pretendentes no processo de adoção, o período insuficiente de

convivência, aliados à imaturidade e despreparo emocional dos pais, bem como da criança e adolescente, contribuam para esse insucesso. Contudo, outros motivos são apontados como causas para a devolução, a começar pela expectativa dos pretendentes, afinal, algumas pessoas sonham e idealizam um filho de acordo com seu desejo (filho ideal), contudo, a expectativa pode não corresponder à realidade (filho real).

Diante desse contexto, é preciso verificar o quanto de investimento narcísico está por trás desse desejo subjetivo de adotar. As construções subjetivas se não identificadas, tendem a confundir as relações afetivas, pois espera-se o que não existe, sendo necessário no caso da adoção, realizar o luto do filho ideal para aceitar e amar aquela criança ou adolescente escolhida para adotar, com todas as suas características e dificuldades (SOUZA; CASANOVA, 2018).

Na literatura, percebemos que não são poucos os que recorrem à adoção, sustentados muitas vezes pelo sentimento de luto, pela experiência de abortos, perda de um filho ou como alternativa para a infertilidade (FRANCO, 2016).

Nessas hipóteses, cada vez que o adotante olha para o filho adotivo, lembra do seu luto e da criança que não gerou, contexto esse que o remete ao sofrimento e frustração. Nestes casos, às vezes, a devolução é inevitável, pois preferem devolver a criança a lembrar do seu fracasso biológico ou da criança com a qual sonharam ou idealizaram como sua, mas que não foi encontrada (SOUZA, 2012).

O aspecto físico da criança, a sua linguagem, o comportamento, o histórico de vida, a etnia e a origem, a sobrecarga de atividades, cansaço e desgaste físico diante do trabalho com alimentação, vida escolar, doenças, noites sem dormir, também incomodam alguns adotantes. Essa nova dinâmica familiar é um problema para alguns casais, que também se sentem invadidos na sua privacidade, alijados de sua liberdade. (SOUZA, CASANOVA, 2018).

Essa nova dinâmica familiar é um problema para alguns casais, que também se sentem invadidos na sua privacidade, alijados de sua liberdade. Quando possuem outros filhos, os pais podem se sentir ainda mais sobrecarregados por não saberem administrar as tarefas e, com alguma frequência, pode acontecer de precisarem lidar com aspectos afetivos relacionados aos irmãos, como o ciúme, a inveja e a resistência dos filhos gerados para com os adotados.

Outros motivos influenciam na devolução do filho adotivo à instituição, como por exemplo, a criança que começa a apresentar problemas de saúde ou doença crônica ao ser levada para casa, e os pais sentem-se inábeis para tratá-la. Nesse contexto, os pais costumam expressar também narrativas de que foram enganados, pois alegam não terem sido informados para se prevenir ou desistir antes do processo de adoção, justificando, por vezes, a falta de recursos financeiros para os cuidados necessários. Entre outras queixas dos pais que recorrem à devolução das crianças, estão relacionadas à sexualidade, ao mau comportamento, à mentira, à rebeldia, aos pequenos furtos, à desobediência, à testagem

de limites e à regressão psicológica, experimentada por algumas crianças (SOUZA, 2012).

Segundo Souza e Casanova (2018), a regressão psicológica é um “renascimento” da criança naquela família. A criança revive sua 1ª infância fazendo xixi na cama, querendo engatinhar, falar como um bebê, pede chupeta e mamadeira, entra na roupa da mãe fingindo que vai nascer de novo. É como se essas crianças estivessem expressando a oportunidade de renascer, recomeçar, repaginar sua pequena história. Embora seja um sinal positivo, muitos pais não aceitam essa situação e manifestam inabilidade em lidar com essa fase que, embora complexa, costuma ser breve.

As autoras alertam sobre outra situação comum, conhecida como *testagem*. Nesse contexto, a criança e o adolescente fazem de tudo para chamar à atenção dos pais e ver o limite deles para saber se são aceitos, principalmente, aqueles que já têm um histórico de outras devoluções, visto que já passaram por isso mais de uma vez.

Para Winnicott (2011), a *testagem* é um comportamento comum nas crianças e adolescentes. Nesse contexto, as mesmas apresentam a necessidade de testar seus pais para verificarem se podem confiar neles, e essa prática pode se perpetuar até idade mais avançada, até que se sintam mais seguros. Os adolescentes, por exemplo, testam suas ordens, suas regras, seus limites. A resposta provável para essa *testagem* pelos maiores é a descoberta de sentimentos e emoções fortes que os preocupam e, às vezes, os amedrontam. Dessa forma, é preciso testar os meios de segurança que recebeu desde a primeira infância, como também se configura como estratégia para voltarem a se sentir seguros e confiar plenamente.

No entanto, não apenas os adotantes apresentam motivos de retorno da criança ao abrigo, outras causas que norteiam a devolução, dessa vez, por parte dos adotados, como por exemplo: maus-tratos, abusos, negligência dos pais, saudades da instituição pelo tempo e familiaridade com esse espaço, falta dos companheiros ou irmãos que lá tenham deixado, além das fortes lembranças da família de origem. Além dos motivos expostos para o retorno ao abrigo, destaca-se também, a falta de adaptação às novas regras – que não raras vezes – promove no adotado sentimento de não pertença à nova família, como se fossem estranhos ao novo núcleo familiar. Assim, muitos adotados sentem que aquele novo grupo não se configura como sua família de verdade, provocando portanto, desconforto e angústia (SOUZA, 2012).

De acordo com Souza e Casanova (2018), a criança e adolescente recebem uma “surra emocional” e quanto maior for o adotado, maior será o trauma, além de contar com a frustração de perder a casa onde residia, a escola e os benefícios materiais. Em alguns casos, com a devolução, a criança fica provisoriamente, fora da nova lista de adoção com o objetivo de ser assistida pelos psicólogos e demais profissionais para superação da experiência vivida.

Não há dúvida de que a devolução seja um assunto delicado e complexo e nem toda criança consegue resilir frente à experiência da pós-adoção malsucedida. A maioria

carente de afeto não entende essa reincidência de abandono ou maus-tratos e revive o trauma do abandono, reeditando tantas vezes forem, as devoluções (SOUZA, 2014).

### **3.2 Contribuições da Psicologia e da Psicanálise no Processo de Adoção**

A dor e angústia causadas pelo sentimento de rejeição e a falta de compreensão do motivo que levou seus pais adotivos a devolvê-las, podem levá-las a estados emocionais imprevisíveis. Muitas crianças apresentam desde o quadro de depressão, baixa autoestima, medo, baixo desenvolvimento físico e cognitivo a doenças graves que ameaçam sua saúde. A criança pode entrar em crise, sentir-se humilhada, depreciada, perder a esperança, e ter medo de se apegar novamente (SOUZA, 2012).

A Autora Souza (2012) ilustra essa situação por meio de relato do caso de uma criança devolvida que, quando retornou à instituição, enfiou-se debaixo da cama e só saía para ir ao banheiro e alimentar-se. Destacamos também, o caso de um jovem que desenvolveu “cegueira emocional”, não conseguindo enxergar nada, mesmo tendo seus olhos clinicamente saudáveis. A falta de alguém a quem pudesse se apegar e que pudesse acolhê-lo exatamente como era, favoreceu o surgimento de sintomas bastante complexos.

A tristeza, a indignação e a revolta, também podem se expressar em crianças maiores e adolescentes que venham a apresentar comportamentos forjados para se defender do trauma do abandono, como: a indiferença, a frieza e entre outros, aparentando expressar hostilidade e agressividade. Essas crianças também podem manifestar o desejo de não serem adotadas, temendo uma nova desilusão e sofrimento.

## **4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante dos desafios no processo de adoção, que envolvem também aspectos psíquicos, como a idealização do filho desejado, a reedição de conflitos tanto dos adotantes quanto adotados, entre outras questões, evidencia-se a necessidade de ampliar ainda mais os diálogos entre o Direito, a Psicologia e suas abordagens, delimitando as fronteiras conceituais de cada área.

Conforme ressaltado, anteriormente, a figura da devolução do adotado não está previsto no ordenamento jurídico, posto que a adoção é medida excepcional e sua sentença constitutiva, irrevogável, conforme prevê o § 1º, do artigo 39 do Estatuto da Criança e Adolescente. Entretanto, cresce o número de adoções malsucedidas implicando em inevitáveis retornos das crianças às instituições, na maioria dos casos, com abalos emocionais podendo comprometer seu desenvolvimento, sobretudo, de uma nova socialização.

Nesse trabalho de resgate, várias situações podem emergir no *setting* terapêutico, como os medos e angústias ligados à separação, à desconfiança em estabelecer novos vínculos. Nesse contexto, o terapeuta ao mesmo tempo que ocupa lugar de fundamental importância para acolher essa carga afetiva e ajudar a criança no processo de elaboração,

também exercerá a função de anteparo tornando-se alvo das projeções dessas angústias e medos. É necessário que essas projeções ocorram no ambiente terapêutico com um profissional e não com os pais adotivos ou pretendentes à adoção durante o Estágio de Convivência. Essa proposta se justifica porque nem todos os pais estão suficientemente preparados, razão que influencia muitos candidatos a desistirem da adoção ou venham a devolver as crianças ao abrigo (PEITER 2016, p.57).

Assim, diante da complexidade e delicadeza do tema proposto, que suscita reflexões no âmbito jurídico e social, não se pretende concluir os diálogos aqui sugeridos, mas contribuir para novas pesquisas sobre as questões afetivas na devolução das crianças e adolescentes institucionalizados, a partir da interface entre o Direito e a área da Psicologia e Psicanálise.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto nº 17.943-A, de 12 de outubro de 1927. **Código de Menores. 1927.**

\_\_\_\_\_. Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal. 1940.**

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil. 1988.**

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. 1990.**

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Código Civil. 2002.**

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.010, de 03 de agosto de 2009. **Dispõe sobre adoção e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), Código Civil e Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT. 2009.**

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.509, de 22 de novembro de 2017. **Dispõe sobre adoção e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), Código Civil e Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT. 2009.**

Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA. **Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes.** Brasília. 2009. Disponível em: <[http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/conanda/orientacoes\\_tecnicas\\_crianca\\_adolescente\\_2009.pdf](http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/conanda/orientacoes_tecnicas_crianca_adolescente_2009.pdf)>. Acesso em 18 out.2019.

Conselho Nacional do Ministério Público - CNMP. **Relatório da Infância e Juventude - Relatório da Resolução nº 71/2011: Um olhar mais atento aos serviços de acolhimento de crianças e adolescentes no País.** Brasília: Conselho Nacional do Ministério Público, 2013. Disponível em: <<https://www.cnpm.mp.br/portal/institucional/3-noticias/todas-as-noticias/3702-cnpm-divulga-dados-sobre-acolhimento-de-criancas-e-adolescentes>>. Acesso em: 11 nov.2019.

DIAS, Maria Berenice. **Manual de Direito das Famílias** – 12.ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2017.

FRANCO, Leticia. A Adoção e a Devolução de Crianças e Adolescentes. **Jusbrasil**. 2016. Disponível em: <<https://leticiafse.jusbrasil.com.br/artigos/327552488/a-adocao-e-a-devolucao-de-criancas-e-adolescentes>>. Acesso em 02 abr.2018.

FONSECA, Júlia Brito. Código de Menores e o Estatuto da Criança e do Adolescente. **Jusbrasil**. 2016. Disponível em: <<https://juliabr.jusbrasil.com.br/artigos/155146196/codigo-de-menores-e-o-estatuto-da-crianca-e-do-adolescente>>. Acesso em: 29 mar.2018.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil Brasileiro**.vol.6. Direito de Família.15ªed. São Paulo: Saraiva, 2018.

GHIRARDI, Maria Luiza de Assis Moura. **Devolução de Crianças Adotadas: um Estudo Psicanalítico**. São Paulo: Primavera Editorial. 2015.

\_\_\_\_\_. Maria Luiza de Assis Moura; FERREIRA, Marcia Porto. **Laços e Rupturas: Leituras Psicanalíticas sobre Adoção e o Acolhimento Institucional**. São Paulo: Escuta. 2016.

MADALENO, Rolf. **Direito de Família**. 8. ed. Rio de Janeiro: Forense. 2018

MARCÍLIO, M. L. **História Social da Criança Abandonada**. São Paulo: HUCITEC. 1998.

ORIONTE, Ivana; SOUZA, Sonia Margarida Gomes. Viver em Abrigo: com a Palavra, a criança. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, 2 (1) Minas Gerais: 2007. Disponível em: <<https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/12artigo.pdf>>. Acesso em: 23 out.2019.

PEITER, Cynthia. **Adoção, Vínculos e Rupturas. Do Abrigo à Família Adotiva**.2 ed. São Paulo: Zagodoni Editora. 2016.

RIEDE, J.E.; SARTORI, G.L.Z. Adoção e os fatores de risco: do afeto à devolução das crianças e adolescentes. **Perspectiva**. URICER. Porto Alegre: 2013. Disponível em: <[http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/138\\_354.pdf](http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/138_354.pdf)>. Acesso em: 04 abr.2018.

SOUZA, Hália Pauliv de; CASANOVA, Renata Pauliv de Souza. **Adoção e a Preparação dos Pretendentes. Roteiro para o Trabalho nos Grupos Preparatórios**. Curitiba: Juruá, 2014.

\_\_\_\_\_. Hália Pauliv de; CASANOVA, Renata Pauliv de Souza. **Adoção e seus Desafios**. Curitiba: Juruá, 2018.

\_\_\_\_\_. Hália Pauliv de. **Adoção tardia: devolução ou desistência de um filho? A necessária preparação para adoção**. Curitiba: Juruá, 2012.

WINNICOTT, Donald Woods. **A Família e o Desenvolvimento Individual (Textos de Psicologia)**. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

## UMA PONTE ENTRE O PSÍQUICO E O SOMÁTICO: O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO COMO POSSIBILITADOR DA PROMOÇÃO DE SAÚDE

*Data de aceite:* 20/08/2021

*Data de submissão:* 06/08/2021

### **Carline Engel Krein**

Universidade Regional do Noroeste do Estado  
do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ.  
Santa Rosa – RS  
<https://orcid.org/0000-0002-2827-9627>

### **Valeska Schwarz Kucharski**

Universidade Regional do Noroeste do Estado  
do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ.  
Santa Rosa – RS  
<https://orcid.org/0000-0003-1255-8397>

### **Luciane Miranda**

Universidade Regional do Noroeste do Estado  
do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ.  
Santa Rosa – RS  
<https://orcid.org/0000-0001-6296-8234>

### **Bruna Sipp Rodrigues**

Universidade Regional do Noroeste do Estado  
do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ.  
Três de Maio - RS  
<https://orcid.org/0000-0002-3887-7559>

### **Tatiane Ströher Renz**

Universidade Regional do Noroeste do Estado  
do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ.  
Santa Rosa – RS  
<https://orcid.org/0000-0001-8809-5849>

### **Simoni Antunes Fernandes**

Universidade Regional do Noroeste do Estado  
do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ.  
Santa Rosa - RS  
<http://lattes.cnpq.br/1091407009808306>

**RESUMO:** Este trabalho visa compreender como a humanização pode contribuir na promoção da saúde de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto da saúde coletiva, com base no objetivo número três dos “17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)” da Organização das Nações Unidas em sua Agenda 2030, “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades” (ONU, 2015). Percebe-se que escutar mais do que a doença é um ato de humanização que pode criar possibilidades para uma promoção integral de saúde. Isso porque, ademais da promoção de saúde, por meio de práticas humanizadoras, cabe enfatizar a importância da garantia do acesso à saúde a todo e qualquer sujeito, independentemente do fator. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios norteadores – equidade, universalidade e integralidade (BRASIL, 2013) – é preciso, necessariamente, pensar na humanização da saúde pública. E, para isso, pensar o PNH (2005) enquanto política pública de saúde que fortalece o processo de humanização no sentido de proteger a continuidade das práticas para além de uma política de governo que corre o risco de se perder conforme a ideologia política daqueles que estão no poder, o que favorece a construção de uma prática sólida e em permanente evolução. Portanto faz-se necessário uma prática mais humanizada dentro dos serviços públicos através das políticas públicas aqui mencionadas para que, desse modo, haja maior promoção de saúde considerando o sujeito em sua integralidade.

**PALAVRAS - CHAVE:** Humanização; SUS; Psíquico; Físico; Integralidade.



## A BRIDGE BETWEEN THE PSYCHIC AND THE SOMATIC: HUMANIZATION PROCESS AS A POSSIBILITY IN HEALTH PROMOTION

**ABSTRACT:** This paper aim to comprehend how humanization can contribute in health promotion for the Unique Health System (SUS) users in the context of collective health, based on the third objective of “17 Sustainable Development Objectives (SDO)” from the United Nations in its calendar of 2030, “Ensure a healthy life and promote well-being for all the people, in all ages” (UN, 2015). It has been realized that listening to the human above their sickness is an act of humanization which can create possibilities to a full health promotion. In this regard, above health promotion, through humanizing practices, it should be emphasized the importance of health access guarantee for all individuals, regardless of factors. Considering the creation of Unique Health System (SUS) and its guiding principles – equity, universality and integrality (BRASIL, 2013) – It is necessary, thinking about public health’s humanization. To this end, it has been relevant thinking about PNH (2005) as a health public politic which empowers the humanization process with the intention of protecting the practices continuity apart from a government politic that risks to end according the politics ideas from those who are in the power, what benefits the construction of a solid practice that is constantly in evolution. Therefore, it has been necessary a most humanized practice inside public services through public politics which were mentioned previously, so, there can be a better health promotion considering an individual on its integrality.

**KEYWORDS:** Humanization; SUS; Psychic; Physic; Integrality.

### INTRODUÇÃO

O presente trabalho é resultado de estudos e pesquisas realizados no Grupo de Estudos de Saúde Coletiva, que se caracteriza como um projeto de caráter interdisciplinar desenvolvido no âmbito acadêmico da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ e integra os cursos de graduação de Psicologia, Educação Física e Pedagogia do campus Santa Rosa.

Desse modo, busca-se compreender como a humanização pode contribuir na promoção da saúde de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto da saúde coletiva, com base no objetivo número três dos “17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)” da Organização das Nações Unidas em sua Agenda 2030, “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades” (ONU, 2015),

### METODOLOGIA

O desenvolvimento deste estudo foi realizado por meio de uma pesquisa bibliográfica de natureza qualitativa, utilizando-se como ferramenta de coleta de dados uma revisão de artigos científicos disponibilizados nos buscadores de pesquisa online Google Acadêmico e Scielo. Além disso, foram utilizados livros de autores de cunho psicanalítico. Considerando

a relação com as políticas públicas, fez-se uso de decretos e documentos nacionais relacionados ao processo de humanização na saúde pública brasileira.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O sujeito não se trata apenas de um organismo biológico cujas funções são geneticamente determinadas, é mais amplo e mais integral, é a integração do psíquico no corpo. Assim como afirma Segre e Ferraz (1997) a saúde não está relacionada somente com a ausência de doença, mas considera o sujeito como um ser biopsicossocial, olhando-o de forma integral de acordo com as diretrizes do SUS. Nessa perspectiva, quando se fala de humanização não se trata de escutar e acolher um corpo adoentado ou a doença propriamente dita, mas sim, o sujeito em sua totalidade.

A relação dos aspectos psíquicos com o corpo foi pensada por Freud por meio das doenças nervosas e sintomas físicos apresentados por mulheres, o que se denomina histeria. Esta era uma doença que acometia o corpo, mas que não apresentava sinais orgânicos, como por exemplo paralisias, a partir de estudos realizados, percebe-se as influências do psíquico sob o corpo, produzindo sintoma neste. (GAY, 1923 [1989])

Torna-se importante mencionar que dentro de um corpo existe um sujeito, e tampouco a psique existiria sem o corpo, pois, o funcionamento psíquico emerge da função elaborativa das funções corporais, e assim constrói-se a noção de subjetividade e individualidade (LEO, VILHENA, 2010). Nesse sentido, ocorre uma desnaturalização do corpo não o reduzindo à dimensão orgânica. Logo há doenças que não se podem determinar um espaço neuroanatômico, confirmando a hipótese de que a etiologia dos sintomas histéricos era provinda de conflitos psíquicos (FREUD, 1996 [1901-1905]). Desse modo, o eu, contém os conteúdos psíquicos a partir de uma experiência do corpo, ele é subjetivado e funciona de acordo com o simbolismo e o manejo empregado nele.

O sintoma apresentado pelo corpo, trata-se de uma via inconsciente buscada pelo sujeito para obter de recursos e harmonizar seus conflitos interiores (SEGRE; FERRAZ, 1997) portanto, escutar mais do que a doença é um ato de humanização que pode criar possibilidades para uma promoção integral de saúde.

Portanto, ademais da promoção de saúde por meio de práticas humanizadoras, cabe enfatizar a importância da garantia do acesso à saúde a todo e qualquer sujeito, independentemente de qualquer fator. Desse modo, o psíquico e o físico aparecerão no contexto da saúde pública e poderão ser escutados em sua totalidade, não favorecendo um ponto de vista fragmentado perante ao sujeito.

O direito de acesso ao atendimento humanizado em saúde não é uma construção nova, as diretrizes propostas estão alinhadas na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, no artigo XXV, o qual define que todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive

alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis. Ancorados nessa ideia, pode-se afirmar que o direito à saúde está diretamente ligado ao direito à vida e, perante estes direitos, somos todos iguais e merecedores de um acesso digno e humanizado (ONU, 2009).

Todavia, antes da promulgação da Constituição de 1988 e da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 que deu início ao SUS, a saúde pública era um direito garantido apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social. A população restante dependia do sistema particular de saúde ou das entidades filantrópicas (BRASIL, 2013). Desta forma, saúde, para a maioria da população brasileira, não era um direito, mas caridade com caráter assistencialista.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios norteadores – equidade, universalidade e integralidade (BRASIL, 2013) – é preciso, necessariamente, pensar na humanização da saúde pública. Esta, entendida como “a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde” (BRASIL, 2013). Com base nisso, foi criada

“A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003 com o objetivo de corroborar com os princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), os quais preveem modelos respeitosos de atenção e gestão, incentivando trocas solidárias no âmbito do sistema de saúde” (CID et al 2019, p. 6).

O HumanizaSUS, forma que vem sendo chamado a PNH (2005), deixa evidente que um dos seus principais objetivos é adotar uma fundamentação que não esteja completamente atrelada a visão hospitalocêntrica, de medicalização da vida e que tende a confundir saúde e doença. Pensar a humanização da saúde, nos convoca a olhar para as diferenças sociais e culturais que atravessam a população brasileira. A PNH (2005) não diz respeito às práticas humanitárias da caridade, mas sim à uma nova prática que leva em consideração gestores, usuários e trabalhadores de forma a abranger as diversas áreas profissionais envolvidas; e essa transversalidade entre setores é indissociável para que a PNH (2005) seja possível e sustentável.

Dessa forma, podemos considerar que a humanização das práticas dentro do sistema de saúde não deve ser encarada como um simples projeto, mas como uma política pública que norteia e interliga as relações éticas dos profissionais da saúde em relação às subjetividades do usuário, que aproxima a promoção de saúde ao respeito às particularidades do sujeito. Pensar o PNH (2005) enquanto política pública de saúde fortalece o processo de humanização, no sentido de proteger a continuidade das práticas para além de uma política de governo que corre o risco de se perder conforme a ideologia política daqueles que estão no poder, o que favorece a construção de uma prática sólida e em permanente evolução.

Assim o papel de todos os envolvidos será trabalhar em conjunto visando um

tratamento mais humano, que acolhe os sofrimentos do paciente e que viabilize o diálogo sincero entre paciente e os membros de sua família, bem como com toda a equipe de saúde, gerando um vínculo terapêutico, fortalecedor e até mesmo restaurador, contribuindo profundamente para o processo de humanização (PESSINI, 2004).

Para tanto, não se pode desconsiderar o sofrimento do profissional da saúde no que se refere a falta de estrutura das instituições às quais se propõe a prática da humanização do atendimento. Cabe aqui ressaltar, que um olhar humanizado dentro destas não é uma prática fácil, pois o discurso atual apresenta indícios de desumanização, dificultando as mesmas.

Desse modo, apesar do SUS ter como princípio a integralidade e a formação dos profissionais que trabalham nesse contexto, entre outros, não é propício para isso, devido ao fato de que ainda há um modelo de assistência tecnicista e fragmentada no modelo biomédico, que apresente uma concepção de saúde atrelada ao cuidado do corpo doente, demonstrando assim uma falta de preparo dos profissionais para trabalhar de forma mais humanizada, fazendo a relação integral do corpo com o psíquico (CID et al, 2019). Portanto, considera-se que a formação dos profissionais da área da saúde tem sido guiada por modelos clínicos organicistas, dificultando assim a formação autônoma do conhecimento e uma visão integral do indivíduo. Nessa perspectiva, também cabe ressaltar que uma porcentagem considerável de profissionais de saúde não conhece a PNH, relatando despreparo para um trabalho humanizado (MARTINS et al 2008 apud CID et al, 2019).

Portanto, torna-se importante considerar a formação dos profissionais da saúde, porém ressaltar que a PNH tem por objetivo uma prática humanizadora não somente de profissional para o público, mas, considera-se relevante a saúde psíquica e física do profissional que fará o trabalho. Uma prática humanizadora refere-se a compreender as angústias ligadas ao adoecer, tanto do paciente quanto do profissional, podendo revelar os aspectos subjetivos da atuação profissional que dizem respeito ao sofrimento encontrado no trabalho, o qual acentua-se em um ambiente despreparado e desumanizado (CID et al, 2019). Sendo assim, pode-se questionar acerca da impossibilidade do cumprimento das diretrizes do SUS nas práxis, e de que forma pode-se possibilitar uma formação integral aos profissionais que assistem à população usuária do serviço público de saúde.

## CONCLUSÃO

Percebendo a importância de práticas humanizadas de promoção da saúde, documentos e diretrizes foram criados não apenas pelo SUS, mas como também pela ONU, ultrapassando fronteiras. Sendo estas ações com o objetivo principal de ofertar um serviço focado não apenas na doença, mas também na promoção de saúde e qualidade de vida. Considerando assim, questões subjetivas, sociais e culturais de todos os sujeitos envolvidos, sejam eles profissionais da saúde ou usuários do SUS, ou seja, para o humano

que somos, para o corpo que nos sustenta e para os cuidados indispensáveis, necessários à uma vida onde a saúde é tratada com a devida atenção.

Portanto, compreende-se que para atingir o objetivo número três do conjunto de Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) ” da Organização das Nações Unidas, em sua Agenda 2030, ao que se refere a “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades” (ONU, 2015), faz-se necessário uma prática mais humanizada dentro dos serviços públicos de saúde, para que desse modo, haja maior promoção de saúde considerando o sujeito em sua integralidade. Contudo, para que seja possível ofertar um SUS humanizado é preciso considerar o sujeito em sua integralidade e reinventar o processo de trabalho, considerando que todos indivíduos participem sendo agentes ativos nas mudanças do sistema de saúde, com ênfase para a humanização.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **A Humanização como política transversal na rede de atenção e gestão em saúde: Novo Momento da Política Nacional de Humanização.** Projeto -PNH/2005- 2006 Brasília: MS; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS.** (2013-2020). Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vacinacao/vacine-se/693-acoes-e-programas/40038humanizasus#:~:text=Produzindo%20mudan%C3%A7as%20nos%20modos%20de,a%20autonomia%20e%20a%20corresponsabilidade>>. Acesso em: 27 jul. 2020.

CID, Daren Priscila Tashima et al. **Elos entre a Psicologia e o trabalho humanizado na saúde:** compreensão, formação e práticas. Semina: Ciências Sociais e Humanas, Londrina, v. 40, n. 1, p. 5-24, jan./jun. 2019. Disponível em: <[Http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/34813/25392](http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/34813/25392)>. Acesso em: 27 jul. 2020.

FREUD, Sigmund. (1901-1905) **Um Caso de Histeria, Três Ensaios sobre Sexualidade e outros trabalhos.** Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Volume VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GAY, Peter. (1923). **Freud: Uma vida para o nosso tempo.** São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

LEO, Aline de.; VILHENA, Junia de. **A Dimensão Corporal da Experiência Psíquica.** Tempo Psicanalítico, Rio de Janeiro, v. 42. 1, pp. 151-170, 2010. Disponível em: <[Http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v42n1/v42n1a08.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v42n1/v42n1a08.pdf)>. Acesso em: 27 jul. 2020.

ONU. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: 17** Objetivos para transformar nosso mundo. Nações Unidas. Brasil, 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/>>. Acesso em: 13 jul. 2020.

\_\_\_\_\_. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** Assembleia Geral das Nações Unidas. Brasil, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2020.

PESSINI, L. Humanização da dor e sofrimento humano na área de saúde. In: \_\_\_\_\_; BERTACHINE, L. (Org.). **Humanização e Cuidados paliativos**. 2. ed. São Paulo: Loyola, pp. 11-30, 2004.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. **O conceito de saúde**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, Oct. 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 jul. 2020.

# CAPÍTULO 27

## ANSIEDADE PRÉ – COMPETITIVA E AUTOCONFIANÇA EM MODALIDADE DE ESPORTE COLETIVO

Data de aceite: 20/08/2021

Data da submissão: 04/06/2021

**Andréia Maria Bernardt**

Universidade do Oeste de Santa Catarina  
Joaçaba - Santa Catarina  
<http://lattes.cnpq.br/8966753353996492>

**Scheila Beatriz Sehnem**

Universidade do Oeste de Santa Catarina  
Joaçaba - Santa Catarina  
<http://lattes.cnpq.br/5089854289330165>

**RESUMO:** Independente do nível do atleta e idade, a ansiedade é um dos fatores psicológicos mais frequentes no universo esportivo, justificado pela busca do alto rendimento que se expressa por meio de cobranças, pressão por resultados e treinos exaustivos. A presente pesquisa teve como objetivo identificar o nível da ansiedade pré-competitiva e autoconfiança em modalidade de esporte coletivo. Fizeram parte enquanto sujeitos, onze atletas de uma modalidade esportiva coletiva do gênero masculino, com idades entre 12 e 14 anos. Os instrumentos utilizados foram: entrevista semiestruturada e o questionário CSAI-2 (Competitive State Anxiety Inventory - 2). O presente estudo verificou que os atletas apresentaram nível baixo de ansiedade somática e cognitiva e nível médio alto de autoconfiança confirmando o que é descrito pela literatura quando se refere a esportes coletivos.

**PALAVRAS - CHAVE:** Ansiedade Pré – Competitiva. Autoconfiança. Ansiedade

Cognitiva. Ansiedade Somática.

### PRE COMPETITION ANXIETY AND SELF CONFIDENCE IN COLLECTIVE SPORTS.

**ABSTRACT:** Regardless of the athlete's level and your age, the anxiety is one of the most frequent psychological factors in the sports universe, justified because the high performance expressed through demands, pressure for results and exhausting training. This research aimed to identify the level of pre competition anxiety and self confidence in a collective sport modality. This research was part eleven male athletes from a collective sport modality, with age between 12 and 14 years. The instruments used were: semi-structured interview and CSAI-2 (Competitive State Anxiety Inventory - 2) questionnaire. The present study verified that the athletes had a low level of somatic and cognitive anxiety and a high average level of self-confidence, confirming that is described in the literature when referring to team sports.

**KEYWORDS:** Pre Competitive Anxiety / Self confidence/ Cognitive Anxiety/ Somatic Anxiety.

### 1 | INTRODUÇÃO

O esporte faz parte da história da humanidade seja ele coletivo ou individual, desde os jogos olímpicos da antiguidade até os jogos modernos. Nesse processo de transição muitos avanços são verificados ao analisarmos as competições atuais em que as mais diversas modalidades são prestigiadas pelo alto nível de performance dos atletas (SONOO et. al,

2010). O esporte competitivo de alto rendimento apresenta particularidades como confronto, demonstração, comparação e avaliação constante de seus participantes, fazendo da competição em si um momento de comparação de performances com algum padrão já existente (DE ROSE JÚNIOR & VASCONCELLOS, 1997 apud GONÇALVES; BELO, 2007).

Para Likuza et.al (2005) nesse ambiente de performance e comparação os fracassos não podem ser atribuídos a agentes misteriosos ou à má sorte. Mas sim, considerar as variáveis psicológicas como representativas dos vários domínios do esporte de rendimento.

O esporte é um meio no qual se vivencia as emoções com muita intensidade. As competições despertam sentimentos não só nos atletas como também nos espectadores. Os processos emocionais podem acompanhar de forma regular e apoiar a ação esportiva, mas também podem perturbá-la ou até impedi-la, alterando o estado de ansiedade do atleta (COZZANI; MACHADO, 1997 apud INTERDONATO, 2010).

Para Smith; Smoll e Wiechman (1998 apud INTERDONATO, 2010) a ansiedade é uma resposta emocional aversiva ao estresse, que resulta de uma avaliação de ameaça sendo caracterizada por sentimentos subjetivos.

Dessa maneira o estudo da ansiedade competitiva tem merecido a atenção de inúmeros pesquisadores, constituindo-se como uma das principais variáveis investigadas no contexto esportivo (Jones, 1995; Woodman & Hardy, 2001 apud FERNANDES; VASCONCELOS-RAPOSO; FERNANDES, 2012).

Independentemente do nível do atleta e idade, a ansiedade é um dos fatores psicológicos mais frequentes no esporte competitivo de alto rendimento (SMITH; SMOLL; WIECHMAN, 1998 apud INTERDONATO, 2010). Assim, tem sido um dos campos mais abordados pela Psicologia do Desporto (CRUZ, 1996b; SCANLAN, 1984 apud BARBACENA; GRISI, 2008).

Outro fator presente no âmbito esportivo é a autoconfiança, que de acordo com Gouvêa (2003) é um dos fatores psicológicos que mais frequentemente pode influenciar na execução esportiva, sendo considerado foco primário na investigação de diversos psicólogos do esporte.

Conforme Lente, Hackett, Brown (2004 apud VIEIRA et. al, 2011), “a confiança do atleta em sua capacidade para desempenhar com sucesso determinada tarefa ou conjunto de tarefas ajuda a determinar se ele irá iniciar, perseverar e ser bem-sucedido em determinados desempenhos.”

Diante disso, o objetivo desta pesquisa foi: identificar o nível da ansiedade pré-competitiva e autoconfiança em modalidade de esporte coletivo. Esta pesquisa mostrou-se muito importante diante da escassez de dados desta natureza.

## **1.1 Ansiedade Pré - Competitiva**

O termo ansiedade é descrito por Castillo (et al., 2000) como um sentimento vago e desagradável de medo e apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de



antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho.

Weinberg e Gould (2001 apud SILVA et al., 2014) apontam ainda que há um componente de pensamento chamado de ansiedade cognitiva, e outro, de ansiedade somática.

A ansiedade cognitiva diz respeito às expectativas negativas, por parte do atleta, acerca de seu desempenho, enquanto a ansiedade somática se refere aos aspectos fisiológicos da experiência de sentir-se ansioso, os quais provocam diretamente alteração da função autonômica. (FERNANDES; VASCONCELOS-RAPOSO; FERNANDES, 2012).

Ainda em relação à ansiedade, dois conceitos são empregados: ansiedade-traço e ansiedade-estado. Para De Rose Junior e Vasconcellos (1997 apud CONSTANTINO; PRADO; LOFRANO-PRADO, 2010), a ansiedade-traço está relacionada à personalidade, é uma característica permanente; já a ansiedade-estado é um componente em constante variação, que depende das circunstâncias.

Spielberger; Gorsuch; Lushene (1979 apud SILVA et al., 2014, p. 586) afirmam que ansiedade-traço refere-se a uma disposição pessoal, é relativamente estável, a pessoa responde com ansiedade a situações estressantes e têm a tendência de perceber situações diferentes como mais ou menos ameaçadoras, dependendo das experiências pessoais vividas. No caso da ansiedade-estado, trata-se de um estado emocional transitório, caracterizado por sentimentos subjetivos de tensão e que variam de intensidade ao longo do tempo.

Em situações pré-competitivas, inúmeras causas podem levar ao aumento dos níveis de ansiedade, como, por exemplo, o temor do fracasso, a cobrança pela vitória, pressões da sociedade, mídia, técnicos e familiares, entre outros (CRATTY, 1984; FERREIRA et al., 2010; SONOO et al., 2010 apud SILVA et al., 2014).

Atletas com altos níveis de ansiedade podem apresentar dificuldades na coordenação, falta de concentração, maior dispêndio energético e até mesmo alteração da atenção. Desta forma é importante que seja identificado o nível, bem como a maneira de manifestar-se: cognitiva e ou somática (WEINBERG; GOULD, 2001 apud CONSTANTINO; PRADO; LOFRANO-PRADO, 2010).

Freschknecht (1990 apud ALEXANDRE, 2010, p.26) “afirma que a ansiedade pré-competitiva é, atualmente, um tópico de discussão muito presente nos meios relativos às atividades esportivas”.

Para Samulski (1995 apud ALEXANDRE, 2010), esse estado apresenta características específicas. Do ponto de vista psicológico observa-se que há antecipação da competição e conseqüentemente antecipação das oportunidades, riscos e conseqüências. Geralmente surgem então os medos e temores que se manifestam não somente em processos cognitivos, mas também podem produzir reações motoras e emocionais.

## 1.2 Autoconfiança

O termo autoconfiança é entendido por Cruz (1996 apud ALEXANDRE, 2010) como falta de confiança, ou seja, pouca confiança nas próprias capacidades manifestadas por meio de expectativas negativas ou por dúvidas, e ou confiança excessiva. Na opinião desse autor, o nível ótimo de autoconfiança deve-se situar entre esses dois extremos.

Para Frischknecht (2014), “A autoconfiança pode ser definida como a crença do indivíduo de que será bem-sucedido. No contexto esportivo, se refere à crença ou o grau de certeza do atleta de que suas habilidades estão de acordo com as demandas para alcançar sucesso neste campo.”

Para Vasconcelos-Raposo et al. (2007), essa dimensão pode também ser considerada uma componente cognitiva, oposta ao estado de negativismo, ou seja, é vista como a ausência de pensamentos negativos. Segundo Vealey e Chase (2008 apud FRISCHKNECHT, 2014), a autoconfiança pode afetar diretamente os comportamentos, as cognições e emoções dos atletas. Porém, pesquisas têm indicado que a autoconfiança tem contribuído para o controle do estresse e da ansiedade, condições importantes para o alcance de resultados favoráveis nas competições (JONES; HANTON; SWAIN, 1994; HANTON, MELLA-LIEU; HALL, 2004; MELLALIEU; HANTON; THOMAS, 2008; FILAIRE et al., 2009; LIZ et al., 2009 apud FRISCHKNECHT, 2014).

## 2 | MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, que segundo Cervo e Bervian (1996), é um estudo que tem como objetivo se familiarizar com o fenômeno, a fim de se obter uma nova percepção deste para que se possa descobrir novas ideias.

Fizeram parte enquanto sujeitos 11 atletas de uma modalidade esportiva coletiva do gênero masculino, com idades entre 12 e 14 anos.

Os instrumentos utilizados nesta pesquisa foram: entrevista semiestruturada elaborada pela pesquisadora a fim de se caracterizar o perfil dos atletas e o questionário Competitive State Anxiety Inventory - 2 (CSAI-2) (MARTENS et al., 1990 apud LAVOURA; MACHADO, 2006), utilizado para medir o nível de ansiedade (somática e cognitiva) e o nível de autoconfiança, composto por 27 questões e divididas em 3 subescalas, nas quais o sujeito opta por 1 = nada, 2 = alguma coisa, 3 = moderado e 4 = muito, de acordo com a pergunta.

A pontuação das três subescalas (ansiedade cognitiva, somática e a autoconfiança) foi obtida pelo somatório das respostas, com pontuações que poderiam variar de 9 a 36, de acordo com o instrumento. Para uma melhor compreensão dos resultados, categorizaram-se os dados da ansiedade cognitiva, somática e autoconfiança em baixa, de 9 a 18 pontos, média, de 19 a 27 pontos, e alta, de 28 a 36 pontos.

As entrevistas foram realizadas de modo individual e a aplicação do CSAI-2 foi de

maneira coletiva. Destaca-se que os instrumentos foram aplicados 30 minutos antes do início da competição.

### 3 | ANÁLISE E DISCUSSÃO

A partir da aplicação do CSAI-2 e da entrevista semiestruturada foi possível verificar e caracterizar o perfil dos atletas, bem como identificar e descrever o nível da ansiedade pré-competitiva/cognitiva, somática e autoconfiança em modalidade de esporte coletivo.

#### 3.1 Perfil dos Atletas

A idade dos atletas variou de 12 a 14 anos, todos do gênero masculino; 63% (7) dos atletas têm 14 anos, 27% (3) têm 12 anos e 10% (1) tem 13 anos. Em relação à idade em que iniciaram o treinamento se verificou que variou de 9 a 14 anos, visto que 45% (5) iniciaram com 11 anos, 27% (3) com 13 anos, 18% (2) com 9 anos e 10% (1) com 14 anos, destacando-se que eles treinam de duas a quatro vezes por semana.

Segundo dados do Ministério do Esporte do Brasil, no que se refere à idade de início no esporte, verificou-se que 37,9% dos brasileiros iniciam entre 6 e 10 anos de idade e 31,4% entre 11 e 14 anos de idade; no gênero masculino esse percentual de início no esporte é maior na faixa etária que compreende entre 6 e 10 anos de idade, com 41,6% para 29,7% no gênero feminino (MINISTÉRIO DO ESPORTE, 2015). Para De Rose Júnior e Vasconcellos (1997) e Gill e Deeter (1988) apud Gonçalves e Belo (2007), deve-se considerar a idade dos atletas, uma vez que a literatura tem demonstrado que os mais jovens podem ainda não se encontrar tão preparados diante de muitas cobranças e pressões do esporte de competição.

Em relação ao tempo em que os atletas já praticam o esporte coletivo, verificou-se que: 45% (5) estão há três anos, 27% (3) estão há um ano, 18% (2) estão há dois anos e 10% (1) está há nove meses. Destaca-se que, 10 dos 11 atletas já participam de competições há mais de um ano, visto que apenas um estreou em sua primeira competição.

De acordo com De Rose Júnior e Vasconcellos (1997) e Detanico e Santos (2005) apud Gonçalves e Belo (2007), quanto menos vivência e experiência no esporte de competição, individual ou coletivo, maior será a probabilidade de um jovem atleta demonstrar ansiedade no contexto esportivo. Por outro lado, quanto mais experiência e vivência o jovem atleta possuir, mais elaboradas serão as suas estratégias de enfrentamento quando surgirem as situações ansiosas no esporte de competição (GONÇALVES; BELO, 2007).

Em relação à composição familiar todos os atletas têm pai, mãe e irmãos, 45% (5) residem com seus pais e irmãos, 45% (5) residem somente com a mãe e 10% (1) reside somente com o pai. No que se refere à renda familiar, verificou-se que variou de um salário mínimo (R\$ 880,00) a três salários mínimos (R\$ 2.640,00).

### 3.2 Ansiedade Pré – Competitiva e Autoconfiança

Do ponto de vista psicológico, a ansiedade pré-competitiva trata-se de um estado que se caracteriza pela antecipação da competição, e consequentemente pela antecipação das situações de jogo (oportunidade, erros e acertos) e consequências, podendo alterar o desempenho dos atletas (SAMULSKI, 1995 apud SILVA et al., 2014).

A autoconfiança, de acordo com Martens (1990 apud ALEXANDRE, 2010), “deverá ser encarada como a inexistência de ansiedade cognitiva, sendo que a ansiedade cognitiva será vista como a falta de autoconfiança.”

Variável	Baixo	Médio	Alto
Ansiedade Cognitiva	73%	27%	0%
Ansiedade Somática	73%	27%	0%
Autoconfiança	10%	54%	36%

Tabela 1 – Nível da ansiedade cognitiva, ansiedade somática e autoconfiança.

Fonte: os autores.

Verifica-se na Tabela 1 que 73% (8) dos atletas em relação à ansiedade cognitiva se encontram classificados em nível baixo, indicando que se sentem seguros, sem a presença de temores e medos relacionados à atuação, concentração e performance na competição. Percebeu-se que somente 27% (3) dos atletas ficaram classificados em nível médio, podendo, dessa maneira, vir a apresentar medo, insegurança e temor relacionados à atuação, à concentração, à performance e aos objetivos a serem alcançados durante a competição.

Moraes (1998 apud LAVOURA, BOTURA, MACHADO, 2006, p. 76) afirma que a “ansiedade cognitiva relaciona-se com pensamentos duvidosos a respeito de atingir o objetivo de uma vitória ou conquista, ou seja, expectativas e auto-avaliação negativas que levam o indivíduo ao fracasso.”

Em relação à ansiedade somática 73% (8) dos atletas encontram-se classificados em nível baixo, indicando que não apresentam tensão, mãos úmidas, agitação, sensação de nó no estômago, aceleração do batimento cardíaco, rigidez corporal e nervosismo. Por outro lado, 27% (3) dos atletas ficaram classificados em nível médio, podendo, dessa maneira, apresentar os sintomas descritos no decorrer da competição.

A ansiedade somática, de acordo com Moraes (1998 apud LAVOURA, BOTURA, MACHADO, 2006), refere-se à autopercepção dos elementos fisiológicos provenientes da ansiedade como: aumento da pressão arterial e de batimentos cardíacos, tensão muscular, perda do controle motor, tremedeira, suor na mão, palidez facial, entre outros, ou seja, a ansiedade somática se expressa fisicamente.

Gonçalves e Belo (2007) afirmam que os estudos têm demonstrado que os atletas que apresentam menores índices de ansiedade são aqueles que praticam esportes

coletivos, uma vez que a presença dos companheiros de equipe diminui a responsabilidade individual diante dos resultados das competições.

Os dados encontrados por Gonçalves e Belo (2007) já foram descritos por Zeng (2003 apud ALEXANDRE, 2010), em que, segundo o autor, os atletas de esportes coletivos têm menores níveis de ansiedade somática quando comparados com atletas de esportes individuais.

Alexandre (2010) ressalta que existe uma relação entre baixa ansiedade cognitiva e autoconfiança, uma vez que, de acordo com Martens (1990 apud ALEXANDRE, 2010), “a ansiedade cognitiva é vista como a ausência de autoconfiança ou vice-versa, ou seja, a autoconfiança se caracteriza por baixa ansiedade cognitiva.” Isso foi possível observar neste estudo, uma vez que a ansiedade cognitiva ficou classificada no nível baixo e a autoconfiança no nível alto.

Já no que se refere à autoconfiança, verificou-se que 54% (6) dos atletas foram classificados no nível médio e 36% (4) no nível alto indicando que eles se sentem seguros, relaxados e confiantes em suas performances, bem como acreditam que vão superar os desafios e dessa maneira alcançar os objetivos durante a competição. Percebeu-se que somente 10% (1) dos atletas ficou classificado em nível baixo, indicando a falta de confiança em alcançar os objetivos, bem como a presença de dúvidas relacionadas à performance e aos desafios presentes durante a competição.

Han (1996) e Chapman et al. (1997) apud Januário et al. (2009) observaram em seus estudos que baixos níveis de ansiedade-estado somática e cognitiva estão associados a altos níveis de autoconfiança, ou seja, quanto menores forem os níveis de ansiedade e maiores os níveis de autoconfiança dos atletas, melhores serão os seus resultados esportivos.

A literatura tem verificado que atletas autoconfiantes tendem a se sentirem à vontade diante de situações competitivas, concentrar-se melhor nos seus pontos fortes, bem como nas tarefas que os levam a alcançar melhores performances (BANDURA, 1977; VEALEY, 1986, 2003; MARTIN, 2001; KARA-GEORGHIS; TERRY, 2011; WEINBERG; GOULD, 2011 apud FRISCHKNECHT, 2014).

Porém, Weinberg e Gould (2011 apud FRISCHKNECHT, 2014) alertam que os atletas devem apresentar um nível equilibrado de autoconfiança, pois problemas de desempenho podem surgir se a auto- confiança estiver muito acima ou muito abaixo.

## 4 | CONCLUSÃO

O presente estudo verificou que a idade dos atletas variou de 12 a 14 anos, que todos são do gênero masculino, visto que 63% (7) dos atletas têm 14 anos, 27% (3) têm 12 anos e 10% (1) tem 13 anos; em relação à idade em que iniciaram o treinamento, verificou-se que variou de 9 a 14 anos, visto que 45% (5) iniciaram com 11 anos, 27% (3) com 13

anos, 18% (2) com 9 anos e 10% (1) com 14 anos. Destaca-se que eles treinam de duas a quatro vezes por semana.

Em relação ao tempo em que os atletas já praticam o esporte coletivo, verificou-se que 45% (5) estão há três anos, 27% (3) estão há um ano, 18% (2) estão há dois anos e 10% (1) está há nove meses. Destaca-se que 10 dos 11 atletas já participam de competições há mais de um ano, visto que apenas um estreou em sua primeira competição.

No que se refere à composição familiar todos os atletas têm pai, mãe e irmãos, 45% (5) residem com seus pais e irmãos, 45% (5) residem somente com a mãe e 10% (1) residem somente com o pai. No que se refere à renda familiar, verificou-se que variou de um salário mínimo (R\$ 880,00) a três salários mínimos (R\$ 2.640,00).

De maneira geral, no que se refere à ansiedade cognitiva e somática, verificou-se que 73% (8) dos atletas se encontram classificados em nível baixo e 27% (3) classificados em nível médio, indicando que eles se sentem seguros, sem a presença de temores e medos relacionados à atuação, concentração e performance na competição, bem como não apresentam tensão, mãos úmidas, agitação, sensação de nó no estômago, aceleração dos batimentos cardíacos, rigidez corporal e nervosismo.

Já no que se refere à autoconfiança, identificou-se que 54% (6) dos atletas foram classificados no nível médio e 36% (4) no nível alto, indicando que eles se sentem seguros, relaxados e confiantes em suas performances, bem como acreditam que vão superar os desafios e, dessa maneira, alcançar os objetivos durante a competição. Percebeu-se que somente 10% (1) dos atletas ficou classificado em nível baixo, indicando a falta de confiança em alcançar os objetivos, bem como a presença de dúvidas relacionadas à performance e aos desafios presentes durante a competição. Destaca-se que esse atleta em questão estava participando de sua primeira competição, dessa maneira, talvez a falta de experiência e vivência em competições possa ter interferido em seus resultados.

Os dados encontrados nesta pesquisa foram os esperados de acordo com a literatura no que se refere a esportes competitivos coletivos, uma vez que a ansiedade pré-competitiva, de maneira geral, ficou classificada em nível baixo, e a autoconfiança, em nível médio alto.

Outro dado encontrado já confirmado pela literatura foi a relação entre ansiedade cognitiva baixa e autoconfiança alta, uma vez que a ansiedade cognitiva é vista como a ausência de autoconfiança ou vice-versa, ou seja, a autoconfiança se caracteriza por baixa ansiedade cognitiva.

## REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, B. **Ansiedade pré-competitiva em modalidades de esporte coletivo e individual**. 2010. 56 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia)–Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2010. Disponível em: <<http://www.bib.unesc.net/biblioteca/sumario/000043/000043FE.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2015.
- BARBACENA, M. M.; GRISI, R. N. de F. Nível de ansiedade pré-competitiva em atletas de natação. Artigo conexões, **Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP**, Campinas, v. 6, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://fefnet178.fef.unicamp.br/ojs/index.php/fef/article/view/209/165>>. Acesso em 04 jul. 2015.
- FERNANDES, M. G.; VASCONCELOS-RAPOSO, J.; FERNANDES, H. M. Propriedades psicométricas do CSAI-2 em atletas brasileiros. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 25, n. 4, p. 679-687, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pi-d=S0102-79722012000400007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi-d=S0102-79722012000400007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 04 jul. 2015.
- FRISCHKNECHT, G. **Evidências de relação preditiva entre autoconfiança e resultados competitivos de atletas**. 2014. 127 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia)–Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/123191/326456.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 29 ago. 2016.
- GONÇALVES, M. P.; BELO, R. P. Ansiedade-traço competitiva: diferenças quanto ao gênero, faixa etária, experiência em competições e modalidade esportiva em jovens atletas. **PsicoUSF**, Itatiba, v. 12, n. 2, dez. 2007. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pi-d=S1413-82712007000200018&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pi-d=S1413-82712007000200018&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 04 jul. 2015.
- GOUVÊA, F. C. Análise da auto-eficácia em atletas de modalidades individuais e coletivas. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, v. 2, n. 2, p. 45-60, 2003. Disponível em: <<http://editorarevis-tas.mackenzie.br/index.php/remef/article/view/1331/1037>>. Acesso em: 04 jul. 2015.
- INTERDONATO, G. C. et. al. Análise da ansiedade traço competitiva em jovens atletas. **Conexões**: Revista da Faculdade de Educação Física da Unicamp, Campinas, v. 8, n. 3, p. 1-9, set./dez. 2010. Disponível em: <<http://conexoes.fef.unicamp.br/ojs/index.php/fef/article/view/496/346>>. Acesso em: 04 jul. 2015.
- JANUÁRIO, M. da S. et al. Ansiedade e autoconfiança dos atletas classificados e não classificados para a Seleção Brasileira Olímpica de taekwondo. **Revista Digital**, Buenos Aires, año 14, n. 132, mayo 2009. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd132/ansiedade-e-autoconfianca-dos-atletas-de-taekwondo.htm>>. Acesso em: 29 ago. 2016.
- LAVOURA, T. N.; BOTURA, H. M. L.; MACHADO, A. A. Estudo da ansiedade e as diferenças entre os gêneros em um esporte de aventura competitivo. **Revista Brasileira de Educação Física, Esporte, Lazer e Dança**, v. 1, n. 3, p. 74 -78, set. 2006. Disponível em: <[http://esportes.universoef.com.br/container/gerenciador\\_de\\_arquivos/arquivos/354/esportes-aventura.pdf](http://esportes.universoef.com.br/container/gerenciador_de_arquivos/arquivos/354/esportes-aventura.pdf)>. Acesso em: 24 out. 2016.
- LIZUKA, C. A. et al. Controle da Ansiedade em mesa-tenistas e a sua relação com o desempenho esportivo. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, ano 4, n. 4, 2005. Disponível em: <<http://edito-rarevistas.mackenzie.br/index.php/remef/article/view/1313/1029>>. Acesso em: 04 jul. 2015.

MINISTÉRIO DO ESPORTE. **Diesporte – Diagnóstico Nacional do Esporte** – Caderno I. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <[http://www.esporte.gov.br/diesporte/diesporte\\_grafica.pdf](http://www.esporte.gov.br/diesporte/diesporte_grafica.pdf)>. Acesso em: 14 out. 2016.

SILVA, M. M. F. da et al. Ansiedade e desempenho de jogadoras de voleibol em parti- das realizadas dentro e fora de casa. **Rev. Educ. Fis. UEM**, Maringá, v. 25, n. 4, p. 585- 596, dez. 2014 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pi- d=S1983-30832014000400585&Ing=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi- d=S1983-30832014000400585&Ing=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 04 jul. 2015.

SONOO, C. N. et al. Ansiedade e desempenho: um estudo com uma equipe infantil de voleibol feminino. **Motriz**, Rio Claro, v. 16, n. 3, p. 629-637, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/mo- triz/v16n3/a10v16n3.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2015.

VASCONCELOS-RAPOSO, J. et al. Intensidade do Negativismo e Autoconfiança em Joga- dores de Futebol Profissionais Brasileiros. **Motri**, Santa Maria da Feira, v. 3, n. 3, p. 7-15, jul. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pi- d=S1646-107X2007000300002&Ing=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pi- d=S1646-107X2007000300002&Ing=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 ago. 2016.

VIEIRA, L. F. et al. Autoeficácia e nível de ansiedade em atletas jovens do atletismo para- naense. **Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum.**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 183- 188, jun. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pi- d=S1980-00372011000300004&Ing=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi- d=S1980-00372011000300004&Ing=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 04 jul. 2015.



## **SOBRE O ORGANIZADOR**

**EZEQUIEL MARTINS FERREIRA** - Possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2011), graduação em Pedagogia pela Faculdade de Ciências de Wenceslau Braz (2016) e graduação em Artes Cênicas pela Universidade Federal de Goiás (2019). Especializou-se em Docência do Ensino Superior pela Faculdade Brasileira de Educação e Cultura (2012), História e narrativas Audiovisuais pela Universidade Federal de Goiás (2016), Psicopedagogia e Educação Especial, Arteterapia, Psicanálise pela Faculdade de Tecnologia e Ciências de Alto Paranaíba (2020). Possui mestrado em Educação pela Universidade Federal de Goiás (2015). É doutorando em Performances Culturais pela Universidade Federal de Goiás. Atualmente é professor na FacUnicamps, pesquisador da Universidade Federal de Goiás e psicólogo clínico - ênfase na Clínica Psicanalítica. Pesquisa nas áreas de psicologia, educação e teatro e nas interfaces fronteiriças entre essas áreas. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicanálise, atuando principalmente nos seguintes temas: inconsciente, arte, teatro, arteterapia e desenvolvimento humano.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Adolescência 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 32, 109, 110, 111, 113, 114, 138, 152, 165, 167, 168, 172, 173, 214, 234

Adulto Mayor 11, 99, 100, 106

Ansiedade 14, 5, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 31, 32, 34, 35, 37, 43, 44, 45, 56, 60, 62, 86, 132, 164, 169, 173, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328

Aspectos Psicossociais 14, 288, 289, 290, 291, 295, 296

Autoconfiança 14, 142, 319, 320, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328

Avaliação Psicológica 157, 158, 160

### C

Câncer infantil 14, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 296, 297, 298

Concepção 13, 186, 217, 218, 219, 220, 222, 223, 225, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 236, 237, 245, 246, 259

Conceitos Temporais 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 196, 197, 198, 200, 204

Contos de Fadas 10, 1, 2, 3, 4, 7, 8, 11

Controle Aversivo 11, 75, 76, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 87, 88, 89, 90

Crenças em Saúde 164

Crenças infantis 13, 217, 220, 223, 229, 234

### D

Depresión 11, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106

Depressão 13, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 37, 53, 56, 60, 62, 81, 82, 83, 100, 109, 112, 113, 132, 151, 152, 161, 164, 169, 172, 175, 178, 179, 180, 185, 186, 279, 290, 294, 309

Desenvolvimento e Adaptação cultural 242

Diabetes Mellitus 164, 165, 175

### E

Educação Profissional 115

Educar para a Saúde 136, 137

Ensino-Aprendizagem 159, 267, 270, 272, 273

Envelhecimento 129, 130, 131, 132, 133, 135, 148, 149, 150, 151, 152, 154, 155, 156, 207, 208, 209, 210, 215, 216

Equipe Multiprofissional 12, 28, 48, 115, 133

Existencialismo 64

## **F**

Fenomenologia 64, 66, 67, 68, 73, 74

Follow-Up 178, 179, 180, 182, 183, 185, 186

## **G**

Gestante 23, 24, 25, 28, 29

Graduação em Psicologia 267, 327

## **I**

Idoso 126, 129, 131, 132, 133, 134, 135, 148, 149, 151, 152, 155, 156, 210

Infertilidade 10, 35, 36, 37, 38, 39, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 307

Internet 10, 35, 36, 37, 38, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 56, 59, 60, 62, 114, 138

Investigação empírica 13, 242, 262, 263, 264

## **J**

Jogos Terapêuticos 1, 7, 9

Jovens Voluntários 12, 136, 137, 139, 145, 147

## **L**

Linguagem 2, 4, 12, 18, 27, 49, 55, 65, 91, 92, 93, 95, 98, 159, 189, 190, 191, 193, 203, 205, 227, 249, 307

Livros Didáticos 188, 199, 201, 202, 203, 204

## **M**

Mecanismos de Compensação 13, 207, 214

Mídias Sociais 51, 54, 57, 58, 59, 60

Monitoria 14, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274

## **N**

Nascimento 10, 13, 14, 22, 24, 33, 150, 208, 217, 218, 219, 221, 223, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 235, 236, 237, 239, 271, 288

## **O**

Oficina Terapêutica 10, 12, 13, 16, 17, 18

## **P**

Percepção da Doença 13, 164, 175

Prevenção do VIH e Sida 136

Processos evolutivos 217, 229, 239

Psicanálise 1, 3, 9, 12, 14, 19, 20, 26, 58, 65, 66, 69, 269, 300, 301, 309, 310, 329

Psicodiagnóstico 12, 157, 159, 160, 161, 162

Psicologia Clínica 20, 64, 66

Psicologia da Saúde 9, 164, 165, 175

Psicoterapia Analítico-Funcional 75

Psicoterapia Infantil 1

## **Q**

Qualidade de Vida 12, 38, 123, 124, 126, 128, 129, 130, 131, 134, 135, 137, 148, 152, 153, 155, 168, 169, 172, 173, 174, 175, 210, 265, 275, 285, 316

## **R**

Recaída 178, 179, 180, 181, 182, 183

Redes Sociais 10, 35, 36, 38, 39, 40, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 63

## **S**

Saúde Mental 12, 1, 21, 23, 24, 25, 30, 31, 33, 56, 109, 110, 111, 113, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 275, 277, 278, 286, 287

Segurança do paciente 12, 115, 119, 124

Síndrome de Burnout 14, 275, 278

Sonhos 11, 3, 42, 44, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 284

Suicídio 11, 18, 20, 56, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 180, 279

Sujeito 11, 14, 15, 16, 17, 18, 26, 37, 56, 58, 59, 71, 78, 91, 95, 96, 97, 111, 134, 158, 160, 161, 162, 181, 210, 215, 227, 271, 304, 312, 314, 315, 317, 322

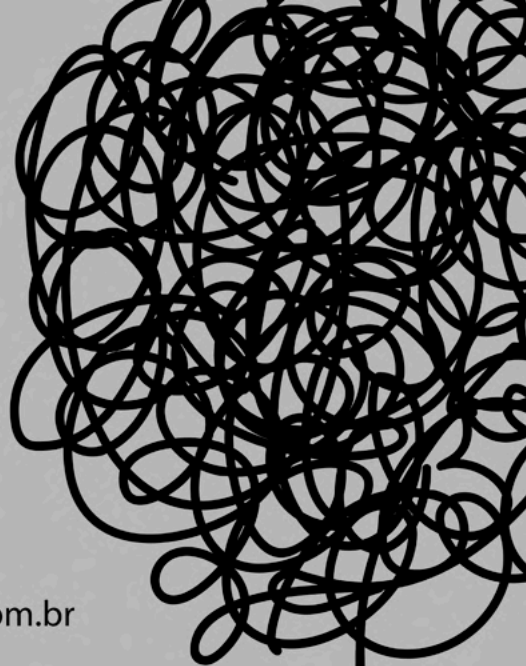
## **T**

Trabalho 4, 12, 13, 17, 18, 19, 23, 25, 31, 37, 51, 53, 59, 60, 65, 71, 72, 73, 78, 81, 84, 88, 89, 95, 111, 116, 118, 120, 121, 122, 124, 133, 134, 135, 139, 142, 143, 145, 150, 151, 152, 153, 158, 161, 178, 188, 193, 201, 202, 203, 204, 211, 212, 213, 242, 243, 244, 246, 258, 261, 263, 264, 267, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 289, 292, 295, 299, 302, 307, 309, 311, 312, 313, 316, 317, 327

Transtorno de aprendizagem 12, 157, 158, 160, 161, 162

## V

Vulnerabilidade 12, 24, 53, 126, 127, 128, 129, 148, 152, 153, 284, 303



🌐 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
✉ [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)  
📷 @atenaeditora  
📘 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)

# *A Pesquisa em Psicologia:*

Contribuições para o  
Debate Metodológico

2





🌐 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
✉ [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)  
📷 @atenaeditora  
📘 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)

# *A Pesquisa em Psicologia:*

**Contribuições para o  
Debate Metodológico**

**2**

