

Ezequiel Martins Ferreira
(Organizador)

Psicologia:

foco nas práticas em saúde mental



Atena
Editora
Ano 2023

Ezequiel Martins Ferreira
(Organizador)

Psicologia:

foco nas práticas em saúde mental



Atena
Editora
Ano 2023

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Ellen Andressa Kubisty

Luiza Alves Batista

Nataly Evilin Gayde

Thamires Camili Gayde

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2023 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2023 Os autores

Copyright da edição © 2023 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. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

Prof. Dr. Alexandre de Freitas Carneiro – Universidade Federal de Rondônia

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
 Prof^a Dr^a Ana Maria Aguiar Frias – Universidade de Évora
 Prof^a Dr^a Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa
 Prof. Dr. Antonio Carlos da Silva – Universidade de Coimbra
 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^a Dr^a Caroline Mari de Oliveira Galina – Universidade do Estado de Mato Grosso
 Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
 Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
 Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
 Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
 Prof^a Dr^a 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^a Dr^a Geuciane Felipe Guerim Fernandes – Universidade Estadual de Londrina
 Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
 Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná
 Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
 Prof. Dr. Jadilson Marinho da Silva – Secretaria de Educação de Pernambuco
 Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
 Prof. Dr. Jodeyson Islony de Lima Sobrinho – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
 Prof. Dr. José Luis Montesillo-Cedillo – Universidad Autónoma del Estado de México
 Prof^a Dr^a Juliana Abonizio – Universidade Federal de Mato Grosso
 Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
 Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
 Prof^a Dr^a Kátia Farias Antero – Faculdade Maurício de Nassau
 Prof^a Dr^a Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal do Paraná
 Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
 Prof^a Dr^a Lucicleia Barreto Queiroz – Universidade Federal do Acre
 Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
 Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Universidade do Estado de Minas Gerais
 Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
 Prof^a Dr^a Marianne Sousa Barbosa – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof^a Dr^a Marcela Mary José da Silva – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
 Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
 Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
 Prof^a Dr^a 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. Pedro Henrique Máximo Pereira – Universidade Estadual de Goiás
 Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
 Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Prof^a Dr^a Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador

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

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 Federal da Bahia /
Universidade de Coimbra

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

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

Psicologia: foco nas práticas em saúde mental

Diagramação: Ellen Addressa Kubisty
Correção: Yaiddy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Ezequiel Martins Ferreira

| Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) | |
|--|---|
| P974 | <p>Psicologia: foco nas práticas em saúde mental/ Organizador Ezequiel Martins Ferreira. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-1609-8 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.098230908</p> <p>1. Psicologia. I. Ferreira, Ezequiel Martins (Organizador). II. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 150</p> |
| Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166 | |

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
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.

A coletânea *Psicologia: foco nas práticas em saúde mental*, reúne neste volume quatorze artigos que abordam algumas das possibilidades metodológicas do saber psicológico.

A psicologia enquanto ciência retoma muitas iniciativas tanto da filosofia quanto da fisiologia, que desde a antiguidade tenta se ocupar, com reservas, das tramas, conflitos, funcionamento e atitudes internas e “mentais” do homem. Nessa veia, os laboratórios germânicos surgem para descrever e tabular esses comportamentos internos do homem e tornar explícitos os mecanismos que levam ao funcionamento mais íntimo da vida humana.

No entanto, a psicologia enquanto profissão gasta ainda um tempo para se lançar tímida ao mundo. Apesar dos laboratórios, dos testes franceses iniciados por Janet e outros, é possível marcar o início da profissão do psicólogo na virada do século XIX, nos Estados Unidos.


Mas vale lembrar que a profissão em torno da Psicologia, não se limitou apenas aos atos clínicos. Da criação de testes, ao estudo laboratorial do comportamento humano, uma infinidade de práticas se somam para compor o cenário único do universo psicológico.

Uma boa leitura!

Ezequiel Martins Ferreira


CAPÍTULO 1 1**PAPÉIS SOCIAIS MATERNO/ PATERNO E GÊNERO: UMA PERSPECTIVA SOCIAL DO SOFRIMENTO PSÍQUICO**

Ana Caroline Pego
 Larissa Thaíse Kern
 Vithória Curupana Figueira
 Débora Bilinoski Faret
 Elise Mariane De Lara
 Luciana Elisabete Savaris

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0982309081>


CAPÍTULO 2 15**OS IMPACTOS DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO NO REFORÇAMENTO DAS CRENÇAS CENTRAIS FEMININAS**

Jane de Oliveira Visconde
 Ágatha de Matos Constantino
 Elmara Caroline Xavier Lopes
 Tatiane da Rocha Figueiredo
 Acrísio Luiz Gonçalves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0982309082>

CAPÍTULO 330**PROJETO DE INTERVENÇÃO COM ESTUDANTES APÓS ISOLAMENTO SOCIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA COM ENFOQUE EM PSICOTERAPIA ANALÍTICA**

Samanta Schönardie

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0982309083>


CAPÍTULO 439**PSICOLOGIA NAS PERIFERIAS: O SUJEITO COMO AUTOR DA PRÓPRIA POLÍTICA DE INCLUSÃO**







Guilherme Ferreira Carvalho
 Alessandra Duarte de Oliveira
 Ana Clara Coelho Gonçalves
 Debora Mara Severino

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0982309084>

CAPÍTULO 549**PSICOLOGIA POSITIVA DO ESPORTE E DO EXERCÍCIO FÍSICO NO BRASIL: REVISÃO SISTEMÁTICA**


Mariana Rambaldi do Nascimento
 Lohrena Teixeira Cardoso de Carvalho
 José Augusto Evangelho Hernandez

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0982309085>

| | |
|---|------------|
| CAPÍTULO 6 | 66 |
| A RELAÇÃO TERAPÊUTICA E A TERAPIA ANALÍTICO - COMPORTAMENTAL | |
| Thaylla Carvalho Cavalcante Gomes | |
|  https://doi.org/10.22533/at.ed.0982309086 | |
| CAPÍTULO 7 | 76 |
| TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM UNIDADES DE REABILITAÇÃO PARA PACIENTES COM LESÃO MEDULAR | |
| Lidiany Batista Wanderley | |
| Carlos Manoel Lopes Rodrigues | |
|  https://doi.org/10.22533/at.ed.0982309087 | |
| CAPÍTULO 8 | 89 |
| AÇÕES INTERSETORIAIS REALIZADAS POR PSICÓLOGOS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS: INTENÇÃO OU REALIDADE? | |
| José Antônio Delecode | |
| Maristela Dalbello-Araujo | |
|  https://doi.org/10.22533/at.ed.0982309088 | |
| CAPÍTULO 9 | 101 |
| A QUALIDADE DE VIDA COMO FATOR DE PROTEÇÃO NA SAÚDE MENTAL DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS: UMA PERSPECTIVA DA AMAZÔNIA OCIDENTAL BRASILEIRA | |
| Elainy da Silva Camilo Loiola | |
| Tiago de Oliveira Loiola | |
| Renan Mugarbi | |
|  https://doi.org/10.22533/at.ed.0982309089 | |
| CAPÍTULO 10 | 119 |
| A PRESENÇA DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DOS CURSOS DE SAÚDE | |
| Gabriel Alves Ribeiro do Valle | |
| Amilton Cesar dos Santos | |
|  https://doi.org/10.22533/at.ed.09823090810 | |
| CAPÍTULO 11 | 130 |
| CONCIENCIA AMBIENTAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS, HUÁNUCO-PERÚ | |
| Lilia Lucy Campos Cornejo | |
| Miguel Angel Jaimes Campos | |
| Yaneth Elena Rufino Meléndez | |
|  https://doi.org/10.22533/at.ed.09823090811 | |
| CAPÍTULO 12 | 141 |
| UM ESTUDO SOBRE O BEM-ESTAR NO CAMPO DE REFUGIADOS DO | |


MALAWI

Brena Magalhães de Oliveira
 Daniela Martins Franco de Almeida
 Gisele Oliveira Duarte
 Natália Nunes Scoralick Lempke
 Samuel Rodrigues Fazendeiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.09823090812>


CAPÍTULO 13..... 158**APRENDIZADO EVOLUTIVO NOS BASTIDORES DA TENEPES**

Nilza Gladis Martins

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.09823090813>

CAPÍTULO 14.....171**POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL: EXPERIÊNCIAS NA REDE DO CUIDADO EM FERNANDO DE NORONHA/PE**

Wanessa Fernandes Moura Costa de Souza Lima

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.09823090814>

SOBRE O ORGANIZADOR 187**ÍNDICE REMISSIVO 188**

PAPÉIS SOCIAIS MATERNO/ PATERNO E GÊNERO: UMA PERSPECTIVA SOCIAL DO SOFRIMENTO PSÍQUICO

Data de aceite: 03/08/2023

Ana Caroline Pego

Faculdades Pequeno Príncipe
<http://lattes.cnpq.br/4587167052796144>

Larissa Tháise Kern

Faculdades Pequeno Príncipe
<https://lattes.cnpq.br/4721591706561918>

Vithória Curupana Figueira

Faculdades Pequeno Príncipe
<http://lattes.cnpq.br/7146733916738957>

Débora Bilinoski Faret

Faculdades Pequeno Príncipe
<https://lattes.cnpq.br/3333313199518659>

Elise Mariane De Lara

Faculdades Pequeno Príncipe
<http://lattes.cnpq.br/9578542584534094>

Luciana Elisabete Savaris

Faculdades Pequeno Príncipe
<http://lattes.cnpq.br/8741823119551012>

RESUMO: Este trabalho é um relato de uma atividade desenvolvida na disciplina de Psicologia Social e Comunitária I, do curso de Psicologia das Faculdades Pequeno Príncipe, e aborda a temática de gênero sob a ótica dos papéis sociais – materno/paterno - e suas repercussões

para saúde mental. O conceito de papel social de gênero refere-se a um conjunto de direitos, deveres e expectativas de conduta referente à posição social que homens e mulheres ocupam na sociedade. Sendo assim, os papéis materno/paterno, também sofrem influência dessa construção social e podem ser fator de risco para o sofrimento/ adoecimento psíquico considerando a cultura e valores aos quais os indivíduos estão inseridos. Utilizou-se a metodologia do arco de Margueret para identificar que a vivência dos papéis materno/paterno em indivíduos LGBTQIAP+ pode desencadear sofrimento/adoecimento psíquico em uma sociedade heteronormativa e patriarcal. Partiu-se para teorização para compreender o fenômeno e então trazer como hipótese de solução a proposta de uma *live* com profissionais de saúde com apropriação do tema. A *live* ocorreu no dia 15 de junho de 2021, no canal da faculdade, mediada pelos estudantes e professora envolvida. Durante o debate foram lançadas questões previamente construídas, mas também foi oportunizado que os convidados externos participassem a partir do *chat*. O objetivo da atividade foi proporcionar um espaço de debate e reflexão sobre o tema dos papéis sociais, gênero e sofrimento psíquico.

Durante a realização houveram diversos *feedbacks* positivos sobre a temática trazida. A *live* alcançou 190 visualizações e 39 curtidas, demonstrando assim, o interesse do público na temática e, portanto, o alcance do objetivo estabelecido. A partir dessa experiência foi possível perceber a divergência das expectativas sociais quanto ao papel materno em detrimento ao papel paterno. Para além disso, foi possível refletir e pensar em estratégias promotoras de saúde que envolvam a temática.

PALAVRAS - CHAVE: Papel materno; Papel paterno; Sofrimento psíquico.

MATERNAL/PATERNAL SOCIAL ROLES AND GENDER: A SOCIAL PERSPECTIVE OF PSYCHIC SUFFERING

ABSTRACT: This work is a report of an activity developed in the discipline of Social and Community Psychology I, of the Psychology course at Faculdades Pequeno Príncipe, and addresses the theme of gender from the perspective of social roles - maternal/paternal - and their repercussions for mental health . The concept of social gender role refers to a set of rights, duties and expectations of conduct regarding the social position that men and women occupy in society. Therefore, the maternal/paternal roles are also influenced by this social construction and can be a risk factor for psychic suffering/illness, considering the culture and values to which individuals are inserted. The methodology of Marguerez's arch was used to identify that the experience of maternal/paternal roles in LGBTQIAP+ individuals can trigger psychological suffering/illness in a heteronormative and patriarchal society. We started with theorization to understand the phenomenon and then bring as a hypothesis of solution the proposal of a live with health professionals with appropriation of the theme. The live took place on June 15, 2021, on the college channel, mediated by the students and teacher involved. During the debate, previously constructed questions were launched, but it was also possible for external guests to participate from the chat. The objective of the activity was to provide a space for debate and reflection on the theme of social roles, gender and psychic suffering. During the realization there were several positive feedbacks on the theme brought up. The live reached 190 views and 39 likes, thus demonstrating the public's interest in the topic and, therefore, the achievement of the established objective. From this experience, it was possible to perceive the divergence of social expectations regarding the maternal role to the detriment of the paternal role. In addition, it was possible to reflect and think about health promotion strategies involving the theme.

KEYWORDS: paternal role; maternal role, Psychological suffering

1 | INTRODUÇÃO

O conceito de gênero apresenta as diferenças entre os sexos, que vão além do biológico, abrangendo diferenças psicológicas e culturais, assim o gênero é uma construção social que pode ser transformada e modificada (FERNANDES, 2009).

Ainda, se tem o conceito de papel social, um termo recente que apresenta um conjunto de direitos, deveres e expectativas de conduta referente à posição social que tal indivíduo ocupa. Essas expectativas comportamentais são socialmente construídas e se aplicam diretamente a homens e mulheres, durante muitos anos os comportamentos

das mulheres foram ditados por homens, caracterizando-as como “frágeis”, “fracas”, e “inferiores”, essas constatações apresentavam a existência de uma desigualdade social e cultural. Durante a Revolução Francesa, a desigualdade entre gêneros foi percebida como um conjunto social e político da época e a partir dessa concepção, mulheres conseguiram ocupar outro espaço na sociedade. Nesse momento se iniciou uma era de reivindicações pelo direito das mulheres (SAFIOTTI, 1992; NADER, 2002 e GUIMARÃES, 2005).

Dentro dos papéis sociais tem se os comportamentos esperados para as figuras parentais que apresentam significados socioculturais. A figura paterna, normalmente exercida pelo homem, o papel paternal é fundamental para o desenvolvimento saudável da criança (PRADO e VIEIRA, 2004; MANFROI, MACARINI E VIEIRA, 2011). Da mesma forma, a figura materna, normalmente exercida pela mulher, tem grande influência e importância no desenvolvimento infantil, uma relação saudável com a mãe gera um futuro adulto saudável entre outros diversos benefícios (SANTO e ARAUJO, 2016).

Dentro da relação complexa de papéis sociais surgem os sofrimentos psíquicos devido a cobranças que geram julgamento da própria identidade. Os sofrimentos psíquicos apresentam dois viés: questões biológicas e sócio históricas (ZANELLO e SILVA, 2012).

1.1 OBJETIVO GERAL

Apontar as diferenças de gêneros construídas socialmente.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Relacionar questões de gênero no papel materno e paterno

Citar possíveis sofrimentos psíquicos causados pelos papéis de gênero

2 | REVISÃO DE LITERATURA

2.1 GÊNERO E PAPÉIS SOCIAIS

Através de estudos sociológicos, o conceito de gênero surgiu para se contrapor ao modelo biológico no qual determina apenas diferenças anatômicas e fisiológicas de cada sexo. O termo está relacionado com as diferenças psicológicas, sociais e culturais construídas pela sociedade, criando assim, expectativas consideradas ideais para o feminino e o masculino. Dessa forma, as expectativas de gênero são frutos de agentes sociais e desenvolvidas durante o dia a dia (GIDDENS, 2001).

Scott (1990) fala que o gênero se encontra nos vínculos sociais e está em constante construção, sendo possível sua modificação e transformação, pois depende de valores

históricos, sociais e culturais. Acima de tudo, no que tange às relações sociais, Scott (1990, p. 86) afirma que “fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos e o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder”. Com isso, a partir dos papéis sociais esperados para cada gênero, já se define qual poder haverá dentro das relações (WOLFF e SALDANHA, 2015).

Os papéis de gênero levam em consideração concepções relacionadas à cultura como um todo, pois o conceito está atrelado a construções sociais, as quais exemplificam que, historicamente, socialmente e culturalmente, homens e mulheres tornaram-se desiguais, e essa diferença de poder e hierarquia pode ser estudado a partir de uma perspectiva de gênero, que se inicia na diferença entre posições sociais, e no que se distingue feminino e masculino. O gênero está conectado ao corpo, e o corpo se define como uma situação, pois possibilita que as questões culturais possam ser recebidas e reinterpretadas (BEAUVOIR, 1992). O corpo, portanto, se torna importante para definir a mulher ou o homem, porém para ditar a situação de ambos perante a sociedade, este se torna falho (KIMMEL, 2000; SAFIOTTI, 1992).

Ainda, a construção de gênero e a expectativa referente aos papéis sociais afetam todos os humanos em sua construção subjetiva. Conforme Nader (2002) o conceito de papel social começou a ser estudado há pouco tempo, sendo relacionado a comportamentos contínuos dos indivíduos que ocupam determinada posição social, sendo o “papel” como um conjunto de direitos e deveres de determinado ser humano. Portanto, quando relacionado o papel social ao comportamento, são adicionadas expectativas de conduta referente à posição social.

O papel da mulher e seus comportamentos, por muitos séculos foram estudados e ditados por homens de acordo com as suas características mentais e físicas, onde os motivos se constataram na diferença de sua força física e o tamanho de seu cérebro, com o objetivo de explicar o por que mulheres são “frágeis”, “fracas”, e “inferiores” devido a sua natureza, sendo comparadas ao poder e a força masculina vigente. Essa constatação inadequada repreendia e escondia a existência de uma desigualdade social e cultural, baseada na opressão de mulheres, focando apenas em colocações insuficientes a respeito do biológico e físico. Após eventos históricos, como a Revolução Industrial, se abria portas para movimentos sociais e políticos liderados por mulheres, como o movimento feminista que na época lutava para melhores condições de trabalho, e impedir que essa opressão e esse sofrimento social continuasse perante a ideia de submissão (SAFIOTTI, 1992).

A ideia do biológico permeou por anos, porém já se enxergava pensadores e filósofos com opiniões contrárias, como é o caso de Poulain de la Barre, que na época da Revolução Francesa (1673 e 1675), exemplificou que a desigualdade entre gêneros não eram causadas pelo biológico, e sim pelo conjunto social e político da época. A partir dessa concepção, mulheres conseguiram ocupar outro espaço na sociedade, onde sua força física estava a mesma medida à força física do homem em questões de trabalho, garantindo uma

melhor participação na esfera pública e social. Além de começar a deixar em escanteio a vida doméstica padronizada, se libertando de pressupostos que aprisionavam-as. Com isso, se iniciava uma era de reivindicações pelos seus direitos, através de protestos, além de ocupações em âmbitos sociais, como por exemplo na área científica (GUIMARÃES, 2005).

Em meados dos anos 30, se iniciava uma nova era, com nomes muito importantes para a história, como Olympe de Gouges, que escreveu os direitos da mulher e da cidadã, dando início a uma 1ª onda, com reivindicações ao voto, e uma emancipação através do acesso à educação e direitos civis. Já na 2ª onda (anos 60), há revoluções culturais e sociais ao redor do mundo, com questões relacionadas à sexualidade, métodos contraceptivos e a igualdade entre os gêneros. Com isso, o movimento feminista se separa em vertentes, com divergências de pensamentos, através do feminismo liberal, marxista, e radical. A 3ª onda abre oportunidades na política, com movimentos sociais, porém com uma visão de exclusão em relação a mulheres negras e periféricas, por exemplo. Essas questões foram fundamentais para que se pensasse ainda mais a respeito do gênero, e a sua ligação com o social (BRADLEY, 1996).

A construção de gênero, até hoje, vem sendo constituída a partir de uma estrutura patriarcal, uma organização hierárquica estruturada dentro da sociedade, responsável pela submissão vinculada às mulheres, sendo a razão da opressão das mesmas, estando sob o domínio do masculino, como uma autoridade moral, baseado no privilégio que obtém. Com isso, fica explícito que há um poder controlando as mulheres, e as suas ações, contribuindo para o adoecimento psíquico, através de questões ditadas pelo patriarcado (COSTA, 2008).

2.2 PAPEL SOCIAL PATERNO

Segundo Nader (2002) o papel social masculino não apresenta uma única definição, porém são especificados uma série de comportamentos e significados convenientes que atendem aos interesses ideológicos. De acordo com o dicionário Aurélio (1986) a palavra “masculino” teria a qualidade de másculo e viril, e as características desse homem seriam a força, o vigor, a rigidez, a robustez, a viripotência, e por fim o heroísmo. Na sociedade atual, o masculino usualmente é aquele que exerce o papel paterno. Segundo Manfroi, Macarini e Vieira (2011), o cuidado parental abrange muito mais do que a capacidade biológica de gerar, mas também se relaciona às responsabilidades sociais. Assim, a família tem como objetivo conduzir moralmente seus filhos (NADER, 2002 e MACARINI, MANFROI E VIEIRA 2011).

Os papéis de pai e mãe englobam significados socioculturais, sendo fortemente influenciados pelos papéis de gênero. De acordo com Manfroi, Macarini e Vieira (2011) o papel parental, inicialmente, foi utilizado como uma função de sobrevivência e posteriormente modificada para uma função cultural, devido à evolução da espécie. Segundo Wall (2007)

citado por Manfroi, Macarini e Vieira (2011) a evolução social humana é marcada pela família nuclear que, geralmente, opta pela monogamia, permitindo a distinção dos descendentes de determinado casal, assim a certeza da paternidade gera um envolvimento paternal maior durante o desenvolvimento humano (MACARINI, MANFROI E VIEIRA 2011).

De acordo com Fleck e Wagner (2003), o modelo da família tradicional apresentava uma divisão de papéis, na qual o homem era o trabalhador e provedor da família. Em contraponto, com as transformações da família tradicional e o ingresso das mulheres no mercado de trabalho, os homens começaram a desenvolver um maior envolvimento no cuidado dos filhos, indo além das crenças pensadas antigamente. Assim, a figura paterna, juntamente com a materna, é vista como fundamental para o desenvolvimento da criança (MANFROI, MACARINI E VIEIRA, 2011).

Segundo Manfroi, Macarini e Vieira (2011) discutem que o pai é visto como a figura que fornece proteção e a imposição de limites para os filhos. Nessa perspectiva, enfatiza-se o papel paternal tendo o mesmo nível de importância do maternal, pois durante a descoberta das capacidades da criança, o pai tem como função facilitar a exploração do ambiente, permitindo o desenvolvimento da criança. Corroborando com Paquette (2004), Pilz e Scherman (2007) citados por Manfroi, Macarini e Vieira (2011) acrescentam, que essas interações pai-filho interferem no desenvolvimento neuropsicomotor.

Apesar dos aspectos positivos da convivência com o pai, sabe-se que muitas crianças não têm a figura paterna presente, gerando sofrimento psíquico nos filhos e a sobrecarga da mãe que realiza toda a formação do indivíduo (EIZIRIK e BERGMANN, 2004). As questões que envolvem a ausência ou a retirada de responsabilidade paterna, vem de questões socioculturais (SGANZERLA e LEVANDOWSKI, 2010).

2.3 PAPEL SOCIAL MATERNO

Como supracitado, na construção de papéis de gênero ao longo da história ocidental, existem diversos atributos para cada gênero. Trazendo o ponto de vista do papel da mulher, faz-se a vinculação do trabalho doméstico e cuidado dos filhos. (IBGE, 2006; LUZ e BERNI, 2010; MADALOZZO, MARTINS e SHIRATONI, 2008; BORSA e NUNES, 2011). Isso pode ocorrer graças à história filogenética da espécie. No qual, o sexo feminino é direcionado para gestação e aleitamento do indivíduo, sendo um dos fatores utilizados pelas diversas culturas para justificar a dependência do bebê em relação à mãe (MANFROI, MACARINI e VIEIRA, 2011).

As concepções sobre o amor materno, conexão e apego geralmente vêm de um pensamento tradicional, sendo citadas pelas diversas teorias de desenvolvimento infantil propostas pela psicologia, colocando as mães ao centro do cuidado de seus filhos e ausentando os pais dessa responsabilidade (BORSA e NUNES, 2011). Como por exemplo, o psicanalista John Bowlby (1988) que afirma que a mãe é a primeira figura de apego

da criança, sendo que esse apego afeta diretamente a saúde mental dos indivíduos (MANFROI, MACARINI e VIEIRA, 2011).

Entretanto, com movimentos feministas e entrada da mulher no mercado de trabalho, cria-se uma tendência de divisão de responsabilidades entre ambos gêneros (FLECK e WAGNER, 2003; BORSA e NUNES, 2011). Pois, com o número de mulheres trabalhando fora de casa tornando-se expressivo, as mesmas começam a contribuir com a renda familiar ou passam a garantir a subsistência de suas famílias. Com essa conquista, outras preocupações começam a surgir, como a realização acadêmica e valorização da construção de uma carreira profissional (LIPOVETSKY, 200; PAPALIA e OLDS, 2000; ROCHA-COUTINHO, 2000; FLECK e WAGNER, 2003). Ainda com o advento feminista, nos anos 60 surgiram os anticoncepcionais, esse método contraceptivo assim como outros, auxiliaram também para uma nova visão sobre a maternidade e deram ênfase na existência da escolha de ser mãe (FARINHA e SCORSOLINI-COMIN, 2018).

Por uma questão biológica (gestação e aleitamento) a mãe, como citado, geralmente já se encontra próxima da criança. Entretanto, a presença materna é importante para além desse fato, uma vez que o vínculo criado entre mãe e filho traz consequências no desenvolvimento infantil. Essa presença materna, de acordo com Silva e Leite, 2020 afeta a saúde mental do indivíduo, pois essa uma construção realizada pela mãe, cria um ambiente no qual, a criança pode passar por todos os processos necessários de desenvolvimento. Sendo assim, sem a pessoa que desempenha o papel materno, o desenvolvimento completo e saúde do indivíduo pode ser prejudicado (SILVA e LEITE, 2020).

Outro autor que discorre sobre o papel materno, é Winnicott (2005 citado por SANTO e ARAÚJO, 2016), que pontua sobre um vínculo afetivo que quando estabelecido de forma “correta”, a criança será capaz de lidar e expressar seus sentimentos, relacionando novamente com a saúde mental. Para o autor, essa diáde ocorre devido ao apoio que a mãe dará ao seu filho, evidenciando que o indivíduo terá um ego fortalecido graças a esse apoio maternal. Santo e Araújo (2016) ainda citam Bee e Spitz, autores que estudaram o desenvolvimento infantil e corroboram com a ideia de que durante a infância, ter um vínculo seguro traz benefícios para autoestima e relações afetivas estáveis durante a vida adulta (SANTO e ARAUJO, 2016).

Com as transformações sociais vividas em seu cotidiano, ainda que de forma turbulenta, a mulher passou a adentrar cada vez mais no âmbito social de forma que, adquiriu e assumiu o controle do lar de forma afetiva e econômica, fazendo com que o papel materno deixasse de representar apenas o âmbito afetivo. (MACÊDO, 2001). Sendo assim, os papéis sociais desempenhados pela mulher e mãe, tendem a ser consolidados através da construção de uma identidade feminina e materna, como na ilustre frase de Simone de Beauvoir (1970) citada por (FRANCHETTO, CAVALCANTI e HEILBORN, 1981): “Não se nasce mulher, torna-se mulher”.

2.4 GÊNERO E SOFRIMENTOS PSÍQUICOS

Os valores e papéis atribuídos aos gêneros dentro da sociedade, geram cobranças na quais levam os indivíduos a sofrimentos psíquicos, pois estes começam a fazer julgamentos acerca de suas identidades. Tais sofrimentos devem ser observados além do biológico, mas também, pelos aspectos sociais que vão sendo construídos culturalmente e historicamente, os quais se relacionam com questões de gêneros (ZANELLO, 2014). Através de pesquisas, Andrade, Viana e Silveira (2006) apontam uma maior incidência de transtornos depressivos e de humor em mulheres e transtornos relacionados a psicoativos (como o álcool), de personalidade e hiperatividade em homens.

Por outro lado, a partir das observações de Zanello e Silva (2012), estes relacionam o sofrimento psíquico através de dois viés: por questões biológicas, engendradas pelo próprio corpo, como exemplo do aumento da depressão em mulheres por causa de hormônios específicos; e, também, por questões sócio-históricas, influenciadas socialmente, causadas por pressões impostas pela sociedade. Fatores estressantes, diferenças salariais, menor alfabetização e violências são exemplos de sofrimentos que levam a média de depressão alcançar duas mulheres para cada homem (ZANELLO e SILVA, 2012).

Ainda, Zanello e Bukowitz (2011) realizaram um estudo em um hospital psiquiátrico e relataram que há um maior número de mulheres que sofrem de queixas relacionadas à família, dificuldade em se aceitar esteticamente e necessidade do cuidado aos outros. Já aos homens, foi observado que força física, fama, comportamento sexual ativo e riqueza são motivos de queixas por não conseguirem alcançar as expectativas criadas pela sociedade (ZANELLO e BUKOWITZ, 2011).

A respeito das expectativas esperadas pelo papel de mãe, esta é vista como responsável pelo cuidado aos outros, no qual cabe a ela o seu papel de pertencer a família, desempenhar as tarefas domésticas, cumprir o papel de esposa e sempre estar disponível para o exercício do amor. (SWAIN, 2006; ZANELLO e ROMERO, 2012). Hall (2001) e Louro (1997) citados por Almeida (2007) afirmam que “Ser mãe e profissional é assumir identidades múltiplas e contraditórias, construídas socialmente e em permanente processo de mudança.” Essa dualidade causa sofrimento psíquico na mulher, visto que a pressão da sociedade e a vontade de sua independência e valor, entram em conflito trazendo o sentimento de culpa à ela. (ALMEIDA, 2007; ALMEIDA, 2007).

Ao que se refere o papel de pai, este sempre foi caracterizado como o provedor da família e, também, estabelecia as normas e condutas que serviriam como base dentro de casa. Contudo, as demandas do presente e mudanças ocorridas com a maior entrada de mulheres no mercado de trabalho, trazem conflitos nas quais muitas das vezes o homem acaba adoecendo por suas próprias cobranças. Diante disso, o sofrimento psíquico aparece, pois essa ideia de provedor sendo anulada, o homem não consegue mais cumprir seu papel que antes lhe era atribuído, assim, perde sua identidade e funções sociais,

isolando-o (SANTOS, 2009; TIL, 2011).

Mostra-se, assim, através de diversos autores, que muitos dos sofrimentos psíquicos são construídos dentro da sociedade por haver estereótipos de gênero, isto é, a imagem padronizada pelo senso comum do “ser homem”, “ser mulher” “ser pai e mãe” e, enfim, tais sofrimentos precisam ser levados em consideração para busca de uma melhora da saúde mental (ZANELLO, FIUZA e COSTA, 2015).

3 | METODOLOGIA

A Metodologia baseada na problematização é utilizada para situações relacionadas com o viver em sociedade. Por isso, o referencial teórico prático para o desenvolvimento de novas aprendizagens se dá pelo Método do Arco de Magueréz, criado por Charles Magueréz em 1960, e tendo como expoentes Juan Díaz Bordenave e Adair Martins Pereira, os quais começaram a implantar o método em 1982 - metodologia utilizada no presente trabalho (PRADO *et al.*, 2012).

A partir disso, o Método de Magueréz constitui 5 etapas de problematização capazes de desenvolver o conhecimento intelectual e crítico dos alunos. A primeira etapa é a Observação da Realidade, na qual consiste, de acordo com Berbel (1995), o estudo inicial a partir de um aspecto relacionado com a realidade, sendo que este deve ser observado e identificado pelos próprios pesquisadores de forma ativa para, assim, selecionar um problema dessa realidade a ser desenvolvido e transformado. A segunda etapa é a Identificação dos pontos chaves, isto é, depois da reflexão acerca da problematização, serão definidos os pontos chaves e específicos para investigar sobre as questões apresentadas. Na terceira etapa, denominada de Teorização, os alunos devem começar a pesquisar, de forma teórica, e não apenas na observação da realidade, sobre os pontos chaves apresentados e sintetizados para que, assim, os alunos discutam e possam refletir de forma mais intelectual sobre o assunto em questão.

A quarta etapa é a Hipótese de Solução, na qual os estudantes devem usar da criatividade para começar a pensar em respostas para os pontos chaves elencados, diante disso, Bordenave (1989) afirma que “o aluno usa a realidade para aprender com ela, ao mesmo tempo em que se prepara para transformá-la” (BORDENAVE, 1989, p. 25).

Por fim, a quinta e última etapa se dá pela Aplicação da Realidade, isto é, refletir e construir novos conhecimentos, a partir das hipóteses anteriormente mencionadas, contemplando-as na mesma realidade que foram observadas durante a primeira etapa do método com a finalidade de que ocorra uma transformação no contexto social através dos temas pesquisados e do conhecimento obtido (BERBEL, 1995; COLOMBO e BERBEL, 2007; PRADO *et al.* 2012).

3.1 CRONOGRAMA

| ATIVIDADES | MAR - SEM 2 | MAR-SEM 3 | MAR-SEM 4 | MAR-SEM 5 | ABR-SEM 1 | ABR-SEM 2 | ABR-SEM 3 | ABR-SEM 4 | MAI-SEM 1 | MAI-SEM 2 | MAI-SEM 3 | MAI-SEM 4 | JUN-SEM 1 | JUN-SEM 2 |
|---|-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Escolha da equipe e Eixo temático | X | | | | | | | | | | | | | |
| Desenvolvimento da fundamentação | | X | X | X | | | | | | | | | | |
| Criação de slides para sala de aula invertida | | | | X | X | | | | | | | | | |
| Apresentação Sala de aula invertida | | | | | | X | | | | | | | | |
| Preparação e planejamento da ação | | | | | | | | X | X | X | X | | | |
| Realização da ação | | | | | | | | | | | | | | X |
| Produção final do relatório | | | | | | | | | | | | | | X |
| Preenchimento das fichas discentes | | | | | | | | | | | | | | X |
| Entrega relatório final | | | | | | | | | | | | | | X |

4 | DESENVOLVIMENTO

A partir do desenvolvimento da teorização, foi possível realizar a ação determinada pelo Projeto de Curricularização de Extensão, na matéria de Psicologia Social e Comunitária I. Sendo assim, foi proposto que a equipe realizasse uma *live*, com a participação de convidadas que possuísem experiências para abordar o tema e auxiliar a compreendê-lo com maior facilidade.

A *live* abordou o tema voltado para a Construção dos Papéis Materno e Paterno, e foi realizada no dia 15 de Junho de 2021, às 20:30 no canal das Faculdades Pequeno Príncipe, com a participação de profissionais de saúde com apropriação do tema. Além das profissionais, duas pessoas da equipe ficaram encarregadas de mediar a *live*, com a ajuda da professora responsável.

A partir dessas constatações, a *live* pode ser divulgada pela equipe através de um template compartilhado com as principais informações, para auxiliar na participação em massa da comunidade externa, e para acompanhar, enviar feedbacks e fornecer apoio para a equipe organizadora.

Para a realização da *live*, foram organizadas perguntas pertinentes para as convidadas, de acordo com as experiências de cada profissional. Perguntas relacionadas a construção da maternidade, funções maternas e paternas e configurações familiares

tiveram a sua importância ao decorrer da *live*, para cada convidada compartilhar seus conhecimentos, suas experiências e transmitir informações necessárias para o entendimento do assunto presente.

Além das perguntas organizadas pela equipe, foi compartilhado um formulário na descrição da *live* para a comunidade externa enviar suas devidas dúvidas, para que por fim, as convidadas pudessem respondê-las. As presentes perguntas auxiliaram para que a *live* se tornasse um bate papo entre as convidadas, com assuntos necessários, dúvidas pertinentes e conhecimentos transmitidos.

5 | RESULTADOS

Durante toda a construção do trabalho, os objetivos do grupo eram relacionados a disseminação de conhecimento a respeito dos papéis sociais e o impacto psíquico que os mesmos podem trazer. Para isso, aplicamos o estudo realizado através de uma *live*, onde o foco era a discussão sobre os papéis maternos e paternos. Com isso, durante a *live* procurou-se abordar esses assuntos, trazendo relatos e pontuações das convidadas a respeito disso.

A *live* foi composta por duas alunas na mediação, juntamente com a professora da disciplina, além de duas convidadas. Durante a *live* foram feitas perguntas para as palestrantes, primeiramente, elaboradas pela equipe, e posteriormente enviadas pela comunidade externa que estava acompanhando a transmissão. Foram enviadas diversas perguntas e comentários, que foram recolhidos através de um formulário feito pela equipe. Além disso, foram comentários enviados durante a *live*, na sessão do chat e enviados por telespectadores após a *live* também foram contabilizados. Por esses motivos, foi possível recolher um ótimo feedback da comunidade externa à instituição, além do fato de o vídeo da *live* ter alcançado cerca de 190 visualizações e 39 curtidas, demonstrando o interesse do público.

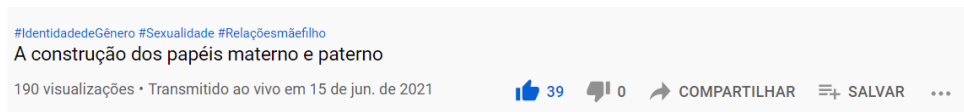


Figura 1 - Visualizações e curtidas na *live*

Fonte: Autoria Própria (2021)

Através das perguntas feitas às convidadas durante a *live*, foram expostas questões a respeito do tema. Uma das convidadas contou sobre sua experiência com a construção da maternidade, contribuindo para conhecimento sobre as diversas configurações familiares. A outra convidada trouxe um viés clínico e teórico para o assunto, esclarecendo sobre funções materna e paterna serem imprescindíveis e de fato, necessárias para o

desenvolvimento de um indivíduo, do que papéis socialmente impostos.

Pode-se observar, portanto, que o objetivo de disseminar informação e apontar as diferenças de gêneros construídas socialmente foi alcançado, uma vez que a *live* atingiu cerca de 190 visualizações, número que possivelmente pode aumentar através de mais compartilhamentos e divulgação do tema. Também é possível concluir que os objetivos específicos da pesquisa também puderam ser efetivados. Isto é, durante a fala das convidadas na *live* foram citadas diversas vezes as questões de gênero envolvendo o papel materno e paterno, bem como os sofrimentos psíquicos sofridos por estes indivíduos. Podendo, portanto, alcançar positivamente os objetivos descritos neste estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do trabalho, foi possível abordar os papéis de gênero impostos em sociedade, dando ênfase ao papel materno e paterno e, ainda, sofrimentos psíquicos causados por tal questão. Diante da fundamentação teórica, a equipe buscou referências que explicassem sobre o tema e, logo após, foi feita uma sala de aula invertida com o intuito de apresentar o eixo escolhido.

Após estudos através de referenciais teóricos, a equipe planejou uma *live*, na qual foram convidadas duas profissionais que abordaram o tema papéis sociais materno e paterno e sofrimento psíquico. Durante a *live*, foi possível desenvolver uma roda de conversa com as convidadas que trouxeram informações que foram disseminadas para a comunidade externa, alcançando um grande número de pessoas. Ainda, foi possível esclarecer algumas dúvidas que foram enviadas por meio de um formulário.

Diante disso, pode-se afirmar que o trabalho alcançou o objetivo geral e os específicos do projeto de extensão das Faculdades Pequeno Príncipe. A *live* também serviu para que o tema sobre a construção de papéis materno e paterno chegasse para o público externo, expandindo o conhecimento e fazendo com que os fatos cotidianos fossem correlacionados com a “teoria” passada na *live*.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Leila Sanches de. Mãe, cuidadora e trabalhadora: as múltiplas identidades de mães que trabalham. **Rev. Dep. Psicol., UFF** vol.19 no.2 Niterói July/Dec. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-80232007000200011. Acesso em: 27 de mar. de 2021.

ANDRADE, Laura Helena S. G. de; VIANA, Maria Carmen; SILVEIRA, Camila Magalhães. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 Mar. 2021

BERGMANN, David Simon; EIZIRIK, Mariana. Ausência paterna e sua repercussão no desenvolvimento da criança e do adolescente: um relato de caso. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.26, n.3, p.330-336, Sep./Dec. 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082004000300010&script=sci_arttext. Acesso em: 25 Mar. 2021

BORSA, Juliane Callegaro; NUNES, Maria Lucia Tiellet. Aspectos psicossociais da parentalidade: O papel de homens e mulheres na família nuclear. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 29, n. 64, p. 31-39 jan./mar. 2011.

BOWLBY, J. (1988). **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo: Martins Fontes.

CARVALHO, A. M; SOARES, J. S. Mulher e mãe, “novos papéis”, velhas exigências: experiência de psicoterapia breve grupal. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, num. esp., p. 39-44, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pe/v8nspe/v8nesa06.pdf>. Acesso em: 29 Mar. 2021.

FARINHA, Ana Julia Queiroz; SCORSOLINE-COMIN, Fabio. Relações entre não Maternidade e Sexualidade Feminina: Revisão Integrativa da Literatura Científica. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, vol. 10, n. 1, p. 187-205, Jan.-Jun., 2018.

FERNANDES, Maria das Graças Melo. Papéis sociais de gênero na velhice: o olhar de si e do outro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.5, Sep./Oct, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000500009&script=sci_arttext. Acesso em: 22 Abr. 2021.

FLECK, Ana Claudia; WAGNER, Adriana. A mulher como a principal provedora do sustento econômico familiar. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 8, n. esp., p. 31-38, 2003. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/194778778.pdf>. Acesso em: 26 Mar. 2021. Espírito Santo, v.14, p.462-478, dez, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/dimensoes/article/view/2638>. Acesso em: 23 Mar. 2021

FRANCHETTO, B. CAVALCANTI, M. L. V. C. e HEILBORN, M. L. (1981). **Antropologia e feminismo**. Vol. 1, p. 11-47. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

GIDDENS, Anthony. **Sociologia**. 4ª ed. Lisboa: Polity Press, 2001.

MAAS, Suelen de Oliveira. **Expressões de gênero e o cuidado em saúde mental: perspectiva dos profissionais que atuam em centros de atenção psicossocial**. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso(Graduação em Psicologia) - Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba, 2020.

MACÊDO, M. S. (2001). Tecendo o fio e segurando as pontas: mulheres chefes de família em Salvador. Em **C. Bruschini & C. R. Pinto (Orgs.)**. Tempos e lugares de gênero (p. 53- 83). São Paulo: FCC: Ed. 34.

MANFROI, Edi Cristina; MACARINI, Samira Mafioletti; VIEIRA, Mauro Luis. Comportamento parental e o papel do pai no desenvolvimento infantil. **Revista Brasil Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v.21, n.1, p.59-69, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/19996/22082>. Acesso em: 24 Mar. 2021

NADER, Maria Beatriz, A condição masculina na sociedade. **Revista Dimensões**, Espírito Santo, v.14, p.462-478, dez, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/dimensoes/article/view/2638>. Acesso em: 23 Mar. 2021

PERRELLI, Jaqueline Galdino Albuquerque; CARLA, Fonseca Zambaldi; CANTILINO, Amaury; SOUGEY, Everton Botelho; Instrumentos de avaliação do vínculo entre mãe e bebê. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v.32, n.3, Set. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822014000300257&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 26 Mar. 2021

RIBAS, A. F. P.; MOURA, M. L. S. Responsividade Materna e Teoria do Apego: Uma Discussão Crítica do Papel de Estudos Transculturais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2004, p.315-322. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/prc/v17n3/a04v17n3.pdf>. Acesso em: 29 Mar. 2021.

SANTO, Celeste Sá Oliveira do Espírito; ARAÚJO, Maria Antonieta Nascimento. VÍNCULO AFETIVO MATERNO, processo fundamental à saúde mental. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador. 2016;5(1): 65-73.

SANTOS, Juliana Anacleto dos. Gênero na teoria social: Papéis, interações e instituições. **Universidade Federal de Juiz de Fora**. Disponível em: <https://www.ufjf.br/virtu/files/2010/05/artigo4a5.pdf>

SILVA, Carla da. A desigualdade imposta pelos papéis de homem e mulher: uma possibilidade de construção da igualdade de gênero. **PUC SP**. São Paulo, 2011. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/desigualdade_imposta.pdf

SILVA, Tainá Aparecida Gil da; LEITE, Maria Fernanda. Vínculo afetivo materno: processo fundamental para o desenvolvimento infantil uma revisão de literatura. **SALUSVITA, Bauru**. v. 39, n. 1, p. 277-295, 2020.

SCHWENGBER, Maria Simone, Qual o preço de ser menina? Implicações das expectativas corporais. **Revista Pensar a prática**, Ijuí, v.15, n.3, p 789-797, jul/set 2012. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fe/article/view/14662>. Acesso em: 24 Mar. 2021

VELBERTO, Nayla. A construção dos papéis sociais de pai e mãe em família: uma reflexão sobre a temática contemporânea de gênero. **Universidade Federal Fluminense**. 2011. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/5112>

WOLFF, C. S.; SALDANHA, R. A. Gênero, sexo, sexualidade: categorias do debate contemporâneo. **Revista Retratos da Escola**. Brasília, v. 9, n. 16, p. 29-46, 2015. Disponível em: <http://retratosdaescola.emnuvens.com.br/rde/article/view/482/595>

ZANELLO, V.; SILVA; R. M. C. Saúde mental, gênero e violência estrutural. **Revista de Bioética**. v. 20, n. 2, p. 267-279, 2012. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/745

ZANELLO, Valeska; FIUZA, Gabriela; COSTA, Humberto Soares. Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. **Fractal, Revista Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 238-246, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922015000300238&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 mar. 2021

SCHNEIDERS, Luis Antônio. **O método da sala de aula invertida**. Lajeado: Ed. da Univates, 2018. Disponível em: https://www.univates.br/editora-univates/media/publicacoes/256/pdf_256.pdf Acesso em: 25 de abr. de 2021.

WINNICOTT, D. W. **Família e maturidade emocional**. In: A família e o desenvolvimento individual. 1995. 3ª.edição. São Paulo: Martins Fontes, 2005, pp.129-140.

CAPÍTULO 2

OS IMPACTOS DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO NO REFORÇAMENTO DAS CRENÇAS CENTRAIS FEMININAS

Data de aceite: 03/08/2023

Jane de Oliveira Visconde

Psicóloga pelo Centro Universitário UNA
<https://orcid.org/0009-0008-6012-1732>

Ágatha de Matos Constantino

Psicóloga pelo Centro Universitário UNA
<https://orcid.org/0009-0007-1300-2573>

Elmara Caroline Xavier Lopes

Psicóloga pelo Centro Universitário UNA
<https://orcid.org/0009-0007-1206-1950>

Tatiane da Rocha Figueiredo

Psicóloga pelo Centro Universitário UNA
<https://orcid.org/0009-0008-3403-9524>

Acrísio Luiz Gonçalves

Psicólogo, Mestre e Doutor em Filosofia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Docente do curso de psicologia Centro Universitário UNA.
<https://orcid.org/0000-0002-2867-861X>

Dedicatória da primeira autora: À Armezina Miranda de Oliveira (*in memoriam*). Você me emprestou sua história como inspiração e me ensinou a voar mesmo tendo suas próprias

asas cortadas. Agora, eu te empresto as minhas asas, que você tão gentilmente ajudou a moldar, e prometo voar ainda mais alto em sua homenagem. Obrigada!

RESUMO: A violência a que as mulheres são frequentemente submetidas produz impactos marcantes no bem-estar, na segurança e na subjetividade feminina. Considerando esse cenário, o presente trabalho analisou o processo de violência sofrido pelas mulheres e os seus impactos no reforço das crenças centrais femininas. Para isso, foi realizada uma revisão bibliográfica narrativa, combinando referenciais da Terapia Cognitivo-Comportamental com publicações acerca da violência de gênero em uma perspectiva feminista, a fim a identificar e descrever as crenças disfuncionais que influenciam o comportamento das mulheres. Ao concluir as análises, percebeu-se que a sociedade patriarcal impulsiona o comportamento agressivo, opressor e controlador de grande parte dos homens, direcionando a figura feminina ao papel de “mulher-objeto”.

PALAVRAS-CHAVE: violência de gênero; machismo; feminismo; terapia cognitivo-comportamental; crenças nucleares.

THE IMPACTS OF GENDER-BASED VIOLENCE ON THE REINFORCEMENT OF FEMALE CORE BELIEFS

ABSTRACT: The violence to which women are often subjected has a significant impact on women's well-being, safety and subjectivity. Considering this scenario, the present work analyzed the process of violence suffered by women and its impacts on the reinforcement of female core beliefs. To achieve this, a narrative bibliographic review was carried out, combining references from Cognitive-Behavioral Therapy with publications about gender violence from a feminist perspective, to identify and describe the dysfunctional beliefs that influence women's behavior. Upon concluding the analyses, it was noticed that the patriarchal society drives the aggressive, oppressive and controlling behavior of most men, directing the female figure to the role of "woman-object".

KEYWORDS: gender violence; sexism; feminism; cognitive-behavioral therapy; core beliefs.

1 | INTRODUÇÃO

"Suas asas são cortadas, mas ainda assim ela é culpada por não saber como Voar." (Simone de Beauvoir)

A violência contra mulheres é uma das violações de direitos humanos mais persistentes e devastadoras na atualidade. No entanto, permanece subnotificada, devido à estigmatização e à vergonha a que as vítimas são, muitas vezes, impostas, tanto durante a agressão quanto no momento da denúncia. Além disso, há o pelo receio de impunidade dos agressores, o que pode agravar o ciclo da violência (OLIVEIRA; MAIO, 2016).

Historicamente, no imaginário social, a figura da mulher encontra-se associada à noção de objeto de posse do gênero masculino. Tal perspectiva denota uma objetificação da existência da mulher que corrobora com a manutenção das relações de poder e da hierarquia social, na qual o homem é visto como o progenitor e responsável por sustentar a família, o que lhe conferiria o direito de decidir, inclusive, sobre o corpo e os desejos da sua parceira. Ao passo em que, da mulher, espera-se a submissão, a vinculação ao ambiente privado, o cuidado com o outro e a responsabilidade pela realização das tarefas domésticas. Nesse sentido, a partir da identificação do sexo da criança, as meninas são continuamente incentivadas a desempenhar papéis sociais vinculados às noções de fragilidade, submissão, dependência, passividade, meiguice, ternura, entre outros socialmente atribuídos à feminilidade (MACHADO; CASTANHEIRA; ALMEIDA, 2021).

Conforme destaca Beauvoir (1949a), durante muito tempo, a mulher atuou como um pária social, não sendo atribuídos significados significativos à sua existência sem que estes estivessem diretamente vinculados à figura do homem: "a humanidade é masculina,

e o homem define a mulher não em si, mas relativamente a ele; ela não é considerada um ser autônomo. [...] Ela não é, senão, o que o homem decide que seja” (BEAUVOIR, 1949a, p. 12). Essa concepção conservadora, apoiada em discursos ideológicos e/ou religiosos sobre as funções e papéis sociais desempenhados por cada gênero, acaba legitimando a violência contra a mulher.

Uma breve análise acerca dos espaços ocupados por mulheres em casa, no trabalho e em espaços públicos, bem como da diferença entre os processos de socialização e educação de meninas e meninos, demonstra a existência de lógicas culturais, institucionais e políticas que tentam reforçar a sujeição das mulheres (BANDEIRA, 2009). Constantemente modeladas, reprimidas e subjugadas, exige-se que as escolhas e os desejos das mulheres satisfaçam as expectativas do imaginário social sobre o significado de ser mulher, o que faz com que a capacidade física e intelectual seja frequentemente questionada ou até invalidada (FRIEDAN, 2021).

Dessa forma, este estudo tem como principal objetivo compreender os impactos causados pela violência de gênero no desenvolvimento da identidade feminina, utilizando-se da perspectiva da Terapia Cognitivo-Comportamental para identificar possíveis repercussões causadas por uma sociedade estruturalmente machista no desenvolvimento e consolidação das crenças centrais femininas.

2 | MÉTODO

O presente trabalho apresenta uma revisão narrativa de caráter exploratório sobre os impactos da violência de gênero no reforçamento das crenças centrais femininas. Uma revisão narrativa pode ser entendida como uma análise crítica, porém não sistematizada da literatura, cujas referências analisadas são selecionadas e avaliadas a partir da percepção dos autores, o que torna tal revisão mais subjetiva (ROTHER, 2007).

Na presente revisão, as buscas de artigos científicos foram realizadas em repositórios acadêmicos, como *SciELO*, *PePSIC* e *Google Acadêmico*, utilizando as seguintes combinações de descritores: “Terapia Cognitivo-Comportamental” e “violência de gênero”, “crenças centrais” e “machismo”. Como critério de revisão, optou-se por artigos redigidos em língua portuguesa. Além disso, considerando as características da revisão narrativa, foram incluídos na análise obras não oriundas de uma busca sistemática, que pudessem fomentar a análise da concepção histórica e cultural sobre a violência de gênero, suas características e impactos na subjetividade feminina.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 O MOVIMENTO FEMINISTA

Ninguém nasce mulher: torna-se mulher. Nenhum destino biológico, psíquico,

econômico define a forma que a fêmea humana assume no seio da sociedade; é o conjunto da civilização que elabora esse produto intermediário entre o macho e o castrado, que qualificam de feminino (BEAUVOIR, 1949b, p.11).

Nas palavras de Simone de Beauvoir (1949b), não basta apenas a biologia para definir a mulher. Compete-lhe também a adequação às expectativas sociais e reprodução dos padrões que a qualificam como “mulher ideal”: bela, quieta, meiga, educada, silenciosa, submissa, cuidadora, delicada, “dona do lar”, entre outras. Em nossa sociedade, portanto, torna-se mulher a partir da apropriação das características da feminilidade definidas socialmente. Em oposição, as características que definem a feminilidade e que, tão comumente, são empregadas para modelar o “ser mulher”, também denotam vulnerabilidade, fraqueza e ofensa quando direcionadas ao gênero masculino (NETO; FIRMINO; PAULINO, 2019).

Essa condição designa para as mulheres repertórios comportamentais pautados, principalmente, pela obediência e submissão ao masculino, o que acaba legitimando a dominação do homem sobre a mulher. A esse respeito, Saffioti (1994) aponta que:

Potencialmente, todo homem é violento à medida que é *incentivado, cotidianamente, a ser valente, a mostrar que é macho*, masculinidade sendo sinônimo de *transformação da agressividade em agressão*. A mulher, ao contrário, é *estimulada a suportar calada os maus tratos a ela infligidos por seu companheiro*, sobretudo quando este é um bom provedor das necessidades materiais da família. *Não deixar faltar nada em casa significa, para a sociedade, ser bom marido*. [...] Se ele tem amante, isto se deve ao fato de sua esposa não ser carinhosa, não saber que cativá-lo. Assim, trata-se de dois pesos e duas medidas, cuja operação contínua garante as desigualdades de gênero (SAFFIOTI, 1994, p. 460, grifos nossos).

Em contraposição, o movimento feminista apresenta-se como um conjunto de ideias políticas e filosóficas cuja propensão é promover a igualdade política, econômica, cultural, social e jurídica entre homens e mulheres, por meio de campanhas pelos direitos femininos na sociedade, na vida civil e privada. O feminismo visa abolir, nessas diferentes áreas, as desigualdades e opressões das quais as mulheres, frequentemente, são vítimas, desconstruindo a ideia de supremacia de gêneros cujas algumas sociedades – como a brasileira – se apoiam para a perpetuação de diversos tipos de violência contra a mulher (SCHMIDT, 2000).

3.1.1 O papel da sociedade e da família na manutenção da violência de gênero

A família desempenha um papel fundamental na construção da sociedade, posto que este é o primeiro espaço em que o indivíduo se desenvolve (DOMINICI, 2018). A família é o núcleo social em que se aprende as regras da convivência em sociedade, definindo os direitos, as obrigações, os valores e as crenças de cada indivíduo, que servem como parâmetros para as relações interfamiliares. Neste grupo, consolidam-se práticas que

envolvem os conceitos de amor, solidariedade, empatia, respeito, entre outros, os quais são transmitidos e, posteriormente, ancoram comportamentos nos diferentes contextos sociais. Por isso, é de vital importância dar atenção à formação das crianças como parte integrante de uma família.

As famílias tendem a se organizar em torno de um modelo patriarcal e conservador que valoriza os tradicionalismos e a submissão feminina àquele que corresponde à figura de provedor (SAFFIOTI, 1994). Essa formação se fortalece diante da educação tradicional dos filhos e, conseqüentemente, influencia a perpetuação da violência contra a mulher, posto que as crianças aprendem a incorporar essas estruturas sociais que, explícita ou implicitamente, determinam quais comportamentos são próprios de meninos ou meninas.

Frequentemente, a reprodução da violência de gênero consiste em uma forma de submeter as mulheres a um padrão de dominação masculina, reforçando o comportamento de subordinação, por parte da mulher. A esse respeito, Dominici (2018) aponta que:

A violência contra as mulheres tem ultrapassado séculos e os valores que a sustentam persistem. *A crença na superioridade hierárquica do homem*, com suas implicações, tem sido *transmitida dentro das famílias, das comunidades*, sem que os questionamentos tenham sido suficientes para revertê-la (DOMINICI, 2018, p.11, grifos nossos).

Dado o caráter doutrinador das relações de poder aprendidas socialmente, é possível perceber que certas formas de agressão são toleradas e, muitas vezes, incentivadas pela sociedade. Assim, as relações de violência tendem a transcender a figura do casal, influenciando também as crianças e adolescentes envolvidos nessa relação (DUARTE; PAULINO, 2020).

3.1.2 A luta por igualdade de direitos e empoderamento feminino

É possível notar que, ao posicionar-se contrária a tais estereótipos e padrões sociais, a mulher tende a ser rotulada como brava, intolerante e até mesmo ameaçadora. Frequentemente, ao se declarar feminista, seu posicionamento político-filosófico passa a ser questionado e atacado, sob alegações de que o movimento feminista “não passa de ‘mimimi’ de mulheres mal-amadas”. Desse modo, a luta pela igualdade de direitos representa uma ameaça aos privilégios dos homens e demonstra a fragilidade dos papéis sociais associados ao gênero, colocando em destaque a construção da identidade masculina, posto que, no imaginário social, há apenas uma forma de masculinidade tolerável: aquela que forma sujeitos agressivos e violentos.

Em contrapartida, a perspectiva de uma sociedade pautada no conceito da equidade vislumbra também a libertação e a emancipação do ser humano, independentemente de seu sexo, raça ou cor. O movimento feminista produziu uma ampla variedade de análises sociológicas e filosóficas, as quais enfatizam que, libertando-se das amarras do patriarcado, mulheres e homens podem construir novas relações de gênero, recriando os seus papéis

sociais. Tem-se, assim, o principal objetivo do feminismo: o de que mulheres e homens se tornem iguais perante a lei e a sociedade em geral.

Para Schuler (1997), os direitos das mulheres são direitos humanos, e o empoderamento está relacionado ao desenvolvimento de uma consciência desperta, ou seja, a uma mudança de mentalidade em relação ao lugar da mulher enquanto sujeito. Ainda de acordo com a autora, o empoderamento é considerado um processo pelo qual as mulheres conseguem ampliar a capacidade de configurar suas próprias vidas e seu ambiente, uma evolução na autoconsciência, no seu status e na eficácia das interações sociais. Para isso, a implementação de leis e políticas públicas é fundamental, mas, é igualmente importante encontrar maneiras de desafiar os estereótipos tradicionais de gênero e mudar as mentalidades sexistas na sociedade.

3.2 O MODELO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

3.2.1 *Pensamentos e crenças desadaptativas*

As crenças e pensamentos automáticos negativos se constituem numa junção entre tendências inatas, experiências individuais e construções socioculturais predominantes em determinado tempo e lugar (BECK, 2017). Desse modo, algumas representações socialmente construídas influenciam na subjetivação de modos de vida, pensamentos e comportamentos, pois norteiam a estrutura de um grupo social.

Desenvolvida por Aaron T. Beck, a Terapia Cognitivo-Comportamental foi criada a partir da experiência clínica do autor com pessoas que apresentavam características do transtorno depressivo maior, nas quais ele observou que a interpretação de si, do mundo e das relações sociais apoiava-se em um filtro de pensamentos marcadamente negativos que sinalizavam os impactos das situações anteriormente vivenciadas (BECK, 1967; KNAPP, 2007).

O modelo cognitivo propõe uma concepção de sujeito baseado em pensamentos, emoções e comportamentos. Segundo essa concepção, os pensamentos desencadeiam reações fisiológicas e emocionais que influenciam diretamente no comportamento do indivíduo (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008). Compreendidos como ideias fugazes que, muitas vezes, passam despercebidas ao indivíduo, os pensamentos automáticos encontram-se em um nível mais superficial da cognição, deixando rastros nas emoções e no comportamento do sujeito. Muitas vezes, embora não condizentes com a realidade, tais pensamentos são interpretados como altamente plausíveis. Além disso, ainda que os pensamentos sejam verídicos e estejam de acordo com a situação vivenciada, não necessariamente estes serão adaptativos ao sujeito, podendo ocasionar respostas emocionais e comportamentais disfuncionais (BECK, 2022).

O modelo cognitivo interpreta que o ser humano desenvolve formas de

reconhecimento de si, do outro e do mundo a partir dos esquemas cognitivos aos quais os pensamentos automáticos se vinculam. Em síntese, tais esquemas estabelecem bases para que o sujeito interprete as situações, estruturando as suas reações comportamentais diante das mesmas. De acordo com Wright, Basco e Thase (2008):

Esquemas são princípios duradouros de pensamento que começam a tomar forma no início da infância e são influenciados por uma infinidade de experiências de vida, incluindo os ensinamentos e o modelo dos pais, as atividades educativas formais e informais, as experiências de seus pares, os traumas e os sucessos (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008, p. 21).

Os esquemas são princípios desenvolvidos ao longo de toda a vida, que atuam no sentido de organização da realidade, não sendo necessariamente vinculados a alguma forma de psicopatologia. As crenças, intermediárias e nucleares fazem parte desses esquemas, consistindo, respectivamente, em regras condicionais e em regras absolutas que o indivíduo utiliza para interpretar suas próprias vivências (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008). Portanto, os esquemas são as estruturas que mantêm as crenças do indivíduo, enquanto estas se configuram como os conteúdos desses esquemas.

Entendidas como uma espécie de “lente” através da qual o sujeito enxerga o mundo, as crenças são desenvolvidas a partir da experiência de vida e do processo de socialização dos indivíduos. As crenças intermediárias são baseadas em relações do tipo “se..., então...” e/ou “tenho que”, revelando regras, pressupostos e atitudes do indivíduo. As crenças centrais, por sua vez, são conceitos mais enraizados que revelam e definem a forma como o sujeito interpreta a si mesmo, as pessoas e o mundo ao seu redor (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

Nessa direção, Beck (2022) propõe a classificação das crenças nucleares desadaptativas em três níveis: desamor, desvalor e desamparo. As crenças centrais de desamor versam sobre a concepção de que o indivíduo não merece ser amado, tornando-se alguém indesejável e rejeitado; as crenças de desvalor reproduzem a ideia de incompetência, fracasso, incapacidade; já as crenças de desamparo apontam para uma percepção de fragilidade, vulnerabilidade, carência e dependência (BECK, 2022). Quando tais crenças estão ativadas, é possível perceber seus impactos e suas implicações na formulação dos pensamentos, emoções e comportamentos dos indivíduos.

Considerando o cenário de machismo e violência vivenciado por inúmeras mulheres, a formulação de crenças centrais femininas pode estar ligada à sentimentos de desamor, desvalor e desamparo. Nos homens, em contraponto, as crenças centrais podem estar ligadas à um sentimento de superioridade e dominação. Essas crenças, por sua vez, geram padrões de comportamento que tendem a reforçar e legitimar a violência de gênero, além de corroborar para uma percepção distorcida da violência socialmente.

3.2.2 O desenvolvimento do indivíduo vítima de violência

De acordo com Judith Beck (2022), a infância corresponde a uma fase de extrema importância para o desenvolvimento e consolidação das crenças, pois é nesse momento que o indivíduo é apresentado às regras sociais e começa a introjetar valores, princípios, direitos e deveres. Ou seja, as crenças são construídas a partir das experiências vivenciadas; assim, os eventos que desencadeiam pensamentos automáticos desadaptativos ocorrem em função da ativação de crenças nucleares também desadaptativas.

Considerando que o machismo e a violência de gênero se perpetuaram ao longo de muitos anos, com predominância em inúmeras culturas e sociedades, é de se esperar que esse comportamento nocivo exerça fortes influências na construção social e no reforçamento de crenças negativas, especialmente ligadas à autopercepção feminina.

Pode-se dizer que mulheres que se encontram em situações de violência tendem a criar repertórios que mantêm ativas suas crenças de desamor, desvalor e/ou de desamparo. Uma vez internalizado, esse tipo de crença, mesmo sem nenhuma relação com algum transtorno, exerce uma influência nas diversas relações sociais. Tais influências se fazem notar, por exemplo, a partir da reprodução de alguns ditos populares que insinuam a superioridade masculina, como “mulher no volante, perigo constante” ou “lugar de mulher é na cozinha”. Esses ditos explicitam a crença social de que a mulher deve ser limitada a lugares, espaços e contextos pré-determinados pelo machismo. Outros exemplos, como “mulher tem que se dar o respeito” e “desse, jeito ninguém vai te querer”, denotam como o machismo estabelece pressupostos sobre o comportamento feminino, impondo à mulher um padrão de ação estritamente vinculado ao objetivo de agradar o outro, no caso, um outro masculino.

Entretanto, a violência de gênero não impacta apenas nas mulheres, mas também implica riscos para seus filhos, uma vez que testemunhar a violência dentro da família aumenta as chances de as crianças desenvolverem repertórios comportamentais disfuncionais. Sobre esse aspecto, de acordo com Bandura (2008), os comportamentos não precisam ser reforçados diretamente para ocorrer aprendizado. O sujeito, por meio de sua relação com outros indivíduos, aprende, também, ao observar as experiências das pessoas ao seu redor. Dessa forma, nos contextos familiares, os pais desempenham o papel de modelo, transmitindo aos filhos comportamentos que geram significados e experiências, levando-os a repetir ou a cultivar determinados comportamentos.

Portanto, hipoteticamente, se uma menina está em um ambiente no qual um homem apresenta comportamento violento contra uma mulher, essa criança pode entender que aquela é uma realidade aceitável e, posteriormente, caso ela se depare com uma situação semelhante, pode acabar reproduzindo o comportamento de aceitação/submissão que presenciou anteriormente. Nesse sentido, de acordo com Judith Beck:

Pessoas que vivem em ambientes físicos ou interpessoais mais perigosos

tendem a ter um funcionamento mais deficiente; elas podem ter relacionamentos perturbados e possuir crenças nucleares mais negativas. Essas crenças podem ou não ter sido realistas e/ou úteis quando se desenvolveram inicialmente. Na presença de um episódio agudo, no entanto, essas crenças tendem a ser extremas, irrealistas e altamente mal adaptativas (BECK, 2022, p. 31).

Em geral, a aquisição e a modelação de comportamentos começam a ser construída desde a identificação do sexo do bebê, quando a sociedade começa a impor papéis sociais estereotipados de gênero. Por exemplo, é esperado que as meninas usem rosa, sejam bem-comportadas, meigas, nunca se imponham ou contestem as opiniões dos coleguinhas do sexo oposto. Elas devem brincar com bonecas e panelinhas, sendo incentivadas a adotar referências de brincadeiras que sustentem o modelo tradicional do patriarcado, no qual a função da mulher seria, única e exclusivamente, cuidar e zelar pela casa, marido e filhos. Por outro lado, os meninos são direcionados a brincadeiras que estimulam a agressividade e a competitividade, sendo modelados para reproduzir padrões comportamentais que os colocam em posição de superioridade em relação às meninas. Para isso, espera-se que suprimam suas emoções sob a justificativa de que demonstrar sentimentos “é coisa de mulherzinha”, o que contribui para a desvalorização e inferiorização da mulher e tudo que está associado a ela.

Portanto, pode-se observar que o modelo sociocultural e histórico da nossa sociedade estimula a formulação de crenças voltadas à submissão feminina, ao passo que reforçam uma perspectiva distorcida do papel dominante atrelado ao homem. Isso acaba resultando em uma masculinidade predominantemente disfuncional, tanto para as mulheres como para os próprios homens. Com isso, o machismo que assola grande parte das mulheres também afeta os homens, na medida em que estes se veem restritos a apenas uma forma de existência e expressão de sua masculinidade. Essa limitação pode ser considerada um facilitador da violência de gênero, uma vez que o homem que não “domina” sua mulher tende a ser ridicularizado socialmente, conforme destaca Hooks (2021):

Em troca de todas as delícias que os homens recebem do patriarcado, é exigido que dominem as mulheres, que nos explorem e oprimam, fazendo uso de violência, se precisarem, para manter o patriarcado intacto. A maioria dos homens acha difícil ser patriarca. A maioria dos homens fica perturbada pelo ódio e pelo medo de mulher e pela violência de homens contra mulheres, até mesmo os homens que disseminam essa violência se sentem assim. Mas eles têm medo de abrir mão dos benefícios (HOOKS, 2021, p. 16).

Nessa hierarquia entre os sexos, em que mulheres são incentivadas a se deixarem dominar e, por sua vez, os homens são incentivados a demonstrar virilidade e controle, tem-se um solo fértil para o desenvolvimento e a expressão da violência de gênero.

3.2.3 Violência de gênero e o reforçamento das crenças centrais femininas

A autopercepção está intimamente associada aos papéis sociais que

tradicionalmente são definidos a partir do gênero do indivíduo. Neste ponto, percebe-se que a mídia e as redes sociais desempenham uma função primordial quanto à “comercialização” da imagem da “mulher ideal” (CASTRO; MELO, 2020). No que se refere à construção da identidade feminina, os pressupostos desses papéis de gênero determinam um complexo conceito de feminilidade caracterizado pela negação das próprias necessidades, submissão e subordinação, abandonando os próprios projetos e interesses em detrimento de servir, quase sempre, à figura masculina.

Dessa forma, compreendendo a relação entre a influência dos papéis sociais e o modelo cognitivo, pode-se presumir que os marcadores socioculturais descritos geram impactos nos pensamentos e comportamentos das mulheres, além de corroborar com o desenvolvimento e a manutenção das crenças centrais negativas femininas, já que, desde a primeira infância, a mulher se depara com expressões que ditam como ela deve se comportar e sentir.

Os estereótipos vinculados à construção da feminilidade restringem as mulheres, limitando-as à esfera doméstica. Assim, a consequência mais imediata é a consideração da mulher como um objeto de propriedade do homem. Essa perspectiva reforça a ideia de que o papel fundamental na vida de uma mulher é procriar e apoiar o seu marido a se tornar um grande homem, cabendo a elas a responsabilidade total e exclusiva pela educação dos filhos. De acordo com Tiburi (2018):

As mulheres são convencidas, por meio de uma combinação perversa entre violência e sedução, que *a família e o amor valem mais do que tudo*, quando, na verdade, *o amor de devoção à família serve para amenizar a escravidão*, que, desmontada, faria bem a todos, menos àquelas que realmente preferem uma sociedade injusta porque se valem covardemente de seus privilégios. *Há uma verdadeira “ideologia do amor de devoção à família”* (TIBURI, 2018, p. 21, grifos nossos).

Além disso, o preconceito social segundo o qual as mulheres são emocional e financeiramente frágeis e vulneráveis serve como parâmetro para reforçar a dependência da mulher frente em relação ao homem.

Esses estereótipos são determinantes para a criação de crenças nucleares que podem favorecer o machismo e a violência de gênero, sobretudo considerando o fato de que o ciclo de violência, em um relacionamento abusivo, nem sempre é facilmente perceptível (CASTRO; MELO, 2020). Afinal, os discursos machistas estão presentes na construção da identidade feminina e se expressam como formas de orientação e educação que camuflam o real motivo de serem proferidos: a manutenção da submissão da mulher e a romantização da opressão, com o intuito de influenciar atitudes e comportamentos mais “adequados” sob uma perspectiva patriarcal.

Durante toda a vida, encontram-se referências e representações sociais que fomentam a criação de crenças restritivas e/ou negativas acerca da mulher, mesmo em situações que pressupõem uma certa inocência, como é o caso de filmes e histórias

infantis. De acordo com Castro e Melo (2020):

Ao assistir as animações entende-se que: *todas elas buscam e concretizam ao final do filme um final feliz. [...] para as crianças, as Princesas Disney alimentam o imaginário infantil, reforçando o necessário para um final feliz, por meio de seus castelos luxuosos, vestidos e beleza inegável. [...] tais personagens propagam diversos valores culturais, a importância e relevância da juventude e até mesmo o romantismo (CASTRO; MELO, 2020, p. 9, grifos nossos).*

Essa idealização dos relacionamentos amorosos e familiares, bem como o afunilamento das expectativas a respeito do futuro das mulheres, corroboram com a percepção de que o casamento é o que resguarda a honra, a integridade e a proteção da mulher. Além disso, a reprodução desse padrão de representatividade, pautado em uma concepção machista, repercute, a longo prazo, no desenvolvimento e manutenção de crenças disfuncionais femininas sobre a necessidade de que a mulher esteja “à espera do príncipe encantado” que deverá salvá-la da morte ou libertá-la do cativeiro.

Além disso, o olhar conservador propõe que as mulheres são seres incompletos até que se tornem mães. Dessa forma, a mulher torna-se refém de sua própria condição; sua submissão se traduz em sair de si para doar-se a terceiros, dedicando-se aos filhos, ao marido e ao lar como uma missão supostamente sagrada (CARNERO, 2005).

Tais imposições culturais sobre o que seria a conduta adequada da mulher são reproduzidas, explícita ou implicitamente, a partir de diversas formas de discursos machistas (BARROS; BUSANELLO, 2019). Em nossa cultura, várias expressões revelam a forma como as relações amorosas, sexuais e/ou conjugais devem ser vivenciadas, reforçando o comportamento submisso por parte da mulher, a saber: “seu namorado/marido *permite* que você use essa roupa?”, “com esse comportamento, homem nenhum vai te querer”, entre outras.

Nos ambientes religiosos, em sua maioria, a figura feminina também é colocada em lugar de submissão. Nesses ambientes, o machismo se fortalece a partir de argumentos de um suposto modelo de vida divino, segundo o qual “Deus criou a mulher para o homem” (NUNES; SOUZA, 2021).

Nos ambientes profissionais, por sua vez, ainda é comum que as mulheres passem por situações constrangedoras e/ou limitantes apenas por serem mulheres; além disso, a capacidade intelectual e profissional dessas mulheres ainda é questionada no mercado de trabalho (PRONI; PRONI, 2018). Todas essas situações, representações sociais e ideologias são fatores de risco para que as mulheres, ao longo de suas vidas, desenvolvam crenças limitantes que interfiram em sua autopercepção enquanto mulher.

3.2.4 “Sexo frágil e submisso”: o lugar de fala da mulher vítima de violência

A Lei n.11.340/2006, conhecida como “Lei Maria da Penha” (BRASIL, 2006), assinala cinco formas de violência contra a mulher, sendo elas: a violência física, sexual,

psicológica, patrimonial e moral. Entretanto, mesmo os tipos mais frequentemente expostos e passíveis de comprovação – como a violência física e/ou sexual – podem ser invalidados. Comumente, vítimas de estupro e/ou assédio sexual são questionadas acerca das roupas que usavam no momento em que foram agredidas, numa tentativa de legitimar a violação do corpo feminino, sob alegações de que “se a mulher não quisesse, ela não deveria se vestir ou beber dessa forma”.

Quanto às agressões físicas, percebe-se uma tentativa de desvincular a culpa do homem e direcioná-la à mulher, com discursos como “ele bateu uma vez e ela não fez nada, então ela gosta de apanhar” ou “todo mundo sabe que você não deve provocar um homem desse jeito”. Inicialmente, a naturalização da violência contra mulher ocorre quando a sociedade fecha os olhos para agressões que acontecem no cotidiano, em pequenos atos, bem como quando as mulheres são expostas a ambientes hostis de discriminação, discursos de ódio e opressão constantes.

Contudo, a violência contra a mulher é perpetrada não somente pelo seu agressor, mas também por parte de uma sociedade que se cala diante de tais situações ou que acusa a vítima pela agressão a qual foi submetida, naturalizando o ciclo de violência. Frequentemente, esses discursos que culpabilizam a vítima são reforçados por um ideal social que se baseia na ideia de que “o respeito deve partir da mulher”, isentando o homem da responsabilidade por seus atos.

Dessa forma, é necessário pontuar os desafios que as mulheres enfrentam ao denunciarem as agressões as quais são vítimas. Muitas vezes, encontrando-se em uma posição na qual acaba por ser deslegitimada quando relata a violência, a vítima se vê, durante a denúncia, em um ambiente hostil e machista, sem o acolhimento devido, sendo questionada quanto à veracidade da acusação, mesmo em casos nos quais a vítima apresenta marcas físicas da agressão sofrida. Além disso, partindo do princípio de que alguns tipos de violência não deixam vestígios físicos, a mulher geralmente tende a ser desacreditada e/ou ridicularizada, como acontece em casos de violência psicológica e/ou patrimonial.

Portanto, a violência de gênero decorre de uma ideologia baseada na estrutura patriarcal que define tradições, normas, crenças e costumes que favorecem a desigualdade entre os sexos, silenciando a mulher. Essa estrutura social, conforme apontado, gera impactos negativos nas mulheres, ao produzir e reforçar crenças que impõem situações diversas de sofrimentos psicossocial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência contra mulheres é uma violação persistente e devastadora. O machismo pode ser considerado um tipo de esquema que organiza a forma como a masculinidade se expressa social e culturalmente, tanto na organização da sociedade quanto no padrão de

conduta dos homens. Em relação às mulheres, o machismo produz crenças que moldam autopercepção feminina, impondo submissão, medo e restrições à liberdade das mulheres.

Os estereótipos sobre como cada gênero deve se comportar, aliados à estrutura social que sustenta a desigualdade de poder entre os gêneros, contribuem para a reprodução de padrões de violência contra as mulheres. Nesse sentido, a assimetria de poder observada socialmente entre os gêneros masculino e feminino define o modo entendido como culturalmente “apropriado” de proceder nos relacionamentos: os homens oferecem proteção às mulheres em troca de obediência e submissão. A natureza sutil e encoberta desse tipo de “sexismo benevolente” dificulta a detecção e as reações de enfrentamento.

Durante a escrita deste texto, foram identificados em maior quantidade artigos que abordam como a Terapia Cognitivo-Comportamental pode ajudar mulheres que sofreram violência de gênero, a partir de intervenções comprovadamente eficazes. No entanto, este ensaio discutiu os impactos da experiência de violência na ativação das crenças centrais das mulheres, servindo como referência para futuras pesquisas realizadas sob a mesma perspectiva.

Em síntese, essa revisão narrativa exploratória destaca que a experiência de vivenciar uma situação de violência influencia no desenvolvimento das crenças centrais femininas, desencadeando respostas emocionais negativas. Além disso, tais crenças podem dificultar a adoção de atitudes de rompimento com a situação de violência vivenciada. Esse apontamento ressalta a relevância do tema e a necessidade de uma vigília contínua por parte dos pesquisadores para garantir uma interação dinâmica entre a ciência e a sociedade.

REFERÊNCIAS

BANDEIRA, Lourdes. Três décadas de resistência feminista contra o sexismo e a violência feminina no Brasil: 1976 a 2006. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 24, n. 2, pp. 401-438, maio/ago. 2009.

BANDURA, Albert. A evolução da teoria social cognitiva (Cap. 1, pp. 41), In: BANDURA, Albert; AZZI, Roberta G.; POLYDORO, Soely. (Orgs). **Teoria social cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BARROS, Antônio Teixeira de; BUSANELLO, Elisabete. Machismo discursivo: modos de interdição da voz das mulheres no parlamento brasileiro. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 27, n. 2, e53771, 2019.

BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo: fatos e mitos**. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1949a. v.1

BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo: a experiência vivida**. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1949b. v.2.

BECK, Aaron T. **Depression: causes and treatment**. Philadelphia: University of Pennsylvania, 1967.

BECK, Aaron T. Teoria dos Transtornos da Personalidade (pp. 48-101). In DAVIS, Denise D.; FREEMAN, Arthur. (Orgs). **Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade**. Porto Alegre: Artmed, 2017.

BECK, Judith S. **Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática**. 3. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2022.

BRASIL. **Lei nº. 11.340, de 7 de Agosto de 2006**. Brasília, DF: 2006.

CARNERO, Silvia. La condición femenina desde el Pensamiento de Simone de Beauvoir. **A Parte Rei: Revista de filosofía**, v. 40, n. 12, p. 1-8, 2005.

CASTRO, Rafaela Caroline Marra de; MELO, Simone Rodrigues Alves de. **Um estudo sobre crenças: as personagens de animação infantil e a composição do estereótipo feminino**. Ponta Grossa: Atena, 2020.

DOMINICI, Maria Celeste Macedo. **Violência de gênero e desconstrução de crenças**. Brasília: Codeplan, 2018.

DUARTE, Debora da Silva; PAULINO, Pedrita Reis Vargas. O machismo e sua influência nas crenças centrais femininas. **Cadernos de Psicologia**, Juiz de Fora, v. 2, n. 4, p. 463-481, jul. 2020.

FRIEDAN, Betty. **A mística feminina**. 3 ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2021.

HOOKS, Bell. **O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras**. 15 ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2021.

KNAPP, Paulo. Princípios fundamentais da terapia cognitiva (Cap. 1, p. 19-43). In KNAPP, P. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MACHADO, Dinair Ferreira; CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro; ALMEIDA, Margareth Aparecida Santini de Almeida. Interseções entre socialização de gênero e violência contra a mulher por parceiro íntimo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, Suppl 3, p. 5003-5012, 2021.

NETO, Ivaldo; FIRMINO, Itamar; PAULINO, Pedrita Reis Vargas. A construção social do estigma em masculinidade. **Revista Científica Fagoc Multidisciplinar**, v. 4, n. 1, p. 60-72, 2019.

NUNES, Ana Clara de Arruda; SOUZA, Tatiana Machiavelli Carmo. Análise das vivências de violência doméstica em mulheres evangélicas pentecostais e neopentecostais. **Rev. SPAGESP**, v. 22, n. 2, p. 58-72, dez. 2021.

OLIVEIRA, Márcio de; MAIO, Eliane Rose. "Você tentou fechar as pernas?" – A cultura machista impregnada nas práticas sociais. **POLÊMICA**, v. 16, n. 3, ago. 2016, p. 1-18.

PRONI, Thaíssa Tamarindo da Rocha Weishaupt; PRONI, Marcelo Weishaupt. Discriminação de gênero em grandes empresas no Brasil. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 26, n. 1, e41780, 2018.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paul Enferm.**, v. 20, n. 2, p. v-vi, fev. 2007.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. Violência de gênero no Brasil atual. **Revista Estudos Feministas**, n. 94, p. 443-461, 1994.

SCHMIDT, Simone Pereira. O feminismo nas páginas dos jornais: revisitando o Brasil dos anos 70 aos 90. **Revista Estudos Feministas**, v. 8, n. 2, p. 77-88, 2000.

SCHULER, Margaret. **Los derechos de las mujeres son derechos humanos**: la agenda internacional del empoderamiento. Poder y Empoderamiento de las Mujeres. Bogotá: TM editores, 1997.

TIBURI, Márcia. **Feminismo em comum**: para todas, todes e todos. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018

WRIGHT, Jesse H.; BASCO, Mônica R.; THASE, Michael E. **Aprendendo a Terapia Cognitivo-comportamental**: um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed, 2008.

PROJETO DE INTERVENÇÃO COM ESTUDANTES APÓS ISOLAMENTO SOCIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA COM ENFOQUE EM PSICOTERAPIA ANALÍTICA

Data de aceite: 03/08/2023

Samanta Schönardie

RESUMO: O presente artigo visa expor um breve relato de experiência realizado em estágio acadêmico profissional. Possui como objeto de intervenção um projeto desenvolvido em escola da rede estadual da região metropolitana de Porto Alegre, abrangendo professores e estudantes do último ano do ensino fundamental. Sendo estes o foco principal da intervenção. Teve por principal objetivo promover através da abordagem da psicoterapia analítica, um espaço de escuta e acolhimento no retorno às aulas presenciais, após período de isolamento social, devido a pandemia do COVID-19. Neste trabalho, fez-se necessário buscar fundamentação sobre os impactos causados pela pandemia no desenvolvimento e nas relações dos adolescentes, além da construção de um entendimento teórico a respeito das demandas da adolescência em relação aos desafios comuns deste período da vida.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescência; psicoterapia analítica; impactos da pandemia.

1 | INTRODUÇÃO

O presente artigo refere-se a um relato de experiência profissional, realizado em uma clínica particular, com foco em psicoterapia analítica, na região metropolitana de Porto Alegre. A experiência referenciada neste relato é baseada no projeto de intervenção proposto pela supervisão da clínica como atividade complementar do estágio que aconteceu de janeiro a dezembro de 2022.

O ano de 2022 ficará marcado, como o período de retorno às atividades sociais, após, dois anos de isolamento, devido a pandemia causada pelo COVID-19. As pessoas passaram a ter de se manter isoladas, o convívio social foi limitado, o trabalho passou a ser remoto, as crianças foram afastadas da escola, as famílias passaram a conviver em tempo integral num espaço restrito de suas casas e todas as atividades externas passaram a ser realizadas somente em casos extraordinários. Muitas crianças e adolescentes passaram a ter aulas de

forma remota, outros tantos, não tiveram aulas de nenhum tipo, o que ocasionou grandes perdas em relação à aprendizagem e ao convívio social.

Durante o período pandêmico, foram disponibilizados alguns estudos como o relatório *Situação Mundial da Infância 2021* (Unicef, 2021), demonstrando efetivamente, os primeiros sinais de impacto no desenvolvimento cognitivo e emocional de crianças e adolescentes devido ao período de isolamento. De acordo com o estudo (Unicef, 2021), a mudança de rotinas, perdas na educação, a recreação limitada, a preocupação com a renda familiar e com a saúde, deixaram muitos jovens com medo, irritados e preocupados. A escolha da realização deste projeto em uma escola pública e o direcionamento para a escolha do grupo participante, relaciona-se às demandas identificadas nesses estudos. Entre eles, temos o divulgado pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS, 2021), este retrata que metade dos problemas relacionados à saúde mental se inicia por volta dos 14 anos de idade.

Autores clássicos da psicanálise afirmam que a adolescência é um momento de elaboração de lutos pela perda do corpo infantil, da identidade e da infância (Aberastury & Knobel, 1981). Assim o adolescente vive um luto da infância, um momento da vida que passará a não mais existir, onde ele próprio se modifica, mas que para que possa deixá-la, precisa retornar a ela, muitas vezes ainda. Segundo Násio (2021), o adolescente é um ser em contraste e em contradição, o que faz com que em um momento ele possa ser totalmente entusiasta e em outro imediatamente deprimido e apático. Winnicott (1975) resume que a adolescência traz a “necessidade” de poder rebelar-se em um contexto ambiental que o acolha, contenha e detenha essa mesma rebelião, para que assim possa se desenvolver.

Vários fatores acabam influenciando esse momento paradoxal, elementos biológicos como as alterações hormonais, mudanças físicas e desenvolvimentais, que trazem ao adolescente uma mudança na percepção de si mesmo. Desta forma, possuem maior maturidade em alguns aspectos, mas também apresentam muitas limitações em outros, pois, ainda estão em desenvolvimento. Isso faz com que a adolescência seja uma fase com elementos críticos à manutenção da saúde mental. Violência sexual, relações conflituosas com seus pais, discriminação, dificuldades intelectuais, exclusão social entre outros, tendem a promover grande risco de desenvolvimento de transtornos mentais.

Podemos considerar que os pais são importante fonte de segurança e referências para os adolescentes (Winnicott, 1975; Papalia, 2010). No entanto, observa-se uma modificação na estrutura familiar nas últimas décadas, gerando ausência de conflitos e falta de demarcação de limites (Stürmer, 2009). Segundo Alexandre (2006) existe uma perspectiva invertida atualmente, onde, “há uma *adolescimento* dos pais e um *adultecimento* das crianças”. Esta mudança nas relações parentais, vem ocasionando uma falha no desenvolvimento emocional das crianças e adolescentes, desencadeada pelo impedimento do manejo adequado de sua agressividade, bem como, da impossibilidade de adquirir a autonomia necessária para os enfrentamentos pertinentes à vida adulta.

Naquilo que tange o desenvolvimento psíquico, os autores psicanalíticos apontam a individuação como principal tarefa da adolescência (Blos, 1996; Nasio, 2009; Kancyper, 1999). Sendo assim, a superação da dependência dos pais e a manutenção de sua própria identidade e a possibilidade de superar a dependência em relação aos objetos primários, permite aos indivíduos o amadurecimento e o sentimento de continuidade (Jeammet & Corcos, 2005). Na adolescência existe a necessidade de uma reorganização do espaço relacional como já apontado por Winnicott (1975), quanto maior for o sentimento de dependência mais desafiadora e destrutiva será a postura na relação do adolescente com o outro. Nesse sentido, a não obtenção desta independência, poderá ser um dos fatores desencadeadores de patologias psíquicas na adolescência. Podemos conceber que na adolescência, existe uma mistura entre dependência e rebeldia, ambas necessárias para a estruturação da identidade (Verceze, Sei & Braga, 2013).

Um dos primeiros teóricos a aprofundar a psicoterapia analítica para adolescentes foi o francês Pierre Mâle, considerado por muitos o criador da psicanálise para adolescentes, sua teoria se aproximava de Winnicott, (Delaroche, 2008). Para Mâle a adolescência surgia a partir de uma crise vital que é decisiva para a organização do “eu”. Afirma ser importante ter cuidado para não se patologizar comportamentos necessários para a maturação do indivíduo. Sugerindo assim, uma prática analítica mais flexível à psicoterapia do adolescente. Ponto que se mantém atual na clínica até os dias atuais. As relações nesta fase têm função similarmente importante para eles, pois nelas podem testar os limites, experimentar papéis. De acordo com Hack (2009), a clínica com os adolescentes é como estar em um processo permanente de controle de elásticos, assim eles vão esticando a relação até perceber se arrebentam, desta forma, devemos deixá-los experimentar esta sensação para identificarem até onde podem ir. Desta forma trabalho com crianças e adolescentes demanda maior flexibilidade, pois no geral são imprevisíveis. A partir do cenário pandêmico vivenciado, que infringiu a todos a necessidade de isolamento e mudança nas rotinas, impossibilitando as relações necessárias para o desenvolvimento saudável nesta fase, alterando o processo natural da adolescência e suas implicações, por isso buscamos compreender este período vivenciado por eles e oportunizar um momento de reflexão e escuta.

2 | METODOLOGIA

O relato de experiência a seguir surge a partir da proposta da criação de um projeto de intervenção do programa de estágio profissional. Tem por objetivo descrever as práticas de uma experiência profissional de estágio em Psicologia, bem como relacionar essa prática a construção de projeto de intervenção ao método da psicoterapia analítica. A construção do projeto aconteceu entre fevereiro e abril de 2022 e sua efetiva execução entre maio e julho de 2022, tendo delineamento qualitativo. Sendo aplicado em uma escola de ensino fundamental e médio da rede estadual da região metropolitana de Porto Alegre, em duas

turmas de alunos do último ano do ensino fundamental, somando-se o total de 60 alunos com idades entre 13 e 18 anos. A primeira etapa de construção realizou-se na clínica, tendo como objetivo uma pesquisa referencial que justificasse a proposta de intervenção. Em seguida foram discutidas as ideias que surgiram a partir da pesquisa referencial e realizamos trocas com os psicólogos apoiadores e a supervisão clínica, definindo assim o viés considerado adequado para o desenvolvimento efetivo do delineamento do projeto.

O próximo passo foi entrar em contato com a escola escolhida, apresentar nossa proposta a direção e ouvir as demandas trazidas por esta, refinando nossas percepções e lapidando o objetivo inicialmente pensado. O projeto foi definido em três etapas: a primeira sendo uma roda de escuta com os professores das turmas participantes; a segunda os encontros com os alunos e a terceira as devolutivas com participação dos pais e professores.

3 | RESULTADOS

O primeiro contato realizado com a escola na prática do projeto, aconteceu com os professores dos alunos participantes. Nesse encontro foi possível obter dos docentes suas observações e considerações. Foi evidenciada a sensação de falta de recursos por parte da equipe quando ao chegar na sala, uma das professoras, ao nos cumprimentar afirma “estou aqui porque preciso de recursos, não sei mais como lidar com eles” (sic). Assim, registramos as percepções dos professores que disseram estar se sentindo frustrados e assustados, que muitos alunos retornaram à escola pedindo socorro. Esse pedido se reflete nas brigas, na dificuldade de convivência, na necessidade de toque e afeto. Os professores pareciam cansados, adoecidos e buscando algum tipo de auxílio, pois segundo eles, aquilo que faziam antes da pandemia e trazia resultados que agora não serviam mais. Outro fator importante foi a falta de adesão dos professores neste encontro, apenas seis deles se fizeram presentes, o que pode ser mais um indicativo do adoecimento destes.

O segundo momento do projeto foi efetivado a partir dos encontros com os estudantes. No primeiro encontro foi promovida uma acolhida e uma dinâmica de apresentação para que pudéssemos nos conhecer. A primeira turma foi encaminhada ao auditório da escola, onde aguardávamos, eu, a colega de estágio e a supervisora clínica. Em sua maioria chegaram animados e falantes, alguns nos cumprimentavam diretamente, outros apenas escolhiam o seu lugar e sentavam. Nossa supervisora apresentou a clínica e a proposta do nosso trabalho, após nos apresentarmos iniciamos a dinâmica “Do 1 ao 7” de apresentação, onde em roda, cada um contava um número na sequência de um a sete, cada rodada incluímos um elemento para um número, e a partir disso eles não podiam mais falá-lo, apenas executar o elemento, quando alguém errava, tinha de falar seu nome, idade e uma curiosidade sobre si. Se mantinham atentos, brincavam e riam dos colegas quando esses erravam, foi um momento dinâmico e descontraído, a primeira turma era bastante animada, a segunda foi um pouco mais contida, mas todos participaram.

Após a apresentação solicitamos a eles que respondessem um pequeno questionário, onde fizemos perguntas sobre a pandemia e como estavam se sentindo, além de abrir um espaço para que colocassem o que mais quisessem contar. Alguns prontamente responderam, principalmente os alunos da primeira turma, na segunda turma foi observada uma resistência maior em participar, mas muitos responderam. Após este momento conversamos sobre as percepções deles e alguns compartilharam seus sentimentos e histórias em relação a pandemia.

No segundo encontro levamos a música *Maior que as muralhas* da banda Fresno, com a apresentação de um vídeo criado com atletas da equipe brasileira paralímpica. No vídeo os atletas trazem seus relatos de superação e resiliência, a partir disso trabalhamos com eles a relação do que a pandemia nos causou com aquilo que desejamos para nossas vidas, que a partir da adolescência somos responsáveis por nossas escolhas. Assim, a partir delas podemos direcionar nosso caminho, escolher onde colocaremos nossa energia. Na primeira turma o grupo apresentou maior resistência para iniciar o trabalho, como criamos os grupos por sorteio, eles saíram da zona de conforto e ali se evidenciaram diversos mecanismos de defesa.

De acordo com McWilliams (2014), as defesas são estratégias adaptativas que servem para proteger nosso *self*, algumas são mais maduras e criativas, outras mais primitivas. Pudemos observar algumas delas como, o controle onipotente, onde alguns se colocaram de forma a tentar superar e controlar os outros. A desvalorização em relação aos outros surgiu em grande quantidade entre os adolescentes, ao mesmo tempo que eles se sentem atacados, atacam. Um dos grupos em sua produção, apresentou um desenho que representava as pessoas lhes agredindo com palavras, tais como: “Você é um lixo, você não presta para nada, você é inútil”. Durante o segundo encontro, em ambas turmas, ocorreram muitas situações de agressões verbais entre eles, ficando marcado o quanto os adolescentes estavam com pulsões agressivas que manifestavam contra os colegas. Winnicott (1975), nos faz refletir sobre a agressividade existente nesta fase, ela, assim como, a sexualidade, assustam o adolescente, não sabendo como lidar com ela projetam nos demais. Outro ponto importante que ocorreu nesse encontro, foi uma mobilização maior em alguns adolescentes. Já havíamos identificado que alguns deles sinalizavam estarem mais tristes e buscando conter suas emoções. Ao fechamento da tarefa com a primeira turma, dois alunos choraram, buscamos acolhê-los em suas angústias e eles demonstraram melhoras. No entanto, alguns minutos após a saída deles, um aluno teve uma crise de ansiedade e tivemos que intervir.

No terceiro encontro trabalhamos com os estudantes questões relacionadas a adolescência. Foi oportunizada a construção de um dicionário próprio para cada turno, onde puderam revelar um pouco de si, usaram palavras que lhes trouxessem identificação enquanto grupo. A primeira turma conseguiu ser mais efetiva em trabalhar uma linguagem própria mais abrangente, alguns exemplos da sua produção: “Tão = xingamento, Fih =

apelido coletivo”. A segunda turma apresentou, como anteriormente, mais resistência ao trabalho. Sua produção em parte foi direcionada a apelidos dos colegas e xingamentos. Nesta turma a pulsão de agressividade neste encontro estava mais evidenciada. Por várias vezes, durante a atividade, os adolescentes discutiram e proferiram xingamentos uns aos outros. Ao final discutimos a forma como eles se tratavam e os impactos que esta forma poderia ter em cada um deles.

No nosso último encontro, retomamos os dicionários com ambas as turmas. A primeira turma fez rapidamente um fechamento, depois seguimos para a atividade sobre a empatia, todos participaram e ao final discutimos o significado de ser empático, isso agitou bastante o grupo. Para acalmar fizemos uma visualização que remetia a música trabalhada na semana anterior, onde trazíamos alguns obstáculos a serem transpostos, ao final da visualizaram solicitamos que produzissem algum material escrito para representar suas percepções. A maioria conseguiu se acalmar e realizar a atividade, por fim, discutimos as emoções geradas e os sentimentos da turma. Como atividade final, pedimos que fizessem uma carta para eles próprios dali a 10 anos, buscando oportunizar lhes a ideia de pensar sobre o futuro e o caminho para chegar onde desejavam. Alguns utilizaram palavras simples como “continue”, outros trouxeram textos mais explicativos ou desenhos. Ao iniciarmos o fechamento um dos alunos pediu para sair pois estava se sentindo mal em seguida pediu que fosse conversar com ele. Desta forma, minha colega e supervisora encaminharam com eles o encerramento e fui fazer o atendimento individual. Conduzi uma escuta atenta de sua problemática, acolhendo as emoções expressas por ele, assim foi se acalmando e pode retornar as atividades da aula.

Com a segunda turma, a retomada dos dicionários levou um pouco mais de tempo, pois havia sido interrompida de uma forma menos organizada no encontro anterior. O colega da clínica que havia nos acompanhado na semana anterior, apresentou grande desconforto com as expressões utilizadas pelos adolescentes, provavelmente entrando em contratransferência. A transferência segundo Zimerman (2008) é uma necessidade de repetir antigos traumas psíquicos que foram mal resolvidos dando a eles uma nova oportunidade de elaboração. Desta forma a contratransferência é uma amostra para o terapeuta das emoções que o indivíduo vem sentindo e se bem manejada pode ser muito importante na evolução do grupo. Assim, retomamos com eles os significados daquilo que haviam trazido e na sequência realizamos a atividade sobre empatia para que pudessem elaborar o que foi discutido. Iniciaram a visualização de forma comprometida e discutiram sobre suas visões ao final, gerando reflexões acerca da vida e da possibilidade de transpor os desafios. Na avaliação final do trabalho, a grande maioria trouxe que foi importante o período que trabalhamos juntos, trazendo o desejo de que mais encontros como estes ocorressem. Foi percebida uma fala praticamente unanime de que puderam sentir-se vistos e respeitados, e que isso havia sido muito importante para eles naquele momento.

4 | DISCUSSÃO

Na perspectiva winnicottiana (Winnicott, 2001), para um bom manejo clínico, é importante a compreensão acerca dos possíveis fracassos ambientais vivenciados pela pessoa, desta forma o momento pandêmico experienciado pelas crianças e adolescentes, passa a fazer parte do seu contexto, influenciando as relações e o modo de viver deles. A pandemia foi mais que uma crise sanitária, impactando de forma abrangente aqueles que se encontravam em desenvolvimento. Sendo assim, desde o primeiro contato que tivemos com a escola, foi possível perceber que o retorno às aulas presenciais havia trazido desafios para os quais ninguém estava preparado para conter. Na fala dos professores foi nítido o cansaço e a necessidade de recursos, visto que aqueles que sabiam e que foram utilizados não estavam sendo suficientes.

Nos encontros com os adolescentes foi possível identificar, assim como sugerido por Winnicott (1999), o fenômeno de atração-repulsão, que remete à postura de dependência-desafio. Onde ao mesmo tempo que em seus discursos, repudiavam os pais traziam a lembrança deles em diversas situações. O excesso de intimidade, ambientes restritos enfatizados pela pandemia, potencializaram a convivência agravando em muitos casos as dificuldades das relações. Winnicott (1975, p. 202), nos relata que “onde houver um desafio do rapaz e da moça em crescimento, que haja um adulto para aceitar o desafio”. desta forma é necessário que o adulto tenha condição de acolher o paradoxo adolescente, enquanto o crescimento estiver em progresso, a responsabilidade deve ser assumida pelas figuras parentais ou pelos cuidadores. No entanto, a pandemia afetou a todos, pais, professores, ambos foram expostos a medos, frustrações e ansiedades que em muitos casos impediram que o adulto tivesse a capacidade de exercer de fato sua função. Se estes, se abstém, os adolescentes se obrigam a passar para uma falsa maturidade e perder a liberdade de ter ideias e de agir segundo o impulso, o que provavelmente lhe trará desastrosas consequências (Winnicott, 1975).

Ficou evidenciado o grau de imaturidade existente ainda nesta fase, mas isso não é de todo negativo, pois, segundo Winnicott (1975), a imaturidade é um elemento essencial da saúde durante a adolescência e a cura para ela é a passagem do tempo e o crescimento para a maturidade que o tempo pode trazer. Após esse período de isolamento, precisamos pensar nos impactos ou até mesmo atrasos, que ocorreram em função destes. Possibilitando experiências que possam lhes permitir o desenvolvimento desta maturidade sugerida por Winnicott. Desta forma, podermos enquanto família e sociedade, ser “continentes” amparando-os, enquanto eles ainda não estão suficientemente maduros para fazê-lo sozinhos (Zimerman, 2008).

Outro aspecto bastante importante na efetivação do trabalho, reflete a necessidade que todos têm de se sentirem vistos e pertencentes. De acordo com diversos autores psicanalistas como Freud, Zimerman, Lacan, Winnicott, o ser humano se constitui a partir

do olhar do outro, sermos vistos nos possibilita existir (Zimmerman, 2008). Após importante período de isolamento social, onde fomos forçados a ficar reclusos e a interação se deu em grande parte através dos recursos tecnológicos, deixamos de ser vistos. A partir deste vínculo se reconstituíram no grupo e passavam a ser mais participativos e abertos as atividades que propúnhamos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Seguem aqui as considerações que puderam ser construídas no curso deste projeto. A partir do primeiro encontro com a escola, ficou-nos evidenciado as dificuldades que estavam presentes no retorno às aulas presenciais após período de isolamento, assim como as mesmas apontadas pelo estudo do Unicef (2021), foi destacada na fala dos adolescentes; os altos níveis de ansiedade experimentados por eles neste período. Relataram sentirem com mais frequência em ambas as turmas ansiedade solidão e tristeza a que foram acometidos durante este período, além das perdas, lutos, medos em relação a saúde e a situação financeira da família. Alguns relatos trouxeram a vivência de violências que foram estimuladas pelo isolamento, a falta de uma rede de apoio que fosse capaz de absorver tamanho impacto.

No entanto, demandas extremamente elevadas de estresse e angústias por vezes aniquilam a capacidade do adolescente em realizar seus enfrentamentos, deixando traumas que tem se tornado patológicos e que serão sentidos ao longo da vida se não puderem ser contidos. Nos questionários respondidos pelos estudantes foram comuns nas respostas a manifestação de angústias relacionadas a solidão, ansiedade, medo e depressão. Ficando evidenciada a importância de mantermos projetos como este, ativos em todas as escolas e até mesmo pensarmos em políticas públicas que sejam capazes de construir um modelo de acolhimento e auxílio para aqueles que tiveram que lidar com questões que foram além dos problemas normais da adolescência, que já são suficientemente desafiadores. É importante ressaltar que a preparação dos pais, professores e até mesmo de profissionais de saúde, para auxiliar nestas demandas, pode ser um diferencial para conseguirmos dar conta de todo impacto gerado neste período.

REFERÊNCIAS

Aberastury, A., & Knobel, M. (1981). *Adolescência normal*. Artes Médicas.

Alexandre, D.P. (2006). *A importância do holding na organização afetivo-social de crianças que manifestam tendência antissocial*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 131 p.

Brasil. (1990). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

Fiocruz (2021). *Saúde Adolescentes no contexto digital da Pandemia*. Mental dos Acesso em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/saude-mental-dos-adolescentes-no-contexto-digital-da-pandemia>

Hack, S. (2009) Psicoterapia de crianças e adolescentes com tendência antissocial. In. Castro,

Jeammet, Philippe; Corcos, Maurice. (2005). *Novas problemáticas da adolescência: evolução e manejo da dependência*. Casa do Psicólogo.

McWilliams, N. (2014). *Diagnóstico Psicanalítico*. Artmed.

Násio, J-D. (2021). *Como agir com um adolescente difícil*. Zahar.

Organização Pan Americana de Saúde, OPAS, (2021). *Saúde Mental dos Adolescentes*. Acesso em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>

Papalia, Diane. Olds, S. Wenlos. Feldman, R. Duskin. (2010). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre, Artmed.

Plan International (2021). *Pandemia tem impactos que vão além da perda de aprendizado entre as meninas*. Acesso em: <https://www.institutounibanco.org.br/conteudo/pandemia-tem-impactos-que-vaio-alem-da-perda-de-aprendizado-entre-meninas/>

Stürmer, A. (2009). As origens da psicoterapia de crianças e de adolescentes na psicanálise. In. Castro, M. e Stürmer, A. (orgs). *Crianças e Adolescentes em psicoterapia*. (pp.257-273) Artmed.

Unicef (2021). *Impacto da COVID-19 saúde mental de crianças e adolescentes*. Acesso em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/impacto-da-covid-19-na-saude-mental-de-criancas-adolescentes-e-jovens>

Verzeze, F. A., Sei, M. B. & Braga, C. M. L. (2013). A demanda por psicoterapia na adolescência: a visão dos pais e dos filhos. *Revista de Psicologia da UNESP*, 12(2), 92-102.

Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Imago.

_____ (1999). *Tudo começa em casa*. Martins Fontes.

_____ (2001). *A família e o desenvolvimento individual*. Martins Fontes.

Zimerman, D. (2008). *Fundamentos Psicanalíticos*. Artmed.

PSICOLOGIA NAS PERIFERIAS: O SUJEITO COMO AUTOR DA PRÓPRIA POLÍTICA DE INCLUSÃO

Data de submissão: 08/06/2023

Data de aceite: 03/08/2023

Guilherme Ferreira Carvalho

Faculdade de Pará de Minas – FAPAM
Pará de Minas – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/4351788607993589>

Alessandra Duarte de Oliveira

Faculdade de Pará de Minas – FAPAM
Pará de Minas – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/0534511980057851>

Ana Clara Coelho Gonçalves

Faculdade de Pará de Minas – FAPAM
Pará de Minas – Minas Gerais
<https://orcid.org/0009-0005-9077-7263>

Debora Mara Severino

Faculdade de Pará de Minas – FAPAM
Pará de Minas – Minas Gerais
<https://orcid.org/0009-0007-1280-6123>

RESUMO: O objetivo desta pesquisa foi investigar a acessibilidade e a coerência das Políticas Públicas de Saúde Mental e a melhor aplicabilidade dos recursos públicos em benefício da população; assim como ressaltar o papel da Psicologia para que os sujeitos que vivem em periferias se sintam incluídos e acolhidos pelas práticas realizadas em programas do Sistema Único de Saúde - SUS. Uma pesquisa quanti-quali

foi realizada em três bairros periféricos da cidade de Pará de Minas junto às pessoas que utilizam os serviços públicos de saúde. Uma vez entendida que a participação popular se faz importante para a elaboração das Políticas Públicas de Saúde Mental, como também o envolvimento multidisciplinar da equipe profissional, a informação pode ser mais abrangente e as práticas melhores direcionadas.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde (SUS); Políticas Públicas; Psicologia; Saúde Mental.

PSYCHOLOGY IN THE PERIPHERIES: THE SUBJECT AS AUTHOR OF THEIR OWN INCLUSION POLICY

ABSTRACT: The goal of this research was to investigate the accessibility and coherence in Mental Health Public Policies, as well as the best applicability of public resources to the population; and to highlight Psychology's role, so that subjects living on the outskirts of cities would feel included and welcomed in the national health system - SUS. A quantitative and qualitative study was conducted with people who utilized the system's programs practices in three peripheral neighborhoods in Pará de Minas.

Once it has been understood that popular participation, as well as the involvement of a multidisciplinary professional team, is important in the development of Mental Health Public Policies, the information can be more in-depth and practices can be more oriented.

KEYWORDS: SUS (Unified Health System); Public Policy; Psychology; Mental Health.

INTRODUÇÃO

A Saúde, como objeto de direito do cidadão, compreende legislações e cartilhas de normas sobre seu bom emprego em favor, principalmente, dos menos favorecidos; além de garantir em leis, a correta abrangência e oferta a todos os brasileiros. As Políticas Públicas de Saúde, aqui nos referimos à Saúde em um contexto geral e especificamente à Saúde Mental, organizadas e regidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990), têm o papel de apresentar normas e diretrizes para a melhor aplicação dos recursos públicos em benefício da população e, para isso, somam um conjunto de ações propostas e analisadas por um grupo que compreende os órgãos estatais com a participação da sociedade civil.

Ainda que existam políticas de prevenção e promoção de Saúde Mental no SUS, é indispensável investigar se os sujeitos que vivem em periferias se sentem incluídos e acolhidos pelas práticas realizadas em programas do sistema. É de grande valia o papel do Psicólogo como mediador do sujeito que vive em áreas periféricas, para o acesso às Políticas Públicas de inclusão e programas de prevenção e promoção da Saúde Mental do SUS.

Alcantara *et al.* (2015) pontuam que a exclusão está representada em cada contexto social e possui direta relação com as Políticas Públicas e Sociais que apresentam características emergentes em variadas épocas. Quando avaliada, além da vertente econômica, a exclusão se mostra ligada aos caminhos de vulnerabilidade, precariedade, fragilidade e ruptura dos vínculos socioafetivos, que também acomete as dimensões familiares, comunitárias, socioculturais e territoriais. O entendimento sobre exclusão é bastante amplo para ocorrer em uma delimitação de significado único. No mundo há uma grande variação de preceitos e crenças que impulsionam as desigualdades, fazendo com que a exclusão social seja considerada o principal fator para o não reconhecimento de valores e representações. (WANDERLEY, 2012).

De acordo com o Art. 2º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, “A Saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. (BRASIL, 1990, Art. 2). Acredita-se, porém, que tal lei não é efetivada com unanimidade, visto, por exemplo, as condições básicas de saneamento nesse contexto. Se nas comunidades ainda há a ausência do mínimo para considerar a Saúde, que é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças (AMARANTE, 2007, p.18), a possibilidade de avaliar a Saúde Mental dessa população que muitas vezes

vive sem o básico necessário, pode ser bastante complexo.

Guimarães *et al.* (2008) evidenciam que a participação social na formulação das Políticas Públicas de Saúde Mental ainda enfrenta desafios, no que diz respeito à representatividade, legitimidade e participação ativa dos usuários enquanto sujeitos de direito. Assim, uma maior consciência política, por parte dos cidadãos, se faz necessária para a construção, de fato, de uma política democrática participativa. A participação social é indispensável para que o sujeito esteja envolvido não somente como usuário da política em si, mas também como agente de promoção dos direitos que o coletivo possui, visando assegurar a equidade e inclusão no acesso aos serviços de Saúde Mental.

É considerável que toda prática seja construída com a participação da equipe multidisciplinar e corrobore com os princípios de um atendimento integral à população, pois, de acordo com Medeiros (2020), o potencial de atuação da Psicologia aumenta quando não se mantém rígida suas bases teóricas e se permite compartilhar o fazer em Saúde. Um desafio para a Psicologia está em se afirmar como saber indispensável na Saúde, mas não como tomadora de verdades absolutas e generalizadas, fazendo com que não se respeitem ou se deixem interessar pelas singularidades territoriais, tão necessárias para criar uma rede de atenção à Saúde mais democrática.

A participação popular na formulação de Políticas Públicas de Saúde é de fundamental importância e se realiza no SUS, principalmente, por meio da presença em conselhos e conferências em que existem diálogos democráticos entre os construtores e os usuários do sistema; embora, mesmo com os avanços dos últimos tempos, ainda haja conflitos e intencões nas articulações entre os interesses individuais e/ou coletivos, (GUIMARÃES *et al.*, 2008). É indispensável a participação de todos os envolvidos, dos usuários e diretores aos trabalhadores da linha de frente na Saúde, para que todas as demandas possam ser consideradas.

A Política Nacional de Saúde Mental assegurada pela Lei nº10.216 de 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2001, Art. 1.), que garante aos indivíduos os direitos, proteção e assistência em Saúde Mental, se baseia nos princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade do SUS. Certifica também a qualquer pessoa portadora de doença mental e seus familiares/responsáveis o acesso à informação sobre seus direitos, garantindo a proteção de dados, obtenção a tratamentos, preferencialmente, na área da Saúde Mental, com o acompanhamento de equipes multidisciplinares quando necessário, além de possuir como objetivo principal a reinserção social dos pacientes após o período de tratamento e a obrigação de ser acompanhada por comissões gerenciadas no Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 2001, Art. 1.).

Investigar, denunciar e construir soluções para possíveis negligências dessa política com indivíduos das periferias é interesse primordial de toda a Psicologia referente ao seu papel social. Pensar em Políticas Públicas juntamente com os sujeitos periféricos é incluir na elaboração das leis e práticas científicas aqueles que serão diretamente afetados por

elas, substituindo a posição de passividade, delegada a eles pela sociedade, para a de protagonismo de suas próprias narrativas.

A Saúde Mental no contexto do SUS contribuiu não só para a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira, mas também para a ineficácia em sua gestão. Dessa forma, foi essencial investigar se os sujeitos que vivem nas periferias se sentem incluídos pelas políticas de prevenção e promoção de Saúde Mental do sistema. Sendo assim, foi necessário identificar as demandas específicas da população periférica no acesso aos serviços, com o intuito de pensar junto a esses sujeitos estratégias que contribuam para a prática psicológica nos equipamentos e Políticas de Saúde Mental, permitindo analisar a coerência entre as leis e as práticas exercidas nas periferias.

METODOLOGIA

Buscando apurar o que impulsiona a possível negligência na inclusão dos sujeitos moradores de periferias aos programas de Saúde Mental do SUS, a presente investigação, segundo Gil (2002), trata-se de uma pesquisa exploratória-explicativa, que possui a intenção de aprimorar as ideias, promover novas descobertas, proporcionar maior entendimento sobre o problema de pesquisa e identificar as razões que são responsáveis pela ocorrência dos fenômenos.

O procedimento deste trabalho se caracterizou em uma observação direta, por meio de um levantamento de dados, que geralmente é utilizado para coletar informações de um grupo significativo de pessoas frente ao problema investigado. Vale ressaltar que além da análise dos resultados obtidos, tal feito também proporcionou uma discussão de caráter científico com base em pesquisas já desenvolvidas. (GIL, 2002).

A investigação foi categorizada em quali-quantitativa que, de acordo com Marconi e Lakatos (2011), consiste em uma pesquisa que obtém respostas sobre o tema com a intenção de colaborar para uma análise mais profunda e ao mesmo tempo permitir a realização de uma constatação frente a hipótese, já que os resultados são mais precisos e menos suscetíveis a erros. A partir dessa normatização, os moradores dos bairros periféricos Belvedere, Padre Libério e Recanto da Lagoa, pertencentes ao município de Pará de Minas, em Minas Gerais, foram submetidos a uma entrevista semiestruturada que apresentou questões não objetivas que proporcionaram respostas totalmente fiéis à subjetividade dos sujeitos entrevistados e questionamentos construídos que puderam ser agrupados, viabilizando uma análise estatística. (GIL, 2002).

Por meio de um plano de pesquisa, o presente trabalho teve como objetivo principal identificar as demandas da população presentes nos três bairros periféricos visitados referentes ao acesso aos serviços de Saúde Mental, visando coletar resultados que pudessem expandir a discussão e a percepção dos atravessamentos que por vezes negligenciaram o acesso do sujeito aos serviços. O segundo objetivo, junto aos sujeitos

periféricos, focalizou-se na elaboração de estratégias que pudessem contribuir para uma prática psicológica mais inclusiva nos serviços que acolhem pessoas em sofrimento psíquico. Ambos objetivos puderam ser desenvolvidos por meio de uma entrevista realizada pelos pesquisadores com os moradores pertencentes aos bairros periféricos pré-selecionados, na qual constava questões objetivas e subjetivas.

Foram entrevistadas vinte pessoas, sendo dezesseis do gênero feminino e quatro do gênero masculino, com idades entre dezoito e sessenta e cinco anos. Em relação à escolaridade dos respondentes, 25% apresentam Ensino Fundamental completo, 20% Ensino Médio incompleto, 20% Ensino Médio completo, 30% Ensino Superior incompleto e 5% Ensino Superior completo.

Por fim, o terceiro objetivo se concentrou na análise da coerência entre as leis vigentes que asseguram a execução das Políticas Públicas em Saúde Mental no Brasil e as práticas em Psicologia executadas nas periferias. Tal feito foi possível de ser investigado por meio de uma revisão sobre o que já foi produzido a respeito, além da verificação e constatação de materiais de domínio público como leis e decretos.

DESENVOLVIMENTO

A discussão acerca da exclusão social perpetua no contexto das sociedades modernas, sendo notada como “destino excludente de parcelas majoritárias” da população num todo, no qual o mercado de trabalho e estruturas econômicas potencializam as absurdas desigualdades quando se trata de qualidade de vida. (WANDERLEY, 2012). No Brasil, a exclusão social pode também ser interpretada perante o âmbito da Sociologia, como descreve as obras de Jessé Souza (2002, 2003, 2006), estudadas por Patiño e Faria (2019), que buscam assimilar os processos específicos de exclusão na sociedade brasileira com evidências, apontando a desigualdade social associada não apenas à esfera econômica, mas também na influência cultural. Tal colocação pressupõe a impossibilidade de enfatizar as dimensões de exclusão levando em consideração apenas os aspectos financeiros ou culturais, já que também seja necessário considerar que, além desses dois fatores serem desencadeadores, os modos de produção da subjetividade também serão responsáveis pela produção da desigualdade. (PATIÑO; FARIA, 2019, p. 432).

A presente pesquisa buscou analisar o conhecimento dos sujeitos quanto à Saúde Mental e os serviços que lhes são de direito, considerando ser o conhecimento e o acesso à informação, formas de avaliar a exclusão. Constata-se que, ao mesmo tempo em que a maioria predominante tem conhecimento sobre o que é a Saúde Mental, quais os serviços oferecidos pelo SUS nessa área e também como buscar por atendimento psicológico na rede de Saúde de seu bairro ou em sua cidade, 80% não conhecem os seus direitos em relação à Saúde Mental. Dentre as possibilidades que os próprios entrevistados pontuaram, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) se destacaram como o principal canal de busca por

atendimento psicológico.

Para que o conceito exclusão seja reconhecido, é preciso levar em consideração um determinado espaço para que tal referência provoque uma rejeição, ou seja, quando se levanta a possibilidade de pesquisar sobre exclusão, é importante que tal processo seja contextualizado no espaço e tempo no qual o fenômeno ocorre. Assim, é de urgência realizar um trabalho voltado para a otimização das evidências encontradas nas pesquisas sobre exclusão frente ao discurso social que necessita de ressignificação, a fim de unificar e valorizar a dimensão subjetiva do sujeito fazendo com que a política responsável por garantir-lhe direitos fundamentais de sobrevivência também seja efetivada de forma inclusiva.

Para retratar a importância da participação social na construção de uma Política Pública de Saúde mais efetiva frente às variadas demandas, no qual também pode ser contemplado o campo da Saúde Mental, entende-se que o Conselho Municipal de Saúde (CMS) seja uma oportunidade para que o diálogo entre os usuários e os serviços de Saúde possa ocorrer. De acordo com Brasil (2013), o Conselho pertence à estrutura da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), realizando reuniões mensais para formular estratégias de desenvolvimento e participar do controle da execução da política de Saúde do município. Tal grupo estará alinhado aos preceitos que norteiam esta política no Brasil hoje, assegurados por lei, uma vez que, a proteção e a promoção da Saúde aos sujeitos pertencentes a um determinado território, também dependerá do olhar atento e responsável desta organização. O órgão tem como dever analisar e aprovar o relatório disponibilizado pela gestão em Saúde, que irá conter os indicadores de resultados de suas ações, visando consequentemente informar à sociedade sobre a atuação dele. (BRASIL, 2013).

Considerando o quão importante o Conselho é para a melhor construção das Políticas Públicas em Saúde do município, é relevante destacar que 60% dos respondentes da pesquisa não possuem conhecimento do que se trata e quais são as suas funções. O resultado apresentado evidencia que, apesar da lei de nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990) garantir a participação da sociedade na gestão do SUS e a Resolução de nº 453 de 10 de maio de 2012 (BRASIL, 2012, nº 435/2012) apontar a deliberação das funcionalidades de cada membro do Conselho nas reuniões, a maioria das pessoas desconhece a real chance de estar presente no gerenciamento do SUS e seus serviços.

O provável desconhecimento de como a sociedade pode contribuir na potencialização e desenvolvimento das Políticas Públicas em Saúde, possivelmente diz da insuficiente interlocução da gestão com a população e acaba por fomentar a ausência dos indivíduos na construção das políticas. O Ministério da Saúde aponta que a organização do colegiado que dirige o CMS deve ser paritária, sem distinções das funções exercidas por cada representante, sendo 50% dos integrantes usuários da rede, 25% profissionais da área da Saúde e os outros 25% representados por gestores e prestadores de serviço. (BRASIL, 2013). Compreende-se que o maior envolvimento dos usuários da rede em Saúde no

Conselho Municipal tende a promover transformações nas lacunas que a gestão por vezes não direciona maior atenção e acaba afetando a população. Portanto, a participação social mais efetiva neste viés conseguirá provocar mudanças para que os sujeitos sejam contemplados com as melhorias e, conseqüentemente, responsabilizados pelo constante monitoramento da execução das políticas.

Dentre as tantas ramificações no campo das Políticas Públicas de Saúde, a Saúde Mental tem parâmetros próprios a serem estudados e considerados para que seus princípios norteadores não se difundam ou, até mesmo, se diminuam em meio às demais carências da Saúde como um todo. A Política Nacional de Saúde Mental

Abrange a atenção a pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo etc, e pessoas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas, como álcool, cocaína, crack e outras drogas (BRASIL, 2001).

Segundo Almeida (2019), desde a criação da Política Nacional de Saúde Mental, cuja reforma psiquiátrica e a desinstitucionalização foram os pontapés iniciais, o Brasil se destacou como país de referência no modelo de política protetora dos direitos humanos da pessoa em sofrimento mental, assim como obteve êxito em se ocupar também da prevenção da Saúde Mental (modelo que prioriza o indivíduo antes da doença instalada) e princípios de atenção à dependência de álcool e outras drogas. Em busca de melhorias e diminuição de potenciais riscos à Saúde dos brasileiros, o SUS trabalha com uma pauta voltada à promoção e à prevenção da saúde, na qual a primeira é bem mais ampla do que a segunda.

A promoção da Saúde é um conceito otimista, que procura aumentar o bem-estar geral do indivíduo, salientando a transformação dos problemas de saúde e condições de vida. A prevenção é vista como a falta de doenças, tendo assim, ações antecipadas, com o intuito de impossibilitar o seu surgimento (CZERESNIA, 2003).

A lei que assegura a Política Nacional de Saúde Mental trata a promoção em Saúde Mental de forma a abranger as pessoas acometidas por um transtorno, como dito no art. 3º, que “É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da Política de Saúde Mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais” (BRASIL, 2001, Art.3), mas não possui clareza sobre ações de prevenção. O sujeito hoje, detentor do direito a essa prestação de serviço, não consegue ser atendido devido à alta demanda das unidades e ainda não tem conhecimento da possibilidade do cuidado em Saúde Mental, sem que isso signifique ter uma doença, transtorno ou sofrimento, fato consolidado pela incompletude da lei, falta de informação e profissionais insuficientes.

De acordo com a pesquisa, 50% dos entrevistados já buscaram atendimento psicológico na UBS do seu bairro e 20% já foram atendidos por outro serviço de Saúde Mental do município. O resultado quanto ao sentimento de acolhimento nos serviços se deu

de forma equilibrada, sendo que 45% sentem-se acolhidos e 55% dizem não se sentirem acolhidos. Destaca-se que, independentemente da percepção de acolhimento ser positiva ou negativa, uma quantidade expressiva dos respondentes acreditam que a acessibilidade dos serviços pode melhorar se a comunicação for mais assertiva e direcionada. Outros relatos reforçam a importância de análise para uma política mais inclusiva, quando trazem as dificuldades referentes à falta de profissionais para a grande demanda populacional.

Para tanto, as Políticas Públicas se fazem de suma importância, assim como sua constante revisão, uma vez que elas devem ser adaptadas a contextos e conjuntura, além de encaixadas conforme necessidades e demandas apresentadas frente a adversidades pontuais. A presença dessas políticas poderá corresponder às expectativas que nelas são debruçadas, fazendo com que seu alcance seja mais assertivo e benéfico para a população em escalas municipal, estadual e federal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS se propõe a atender tanto a promoção quanto a prevenção em Saúde Mental do sujeito para que o acolhimento e a inclusão deste aos serviços assistenciais provoquem mudanças consideráveis em seu contexto. Porém, é notório que o entendimento de toda a Política em Saúde Mental, por vezes, se torna um obstáculo para que todos estejam envolvidos com seus direitos, assegurados por leis e decretos. E, como resultado de uma prática desempenhada de forma somente quantitativa, a fim de apresentar resultados numéricos positivos à gestão, a qualidade do assistencialismo aos sujeitos não promove a inclusão, mas, sim, evidencia a defasagem entre o que a lei garante, a real aplicabilidade dos recursos destinados e a não participação da população em seu gerenciamento.

A existência de uma alta demanda nos serviços da rede em Saúde do município, a qual foi apontada como uma razão para que a população não seja atendida, também revela que a administração dos recursos não tem sido favorável, visto que os entrevistados relataram a falta de psicólogos nas UBS dos bairros contemplados na pesquisa para realização dos atendimentos. A partir desse indicador, compreende-se que, apesar da lei assegurar a Saúde como direito das pessoas e dever do Estado provê-la, a realidade se equilibra entre a tentativa de execução do que se é exigido legalmente e a aplicabilidade falha, uma vez que esta não alcança boa parte da população.

A participação dos sujeitos na construção de Políticas Públicas é um desafio e, nesta pesquisa, fica claro como o acesso da população ao exercício por vezes é negligenciado. Para que esse envolvimento dos sujeitos seja efetivado, faz-se necessário que as informações sejam levadas de forma clara aos cidadãos, para que, assim, eles possam ser detentores de conhecimento sobre os seus direitos.

Ressalta-se a importância de uma comunicação efetiva junto à população, principalmente nas áreas periféricas, uma vez que a informação deve estar em ambientes

onde os usuários do sistema estão e não centralizadas em meios que são pautados apenas por pessoas que fazem parte da gestão das Políticas Públicas em Saúde Mental. A participação dos cidadãos e dos profissionais que estão na linha de frente do atendimento no SUS na área da Saúde Mental tende a ampliar o acolhimento das distintas demandas durante o processo de elaboração das Políticas a serem aplicadas. Além disso, tende a permitir que sejam desconstruídos (pré) conceitos existentes quanto ao que realmente é a Saúde Mental e quais são suas demandas.

Diante do tema abordado e com a elaboração do presente artigo, é visível a necessidade de novos estudos e pesquisas relacionados às Políticas Públicas em Saúde Mental, uma vez que há uma escassez de materiais sobre a temática estudada e se comprovou que o nível de conhecimento da população sobre seus direitos é insatisfatório.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, Stefania Carneiro de; ABREU, Desirée Pereira de; FARIAS, Alessandra Araújo. Pessoas em situação de rua: Trajetórias de exclusão social aos processos emancipatórios e formação de consciência, identidade e sentimento de pertença. **Revista colombiana de Psicologia**, Bogotá, v. 24, n. 1, p. 129-143, jan/jun. 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-751207>. Acesso em: 05 de mai. 2021.

ALMEIDA, José Miguel Caldas. **Política de saúde mental no Brasil**: o que está em jogo nas mudanças em curso. Caderno de Saúde Pública, Lisboa, v. 35, p. 1-6, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KMwv8DrW37NzpmvL4WkHcdC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 de set. 2022.

AMARANTE, Paulo. Saúde mental, territórios e fronteiras. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. cap. 1. p. 18.

BRASIL. Conselhos de Saúde: a responsabilidade do controle social democrático. Ministério da Saúde: **Conselho Nacional de Saúde**. 2 ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos_saude_responsabilidade_controle_2edicao.pdf. Acesso em: 24 de jun. 2022.

BRASIL. Decreto-lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 18 de jun. 2021

BRASIL. Decreto-lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 25 de mar. 2022.

BRASIL. Resolução nº 435, de 10 de maio de 2012. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, **Ministério da Saúde**, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html. Acesso em: 24 de jun. 2022.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 701-709, out/dez, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/yzwJKvBC4HZMPnKycN7VN8m/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 21 de jun. 2021.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. cap. 4. p. 41-56.

GUIMARÃES, José Maria Ximenes *et al.* Participação social na saúde mental: espaço de construção de cidadania, formulação de políticas e tomada de decisão. **Ciência e Saúde Coletiva, Fortaleza**, p. 2113-2122. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bFNqSsMtC4yJt5TgH986Zqd/?lang=pt>. Acesso em: 24 de jun. 2021.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011. cap. 8. p. 273-290.

MEDEIROS, Roberto Henrique Amorim de. Psicologia, Saúde e Território: Experiências na Atenção Básica. **Psicologia em Estudo**, Porto Alegre, v. 25, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/CSMzdWfSTYDNLw7dLFCnYhn/?lang=pt>. Acesso em: 20 de jun. 2021.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00156119, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LKMxbhKYbPHqP8snJjHwsLQ/?lang=pt>. Acesso em: 11 de jun. 2021.

PATIÑO, Rafael Andrés; FARIA, Lina. Práticas de exclusão social: reflexões teórico-epistemológicas em torno de um campo de estudos. **Revista colombiana de Ciencias Sociales**, v. 10, n. 2, p. 426-444, 2019. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4978/497862279008/497862279008.pdf>. Acesso em: 02 de maio. 2021.

WANDERLEY, Mariangela Belfiore. Refletindo sobre a noção de exclusão. In: SAWAIA, Bader (org.) **Artimanhas da exclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. cap. 1, p. 17-27.

PSICOLOGIA POSITIVA DO ESPORTE E DO EXERCÍCIO FÍSICO NO BRASIL: REVISÃO SISTEMÁTICA

Data de submissão: 26/06/2023

Data de aceite: 03/08/2023

Mariana Rambaldi do Nascimento

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro - RJ
<https://orcid.org/0000-0003-2699-8449>

Lohrena Teixeira Cardoso de Carvalho

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro - RJ
<https://orcid.org/0000-0002-2614-979X>

José Augusto Evangelho Hernandez

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro - RJ
<https://orcid.org/0000-0001-9402-7535>

fato de que nestes cursos a disciplina de Psicologia do Esporte e do Exercício Físico é obrigatória, enquanto na Psicologia, em geral, é eletiva. Os estudos mais recentes utilizaram instrumentos psicométricos, o que pode indicar uma tendência de mensurar os constructos da Psicologia Positiva, principalmente à experiência do *Flow*. Por meio deste estudo, foi possível encontrar as lacunas presentes na literatura científica brasileira e direcionar futuras investigações acerca deste tema.

PALAVRAS-CHAVE: *flow*; esporte; exercício físico; revisão.

RESUMO: Este estudo realizou uma revisão sistemática da literatura de pesquisas brasileiras que usaram os conceitos da Psicologia Positiva no âmbito da Psicologia do Esporte e do Exercício Físico e do Exercício Físico (PEE). Foram recuperados estudos publicados em periódicos que abordaram as Teorias de Bem-Estar e do *Flow*. A busca foi realizada nas bases de dados *Web of Science*, APA PsycNet e BVS Saúde. Foram selecionados nove artigos conforme os critérios adotados, destes, oito abordaram o construto *Flow*. Foi constatado que 56% das produções são da área da Educação Física, explicado pelo

POSITIVE PSYCHOLOGY OF SPORT AND PHYSICAL EXERCISE IN BRAZIL: SYSTEMATIC REVIEW

ABSTRACT: This study carried out a systematic review of the Brazilian research literature that used the concepts of Positive Psychology in the context of Sport Psychology and Physical Exercise and Physical Exercise (PEE). Studies published in newspapers that address the Theories of Well-Being and Flow were retrieved. The search was carried out in the Web of Science, APA PsycNet and BVS Saúde databases. Nine articles were selected

according to the adopted criteria, of which eight addressed the Flow construct. It was found that 56% of the productions are in the area of Physical Education, explained by the fact that in these courses the discipline of Psychology of Sport and Physical Exercise is mandatory, while in Psychology, in general, it is elective. More recent studies use psychometric instruments, which may indicate a tendency to measure Positive Psychology constructs, mainly the Flow experience. Through this study, it was possible to find the gaps present in the Brazilian scientific literature and direct future studies on this topic.

KEYWORDS: flow; sports; physical exercise; revision.

Neste estudo, foi realizada uma revisão sistemática da literatura sobre estudos brasileiros realizados no contexto da Psicologia do Esporte e do Exercício Físico (PEE) que investigaram construtos da Psicologia Positiva (PP).

A PP é considerada uma área robusta no contexto da PPE. Entende-se que o bem-estar e a felicidade podem promover alto nível de desempenho na execução esportiva. (WEINBERG & GOULD, 2017). Mecanismos das emoções interferem na qualidade do desempenho esportivo pois ajudam os atletas a competirem no seu melhor desempenho de pico (COHN, 1991) e vivenciarem o Flow (CSIKSZENTMIHALYI, 1990). Os dois objetivos da PEE são estudar os fatores psicológicos que afetam o desempenho de atletas e os efeitos da atividade física ou esportiva sobre a mente (WEINBERG & GOULD, 2017).

Por sua vez, a PP tem sido associada a elevados níveis de desempenho em várias áreas de atuação humana como o esporte. Seus conceitos compõem o Modelo PERMA, acrônimo formado por *Positive Emotion* (Emoção Positiva), *Engagement* (Compromisso/Engajamento), *Relationship* (Relacionamento), *Meaning* (Significado ou Propósito) e *Accomplishment* (Realização) da Teoria do Bem-Estar (SELIGMAN, 2018) e complementado pela Teoria do Flow (CSIKSZENTMIHALYI et al., 2018). Estes construtos da PP têm sido objetos de investigações e de intervenções no contexto da PE, e serão descritos a seguir:

AS EMOÇÕES POSITIVAS

Três modelos teóricos auxiliam no entendimento de como as emoções positivas influenciam o desempenho esportivo. A Teoria de Estados de Desafio e de Ameaça em Atletas (MEIJEN et al., 2020) e as Zonas Individuais de Funcionamento Ideal (HANIN & EKKEKAKIS, 2014) são modelos específicos para avaliação nesse contexto (MCCARTHY, 2011) e fazem previsões sobre como o desempenho no esporte e as emoções positivas se relacionam. Estes estudiosos buscaram compreender como os atletas reagem as competições, em nível emocional. Estes modelos não são restritos às emoções, e sim a relacionam com outros construtos como controle, metas de realização e autoeficácia. A Teoria da Ampliação e Construção de Emoções Positivas (FREDRICKSON, 2004) não foi criada especificamente para o esporte. O modelo sugere que é possível elaborar recursos pessoais duradouros e aumentar o repertório de pensamento-ação, por meio das

emoções positivas momentâneas. A possibilidade de que as emoções têm a competência de “desfazer” os efeitos das emoções negativas, que trazem nocivas reações fisiológicas, pode conduzir, em conjunto com tecnologias (psicofisiologia e biofeedback), a técnicas referentes ao controle da ativação (FREDRICKSON, 2013).

Yang et al. (2020) relatam que as emoções positivas dos jogadores podem prever a sensação de esperança e a tendência para interpretar a intensidade da ansiedade como desafio positivo. As pesquisas evidenciam as emoções positivas, pois estas estão ligadas a componentes específicos e relevantes do desempenho (MCCARTHY, 2011). Os estados de felicidade antes das competições apresentados por atletas de alto nível demonstram maior associação com conquistas do que derrotas (SAVARDELAVAR & ARVIN, 2012).

O ENGAJAMENTO

O engajamento é caracterizado como uma experiência duradoura associada às cognições e afetos positivos e generalizados, relativos à uma modalidade esportiva. A vivência do engajamento é relativamente estável, sendo composta pelos elementos de confiança, dedicação, entusiasmo e vigor. As experiências positivas no contexto esportivo são comumente compreendidas por meio do conceito de engajamento (LONSDALE et al., 2007). A permanência na prática esportiva pode ter a contribuição deste conjunto de dimensões, pois este promoverá uma experiência positiva e satisfatória (CURRAN et al., 2015).

O engajamento no esporte é compreendido como um construto multidimensional, composto por quatro dimensões interrelacionadas: vigor, confiança, dedicação e entusiasmo. O vigor, caracterizado por altos níveis de energia, traduz-se em esforço e capacidade de vencer adversidades; a confiança é entendida como a capacidade de ter um desempenho de alto nível e obter resultados. A dedicação é caracterizada por um senso de significado, orgulho e desafio; o entusiasmo, ocorre quando a tarefa produz um estado agradável de satisfação pessoal, é caracterizado por concentração, eficiência e imersão na tarefa em questão. Quando as necessidades são satisfeitas, consequências psicológicas, como engajamento, são experimentadas (FRANCISCO et al., 2018).

OS RELACIONAMENTOS POSITIVOS

Fenômenos emocionais são inerentes ao contexto esportivo pelas relações e interações sociais. Desenvolver relacionamentos positivos é um aspecto importante para atingir objetivos, pois permitem experimentar emoções positivas e se engajar em algo com significado que traga realização (CSIKSZENTMIHALYI, 1990; MCCARTHY, 2011).

Emoções coletivas sucedem de eventos importantes para equipe e são relacionadas à identificação com o grupo (GOLDENBERG et al., 2016). As emoções estão associadas à identidade que o atleta possui de si mesmo como pertencente da equipe (VON SCHEVE

& ISMER, 2013). Os indivíduos poderão vivenciar resultados positivos e aumento na qualidade de motivação quando as necessidades psicológicas básicas são satisfeitas (EIME ET AL., 2013).

O SIGNIFICADO

O Significado é um componente do bem-estar, é a crença de que a vida tem um propósito. Os indivíduos precisam sentir que estão implicados em algo maior que eles, que traga sentido à vida (SELIGMAN, 2018). A participação no esporte pode ser um compilado de afeto positivo, prazer, felicidade, satisfação e bem-estar geral (MCCARTHY, 2011). Algumas pesquisas demonstram que um atleta pode participar de um grupo (DOYLE et al., 2016), fazer atos de bondade, vivenciar emoções positivas e glorificar a deidade (REINBOTH & DUDA, 2006).

A REALIZAÇÃO

Os atletas motivados para realização se desafiam de maneira constante e buscam evoluir para alcançar e realizar metas difíceis. A busca dos atletas de alto nível envolve crescimento contínuo para crescer e melhorar, encontrando erros e acertos para que possam corrigir e aprimorar (GRÖPEL et al., 2016).

Indivíduos que possuem mais esse tipo de motivação, de forma implícita ou explícita, possuem maior tendência para se envolver nos esportes do que os menos motivados. As atividades esportivas podem propiciar grandes incentivos à realização no contexto da atividade e também social. Com relação à tarefa, na maioria das vezes, os incentivos abarcam pressão, desafios, testar os próprios limites e se aperfeiçoar constantemente. Já os incentivos sociais incluem o que os indivíduos esperam destas realizações, expectativas como elogios dos pares, uma boa nota em aulas de educação física, melhor posição no ranking ou dinheiro. (GRÖPEL et al. 2016). Os indivíduos que estão motivados para realização possuem maior disposição para provar e aperfeiçoar suas competências, procurar competições e desafios para que possam vencer e se sentir orgulhosos.

O FLOW

O estado de *flow* pode ser compreendido a partir do conjunto das seguintes dimensões: equilíbrio desafio-habilidade, fusão ação-consciência, objetivos claros, *feedback* inequívoco, concentração intensa na tarefa, controle das ações, perda da autoconsciência, perda da noção de tempo real e experiência autotélica. O *Flow* pode ser vivenciado em diversos ambientes, como escola, trabalho, arte, esporte e lazer, possibilitando elevados níveis de desempenho. Este estado mental ótimo é considerado uma experiência positiva que ocorre quando há uma convergência para que a atividade seja realizada (SWANN,

2016).

Jackson e Csikszentmihalyi (1999) descreveram nove dimensões do *Flow* vivenciadas no contexto esportivo: equilíbrio desafio-habilidade, o atleta precisa ter as habilidades necessárias para o desafio proposto e se sentir capaz de realizá-lo; fusão ação-consciência, a tarefa é realizada de forma automática sem que outros pensamentos possam interferir em sua execução; objetivos claros, a atividade realizada precisa ter objetivos claros e bem definidos; *feedback* inequívoco, o atleta precisa saber que está realizando corretamente a sua tarefa; concentração intensa na tarefa, o atleta se concentra inteiramente na atividade realizada; controle das ações, é necessário que o atleta perceba que está no controle da tarefa que está realizando; perda da autoconsciência, capacidade do atleta de evitar que outras preocupações sobre si mesmo interfiram na atividade realizada; perda da noção de tempo real; a percepção de que o tempo passou de maneira mais rápida ou devagar em relação à realidade e experiência autotélica, a tarefa é realizada pelo atleta apenas pelo prazer e satisfação que traz.

A PRESENTE PESQUISA

O crescimento da PEE dentro da Psicologia brasileira ocorre de forma lenta. Apesar dos construtos da PP serem estudados na PEE, até o momento, não foi produzido um levantamento específico sobre a produção científica dos estudos brasileiros nesta linha de pesquisa.

O presente estudo investigou, por meio de uma revisão sistemática de literatura, o perfil dos estudos nacionais publicados que se caracterizavam como PPEE. Foram verificadas a frequência de publicações ao longo dos anos, construtos teóricos, áreas, instrumentos de medida utilizados, participantes, resultados encontrados e agendas de pesquisas.

MÉTODO

A pesquisa foi realizada com base nas diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* ([PRISMA], 2021) e do guia didático de revisões sistemáticas na área de Psicologia (CARVALHO et al., 2019). Dois pesquisadores adotaram o protocolo de busca, de forma independente, mantendo critérios de inclusão e exclusão.

Os critérios de inclusão foram artigos empíricos revisados por pares publicadas até março de 2021, que contemplavam, simultaneamente, os temas da PP e da PEE. Foram excluídos estudos que não definiam o local de realização do estudo, não apresentavam definição do conceito ou não contemplavam a PP.

Os títulos e resumos dos artigos que atenderam os critérios de inclusão e exclusão foram selecionados para avaliação do texto integral. Dois revisores independentes avaliaram os artigos e realizaram as seleções de acordo com os critérios de elegibilidade.

Em seguida, foi realizada a análise de características metodológicas e desfechos utilizando formulários padronizados, com informações sobre: base de dados; construto abordado; autores; título; resumo; quantidade de autores da Psicologia, Educação Física ou outras áreas; Filiação Institucional; Estado; Região; tipo de pesquisa; ano de publicação; Periódico; Qualis CAPES; esporte ou exercício estudado; amostra; instrumentos utilizados; principais resultados e; agenda de pesquisa. As discordâncias, em todas as fases do processo de seleção, foram resolvidas por um terceiro revisor.

Para busca dos artigos, foram consultadas as bases *Web of Science*, APA PsycNet e BVS Saúde, entre 02 de fevereiro e 02 de março de 2021. A estratégia foi unir o termo “*Sport**” ou “*Athlete**” com descritores representativos das bases das Teorias de Bem-Estar (“*Positive Emotion*”, “*Engagement*”, “*Relationship*”, “*Meaning*” e “*Accomplishment*”), *Flow* e Psicologia Positiva (“*Positive Psychology*”). Não houve restrição de idiomas. As buscas foram feitas no título, resumo e palavras-chave, com exceção do descritor “*Meaning*”, realizada no título.

Foi elaborado um banco de dados no *software Mendeley* contendo informações sobre o Qualis CAPES, área de conhecimento da revista, região geográfica, área de conhecimento dos autores, ano, objetivo, delineamento da pesquisa, participantes, instrumentos, resultados, agenda de pesquisa e eixo temático. A Figura 1 apresenta o fluxograma dos procedimentos.

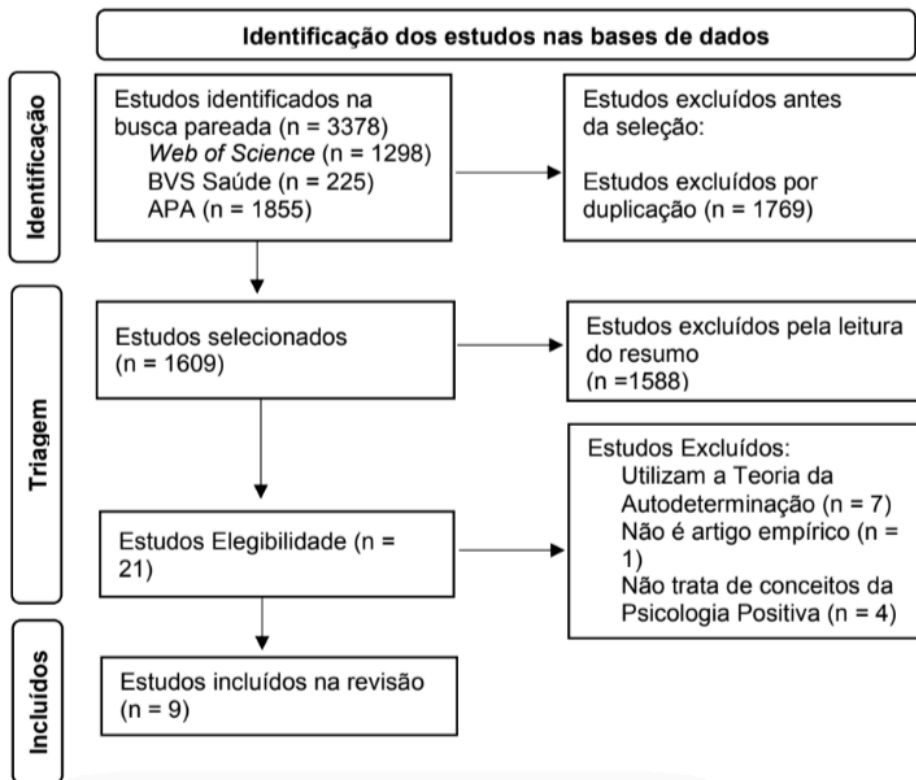


Figura 1

Fluxograma da busca com base nas diretrizes do PRISMA

Os artigos selecionados foram analisados de forma qualitativa por meio dos procedimentos: 1. Leitura flutuante, exploração e pré-análise. Nesta etapa foi construída uma tabela com as características dos estudos, os objetivos e os resultados (ver Tabela 1); 2. Identificação e descrição dos resultados; 3. Consideração de eixos temáticos, determinados a priori, com construtos do PERMA.

RESULTADOS

Ao final do processo da busca sistemática, foram selecionados nove artigos produzidos por pesquisadores e com participantes brasileiros no âmbito da PEE que utilizaram, explicitamente, os conceitos da PP.

Em três publicações, os autores investigaram mais de um construto da PP. Nestes casos, foi considerado o tema principal do estudo (GARCIA et al., 2019; HERNANDEZ & VOSER, 2019; PEIXOTO et al., 2019). Garcia et al. (2019) e Hernandez & Voser (2019), com o principal construto *Flow*, também foram indexados aos descritores Relacionamento e Psicologia Positiva, respectivamente. Em relação à publicação de Peixoto et al. (2019),

a Paixão pela prática desportiva é abordada como questão central e foi vinculada ao termo Realização, além do descritor generalista PP.

De acordo com o Qualis CAPES 2016 na área de Psicologia, vigente na atualidade, a classificação das revistas em que foram publicados os artigos ficou distribuída da seguinte forma: A1 = 4 (45%), A2 = 1 (11%), B1 = 3 (33%) e B2 = 1 (11%). Observou-se o crescimento da produção científica da PP aplicada à PE (Figura 2). Os dados indicaram que essas publicações vêm sendo feitas majoritariamente em periódicos da área de Educação Física, cinco periódicos (56%), seguida da área de Psicologia, quatro revistas (44%).

As pesquisas realizadas e relatadas no material encontrado se concentraram nas regiões territoriais brasileiras Sudeste (n= 7, 50%) e Sul (n= 4, 29%). Somadas, estas regiões representam 79% total de publicações. Não foi encontrado artigos produzidos na região Centro-Oeste.

No primeiro artigo com o tema, os autores realizaram uma pesquisa qualitativa sobre o estado de *Flow* e a motivação intrínseca entre praticantes de corrida de rua (MASSARELLA & WINTERSTEIN, 2009). Em 2019, o ano em que houve mais publicações, pode-se observar que a produção por ano cresceu aproximadamente 66,67% após uma década. Indicando, portanto, o aumento gradativo da produção na área (Figura 2).

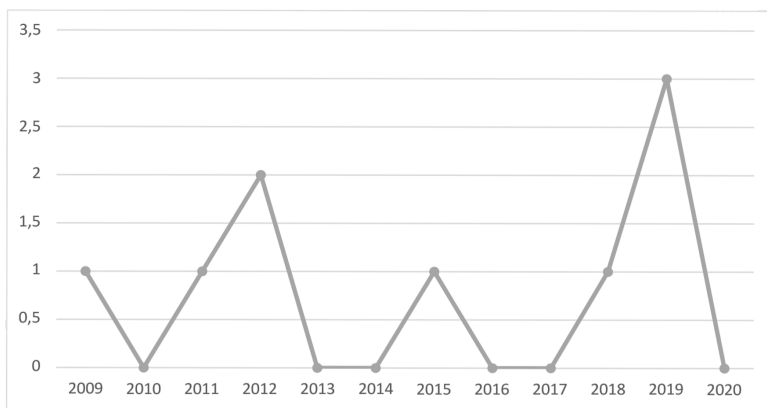


Figura 2
Artigos publicados por ano

O *Flow* foi o construto da PP mais investigado. Os assuntos não abordados são sobre Emoções positivas, Engajamento e Significado. A Tabela 1 foi estruturada com informações sobre as características dos artigos selecionados.

| Autores | Objetivo | Amostra | Método | Resultados |
|--------------------------------|---|--|--|---|
| Massarola & Winterstein (2009) | Analisar elementos de motivação intrínseca e estado do <i>Flow</i> . | 10 praticantes de corrida | Entrevista Semiestruturada | A maioria dos praticantes começou a atividade motivada por circunstâncias externas, mas a motivação intrínseca se mostrou crucial na residência por muitos anos. As relações foram identificadas entre os tópicos levantados na análise e os elementos que caracterizam o fluxo mental do estado. |
| Vieira et al. (2011) | Investigar o estado do <i>Flow</i> em praticantes de escalada e <i>share downhill</i> . | 37 atletas | Escala de Motivação para o Esporte (SMS) e uma ficha adaptada da Teoria do <i>Flow</i> | O estado de <i>Flow</i> teve baixa incidência nos praticantes, havendo interferência da falta de equilíbrio entre percepção das metas, habilidades e desafios nas atividades de aventura. |
| Miranda et al. (2012) | Analisar as características do <i>flow/feeling</i> no tênis. | 10 atletas | Entrevista Semiestruturada | Há dimensões mais latentes, e o aparecimento de características na melhora do desempenho, como o condicionamento físico. |
| Gomes et al. (2012) | Verificar a relação entre o <i>Flow</i> e formas de motivação da teoria da autodeterminação, autoeficácia, habilidade percebida e orientação às metas | 30 atletas | Escalas de Motivação Esportiva, Orientação Tarefa-Ego no esporte, de Autoeficácia Individual para Vôlei, de Habilidade Percebida e da Percepção do <i>Flow</i> | A média do <i>Flow</i> foi baixa. Observou-se relação negativa com componentes da motivação extrínseca e relação positiva entre a autoeficácia na segunda fase, e entre <i>Flow</i> e habilidade percebida na segunda e terceira fases. Em relação à orientação tarefa, a relação foi negativa na segunda fase e positiva na terceira fase, jogos de campeonatos estadual e regional. |
| Olivera et al. (2015) | Analisar qualitativamente o sentimento de <i>flow</i> em jogadores de basquetebol de categorias de base | 59 atletas de cinco diferentes equipes | Entrevista Semiestruturada e Questionário | Há cinco dimensões mais citadas (experiência autotética; equilíbrio desafio-habilidade; objetivos claros; controle absoluto das ações e concentração intensa na tarefa). E três menos (perda da noção do tempo; fusão entre ação e atenção e perda da autoconsciência). É possível existência de um estado de <i>Flow</i> da equipe. |
| Olivera et al. (2018) | Investigar a percepção do <i>Flow</i> em paratletas de basquetebol em cadeira de rodas | 15 paratletas de basquetebol em cadeira de rodas | Escala de Predisposição ao <i>Flow</i> | Paratletas vivenciam o <i>Flow</i> , sendo experiência autotética e clareza de metas as dimensões mais citadas. Concentração na tarefa foi correlacionada com fusão entre ação e consciência, metas claras, percepção de controle, e experiência autotética. |
| Hernandez & Voser (2019) | Validação de construto da versão brasileira da FSS-2 | 366 atletas | Versão brasileira da <i>Flow State Scale</i> (FSS-2) | Foram encontrados indicadores de validades de conteúdo, fatorial, convergente e discriminante e de consistência interna. |
| Peixoto et al. (2019) | Adaptação da Escala de Paixão | 789 atletas brasileiros | Escala de Paixão | Sugerem adequação da versão brasileira para avaliação do construto. |
| Garcia et al. (2019) | Analisar a relação do Fluxo Disposicional com o desempenho de tratatelas | 328 tratatelas que competem o Ironman Brasil | Ficha de identificação, Escala de Fluxo Disposicional (DFS-2) e tempo de corrida | O fluxo disposicional foi positivamente relacionado ao desempenho objetivo em tratatelas brasileiros. |

Tabela 1

Descrição dos artigos que compõem esta revisão de literatura

No artigo de Oliveira et al. (2018), os achados indicaram que atletas de basquetebol de cadeira de rodas possuem uma pré-disposição para alcançar o estado do *Flow*. Oliveira et al. (2015) relataram um resultado similar, em que cinco dimensões do *Flow* são mais citadas pelos esportistas: experiência autotélica, objetivos claros, controle das ações, equilíbrio desafio-habilidade e concentração intensa.

Gomes et al. (2012) também observaram que o *Flow* está associado a forma como atletas de voleibol percebem a capacidade de enfrentar os desafios. Vieira et al. (2011) investigaram o estado do *Flow* em praticantes de escalada e *skate downhill* apresentando-o em cinco fases. Estas representavam a percepção entre a habilidade e o nível de dificuldade para realizar a tarefa. A primeira fase está relacionada ao nível de habilidade inferior comparado ao desafio, podendo gerar ansiedade. Já o relaxamento poderia ser provocado quando há a percepção de que a habilidade é superior em relação ao desafio. Nestas duas fases há muita emoção durante a execução e estes sentimentos podem afetar a organização de metas e impedir o avanço do estado do *Flow*. A maior parte dos praticantes alcançaram fases do *Flow* relacionadas à ansiedade ou relaxamento.

Oliveira et al. (2015) indicaram que, dentre as nove dimensões do *Flow*, a perda de noção de tempo, a fusão entre ação e atenção e a perda de autoconsciência foram as menos citadas e o controle absoluto das ações foi a mais mencionada por jogadores de basquete. Além disto, os autores evidenciaram que alguns discursos apontaram para possível existência de um estado de *Flow* coletivo, que não é somente a soma dos estados individuais, mas um fenômeno que acontece entre a equipe. Já em relação ao basquete em cadeira de rodas, além de também apontar a possibilidade de um estado de *Flow* coletivo, Oliveira et al. (2018) analisaram a correlação entre as nove dimensões do fluxo e o fluxo global pela Escala de Predisposição ao Fluxo (EPF). Os autores concluíram que os paratletas possuíam predisposição ao *Flow*, sendo a experiência autotélica e a clareza de metas as dimensões que prevaleceram nesta modalidade. O esporte se configura como a principal fonte de entusiasmo e envolvimento, pois a própria atividade é gratificante para eles.

Os dois artigos mais recentes encontrados no Brasil a respeito do estado do *Flow* tratam de evidências para a validade do construto da versão brasileira da *Flow State Scale-2* (HERNANDEZ & VOSER, 2019) e da *Dispositional Flow Scale-2* (GARCIA et al., 2019), que oferecem medida para avaliação das experiências do *Flow*. Vale ressaltar a importância de instrumentos psicométricos que forneçam subsídios para psicólogos do esporte e exercício físico no Brasil. Nesse sentido, Peixoto et al. (2019) validaram uma Escala de Paixão pela prática esportiva. O instrumento é composto por 12 itens, sendo seis deles referentes à Paixão Harmoniosa e outros seis itens referentes à Paixão Obsessiva. Os autores destacam a escassez de instrumentos válidos e fidedignos neste contexto.

Dos 21 artigos que foram selecionados para leitura na íntegra, 38% utilizaram a Teoria da Autodeterminação (TAD; DECI & RYAN, 1985; RYAN & DECI, 2017) para

compreender a motivação para ingressar e permanecer em determinada atividade. Porém, estes foram excluídos por não pertencerem ao arcabouço teórico específico da PP. Das nove publicações que atendiam aos critérios de elegibilidade, uma também abordou a TAD relacionando-a com a experiência do *Flow* (GOMES et al., 2012). Vieira et al. (2011) verificaram a relação entre motivação e *Flow* utilizando em suas referências os autores da TAD, mas não apresentaram a teoria para discussão no decorrer do artigo.

DISCUSSÃO

Como acima exposto, o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão sistemática sobre o estado da arte da PP na PPE. O *Flow* foi o construto mais pesquisado neste contexto, ao passo que não foram encontrados estudos sobre os componentes Emoções positivas, Engajamento e Significado do PERMA.

A Psicologia do Esporte e do Exercício Físico e do Exercício Físico (PEE) tem como marco inicial o estudo com ciclistas de Norman Triplett da década de 1890 na *Indiana University* nos Estados Unidos (EUA). No entanto, é com o estabelecimento da Educação Física (EFI) como disciplina acadêmica, em meados de 1960, que a PEE passou a compor o currículo do curso (WEINBERG & GOULD, 2017). Ao longo da maior parte do seu desenvolvimento nos Estados Unidos da América (EUA), a PEE esteve vinculada às ciências do esporte e aos estudos das habilidades motoras e, portanto, à EFI. Apenas em 1986, foi criada a divisão 47 da *American Psychological Association* (APA), a *Society for Sport, Exercise and Performance Psychology* (APA, 2021).

No Brasil, a regulamentação da profissão de psicólogo se dá com a promulgação da Lei Federal nº4119, de 1962. Porém, a especialização em Psicologia do Esporte e do Exercício Físico e do Exercício foi regulamentada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2021) por meio da Resolução nº 013/2007. O crescimento da PEE no Brasil ocorre de maneira tardia, possivelmente, isso explique a ausência da disciplina de PEE nos currículos dos cursos de graduação em Psicologia. Observa-se que, ainda pouco frequente, a PEE tem aparecido na grade de disciplinas como eletiva. Por outro lado, Carvalho e Jacó-Vilela (2009) apresentaram fatos que comprovaram a existência de práticas psi no cenário da EFI brasileira desde as décadas de 1930 e 1940. Em decorrência disso, nos cursos de EFI, a PEE há décadas aparece na grade das disciplinas obrigatórias (VIEIRA et al., 2010). Possivelmente, isso explique a prevalência de profissionais e pesquisadores da EFI desenvolvendo a maior parte dos estudos em PEE, conforme os resultados do presente estudo. Entretanto, pesquisadores da Psicologia também passaram a investigar o Esporte e o Exercício Físico. Entre 2010 e 2012, notou-se aumento das publicações da Psicologia (ANDRADE et al., 2015).

Em relação às regiões territoriais brasileiras, os dados encontrados são coerentes com a pesquisa realizada por Vilarino et al. (2017), que revelou a concentração de grupos

de pesquisa em Psicologia do Esporte e do Exercício Físico e do Exercício nas regiões Sul e Sudeste. Isto se deve ao fato dos programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* tanto em Psicologia, quanto na Educação Física, estarem majoritariamente localizados nestas regiões. Os mesmos autores destacaram que a Região Nordeste vem fortalecendo seu sistema de Pós-Graduação com a chegada de professores doutores que podem fazer com que a quantidade e a qualidade da produção científica se expandam nos próximos anos.

Com relação aos construtos estudados, os pesquisadores encontraram indícios da existência de um estado de *Flow* coletivo em suas investigações (OLIVEIRA et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2018). Talvez isso possa ser explicado pelo fato de que nestes estudos os participantes são de esportes coletivos, duas modalidades de basquete, diferentemente da maioria das pesquisas incluídas na síntese deste artigo que contaram com participantes de esportes individuais. A vivência deste estado ótimo em equipe poderia então promover a melhora do desempenho tanto individual como coletivo, possibilitando resultados positivos.

Foram encontrados três estudos com métodos qualitativos de pesquisa, usando entrevistas como instrumentos de coleta de dados e seis estudos que usaram métodos quantitativos, escalas e questionários para acessar os dados. Os estudos mais recentes utilizaram instrumentos psicométricos (GARCIA et al., 2019; HERNANDEZ & VOSER, 2019; PEIXOTO et al., 2019), enquanto mais da metade dos estudos realizados até 2015 usaram técnicas qualitativas (MASSARELLA & WINTERSTEIN, 2009; MIRANDA JÚNIOR et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2015). Este movimento pode indicar uma tendência para a mensuração dos constructos da PP, principalmente a experiência do *Flow*. Os métodos qualitativos podem fornecer mais dados sobre esta experiência tão singular, uma vez que os atletas podem expressar com mais detalhes como vivenciaram o *Flow*.

Os estudos comprovaram benefícios do *Flow* no condicionamento físico e no desempenho de atletas de tênis (MIRANDA et al., 2012) e triatletas brasileiros. Foram identificadas relações positivas entre tempo de prática e predisposição ao *Flow*, indicando que intervenções podem aprimorar a capacidade dos atletas a atingir este estado mental (GARCIA et al., 2019). Entende-se que quanto mais experiência o atleta tiver e que com intervenções assertivas, há mais possibilidades que o fenômeno do *Flow* ocorra. Portanto, diante dos dados aqui apresentados, esse estado pode ser estimulado no contexto esportivo.

Dos conceitos da PP, o *Flow* foi o mais estudado, como pode ser observado na Tabela 2. Isto pode ser explicado pela relação positiva que o estado de *Flow* possui com o desempenho em atividades esportivas (GARCIA et al., 2019; MIRANDA et al., 2012). Sendo um dos objetivos da PEE estudar os efeitos de fatores psicológicos para o desempenho esportivo, o número de artigos pesquisando sobre *Flow* pode ser explicado por este motivo. A vivência do conjunto de dimensões que abarcam este estado mental pode levar à promoção da execução de alto nível. Por existirem técnicas psicológicas que possam auxiliar os atletas em termos de aprimoramento para atingir este estado mental, acredita-

se que o interesse em produzir evidências de validade para instrumentos que avaliam o construto vem sendo recentemente desenvolvidos em versões brasileiras (GARCIA et al., 2019; HERNANDEZ & VOSER, 2019).

As investigações refletem que o *Flow* se correlacionou positivamente com o desempenho (GARCIA et al., 2019; MIRANDA et al., 2012) e a motivação intrínseca (MASSARELA & WINTERSTEIN, 2009). Foi verificado também que os atletas vivenciaram algumas dimensões do *Flow* com maior intensidade que outras (OLIVEIRA et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2018). Assim, não deve haver uma tentativa, por parte dos pesquisadores, em adequar todas as dimensões do *Flow* no contexto esportivo. Cada esporte possui suas singularidades, como as modalidades individual e coletiva, o que pode influenciar na intensidade e frequência em experimentar algumas dimensões (SWANN, 2016).

Esses achados possuem implicações práticas, uma vez que podem subsidiar intervenções neste contexto. Dimensões do *Flow* como objetivos claros, *feedback* inequívoco e equilíbrio desafio-habilidade podem ser trabalhados, pois não dependem somente do atleta. Deste modo, pode-se entender que a vivência do *Flow* pode ser aperfeiçoada (SWANN, 2016).

Os estudos apresentaram uma diversidade de métodos, apontando as possibilidades de analisar a influência do *Flow* no esporte, produzindo evidências em diferentes esportes. Foi possível verificar a influência de outras variáveis neste contexto, como autoeficácia, habilidade percebida (GOMES et al., 2012), e *Flow* coletivo (OLIVEIRA et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2018).

Este estudo possui como limitação não ter pesquisado publicações consideradas como Literatura Cinzenta, como dissertações e teses. Também as realizações de pesquisas sobre os construtos Emoções positivas, Engajamento e Significado, importantes para todos os envolvidos na PEE, são estimuladas. Essas possíveis investigações serão relevantes para formulação de programas de preparação psicológica de atletas e praticantes do exercício físico brasileiros.

Esta pesquisa analisou o estado da arte da PP na PEE no Brasil. Verificou-se que o *Flow* foi amplamente estudado no contexto esportivo, porém a literatura ainda possui lacunas a serem exploradas, como diferenças entre esportes individuais e coletivos. Por meio deste estudo, é possível direcionar futuras investigações, principalmente sobre os componentes da Teoria do Bem-Estar (SELIGMAN, 2018) que possuem evidências sobre os efeitos positivos na PEE.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (2021). **Division History**. <https://www.apadivisions.org/division-47/about/history/>

ANDRADE, Alexandre, BRANDT, Ricardo, DOMINSKI, Fábio Hech, VILARINO, Guilherme Torres, COIMBRA, Danilo, & MOREIRA, Mariana. Psicologia do Esporte no Brasil: Revisão em periódicos da psicologia. **Psicologia em Estudo**, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, v. 20, n. 2, p. 309–317, abr-jun, 2015.

CARVALHO, Cristianne Almeida, & JACÓ-VILELA, Ana Maria. Psicologia do Esporte e do Exercício Físico no Brasil em dois tempos: uma história contada e uma história a ser contada. **XV Encontro Nacional da ABRAPSO**. Anais de Trabalhos Completos, p. 1-7, 2009. http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/206.%20psicologia%20do%20esporte%20no%20brasil%20em%20dois%20tempos.pdf

CARVALHO, Lucas de Francisco, PIANOWSKI, Giselle, & SANTOS, Manoel Antônio. Guidelines for conducting and publishing systematic reviews in Psychology. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, Campinas, v. 36, e180144, Epub, dez, 2019. <https://doi.org/10.1590/1982-0275201936e180144>

COHN, Patrick. An exploratory study of sources of stress and athlete burnout in youth golf. **The Sport Psychologist**, v. 4, p. 95-106, 1991. <https://doi.org/10.1123/tsp.4.2.95>

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº 13**, de 14 de setembro de 2007. Institui a Consolidação das Resoluções relativas ao Título Profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro. 2007. <https://atosoficiais.com.br/lei/titulo-de-especialista-cfp?origin=instituicao>

CSIKSZENTMIHALYI, Mihaly. **Flow: The psychology of optimal experience**. New York: Harper & Row. 1990.

CSIKSZENTMIHALYI, Mihaly, KHOSLA, Sonal, & NAKAMURA, Jeanne. (2016). Flow at Work. In: OADES, Lindsay, STEGER, Michael, FAVE, Antonella Delle, & PASSMORE, Jonathan (orgs.), **The Wiley Blackwell Handbook of the Psychology of Positivity and Strengths-Based Approaches at Work**. Wiley Online Library, 2016, p. 99-109. <https://doi.org/10.1002/9781118977620.ch7>

CSIKSZENTMIHALYI, Mihaly, MONTIJO, Monica, & MOUTON, Angela. Flow theory: Optimizing elite performance in the creative realm. In PFEIFFER, Steven, SHAUNESSY-DEDRICK, Elizabeth, & FOLEY, Megan (orgs.), **American Psychological Association handbook of giftedness and talent**. 2018, p. 215–229. <https://doi.org/10.1037/0000038-014>

CURRAN, Thomas, HILL, Andrew, HALL, Howard, & JOWETT, Gareth. Relationships between the coach created motivational climate and athlete engagement in youth sport. **Journal of Sport and Exercise Psychology**, v. 37, n. 2, p. 193-198, abr, 2015. <https://doi.org/10.1123/jsep.2014-0203>

DECI, Edward, & RYAN, Richard. **Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior**. Springer, US. 1985. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2271-7>

DOYLE, Jason, FILO, Kevin, LOCK, Daniel, FUNK, Daniel, & MCDONALD, Heath. Exploring PERMA in spectator sport: Applying positive psychology to examine the individual-level benefits of sport consumption. **Sport Management Review**, v. 19, n. 5, p. 506-51, nov, 2016. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2016.04.007>

EIME, Rochelle, YOUNG, Janet, HARVEY, Jack, CHARITY, Melanie, & PAYNE, Warren. R. A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and adolescents: informing development of a conceptual model of health through sport. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 10, n. 98, ago, 2013. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-98>

FRANCISCO, Cristina de, ARCE, Constantino, SÁNCHEZ-ROMERO, Elisa, & VÍLCHEZ, Maria. The mediating role of sport self-motivation between basic psychological needs satisfaction and athlete engagement. **Psicothema**, vol. 30, n. 4, p. 421-426, nov, 2018. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.117>

FREDRICKSON, Barbara. The broaden-and-build theory of positive emotions. **Philosophical transactions of the Royal Society of London B**, v. 359, 1367–1377, ago, 2004. <https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1512>

FREDRICKSON, Barbara. (2013). Positive Emotions Broaden and Build. In: P. Devine, & A. Plant, (orgs.). **Advances in Experimental Social Psychology**, 47, 2013, p. 1-53. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-407236-7.00001-2>

GARCIA, William Fernando, CODONHATO, Renan, MIZOGUCHI, Marcus Vinicius, DO NASCIMENTO JUNIOR, José Roberto Andrade, AIZAVA, Paulo Vitor Suto, RIBAS, Marcelen Lopes, CARUZZO, Aryelle Malheiros, VISSOCI, João Ricardo Nickenig, & FIORESE, Lenamar. Dispositional flow and performance in Brazilian triathletes. **Frontiers in Psychology**, v. 10, n. 2136, set, 2019. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02136>

GOLDENBERG, Amit, HALPERIN, Eran, VAN ZOMEREN, Martijn, & GROSS, James. The process model of group-based emotion: Integrating intergroup emotion and emotion regulation perspectives. **Personality and Social Psychology Review**, v. 20, n. 2, p. 118-141, abr, 2016. <https://doi.org/10.1177/1088868315581263>

GOMES, Simone Salvador, MIRANDA, Renato, BARA FILHO, Maurício Gattás, & BRANDÃO, Maria Regina Ferreira (2012). O Flow no voleibol: relação com a motivação, autoeficácia, habilidade percebida e orientação às metas. **Revista da Educação Física/UEM**, v. 23, n. 3, p. 379-387, set, 2012. <https://doi.org/10.4025/reveducfis.v23i3.17024>

GRÖPEL, Peter, WEGNER, Mirko, & SCHÜLER, Julia. Achievement motive and sport participation. **Psychology of Sport and Exercise**, v. 27, p. 93-100, nov, 2016. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2016.08.007>

HANIN, Jurin, & EKKEKAKIS, Panteleimon. Emotions in sport and exercise settings. In: PAPAIOANNOU, Athanasios & HACKFORT, Dieter (orgs.), **Routledge companion to sport and exercise psychology: Global perspectives and fundamental concepts**. Routledge/Taylor & Francis Group, 2014, p. 83-104. <https://doi.org/10.4324/9781315880198>

HERNANDEZ, Jose Augusto Evangelho, & VOSER, Rogério da Cunha. Validity evidence for the Flow State Scale-2 with university athletes. **Paidéia**, v. 29, e2909, jun, 2019. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e2909>

JACKSON, Susan, & CSIKSZENTMIHALYI, Mihaly. **Flow in sports: The keys to optimal experiences and performances**. Human Kinetics Books, 1999.

LONSDALE, Chris, HODGE, Ken, & RAEDEKE, Thomas. Athlete engagement: I. A qualitative investigation of relevance and dimensions. **International Journal of Sport Psychology**, v. 38, n. 4, p. 451–470, out, 2007.

MASSARELLA, Fábio Luiz, & WINTERSTEIN, Pedro José. A Motivação Intrínseca e o Estado Mental Flow em Corredores de Rua. **Movimento**, v. 15, n. 2, p. 1-19, abr-jun, 2009. <https://doi.org/10.22456/1982-8918.2659>

MCCARTHY, Paul. Positive emotion in sport performance: Current status and future directions. **International Review of Sport and Exercise Psychology**, v. 4, n. 1, p. 50-69, mar, 2011. <https://doi.org/10.1080/1750984X.2011.560955>

MEIJEN, Carla, TURNER, Martin, JONES, Marc, SHEFFIELD, David, & MCCARTHY, Paul. A Theory of Challenge and Threat States in Athletes: A Revised Conceptualization. **Frontiers in Psychology**, v. 11, epub 126, fev, 2020. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00126>

MIRANDA JÚNIOR, Márcio Vidigal, RUSSO, André Furiatti, COIMBRA, Danilo Reis, & MIRANDA, Renato. Análise do Flow-Feeling no Tênis. **Revista da Educação Física/UEM**, v. 23, n. 4, p. 607-615, jun, 2012. <https://eduemojs.uem.br/ojs/index.php/RevEducFis/article/view/17044>

OLIVEIRA, Helder Zimmermann, GOMES, Victor Fernandes Pinto, & MIRANDA, Renato. The flow state in young basketball players. **Psicologia em Estudo**, v. 20, n. 1, p. 95-106, jan-mar, 2015. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v20i1.25529>

PAGE, Matthew, MCKENZIE, Joanne, BOSSUYT, Patrick, BOUTRON, Isabelle, HOFFMANN, Tammy, MULROW, Cynthia, SHAMSEER, Larissa, TETZIAFF, Jennifer, AKL, Elie, BRENNAN, Sue, CHOU, Roger, GLANVILLE, Julie, GRIMSHAW, Jeremy, HRÓBJARTSSON, Asbjørn, LALU, Manoj, LI, T Tianjing, LODER, Elizabeth. W., MAYO-WILSON, Evan, MCDONALD, Steve, ... MOHER, David. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, v. 372, n. 71, abr, 2021. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

PEIXOTO, Evandro Morais, NAKANO, Tatiana de Cássia, CASTILLO, Ricardo Almeida, OLIVEIRA, Leonardo Pestillo, & BALBINOTTI, Marcos Alencar Abaide. Passion Scale: Psychometric properties and factorial invariance via Exploratory Structural Equation Modeling (ESEM). **Paidéia**, v. 29, e2911, abr, 2019. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e2911>

OLIVEIRA, Jadson Geovane de Brito, PIRES, Daniel Alvarez, & COSTA E SILVA, Anselmo de Athayde. Predisposição ao Flow: percepção dos praticantes do basquete em cadeira de rodas. **Pensar a prática**, v. 21, n. 3, p. 552-563, set, 2018. <https://doi.org/10.5216/rpp.v21i3.47022>

REINBOTH, Michael, & DUDA, Joan. Perceived motivational climate, need satisfaction and indices of well-being in team sports: A longitudinal perspective. **Psychology of Sport and Exercise**, v. 7, n. 3, p. 269–286, fev, 2006. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2005.06.002>

RYAN, Richard, & DECI, Edward. **Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness**. The Guilford Press, 2017. <https://doi.org/10.1521/978.14625/28806>

RUSK, Reuben, & WATERS, Lea. Tracing the size, reach, impact and breadth of positive psychology. **The Journal of Positive Psychology**, v. 8, n. 3, p. 207–221, abr, 2013. <https://doi.org/10.1080/17439760.2013.777766>

SAVARDELAVAR, Meisam, & ARVIN, Hamid. The relationship between of positive emotion and sport competitions in expert's athletes. **European Journal of Experimental Biology**, n. 2, v. 3, p. 608-610, dez, 2012. <https://www.imedpub.com/articles/influence-of-dietary-supplemented-thyme-ithymus-vulgaris-l-and-pennyroyal-imentha-pulegiumleaves-on-hematological-indices-of-jap.pdf>

SELIGMAN, Martin. PERMA and the building blocks of well-being. **The Journal of Positive Psychology**, v. 13, n. 4, p. 333-335, fev, 2018. <https://doi.org/10.1080/17439760.2018.1437466>

SWANN, Christian. Flow in sport. In: HARMAT, László, ØRSTED ANDERSEN, Frans, ULLÉN, Fredrik, WRIGHT, Jon, & SADLO, Gaynor (orgs.), **Flow Experience. Empirical Research and Applications**. Springer International Publishing, 2016, p. 51-64. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28634-1_4

VIEIRA, Lenamar Fiorese, VISSOCI, João Ricardo Nickenig, OLIVEIRA, Leonardo Pestillo de, & VIEIRA, José Luiz Lopes. Psicologia do Esporte: Uma área emergente da psicologia. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 2, p. 391-399, jun, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722010000200018>

VIEIRA, Lenamar Fiorese, BALBIM, Guilherme Moraes, PIMENTEL, Giuliano Gomes de Assis, HASSUMI, Miriane Yassue Santos Silva, & GARCIA, William Fernando. Estado de Flow em praticantes de escalada e skate downhill. **Motriz**, v. 17, n. 4, p. 591-599, dez, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1980-65742011000400003>

VILARINO, Guilherme Torres, DOMINSK, Fábio Hech, ANDRADE, Rubian Diego, FELDEN, Érico Pereira Gomes, & ANDRADE, Alexandre. Análise dos grupos de pesquisa em Psicologia do Esporte e do Exercício no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 39, n. 4, p. 371-379, out-dez, 2017. <https://doi.org/10.1016/j.rbce.2017.07.004>

VON SCHEVE, Christian, & ISMER, Sven. Towards a theory of collective emotions. **Emotion Review**, v. 5, n. 4, p. 406-413, mai, 2013. <http://doi.org/10.1177/1754073913484170>

WEINBERG, Robert, & GOULD, Daniel. **Fundamentos da Psicologia do Esporte e do Exercício**. Artmed, 2017.

YANG, HuiXin, WEN, XuPing, & XU, Fei. The influence of positive emotion and sports hope on pre-competition state anxiety in martial arts players. **Frontiers in Psychology**, v. 11, epub 1460, jul, 2020. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01460>

A RELAÇÃO TERAPÊUTICA E A TERAPIA ANALÍTICO - COMPORTAMENTAL

Data de aceite: 03/08/2023

Thaylla Carvalho Cavalcante Gomes

Psicóloga, Analista do Comportamento, Neuropsicóloga, Especialista em Análise do Comportamento Aplicada e Mestra em Distúrbios do Desenvolvimento.

RESUMO: O presente estudo tem como objetivo discutir e evidenciar a importância da relação terapêutica na Terapia Analítico - Comportamental. Sabe-se que a relação terapêutica é importantíssima tanto para o terapeuta quanto para o cliente. Ela é a base para uma intervenção eficaz, a relação contribui diretamente para a transformação comportamental do cliente, que vem em busca de diminuição de seu sofrimento e aumento de contingências de reforçamento. Para a relação terapêutica ser estabelecida, tanto o terapeuta quanto o cliente precisam estar abertos, terem intimidade para caminharem juntos. As mudanças comportamentais do cliente só acontecerão por respostas do terapeuta, já que nesta relação o cliente deve obter consequências diferentes de seu ambiente natural.

PALAVRAS-CHAVE: Terapia Analítico - Comportamental, relação terapêutica, papel do terapeuta.

ABSTRACT: The objective of this work is to discuss and establish the importance of therapeutic relations in the Behavior Therapy. The importance of the therapeutic relation between the therapist and the client is well known for both and it represents the basis for a successful treatment. This relation influences directly the transformation of the client's behavior, on the way to reduce suffer and to increase Contingent Reinforcement. The client and the therapist both must be open and reach some intimacy level to establish the therapeutic relation as a means to both walk together with the therapy process. Behavioral changes are achieved just through the answering of the therapist that the client must have different consequences of his/her natural environment. The therapist has the key role to establish this relation.

KEYWORDS: Behavior Therapy, Therapeutic Relations, Therapist Role.

INTRODUÇÃO

A Terapia Analítico - Comportamental é uma das vertentes do Behaviorismo Radical. A palavra radical tem impacto e normalmente nos submete quando a

ouvimos associarmos a uma imagem de alguém ou algo ao extremo. Mas na verdade e “que geralmente não se sabe é que a palavra *radical* vem do latim *radix*, significando raiz” (Kohlenberg & Tsai, 2001, p.3). Segundo Peck (1987 apud Kohlenberg & Tsai, 2001), “O verdadeiro radical é aquele que tenta chegar à raiz das coisas, que não se distrai pelo superficial, vendo floresta no lugar de árvores. É bom ser radical. Qualquer pessoa que pense com profundidade será um deles”.

Na história do Behaviorismo Radical, Skinner (1974/1982 apud Coelho, 2011) afirma que o método de estudo e o objeto utilizado pelos analistas do comportamento teve e até hoje se tem mal-entendidos. Até porque como o Behaviorismo Metodológico de Watson influenciou o Radical, as pessoas entendem como um só, não tendo diferenças. Mas há total diferença.

O Behaviorismo Metodológico considera como comportamento ações observáveis, já sentimentos, pensamentos, não eram considerados como comportamentos e por isso eram negligenciados. Watson deixava de lado os estados mentais, como a consciência e as sensações. Assim separando, como mente e corpo. Sendo que, o que era levado em conta em terapia eram somente os comportamentos publicamente observáveis, em um modelo de estímulo-resposta (S-R) (Moreira, 2003).

Na história do Behaviorismo essas técnicas eram denominadas como técnicas respondentes como base no emparelhamento de estímulos, essa era a “Primeira Onda da Terapia Comportamental”. Após a “Primeira Onda” baseada nas técnicas respondentes, surgiu a Modificação do Comportamento, em que se trabalhava com o fortalecimento e extinção de alguns comportamentos operantes específicos, sem análises de contingências completas. Esse trabalho focal acabou extinguindo algumas respostas e colaborando para a substituição de outras com a mesma função, fenômeno este denominado, substituição de sintomas (Banaco, 1999).

A prática clínica baseada na utilização de técnicas respondentes e operantes desencadeou diversas críticas. (Cameschi & Abreu-Rodrigues, 2005 apud Coelho, 2011). Logo se percebeu que a utilização dessas técnicas não era suficiente para promover mudanças comportamentais necessárias para o cliente (Zamignani, 2000 apud Coelho, 2011).

Então a necessidade de lidar com eventos mentais ou cognitivos fez com que uma abordagem mais global fosse criada, então surgiu a Terapia Cognitivo-Comportamental, que veio como uma alternativa a visão tradicional dos behavioristas. Como antes a visão era estímulo-resposta (S-R), com essa nova visão tinha-se estímulo - organismo - resposta, onde há um instrumento explicativo que se localiza dentro do organismo (Chiesa, 1994/2006 apud Coelho, 2011).

Para a Terapia Cognitivo - Comportamental, as regras, as crenças, os sonhos, os pensamentos dentre outros são todos eventos considerados cognitivos e causas de comportamento. Esses eventos são o alvo da intervenção do terapeuta, o que se

diferencia muito da visão do Behaviorismo Metodológico ou dos teóricos da Modificação do Comportamento (Chiesa, 1994/2006; de-Farias, 2010 apud Coelho, 2011). A Terapia Cognitivo - Comportamental e a Terapia Analítico - Comportamental visam modificar os processos internos de maneiras distintas.

Retornando a Terapia Analítico - Comportamental, ela foi proposta pela primeira vez por Skinner em 1953, quando desenvolveu um trabalho com psicóticos em hospitais (Micheletto, 2001). A Terapia Analítico - Comportamental utiliza técnicas específicas para modificar comportamentos aprendidos. Ela se concentra nos comportamentos em si, considerando que comportamentos mal adaptados são adquiridos por meio da aprendizagem, assumindo que os princípios de aprendizagem são extremamente eficazes para a modificação do comportamento mal adaptado. Trabalha com objetivos específicos e muito bem definidos, concentrando-se no aqui e agora, mas também considerando a história de vida do cliente.

As causas dos comportamentos não estão em eventos internos. Mas sim na história de interações do indivíduo com o seu ambiente. Desse modo, a terapia consiste em mudar o repertório comportamental do cliente como um todo, de forma que ele seja capaz de descobrir a solução para o seu problema e, principalmente, alterar as contingências envolvidas (de-Farias, 2010; Marçal, 2010; Skinner, 1974/1982, 1984 apud Coelho, 2011).

O terapeuta possui interesse direto nos eventos privados que são vistos como as consequências das contingências sociais que o indivíduo é exposto. Sendo assim o terapeuta “não manipula diretamente as contingências do cotidiano do seu cliente, também não constrói condições simbólicas dentro do consultório. Mas usa seus próprios contextos verbais que surgem no diálogo da sessão e as contingências interpessoais entre terapeuta e cliente” (Vandenberghe, 2001, p.184 apud Coelho, 2011). Proporcionando autoconhecimento ao cliente.

Mas para o terapeuta conseguir modificar os “comportamentos problemas” é necessário o vínculo terapêutico. A interação terapeuta - cliente leva a atividades em que o objetivo é promover a melhora do cliente, em que se pode denominar intervenções clínicas (Silvares, 2000 apud Coelho, 2011).

Essa interação só é denominada relação terapêutica quando as metas adotadas foram alcançadas, sendo capaz de fortalecer ou enfraquecer os comportamentos do cliente (Silveira, 2003 apud Coelho, 2011).

Sendo assim, “a relação terapêutica é um tipo de interação social diferenciada”, em que o cliente vai em busca de melhora comportamental, conseqüentemente melhorando, alcançando o seu bem-estar, e o terapeuta por sua vez contribui diretamente para as mudanças comportamentais por possuir em seu repertório teórico estratégias e análises de intervenção e por sua história de vida (Coelho, 2011).

“Durante à relação terapêutica estabelecida, terapeuta e cliente são falantes e ouvintes, e o repertório comportamental de ambos está em constante processo de

modelagem” (Meyer e Vermes, 2001 apud Coelho, 2011).

RELAÇÃO TERAPÊUTICA

A terapia tem como principal função a promoção de mudanças comportamentais, levando à diminuição do sofrimento por parte do cliente e o aumento de contingências reforçadoras (Savoine, 2009). Mas para se obter um resultado satisfatório é necessária uma boa relação terapêutica, onde deve ser vista como uma troca entre terapeuta e cliente (Banaco, 1999 apud Savoine, 2009). A relação terapêutica deve ter bons resultados na intervenção/ no acompanhamento, a negligência à relação pode se levar ao fracasso. Assim como, o abandono da terapia ou pelo não cumprimento dos objetivos iniciais. A percepção do cliente está diretamente ligada à efetividade/adesão ao processo terapêutico.

A terapia é um momento em que o cliente se abre, fala sobre si, fala sobre seus comportamentos. A Terapia Analítico - Comportamental se baseia na Análise do Comportamento, onde “considera-se que os eventos privados são comportamentos encobertos” (Delitti, 1993). O termo comportamento encoberto tem sido utilizado por pesquisadores e terapeutas comportamentais “como sinônimo de uma ação que ocorre dentro da pele de um organismo. Neste sentido, seria mais correto falarmos de “respostas encobertas”, já que sabemos que comportamento é mais do que uma resposta. Comportamento é uma relação entre estímulos (antecedentes e consequentes) e uma resposta” (Banaco, 1999).

“O papel dos sentimentos e de outros “estados subjetivos” foram tema de grande parte dos escritos de Skinner. O sentimento é um tipo de ação sensorial, como ver e ouvir” (Skinner, 1982 *apud* Carvalho, 1999). Discriminar o que sentimos e falar sobre, são comportamentos aprendidos, produtos da comunidade verbal que nos condicionam a descrevermos o que sentimos, pensamos e fazemos (Skinner, 1991 *apud* Carvalho, 1999).

Sendo assim, já que a comunidade verbal (cultura) conseguiu produzir indivíduos capazes de descrever sobre os eventos comportamentais, caberia a nós observarmos os eventos externos (manipuláveis) responsáveis tanto pelos sentimentos quanto pelos comportamentos que compõem os comportamentos inadequados, aqueles que normalmente fazem parte da queixa que o cliente traz a terapia (Banaco, 1999).

Segundo Delitti (1993) em terapia trabalha-se principalmente os comportamentos encobertos. Normalmente os clientes chegam à terapia com absoluta certeza de que seus problemas são causados por pensamentos, sentimentos, etc. Acreditam que os comportamentos encobertos são as causas dos problemas. A tarefa do terapeuta neste momento é mostrar ao cliente que seus comportamentos encobertos estão relacionados a outros eventos do mundo interno e externo. Portanto o terapeuta tem que “criar condições para a discriminação das contingências que controlam os comportamentos é a condição básica para a eficácia do processo terapêutico” (Delitti, 1999, p.42).

Em busca da eficácia no processo terapêutico, as características do terapeuta são levadas em consideração para o estabelecimento da relação terapêutica e para um processo terapêutico satisfatório. Qualidades específicas para o terapeuta são necessárias, como: postura empática e compreensiva, audiência não punitiva, aceitação sem julgamentos, autoconfiança, flexibilidade na aplicação de técnicas e autenticidade (Meyer & Vermes, 2001).

Comportamentos específicos do terapeuta também colaboram para a formação da relação terapêutica, como: comportamentos gestuais, contato visual. São considerados como facilitadores na relação cliente – terapeuta. Da mesma forma que alguns comportamentos podem dificultar a relação, como: a história de vida do terapeuta, as diferenças religiosas, éticas, a identificação com o problema do cliente (Meyer & Vermes, 2001).

O terapeuta é peça importantíssima no processo terapêutico, deve estar atento à tudo. Até mesmo quando o cliente não está motivado ou apresentando certa resistência a intervenção. Ele deve estar atento as variáveis do cliente, já que pode favorecer ou dificultar a relação terapêutica (Rangé, 1995 apud Savoie, 2009). Esta também pode ser prejudicada por nível socioeconômico, educacional, pela faixa etária, por transtornos psiquiátricos, como por exemplo, um cliente com delírio paranoide pode considerar que as anotações feitas pelo terapeuta durante a sessão podem ser usadas contra ele (Wielenska, 2000).

Segundo Banaco (1993), cabe ao profissional a emissão de respostas terapêuticas. Em inúmeros trabalhos Delitti mostra a importância do terapeuta discriminar que tipo de reações o cliente o desperta, com seus comportamentos durante a sessão e o que pode ser feito em relação a isso de uma maneira que seja sempre terapêutica (Banaco, 1993).

É importantíssimo lembrar que muitas vezes é exigido do terapeuta que ele seja uma pessoa isenta de sentimentos e preconceitos em relação aos clientes, aberta a qualquer problema que se lhe apresente. Afinal, ele deve «entender» tudo, em todos os significados que a palavra «entender» tem na língua portuguesa (Banaco, 1993, p.75).

Fica claro que o terapeuta tem que estar sempre atento à seus comportamentos encobertos e abertos. Banaco (1993) afirma que qualquer emoção muito forte sentida por parte do terapeuta em um atendimento deve estar relacionado com alguma coisa que está errada. O terapeuta deve tentar se colocar na situação do cliente e imaginar como agiríamos e sentiríamos naquela determinada situação. Assim como Skinner (1982 apud Banaco, 1999) descreve, a emoção semelhante á do cliente deve ser experimentada com pouca intensidade. Quando a intensidade da emoção é forte, é sinal de que o terapeuta não está agindo as contingências da relação terapêutica e sim as contingências da sua história de vida. Desta maneira o “comportamento profissional pode ser afetado e o trabalho prejudicado” (Banaco, 1993).

Porém a auto-observação por parte do terapeuta não é suficiente. Caso, não

consiga ter acesso aos encobertos do cliente estará sozinho, e os objetivos terapêuticos não serão alcançados. Para tal é importante que o terapeuta crie condições para que o cliente entre em contato com as contingências que atuam em sua vida, para conseguir ficar sob controle de si mesmo e não de contingências não identificadas. Neste momento a utilização de encobertos são um dos recursos extremamente eficazes e rápidos para alcançar resultados, assim como a relação terapeuta-cliente.

Segundo Wielenska (2000), a relação terapêutica tem sido um dos fatores que contribuem diretamente para mudanças comportamentais no cliente. Já que inicialmente o terapeuta não dispõe de procedimentos específicos para ajudar o cliente, necessitando recorrer à própria relação terapêutica, a sua formação profissional e seu repertório pessoal, tudo para levar o cliente a se engajar no processo terapêutico. O terapeuta, para o cliente é como se fosse uma “máquina de reforçamentos” (Krasner, 1962, p.61 apud Wielenska, 2000). O comportamento do cliente é determinado em grande parte pelo comportamento do terapeuta. Por isso é importantíssimo o terapeuta estar sempre preenchendo o maior número de características necessárias para desenvolver uma boa relação terapêutica.

Na relação terapêutica a intimidade está presente, já que naquele contexto o cliente se expõe para a figura do terapeuta. Segundo Oliveira (2002), a intimidade é um compartilhamento do que está no interior, revelar-se para o outro, sem temer a rejeição, claro que num contexto particular e de confiança. Na intimidade a descoberta vem por meio da abertura, do carinho e da compreensão.

“Um exemplo típico de intimidade é o compartilhamento de pensamentos e sentimentos. O ambiente terapêutico, onde o terapeuta interage de maneira carinhosa, atenta, reforçadora, próxima à autorrevelação do cliente, é um exemplo de relação íntima”(Vandenberghé & Pereira, 2005).

Segundo Oliveira (2002), a visão epistemológica que reage a Análise Clínica do Comportamento torna a relação mais íntima. O terapeuta se torna mais sensível as variáveis do comportamento do cliente, como também mais vulnerável na relação.

Como Delitti (1993, p.45), afirmou:

Acredito que o terapeuta é, entre outras coisas, um decifrador de códigos. É um pesquisador em busca de hipóteses. É um construtor de conhecimentos e modelador de comportamentos. O terapeuta leva o cliente à ampliação de seu repertório comportamental. Além disso, o terapeuta é primeiramente um ser humano, e como tal precisa estar sempre sensível a cada uma das múltiplas contingências que modelam e mantêm seu comportamento. Principalmente na sua relação com o cliente, seu cúmplice e seu parceiro na busca por uma vida melhor.

A relação terapêutica é uma oportunidade para cada vez mais o terapeuta se aperfeiçoar e se conhecer, como para o cliente emitir comportamentos problemas e aprender formas alternativas e adequadas de se comportar (Kohlenberg & Tsai, 2001).

DISCUSSÃO

Diante todas as referências bibliográficas levantadas fica evidente a importância da relação terapêutica. Primeiramente para falar sobre a relação terapêutica é essencial definir o que é processo terapêutico. Moura e Venturelli (2004 apud Coelho, 2011) definem que o processo terapêutico é um conjunto de procedimentos que possibilitam mudanças graduais no repertório comportamental do cliente.

O processo terapêutico é compreendido pelas intervenções do terapeuta frente às mudanças comportamentais do cliente (Banaco & Zamignani, 1999). Neste processo há no mínimo duas pessoas (Delitti, 1997 apud Vandenberghe & Pereira, 2005).

Já a relação terapêutica pertence ao processo terapêutico. Meyer e Vermes (2001 apud Moreira, 2003) definem que essa relação é uma interação de mútua influência entre terapeuta - cliente.

Kohlenbegr e Tsai (2001), consideram que a relação terapêutica é o centro do processo terapêutico.

A relação terapêutica produz bons resultados a intervenção, assim como o fracasso. “Surge deste raciocínio que o planejamento do trabalho a ser realizado pelo terapeuta deve incluir as especificidades necessárias para o estabelecimento de uma relação terapêutica adequada” (Savoine, 2009, p.1).

Valorizar a relação terapêutica é tornar o processo terapêutico único. Cada cliente deve ser visto com suas particularidades, pois tem sua história de vida que é única (Moreira, 2003).

Quando o cliente chega ao consultório, ele traz angústias, medos e expectativas. Neste momento o terapeuta deve ser empático, simpático, flexível e o mais acolhedor possível (Silvares & Gongora, 1998 apud Moreira, 2003).

“Investir na relação terapêutica no início do processo psicoterapêutico é criar meios para que as técnicas sejam aplicadas quando necessário e da forma mais correta possível” (Moreira, 2003).

Em terapia, cliente e terapeuta precisam ter os mesmos objetivos para se alcançar resultados. É relevante definir o papel do terapeuta para a relação terapeuta – cliente, para que essa relação seja estabelecida e a terapia seja bem desenvolvida, é necessário que o terapeuta possua certas habilidades, como por exemplo, ver que o cliente é uma pessoa como ele, “igual” a ele, que tem qualidades, defeitos e sentimentos que devem ser respeitados. O comportamento do cliente é determinado pelo comportamento do terapeuta (Savoine, 2009).

O terapeuta é o maior responsável pela relação terapêutica, ele possui conhecimento teórico, ele tem que conquistar o cliente, se mostrar empático, tornar o ambiente agradável e favorável à exposição do cliente, elaborar procedimentos eficazes para as mudanças comportamentais. Tudo isso visando à diminuição do sofrimento do cliente.

O cliente também tem seu papel na relação terapêutica. Em primeiro lugar, o cliente deve querer estar em um processo terapêutico, deve estar motivado. Também deve interessar-se pela abordagem psicológica de seus conflitos (Buche, 1989 apud Moreira, 2003).

É de extrema importância que o cliente identifique seu papel na relação terapêutica, percebendo que não significa que deve ser passivo e que todo o processo só depende de si (Moreira, 2003). O cliente tem papel ativo dentro do processo terapêutico, e quando percebe isso, mesmo quando se sente frustrado, irritado ou angustiado. O processo e a relação terapêutica estão caminhando bem (Bucher, 1989 apud Moreira, 2003).

Esses sentimentos considerados negativos pela comunidade verbal fazem parte da tolerância do cliente às situações aversivas, é um objetivo também do processo (Coelho, 2011).

Sendo assim, fica claro que tanto o terapeuta quanto o cliente devem apresentar características possíveis para que a relação terapêutica seja desenvolvida. Caso contrário os resultados não serão satisfatórios.

CONCLUSÃO

Concluimos que a relação terapêutica traz benefícios no processo terapêutico e na intervenção. Por meio dela cliente e terapeuta interagem, fazem trocas e compartilham. Essa relação tem grande importância, inicialmente quando um cliente vem em busca de tratamento o terapeuta não apresenta atividades que promovam a melhora, já que ele não sabe sobre a história de vida do cliente. Então utiliza da relação terapêutica para criar vínculo e se aproximar do cliente que está em sofrimento e vem em busca de contingências reforçadoras.

A relação terapêutica deve ser diferente das outras relações que o cliente possui em seu ambiente natural, ela precisa ser acolhedora e de confiança, para que este se sinta à vontade em compartilhar seus pensamentos, sentimentos e vontades. O terapeuta por sua vez, além de proporcionar e estruturar um ambiente favorável para que essa relação aconteça, precisa ser acolhedor, empático, sem pré - julgamentos, atencioso, criar técnicas de intervenção e disposto a intervir sempre que necessário, além disso, fazer sua auto-observação deve estar atento aos seus próprios sentimentos e avaliar se determinados sentimentos que o cliente lhe causa são características do cliente ou se são bagagem da sua história de vida.

O terapeuta ao longo do processo terapêutico deve ensinar ao cliente a discriminar as contingências que controlam seu comportamento. Mas para que o terapeuta consiga desenvolver seu trabalho, o cliente também deve se empenhar, deve estar motivado a intervenção para que o processo e a relação caminhem positivamente. O cliente tem papel ativo a relação, ele tem que ser participativo. A percepção do cliente está diretamente

ligada a adesão no tratamento. Terapeuta e cliente precisam estar abertos para que a relação terapêutica possa ser desenvolvida e o processo caminhar positivamente. Caso contrário o processo não vai para frente, caso o terapeuta não esteja atento a seus próprios comportamentos pode dificultar o processo assim como se o cliente não estiver disposto. Portanto a relação terapêutica é delicada e precisa de atenção tanto do terapeuta quando do cliente, ela quando bem desenvolvida colabora positivamente ao tratamento psicoterapêutico.

REFERÊNCIAS

BANACO, R. A. *O impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta*. Temas em Psicologia, n.2; pp.71-79. Sociedade Brasileira de Psicologia, 1993.

BANACO, R. A. *O acesso a eventos encobertos na prática clínica: um fim ou um meio?* Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, v.1, n.2, pp.135-142, 1999.

BANACO, R. A. & ZAMIGNANI, D. R. *Uma Proposta de Análise da Modelagem de Repertório Clínico*. Trabalho apresentado no Simpósio: Metodologia para a Análise de Interação Terapêutica VI Latinis Dies, Rio de Janeiro, 1999.

CARVALHO, S. G. *O lugar dos sentimentos na ciência do comportamento e na psicoterapia comportamental*. Psicologia: Teoria e Prática, v.1, n.2, pp.33-36. 1999.

COELHO, A. M. *A funcionalidade de Recursos Terapêuticos na Prática Clínica do Analista do Comportamento*. Monografia (Pós - graduação Psicologia) - Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento, 2011.

DELITTI, M. *O uso de encobertos na terapia comportamental*. Temas em Psicologia, n.2, pp.41-46. Sociedade Brasileira de Psicologia, 1993.

KOHLBERG, R. J., TSAI, M. *Psicoterapia analítica funcional :criando relações terapêuticas intensas e curativas*. Santo André: ESETEc, 2001.

MEYER, S. B.; VERMES, J. S. **Relação terapêutica**. In B. Rangé (Org.). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais. Um diálogo com a psiquiatria*. Por Alegre: Artmed. pp. 101-110, 2001.

MICHELETTO, N. A. A história da prática do analista do comportamento: esboço de uma trajetória. Em Guilhardi, Hélio José; Madi, Maria Beatriz Barbosa Pinto; Queiroz, Patrícia Piazzon & Scoz, Maria Carolina (Org.) *Sobre comportamento e cognição*, v. 8 (pp. 172- 189). Santo André ESETEc, 2001.

MOREIRA, A. S. *A função da relação terapêutica na teoria comportamental*. Monografia (graduação em Psicologia) – Centro Universitário de Brasília. Brasília, 2003.

OLIVEIRA, J. A. *Intimidade no processo terapêutico*. Monografia de conclusão de curso não publicada – Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2002.

SAVOINE, A. A. *Análise da importância da relação terapêutica entre cliente e terapeuta*. Revista Científica do ITPAC, v.2, n.4, outubro, 2009.

SILVEIRA, J. M. Pesquisa da Relação Terapêutica em Psicologia Clínica Comportamental. Em C. E. Costa, J. C. Luzia & H. H. N. Sant Anna (Org.), *Primeiros Passos em Análise do Comportamento e Cognição* (p. 139-148). Santo André: ESETEC, 2003.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM UNIDADES DE REABILITAÇÃO PARA PACIENTES COM LESÃO MEDULAR

Data de submissão: 14/04/2023

Data de aceite: 03/08/2023

Lidiany Batista Wanderley

Instituto de Pós-Graduação - IPOG
Brasília – DF
<http://lattes.cnpq.br/5246325075198694>

Carlos Manoel Lopes Rodrigues

Centro Universitário de Brasília,
Faculdade de Ciências da Saúde
Brasília – DF
<http://lattes.cnpq.br/5762651257655178>
<http://orcid.org/0000-0002-5188-7110>

RESUMO: Este capítulo descreve a experiência de aplicação da Terapia Cognitiva-Comportamental em uma unidade de reabilitação para pacientes com lesão medular em um hospital público do Distrito Federal, durante um estágio de psicologia hospitalar. Essa abordagem é direta, orientada para o presente e adequada ao contexto hospitalar. Neste trabalho, apresentamos as possibilidades de atuação do psicólogo nessa perspectiva. Coletamos dados sobre as características cognitivas e comportamentais dos pacientes por meio de escuta ativa, revisão de prontuários e discussões com equipes multidisciplinares. Concluímos que essas abordagens são aplicáveis na unidade de reabilitação

do SUS, comprovadamente eficazes na promoção da saúde tanto durante a internação quanto após a alta.

PALAVRAS-CHAVE: Terapia Cognitivo-Comportamental; Lesão Medular; Reabilitação.

COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN REHABILITATION UNITS FOR PATIENTS WITH SPINDLE INJURY

ABSTRACT: This chapter describes the experience of applying Cognitive-Behavioral Therapy in a rehabilitation unit for patients with spinal cord injury in a public hospital in the Federal District, during a hospital psychology internship. This approach is direct, focused on the present, and suitable for the hospital setting. In this work, we present the possibilities for the psychologist's role from this perspective. We collected data on the cognitive and behavioral characteristics of the patients through active listening, review of medical records, and discussions with multidisciplinary teams. We conclude that these approaches are applicable in the SUS rehabilitation unit and have been proven effective in promoting health both during hospitalization and after discharge.

KEYWORDS: Cognitive-Behavioral Therapy; Spinal Cord Injury; Rehabilitation.

1 | INTRODUÇÃO

Estima-se que surjam 10 mil novos casos de lesão medular todos os anos no Brasil. Incidência muito elevada se comparada a outros países, sendo de cerca de 40 casos novos/ano/milhão de habitantes, 80% deles do sexo masculino e 60% de pessoas entre os 10 e 30 anos de idade (BRASIL, 2015).

A lesão medular (LM) é um dos acontecimentos de maior impacto na vida das pessoas. É definida como todo dano causado às estruturas contidas no canal medular que pode levar a consequências motoras, sensitivas, autonômicas e psicoafetivas. De acordo com o Ministério da Saúde:

Estas alterações se manifestarão principalmente como paralisia ou paresia dos membros, alteração de tônus muscular, alteração dos reflexos superficiais e profundos, alteração ou perda das diferentes sensibilidades (tátil, dolorosa, de pressão, vibratória e proprioceptiva), perda de controle esfinteriano, disfunção sexual e alterações autonômicas como vasoplegia, alteração de sudorese, controle de temperatura corporal entre outras (BRASIL, 2015:9).

O aparecimento da LM pode se dar de forma progressiva, devido a problemas infecciosos, vasculares, tumorais, congênitos ou degenerativos, ou de forma abrupta, quadro denominado de choque medular. A maioria dos casos têm origem traumática, ocasionada por acidentes automobilísticos, ferimentos por arma de fogo, quedas, mergulho em águas rasas e acidentes esportivos (CEREZETTI et al, 2012; VASCO; FRANCO, 2017). Em ambos os casos, o comprometimento ocorre devido à quebra de comunicação neuronal entre os neurônios da medula espinhal e suas conexões com o cérebro, acarretando perda parcial ou total das funções motoras e/ou sensitiva, comprometendo o funcionamento dos sistemas urinário, intestinal, respiratório, circulatório, sexual e reprodutivo (CEREZETTI et al, 2012; BRUNOZI et al, 2011).

Dessa forma, o paciente com lesão medular sofre diversas perdas devido à nova condição de vida, à qual inclui desde uma nova vivência da corporalidade, até uma nova conformação às exigências práticas do seu dia a dia, no seu trabalho e nas suas relações interpessoais, impactos estes que exigem um cuidado integral para com esse paciente, a partir de uma equipe multidisciplinar, visando a reabilitação biopsicossocial do paciente (BRASIL, 2015).

Dentre os muitos profissionais que trabalham na reabilitação o paciente acometido de trauma raquimedular (TRM) está o psicólogo que, de acordo com o Conselho Federal de Psicologia (CFP), deve ter sua escuta ampliada para os familiares e para os demais membros que compõem a equipe de saúde, e tem como “sua tarefa principal a avaliação e acompanhamento de intercorrências psíquicas dos pacientes que estão ou serão

submetidos a procedimentos médicos, visando a promoção e/ou a recuperação da saúde física e mental” (CFP, 2019, p. 11).

Preconiza-se também que a sua atuação deve ser baseada na psicoterapia breve e focal, à qual se caracteriza pela atenção ao foco no conflito atual do paciente, desprezando-se o que dele não faz parte, com objetivos limitados e prazos definidos, visando à reestruturação da autoimagem e autoestima, frente a deficiência física, trabalhando as perdas, mas, principalmente suas potencialidades residuais (BRASIL, 2015; LUSTOSA, 2010; ALMEIDA, 2010).

A partir dessa perspectiva, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem sido considerada uma possibilidade de estratégia de intervenção, por ser possível utilizá-la de forma breve e focal, diretiva, orientada para o aqui e agora (JONES; WILLIAMS, 2019; GIBELLO, 2018). Com esses pacientes em específico a TCC pode colaborar no manejo da dor (SALAZAR, 2019), na redução dos quadros de ansiedade, depressão e estresse (MEHTA, et al., 2011; YANG; MU; HUANG, 2022), além de contribuir para uma maior adesão ao tratamento e promoção do desenvolvimento de estratégias de enfrentamento à hospitalização (JONES; WILLIAMS, 2019; MEHTA et al., 2020; PERON; SARTES, 2015).

A abordagem cognitivo-comportamental considera que o modo como interpretamos os acontecimentos em nossas vidas influencia as nossas emoções e comportamentos e, recursivamente, o nosso modo de agir tem influência sobre os nossos pensamentos e emoções. Assim, a forma como o paciente interpreta seu problema de saúde, tratamento e prognóstico pode interferir nos seus sentimentos e no seu comportamento, podendo, dessa forma, contribuir ou dificultar a sua adesão ao tratamento (PEREIRA; PENIDO, 2010).

O trabalho do psicólogo que faz uso da TCC, nesse ambiente, é o de identificar pensamentos e crenças disfuncionais que estejam contribuindo para o sofrimento do paciente e dificultando sua adesão ao tratamento e sua tomada de decisões, buscando trabalhar sua flexibilidade psicológica, bem como ajudá-lo a desenvolver estratégias de resolução de problemas (JONES; WILLIAMS, 2019; PEREIRA; PENIDO, 2010; GIBELLO, 2018).

A TCC também é considerada uma abordagem colaborativa e psicoeducativa. A partir desses princípios, o terapeuta orienta o seu paciente sobre as demandas apresentadas para que ele tenha condições de, fora do ambiente terapêutico, ter autonomia quanto ao seu autocuidado. Pensando no ambiente hospitalar, quanto melhor informado estiver o paciente sobre sua condição de saúde e sobre o seu tratamento, mais ele estará em condições de colaborar com o processo. Dessa forma, a abordagem contribui com a psicoeducação como mais uma estratégia de intervenção para ajudar o indivíduo no seu processo de reabilitação (CARVALHO; MALAGRIS; RANGÉ, 2019).

2 | A EXPERIÊNCIA DE APLICAÇÃO DA TCC NA UNIDADE DE REABILITAÇÃO

Este trabalho configura-se com um relato de experiência de um estágio supervisionado obrigatório em psicologia hospitalar para a conclusão do curso de psicologia, realizado em um hospital público do Distrito destinado ao atendimento ambulatorial e por internação em cuidados paliativos oncológicos e geriátricos, e para a reabilitação física de pacientes com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e de lesão neurológica medular. O atendimento é prestado a partir de uma abordagem multiprofissional, visando a reabilitação físico-funcional e a melhoria da qualidade de vida e reintegração ao meio social (SES DF, 2022).

Os processos de trabalho são divididos entre médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos e nutricionistas, e dão-se início com a admissão do paciente em até 24 horas após a sua internação, para uma primeira avaliação das condições do paciente, realizada pelas diferentes equipes profissionais.

Após essa avaliação, às segundas-feiras, acontece uma reunião conjunta, na qual serão propostas condutas e abordagens visando prestar assistência individualizada. Definidas as estratégias de tratamento, acontecerá uma nova reunião da equipe com o paciente e familiares/responsáveis, às quartas-feiras, pela manhã, cujo moderador é um médico fisiatra, visando informá-los sobre as primeiras conclusões a respeito da condição clínica do paciente, sobre o plano de tratamento, assim como, tirar as suas dúvidas.

Inicialmente o plano de tratamento prevê um período de internação de aproximadamente três meses para o paciente, e, de acordo com os ganhos obtidos e com o seu estado de saúde, receberá alta temporária, na qual paciente e acompanhante poderão sair do hospital na sexta-feira à tarde e retornar na próxima segunda-feira pela manhã. Este procedimento tem objetivo de fazer com que possam aplicar no ambiente onde estarão no pós-alta os treinos trabalhados no ambiente hospitalar, avaliar as dificuldades enfrentadas e quais alterações serão necessárias promover no ambiente e quais habilidades deverão ser trabalhadas no paciente e nos seus cuidadores.

2.1 O paciente em reabilitação

O paciente atendido nessa unidade deve atender aos seguintes critérios de inclusão: ter acima de 16 anos de idade, apresentar-se com um quadro clínico estável, atendendo aos comandos e cooperativo, com comprometimento neurológico em situação de paraplegia, paraparesia, tetraplegia e tetraparesia devido a sequelas de trauma raquimedular (SES DF, 2022).

Os pacientes pertencem ao público atendido pela rede pública de saúde e já haviam passado por outras unidades de saúde da rede para o atendimento do quadro que causou a lesão medular e foram encaminhados para o processo de reabilitação oferecido pelo

hospital.

Durante o estágio, havia pacientes internados para reabilitação devido traumas medulares ocasionados por quedas de lugares altos, perfuração por arma de fogo, acidentes com objetos perfurocortantes, por acidentes de trânsito, pacientes vítimas de acidente vascular cerebral (AVC) e da síndrome de Guillain Barré.

2.2 O trabalho da psicologia na equipe multidisciplinar

A equipe da psicologia no trabalho da unidade de reabilitação nesse hospital é formada por um psicólogo, uma neuropsicóloga, residentes e estagiários formandos em psicologia, os quais trabalham em articulação com a própria equipe e em discussões com os outros membros do cuidado multidisciplinar, no atendimento ao paciente, aos seus cuidadores e aos membros da equipe, tal como prescrevem as diretrizes de atuação do psicólogo no contexto hospitalar.

Tal como as outras equipes de trabalho, a psicologia inicia o atendimento de um paciente pela admissão. Este procedimento consiste em fazer a acolhida do indivíduo ao ambiente hospitalar, coletar informações sobre a sua condição de saúde – física e mental, sobre o evento que o levou ao processo de reabilitação, suas relações interpessoais e sua rede de apoio.

A equipe também admite os familiares, acompanhantes e cuidadores que acompanham os pacientes com o objetivo de acolher suas angústias e dúvidas relativas ao tratamento e prognóstico do paciente, suas dificuldades na condição de cuidadores, bem como para saber quem é e como vive o paciente sob a sua perspectiva. A equipe se subdivide em grupos menores e faz rondas periódicas para o atendimento dos pacientes, familiares e cuidadores. O atendimento também se dá por indicação de profissionais de outras especialidades que identificam uma demanda que precisa do cuidado do psicólogo, ou ainda por procura do próprio paciente ou cuidador.

2.3 O trabalho na unidade de reabilitação

O procedimento da admissão é um momento para identificar o quanto pacientes e familiares/cuidadores sabem sobre o quadro de saúde e sobre o processo de reabilitação. Foi possível observar em algumas situações a dificuldade desses indivíduos para compreender o que significa a lesão medular e como ela afeta o funcionamento do corpo, acarretando, dentre outras consequências, uma deficiência física.

O paciente começa a fazer contato com a realidade, mas de forma distorcida devido à fragilidade emocional. É muito comum essa fase ser marcada pela frase: “Eu voltarei a andar, estou paralisado apenas temporariamente”. O paciente pode se comportar de forma passiva, ou agressiva, projetando no externo sua revolta ou inconformismo por sua

situação (BRASIL, 2015).

Na rotina do hospital, isso é tanto esperado para os dias em que estão na internação, quanto na volta da alta temporária. É na alta temporária que pacientes e familiares ou cuidadores podem verificar quais adaptações serão necessárias para a nova condição motora do paciente, como largura das portas, altura das camas, fogão e pia, avaliar os obstáculos entre os cômodos que dificultam a locomoção, a condição com que se passa da cama para a cadeira de rodas, as características do comer, de usar o banheiro, de utilizar objetos necessários para higiene, estudos, trabalho e comunicação, e da condição para se locomover, dentro e fora de casa.

Diante das dificuldades encontradas com o tratamento na internação e, fora do hospital durante a alta temporária, foi comum encontrar pacientes mais resistentes à terapia devido a sentimentos como tristeza e desesperança. Com uma frequência relativamente alta, observou-se pacientes com humor hipotímico e ouviam-se relatos sobre o sentimento de perda de sentido da vida, uma vez que não se enxergava naquele momento, uma maneira de prosseguir com a vida na condição de deficiente físico.

Para além da tristeza, pode se dizer que há um predomínio de estados emocionais negativos em um ambiente como o da reabilitação nas primeiras fases do tratamento. O psicólogo se depara com emoções como a raiva, o medo, a culpa e a vergonha. Tais estados podem comprometer a capacidade do indivíduo de pensar com clareza e de resolver problemas, além de influenciar na forma como o indivíduo se comporta, desencadeando comportamentos opostos, irritadiços e baseados na ansiedade.

Nesses primeiros estágios, a constatação de que será necessário contar com a ajuda de outras pessoas para fazer atividades que antes o indivíduo tinha plena autonomia para fazer sozinho, aliada ao medo do rompimento de relações afetivas e de não conseguir voltar a estudar, trabalhar, praticar esportes, fazer tudo o que antes fazia, enfim, a perda do mundo presumido, é frequente relatos sobre ideação suicida e mesmo relatos sobre o planejamento de pôr fim à própria vida.

O mundo presumido foi definido por Parkes (1998, apud VASCO; FRANCO, 2017) como o mundo no qual o indivíduo vive, o único que ele conhece, e que contém suas concepções, suposições e tudo aquilo que é tido como verdadeiro, construído a partir das vivências. Para Vasco e Franco (2017, p. 45), “uma deficiência física implica múltiplas perdas, gerando um processo de luto e de construção de significado para a experiência vivida, além da necessidade de rever o mundo presumido e o direcionamento da vida”.

Nesses estágios iniciais do tratamento o psicólogo se depara com a inflexibilidade cognitiva dos pacientes devido às suas distorções cognitivas, definidas como vieses do processamento cognitivo a partir dos quais as pessoas interpretam os eventos focando no que eles têm de negativo, ou mesmo distorcendo a realidade, a partir de pensamentos disfuncionais que dificultam sua percepção sobre as variáveis positivas relativas a cada experiência (SAYAGO; DOMELLES, 2011:183).

Frases como “se eu não sair daqui andando, será o fim da linha” relacionam-se aos pensamentos do tipo “tudo ou nada”, a partir dos quais só se consideram duas alternativas, desprezando-se toda uma gama de possibilidades viáveis. Também são observadas distorções do tipo catastrofização, a partir das quais se ignora um futuro positivo possível; de magnificação das informações negativas ou de minimização das positivas e de prever o futuro a partir de uma experiência do presente, uma distorção do tipo supergeneralização (BECK, 2022).

Também são encontrados relatos de pacientes que atribuem a si a causa de todas as coisas negativas que estão lhe acontecendo, sem considerar as outras variáveis (personalização) e que fazem estimativas sobre o que as outras pessoas pensam, de acordo com a crença de desvalia social do deficiente físico, sob o viés de distorções como a leitura mental, atribuindo, por fim, que se sente que algo é ruim, assim deve ser, com base em seu raciocínio emocional (BECK, 2022).

Mas, nem tudo é distorção cognitiva. Alguns pacientes, ainda que tenham alcançado alguma melhora na sua autonomia, deparam-se com uma condição concreta de irreversibilidade da sua deficiência, o que pode acentuar os quadros de ansiedade, depressão e desesperança. É justamente nessa fase de reconhecimento da deficiência como condição definitiva que “o paciente deve ser estimulado a trabalhar de forma colaborativa com a sua equipe de cuidados para desenvolver o seu potencial residual” (BRASIL, 2015).

É importante, portanto, ainda nos primeiros atendimentos, pesquisar as estratégias de enfrentamento que o paciente tem utilizado, tanto ao longo da sua história, quanto nesse contexto da crise. Durante o período do estágio, os pacientes afirmaram fazer uso de estratégias religiosas e de práticas distrativas como leitura, trabalhos manuais, jogos de tabuleiros com parceiros de ala, assistir televisão e uso da internet.

À medida que o acompanhamento – físico e psicológico – progride, o paciente vai entendendo o processo de reabilitação como promotor de habilidades para a sua nova condição de vida e passa a empenhar seus esforços para potencializar o tratamento, configurando a fase de adaptação ao processo (BRASIL, 2015). Entretanto, há uma série de outras condições, concretas e subjetivas, para as quais o paciente não apresenta recursos, necessitando, portanto, que o psicólogo o ajude na construção de estratégias de resolução de problemas.

Algumas situações concretas referem-se às diversas dificuldades impostas pela condição de vulnerabilidade social a que muitos desses indivíduos estão submetidos, uma vez que o público atendido no hospital é, em grande parte, formado por pessoas de baixa renda. Alguns dos relatos trazidos nos atendimentos, referiam-se a angústia do paciente e dos seus familiares de não terem condições de arcar com os custos acarretados pela deficiência, como a compra de fraldas, de equipamentos que facilitassem a mobilidade, da dieta especial e da medicação prescrita.

Foi possível observar durante o estágio, quadros que exigiam o manejo sobre o controle dos impulsos, sobre dificuldades com a atenção, com a memória e com a fala de alguns pacientes. Fazendo-se necessária a comunicação e atuação conjunta entre psicólogos e neuropsicólogos, visando identificar dificuldades e potencialidades do paciente para a construção de um trabalho que o auxiliasse nesses aspectos. Também foi possível observar a necessidade de manejo das crises de abstinência pelo uso de substâncias de tabaco e outras drogas, onde se fazia necessária a comunicação entre os psicólogos e a equipe da psiquiatria.

2.4 Terapia Cognitivo-Comportamental na unidade de reabilitação

A relação terapêutica, sob o aporte teórico da TCC, deve basear-se numa escuta atenta e cuidadosa, técnica, mas afetuosa e empática, com demonstrações de interesse genuíno pelo indivíduo (BECK, 2022). Tal conduta pode favorecer o empirismo colaborativo, um dos princípios fundamentais dessa abordagem terapêutica, a partir do qual, paciente e terapeuta atuam de forma colaborativa, como uma equipe, dividindo responsabilidades. O paciente tem suas dúvidas e preocupações esclarecidas e valorizadas, podendo assumir, a partir disso, um papel ativo no aprendizado do seu problema de saúde, tornando-se mais seguro para a sua tomada de decisões no seu plano terapêutico, facilitando, dessa forma, o processo de adesão ao tratamento (BECK, 2022; WRIGHT et al, 2019; WRIGHT et al, 2012).

Já nos primeiros atendimentos, o psicólogo deve ficar atento aos pensamentos automáticos negativos do paciente, os quais se caracterizam por constituírem um nível de pensamento superficial, não resultante de deliberação ou raciocínio, mas que podem ser aceitos como verdadeiros e que fundamentam suas crenças sobre o seu problema de saúde (BECK, 2022:28). Esses dados são importantes para a construção da conceitualização cognitiva do caso.

Também são dados importantes para a elaboração da formulação cognitiva do paciente, as estratégias comportamentais do paciente, os fatores de manutenção dos seus comportamentos, assim como o levantamento de dados sobre estratégias de enfrentamento, pontos fortes, qualidades e recursos de que o paciente dispõe. É com base na formulação cognitiva que o psicólogo elaborará sua formulação de tratamento (BECK, 2022).

A formulação cognitiva é uma estratégia que utiliza o modelo cognitivo para elaborar uma descrição do padrão cognitivo atual do paciente, contendo dados sobre a história de vida, os diferentes níveis de pensamentos, as emoções e os padrões que mantêm os comportamentos do indivíduo que o levaram à terapia. É, portanto, uma descrição abrangente entre os componentes do modelo cognitivo e seu objetivo fundamental é o levantamento de uma hipótese, a partir da qual se fará a formulação do plano terapêutico (NICOLETTI; DONADON; PORTELA, 2022; WRIGHT et al, 2019).

Considera-se, entretanto, que devido às características do atendimento no contexto hospitalar, que requer um atendimento breve, faz-se necessário um modelo mais objetivo e pragmático. A literatura já apresenta propostas de mini formulações de caso que utilizam o mínimo de informações necessárias para a compreensão do problema e para a elaboração das estratégias terapêuticas, as quais “incluem esquemas lineares curtos de avaliação e resposta emocional, ciclos viciosos de dois ou três elementos da tríade e díades cognitivas” (NICOLETTI; DONADON; PORTELA, 2022, p. 150).

Considera-se que a mini formulação de esquema linear, a partir do observado nessa vivência, seja a mais apropriada para a utilização na unidade reabilitação, uma vez que corresponde ao modelo básico da TCC descrevendo a relação entre o evento, a interpretação que o indivíduo faz do mesmo e suas conseqüentes respostas emocionais e comportamentais. Tal como a formulação mais abrangente, deve ser construída de forma colaborativa com o paciente, pois acredita-se que isso possa ampliar a sua capacidade cognitiva, especialmente em contextos de situações complexas e adversas e de alta intensidade emocional (NICOLETTI; DONADON; PORTELA, 2022), tal como se configura essa unidade de trabalho.

A partir da elaboração da mini formulação de caso, o psicólogo poderá elaborar as estratégias para trabalhar os pensamentos automáticos, as distorções cognitivas e crenças disfuncionais que desencadeiam em emoções negativas, que comprometem a capacidade de resolução de problemas e, conseqüentemente, o modo como o paciente se comporta frente ao tratamento e aos demais aspectos de sua vida.

Pensando no princípio psicoeducativo da TCC e no empirismo colaborativo (BECK, 2022), o trabalho com os diferentes níveis de pensamentos deve começar com a identificação dos mesmos. Para tanto, o psicólogo pode ajudar o paciente com ferramentas como o Registro de Pensamentos Diários (RPD), em tabelas com entradas para registro da situação, do pensamento, da emoção e do comportamento. Considera-se que a apresentação do modelo cognitivo para o paciente, a partir da elaboração desse registro, seja um importante instrumento para o reconhecimento de que o seu estado de humor e o seu comportamento estão relacionados ao modo como ele interpreta os acontecimentos.

Caso seus pensamentos sejam verdadeiros, o trabalho será voltado para a construção de estratégia de resolução de problemas de forma colaborativa, tanto com o paciente, quanto às demais equipes de cuidado multidisciplinar e os seus familiares/cuidadores. Alguns problemas, entretanto, não podem ser solucionados, como é o caso das deficiências que se tornam definitivas. Alguns pacientes relutam para reconhecer tal constatação, operando a partir de expectativas de marcha e de retomada de suas vidas como eram antes da deficiência. Diante desse quadro, o trabalho do psicólogo pode ser o de ajudá-lo na identificação e construção de valores que tornem sua vida mais significativa (BECK, 2022; LEAHY; TIRCH; NAPOLITANO, 2013).

Em caso de distorções cognitivas, o trabalho deve ter foco na reestruturação

cognitiva a partir de instrumentos como o questionamento socrático, a identificação de erros cognitivos, a geração de alternativas racionais e, dentro das possibilidades do contexto hospitalar, o uso de experimentos comportamentais que coloquem em xeque a verdade do pensamento e/ou crença disfuncional (WRIGHT et al, 2019; BECK, 2022).

O trabalho com as distorções cognitivas é de suma importância, já que as mesmas têm influência sobre as emoções dos pacientes. Como descrito aqui, a reabilitação é um ambiente de emoções negativas como raiva, tristeza e medo, às quais acabam influenciando em seus aspectos comportamentais e fisiológicos, influenciando, por exemplo, no hábito alimentar e no padrão de sono, que interferem diretamente na condução do tratamento.

São comuns os relatos de comportamentos suicidas na unidade de reabilitação, que iam desde a ideação até o planejamento do suicídio. A instalação da deficiência e as diversas perdas enfrentadas produziam falas que denunciavam uma tríade cognitiva de falta de perspectivas positivas sobre si, sobre suas experiências e sobre o futuro, característica da desesperança, uma cognição caracterizada como uma crença relativa a um futuro sem perspectivas, e que está mais fortemente relacionada ao comportamento suicida que a depressão (MARBACK; PELISOLI, 2014; ZANOTTO; MARMITT; PERGHER, 2013).

A TCC na abordagem do comportamento suicida apresenta efeitos importantes na redução significativa dos níveis de desesperança e na diminuição da propensão ao suicídio (BORNHEIMER et al., 2020; WU et al., 2022). As intervenções propostas na literatura incluem a psicoeducação sobre o modelo cognitivo do paciente, o trabalho com o treino de habilidades cognitivas, comportamentais e afetivas que ajudem na resolução de problemas e com o manejo das emoções diante de contextos estressores (MARBACK; PELISOLI, 2014). Uma outra intervenção proposta é a construção de uma lista de motivos para viver, incluindo itens valiosos para o contexto do paciente e que se configurem como protetivos contra o suicídio e promotores de esperança (WRIGHT et al, 2019).

A prevenção contra o suicídio nesse contexto, entretanto, deve incluir outros agentes, como familiares ou outros membros da sua rede de apoio, indicados pelo paciente, para atuar na construção de um ambiente seguro para o paciente. No caso de risco iminente, de acordo com o que dispõe o Código de Ética Profissional do Psicólogo sobre a quebra do sigilo profissional, recomenda-se comunicar esses agentes sobre o risco (CFP, 2022). Por fim, é preciso envolver agentes da própria unidade de saúde, como o psiquiatra, para que se avalie a necessidade da introdução da farmacoterapia (WRIGHT et al, 2012).

Concomitantemente, o psicólogo deve utilizar-se de estratégias de psicoeducação na condução do acompanhamento do seu paciente. A psicoeducação em TCC visa informar o paciente sobre as relações entre seus pensamentos, emoções e comportamentos. No âmbito do tratamento, entende-se que quanto melhor informado o paciente estiver sobre seu problema de saúde, mais terá condições de atuar de forma ativa no seu tratamento, configurando-se assim, como um recurso promotor de adesão ao tratamento (CARVALHO; MALAGRIS; RANGÉ, 2019; WRIGHT et al, 2012).

Na vivência do estágio, foram observadas algumas vezes, atuações de psicólogos no sentido de informar os pacientes sobre o processo de reabilitação e mesmo sobre seus quadros clínicos, especialmente quando a comunicação entre paciente/familiar/cuidador e médico não se fazia clara. Na tentativa de tornar essas informações mais inteligíveis, foi feito uso de metáforas e de recursos como imagens e vídeos disponíveis em canais especializados sobre o quadro de saúde do paciente (MEHTA et al., 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da Terapia Cognitivo-Comportamental ser uma abordagem de com acúmulo de evidências de eficácia (BORNHEIMER et al., 2020; MEHTA, et al., 2011; METHA et al., 2020; YANG; MU; HUANG, 2022; WU et al., 2022), ainda são escassos os trabalhos que abordam a sua utilização nas unidades de reabilitação do SUS. Entretanto, durante a vivência do estágio aqui descrita foi possível pensar os atendimentos realizados a partir do que se preconiza nessa abordagem. A proposta aqui apresentada não é de uma adaptação do modelo do contexto clínico para o uso no contexto hospitalar. É uma proposta de aplicação que se justifica pelas características tanto dos moldes de atendimento do hospital, quanto da abordagem.

O atendimento objetivo, diretivo, com prazo limitado são características necessárias para o atendimento no hospital e oferecidas pela TCC. Tais características, entretanto, não significam que o atendimento tenha uma qualidade de cuidado inferior aos ofertados por abordagens que não estipulam prazos e que não têm dentre seus princípios o caráter diretivo.

Acredita-se que os recursos propostos aqui sejam plenamente aplicáveis em um contexto de alta complexidade de atendimento, como se configura uma unidade reabilitação do SUS, por apresentarem eficácia comprovada na promoção de cuidado do pensar, do sentir e, conseqüentemente, do agir dos indivíduos, não só no contexto hospitalar, mas no pós-alta por ser uma abordagem que possibilita ao paciente adquirir autonomia para lidar ele mesmo com os seus problemas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. A. A. Possibilidades de utilização da psicoterapia breve em hospital geral. **Revista da SBPH**, v.13 n.1, 2010.

ARAÚJO, T. C. C. F. Psicologia da Reabilitação: Pesquisa Aplicada à Intervenção Hospitalar. **Revista da SBPH**, v.10, n.2, 2007.

ARAÚJO, T. C. C. F.; QUEIROZ, Elizabeth. (Orgs.). **Psicologia da reabilitação**. Brasília: Liber Livro, 2015, 360p.

BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental – Teoria e prática**. 3 ed. Porto Alegre, 2022.

- BERNARDES, L. C.; ARAÚJO, T. C. C. F. Deficiência no Brasil e no mundo: delimitando os conceitos básicos. Em: Araújo, T. C. C. F & Queiroz, E. (Orgs.). **Psicologia da reabilitação**. Brasília: Liber Livro, 2015.
- BORNHEIMER, L. A. et al. Effectiveness of suicide-focused psychosocial interventions in psychosis: a systematic review and meta-analysis. **Psychiatric Services**, v. 71, n. 8, p. 829-838, 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à pessoa com lesão medular**. Brasília: Ministério da Saúde. 2 ed. 2015. 68 p.
- BRUNOZI, A.E.; SILVA, A. C.; GONÇALVES, L. F.; VERONEZI, r. J. B. Qualidade de Vida na Lesão Medular Traumática. **Revista Neurociencias**, v. 19, n. 1, p. 139-44, 2011.
- CARVALHO, M. R.; MALAGRIS, L. E. N.; RANGÉ, B.. A psicoeducação na Terapia Cognitivo-Comportamental. In: CARVALHO, Marcele Regine de; MALAGRIS, L. E. N.; RANGÉ, B. (Orgs.). **Psicoeducação em terapia cognitivo-comportamental**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2019. pp. 15 – 29.
- CEREZETTI, C. R. N., NUNES, G. R., CORDEIRO, D. R. C. L., TEDESCO, S. Lesão Medular Traumática e estratégias de enfrentamento: revisão crítica. **O mundo da saúde**, 36 (2), 2012. p.318 - 326.
- CFESS, CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2010.
- CFP, CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) nos serviços hospitalares do SUS**. Brasília: CFP, 2019.
- _____. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de ética profissional do psicólogo**. Brasília: CFP, 2022.
- GIBELLO, J. Psicologia hospitalar e alguns dos possíveis referenciais teóricos. In: KERNKRAUT, A. M.; SILVA, A. L. M.; GIBELLO, J. (Orgs.). **O Psicólogo no Hospital: da Prática Assistencial à Gestão de Serviço**. São Paulo: Blucher, 2018. pp. 39 – 50.
- JONES, B.; WILLIAMS, A. C. C. CBT to reduce healthcare use for medically unexplained symptoms: systematic review and meta-analysis. **British Journal of General Practice**, v. 69, n. 681, p. e262-e269, 2019.
- LEAHY, R. L., TIRCH, D., NAPOLITANO, L. A. **Regulação emocional em psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental**. Porto Alegre : Artmed, 2013.
- LUSTOSA, M. A. A psicoterapia breve no hospital geral. **Revista da SBPH**, v.13 n.2, p. 259-269, 2010.
- MARBACK, R. F.; PELISOLI, C. Terapia cognitivo-comportamental no manejo da desesperança e pensamentos suicidas. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 10, n. 2, p.122-129, 2014.
- MEHTA, S. et al. An evidence-based review of the effectiveness of cognitive behavioral therapy for psychosocial issues post-spinal cord injury. **Rehabilitation Psychology**, v. 56, n. 1, p. 15, 2011.

MEHTA, S., et al. Guided internet-delivered cognitive-behaviour therapy for persons with spinal cord injury: a feasibility trial. **Spinal Cord**, v. 58, n. 5, p. 544-552, 2020.

NICOLETTI, Ê. A., DONADON, M. F., PORTELA, C. E. As miniformulações de caso. In: NICOLETTI, Ê. A., DONADON, M. F., PORTELA, C. E. (Orgs.). **Guia prático de formulação de casos em terapia cognitivo-comportamental**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2022, pp.45 – 51.

PEREIRA, F. M.; PENIDO, M. A.. Aplicabilidade Teórico-Prática da Terapia Cognitivo Comportamental na Psicologia Hospitalar. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v.6, n. 2, p. 189-220, 2010.

PERON, N. B.; SARTES, L. M. A. Terapia cognitivo-comportamental no hospital geral: revisão da literatura brasileira. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 11, n. 1, p.42-49, 2015.

SALAZAR, J. Cognitive Behavioral Therapy for Spinal Cord Injury Patients with Chronic Neurogenic Pain. **Pain Management Nursing**, v. 20, n. 2, p. 98, 2019.

SAYAGO, C. W.; DOMELLES, V. G.. Conceitualização cognitiva. In: ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, M. S. **Manual prático de terapia cognitivo-comportamental**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2011. pp. 177 – 192.

SESEDF, Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Centros de referência**. Disponível em < <https://www.saude.df.gov.br/centros-de-referencia> > Acesso em 07 set. 2022.

VASCO, C. C.; FRANCO, M. H. P. Indivíduos paraplégicos e o significado construído para a lesão medular em suas vidas. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 17 n. 1, p. 119 – 131, 2017.

WRIGHT, J. H.; et al. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental – um guia ilustrado**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

WRIGHT, J. H.; et al. **Terapia cognitivo-comportamental de alto rendimento para sessões breves – guia ilustrado**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

WU, H. et al. The significance of cognitive-behavioral therapy on suicide: An umbrella review of systematic reviews and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 317, n. 15, p. 142-148, 2022.

YANG, S. H.; MU, P. F.; HUANG, W. C. Cognitive behaviour therapy in adults with spinal cord injury: **A scoping review**. **International Journal of Nursing Practice**, p. e13078, 2022.

ZANOTTO, K.; MARMITT, V.; PERGHER, G. K. Terapia cognitivo-comportamental como auxílio à prevenção ao suicídio. In: ARAÚJO, R. B.; PICCOLOTO, N. M.; WAINER, R. (Orgs.). **Desafios clínicos em Terapia cognitivo-comportamental**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2013. pp. 147 – 165.

AÇÕES INTERSETORIAIS REALIZADAS POR PSICÓLOGOS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS: INTENÇÃO OU REALIDADE?

Data de aceite: 03/08/2023

José Antônio Delecrode

Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia (EMESCAM) Vitória, ES, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-5481-4243>

Maristela Dalbello-Araujo

Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) Vitória, ES, Brasil. Docente do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia (EMESCAM), Vitória, ES, Brasil.
<https://orcid.org/000-0002-9950-3358>

RESUMO: A inserção dos psicólogos nas políticas públicas de saúde e de assistência social vêm se apresentando de forma cada vez mais crescente e consistente nos mais diversos setores de atuação para execução de sua prática. Porém, a complexidade dos problemas que enfrenta no cotidiano de trabalho exige do profissional a clareza da importância do trabalho em rede, muitas das vezes transpondo os limites das secretarias ou serviços aos quais estão ligados. Assim,

a execução da Intersetorialidade e ações intersetoriais como sendo uma articulação conjunta entre estes profissionais e outros de diversos setores e práticas é fundamental. Entretanto, frequentemente os profissionais encontram vários desafios para efetivação de fato destas ações. Desta forma, o objetivo deste estudo foi conhecer as mais diversas tentativas, bem como as dificuldades encontradas por psicólogos na realização da intersectorialidade nas políticas públicas de saúde e de assistência social, em um município de pequeno porte no sudeste do País.

PALAVRAS-CHAVE: Intersetorialidade; políticas públicas; psicologia.

INTERSECTORAL ACTIONS CARRIED OUT BY PSYCHOLOGISTS IN PUBLIC POLICIES: INTENTION OR REALITY?

ABSTRACT: The insertion of psychologists in public health and social assistance policies has been presented in an increasingly increasing and consistent manner in the most diverse sectors of activity to carry out their practice. However, the complexity of the problems that they face in their daily work demands from the professional the clarity of

the importance of networking, often crossing the limits of the departments or services to which they are connected. Thus, the implementation of Intersectorality and intersectoral actions as a joint articulation between these professionals and others from different sectors and practices is essential. However, professionals often encounter several challenges to actually carry out these actions. Thus, the aim of this study was to learn about the most diverse attempts, as well as the difficulties encountered by psychologists in carrying out intersectorality in public health and social assistance policies, in a small city in the southeast of the country.

KEYWORDS: Intersectorality; public policy; psychology.

INTRODUÇÃO

Podemos encontrar uma extensa literatura que aborda a temática do exercício da Psicologia nas Políticas Públicas em suas mais diversas áreas, como por exemplo na saúde, assistência social, direitos humanos, segurança pública, habitação, entre outros. Partindo do entendimento que a Psicologia é chamada a tomar uma posição sobre as situações envolvendo a rotina e as situações vivenciadas diariamente pelo indivíduo, não ficando desta forma neutra, Martin-Baró (2015) defende que ao se estabelecer e conscientizar acerca desta realidade, o psicólogo acaba, de certa forma, desenvolvendo sua posição ética e também política relacionada à sua prática. Porém, apesar de algumas conquistas alcançadas, existem ainda muitos desafios a serem enfrentados. Como por exemplo, as desigualdades sociais e as suas consequências no âmbito individual e também no familiar, ou seja, nas relações.

Na realidade atual, o profissional da Psicologia se apresenta ocupando diversos espaços, abordando discussões e reflexões relacionadas à violação de Direitos Humanos vinculados aos direitos de crianças e adolescentes, idosos e também pela luta de igualdade de gêneros, contra a homofobia, na defesa por uma ampliação da Reforma Psiquiátrica, na implementação e defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), bem como de outras realidades, como a questão da vulnerabilidade social.

De acordo com Dimenstein(1998), podemos ainda encontrar, em relação atividades dos profissionais da Psicologia que atuam nas Políticas Públicas, uma delimitação muito específica relacionada às áreas de atuação, como se pode exemplificar, um deslocamento da clínica psicológica individual ao contexto das Unidades Básicas de Saúde e atividades que possuem como característica a generalidade tais como encontradas nas atividades dos Psicólogos atuantes no âmbito do Sistema Único de Saúde. Assim, a partir da introdução dos profissionais da Psicologia no contexto da assistência e da saúde evocaram-se para o desenvolvimento e exercício da profissão elementos desafiadores para uma maior objetividade de melhoria e mudanças necessárias para uma maior consistência na atuação.

Desta forma, é importante possuir uma compreensão do contexto social, político e científico de determinados períodos históricos para compreender as possibilidades e

limites da aplicação do saber psicológico.

Assim para Cintra e Bernardo (2017), é de extrema relevância que o exercício da prática da Psicologia nos locais onde este profissional atua não se limite apenas a ações individualizantes, mas que consigam abordar ações que propiciem autonomia, conscientização objetivando a transformação social.

Entretanto, não há um marco específico da entrada dos psicólogos imersos no campo da política social, uma vez que estes profissionais já vinham atuando em suas áreas bem antes da abertura de espaços que acabaram promovendo sua inclusão.

Assim, dois sistemas estatalmente regulados, acabaram se tornando os grandes empregadores de Psicólogos: O Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

De acordo com Medeiros (2020) uma condição favorável ao trabalho do psicólogo no contexto da saúde pode processar-se quando se encontra a possibilidade de se desenvolver uma integração com demais saberes presentes no corpo da equipe, perpassando a partir de práticas tradicionais e características de cada setor, objetivando o progresso e completude da cautela relacionada à saúde.

A partir do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988, as práticas em saúde mudaram do paradigma de um modelo assistencialista e curativista para visão mais ampliada e que prioriza a promoção, proteção e recuperação da saúde. Assim, para Benzoni (2019), com este novo direcionamento, procurou-se levar em consideração características biopsicossociais. O Ministério da Saúde desenvolve algumas diretrizes norteando os processos de trabalho de atenção à saúde, sendo um deles a “Política Nacional de Humanização em Saúde do SUS”, focando no atendimento ao usuário em sua integralidade, e também nos diferentes papéis sociais.

Sendo importante mencionar, segundo Dimenstein (2001) que o SUS vem exigindo a mudança dos profissionais que atuam na área para que se tornem ‘sujeitos dinamizadores’ e que também possa contribuir para alinhar suas práxis às diretrizes e fundamentos do sistema.

O objetivo da psicologia na atenção à saúde pública, assim como no SUS, vai se transformando, dando forma às necessidades da demanda e encontrando novas formas de auxiliar nas transformações sociais. Neto (2001) expõe que o SUS apresenta aos Psicólogos uma conjuntura amplamente diferente daquela ofertada em consultórios particulares, devido ao encontro com uma clientela que é originada de segmentos com poucos recursos financeiros da população e o encontro com outros saberes mais remotos da saúde pública, contribuindo para que ocorram novos questionamentos e busca de uma possibilidade de articulação entre a prática clínica e o novo contexto da realidade da saúde pública.

A inclusão da Psicologia na área das Políticas Públicas de Assistência Social traz muitos desafios aos profissionais, devido a um cenário de profundas desigualdades sociais

no Brasil que foram se convertendo em um elemento bem marcante, muito por razão de um distanciamento histórico da própria Psicologia referente às questões sociais.

As ações e serviços do SUAS desenvolvem, com a inserção do profissional da Psicologia, a oferta de seus serviços em locais próximos às pessoas, considerando as singularidades – econômicas, culturais, geográficas, populacionais, dos municípios e das regiões de um país tão grande e desigual como o Brasil (Brasil, 2009).

A partir da criação do SUAS, o Psicólogo acaba sendo inserido nesta política pública em diversos níveis de proteção previstos pela Tipificação dos Serviços Sócioassistenciais. E passa também a integrar a Proteção Social Básica, nas equipes dos CRAS, e a Proteção Social Especial, nos CREAS que atuam na média complexidade, além de unidades de alta complexidade, como os serviços de acolhimento institucional, os centros socioeducativos, entre muitos outros.

Para Mello & Teo (2019), em relação à atuação profissional, o psicólogo deve sempre refletir acerca o desenvolvimento de seu trabalho restabelecendo suas funções de forma a propiciar um maior envolvimento juntamente à equipe às quais se encontra em atuação favorecendo um trabalho interdisciplinar, seja ele dando apoio à equipe, e também a promoção da saúde àqueles que demandam da mesma.

Paulon e Romagnoli (2018) defendem que a força e eficiência de um corpo flui dos encontros que sua vida produziu, ou seja, que se conquista nos envolvimento e vínculos. E, neste contexto, os profissionais da Psicologia podem desenvolver um importante papel na contribuição de sua prática e reflexões para uma construção de políticas que sejam de fato públicas.

A Intersetorialidade das políticas públicas, na visão de Nascimento (2010), passou a ganhar mais força na medida em que não se observava a eficácia, a eficiência e efetividade que eram esperadas com a implementação das políticas setoriais, principalmente, no que se refere ao atendimento das demandas da população e aos recursos disponibilizados para sua execução. E com esta reflexão a Intersetorialidade para Rezende; Baptista; Filho (2015) acabou ganhando repercussão no processo de implementação das políticas setoriais, visando a sua efetividade e menor custo de execução por meio da articulação entre instituições governamentais e entre essas e a sociedade civil, no intuito ainda de enfrentar a complexidade dos problemas sociais contemporâneos.

A intersectorialidade na visão de Feuerwerker e Costa (2000) pode ser entendida como sendo uma ação social diretamente relacionada a uma inter-relação na qual possa estar envolvidos sujeitos de setores diversos e que possam estar agregando a essa inter-relação os seus saberes técnicos e profissionais tendo como principal meta desintricar situações complexas relacionadas ao contexto social e da saúde. E ainda de forma mais aprofundada, entender a intersectorialidade com uma peculiaridade mais estruturada e organizada de trabalho para que se consiga elaborar efeitos relevantes para a saúde das pessoas.

De modo a reforçar esta reflexão, Foster e Colaboradores (2017) direcionam o entendimento para o conceito de intersetorialidade como ato em conjunto a diversas esferas sociais no emprego de compartilhamento de conhecimento objetivando repercussões repletas de significados positivos à população.

Desta forma pode-se pensar na Intersectorialidade como sendo uma contribuição para a elaboração de saberes que podem ser resultantes da concentração entre as áreas setoriais. Assim, Sposati (2006) compreende Intersectorialidade não apenas como um espaço de aprendizagem entre os agentes institucionais, mas também entende e visualiza como sendo caminho ou um procedimento estruturador da construção de diferentes e novas respostas, e também novos caminhos e focos para as políticas públicas.

Assim, mediante a proposta de um contexto geral referente às políticas públicas relacionadas ao contexto da intersectorialidade, Custódio e Silva (2015) pontuam que a realização da intersectorialidade privilegia a eficiência a eficácia e a efetividade das políticas setoriais, desta forma as políticas públicas nesta conjuntura, se volta para as necessidades da população junto com os meios disponíveis para que o referido ato se desenvolva, fazendo com que a intersectorialidade possa se reverter a uma conjectura fundamental à realização das políticas setoriais.

Carmo e Francini (2017) enfatizam que se deve levar em conta que é iminente uma junção maior entre as políticas públicas para que a intersectorialidade seja desenvolvida como sendo um importante procedimento para que se impulsione efeitos no contexto social e da saúde.

E também partindo da argumentação da significância referente à Intersectorialidade enquanto importante ferramenta integrativa das políticas públicas entre os profissionais da Psicologia que buscam pelo desenvolvimento de ações intersectoriais em sua atuação nas políticas de saúde e assistência social bem como o reconhecimento dos limites e dificuldades encontrados pelos mesmos para efetivação de suas ações.

Assim, inúmeros são os desafios e dificuldades encontradas para que o Psicólogo possa realizar ações intersectoriais nas políticas públicas, porém também são inúmeras as oportunidades de ações de abordagem intersectorial para tratar demandas específicas, pois é fato que as desigualdades existem, da mesma forma que se pode entender que as mesmas podem ser resolvidas ou atenuadas. Uma possibilidade seria através de ações integrativas que podem estar sendo desenvolvidas por meio de políticas públicas através de seus atores envolvidos, e na qual o profissional da psicologia pode estar atuando diretamente com seu saber para contribuir para atingir os objetivos almejados.

Portanto, o desenvolvimento desse estudo, originou-se a partir de uma pesquisa realizada em um município de pequeno porte no sudeste do Brasil, a partir da pergunta: Quais dificuldades os psicólogos atuantes naquele município encontram para realização da Intersectorialidade entre as ações relativas às políticas de saúde e de assistência social?

MÉTODO

O estudo foi desenvolvido a partir de um projeto integrado que abordou dois municípios¹. Para este estudo, foram entrevistados treze profissionais da Psicologia que atuam há pelo menos um ano e que estivessem desenvolvendo suas atividades nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e também na proteção básica da secretaria de Assistência Social: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e proteção especial de média e alta complexidade: Centro Especializado de Assistência Social (CREAS) e Instituição de Acolhimento. As entrevistas foram feitas pessoalmente pelo autor, após contato e convite por telefone, ocorreram no local de trabalho. O conteúdo foi transcrito e analisado seguindo os passos de Bardin(2010), entendida como sendo um conjunto de técnicas de análise das comunicações que se utilizam de procedimentos sistemáticos e objetivos, de descrição do conteúdo das mensagens (Rocha; Deusdara, 2005).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo buscou reconhecer os desafios e as dificuldades encontradas por psicólogos para a realização da Intersetorialidade entre as políticas públicas de saúde e de assistência social a partir da visão e experiências destes profissionais inseridos nestas políticas em um município de pequeno porte no sudeste do Brasil.

Cabe destacar que foram identificados como (PS) para psicólogo da saúde e (PAS) psicólogo da assistência social.

Assim, uma das dificuldades para que as ações intersetoriais possam acontecer de fato foi identificada pelos profissionais como a falta de comunicação e diálogo.

O que falta é conseguirmos sentar e se ver como uma unidade, se ver como sendo um serviço público como um todo. Não se ver apenas como secretaria de saúde, secretaria de assistência, secretaria de educação, mas se ver como uma unidade. Assim, o que poderia facilitar isso, seriam reuniões entre setores e secretarias para tratar os assuntos afins que são muitos. Então se tivéssemos um espaço dentro de nossas agendas, dentro do meu trabalho pré-estabelecido como eu não tenho hoje, facilitaria muito o processo. Pois hoje eu tenho um espaço pré-estabelecido para fazer atendimento, mas eu não tenho um espaço pré-estabelecido para me reunir com a educação e assistência social por exemplo (PS).

No local onde exerço minha atividade não consigo perceber o funcionamento de um trabalho em rede com outras secretarias. Eu vejo ações, mas de forma isoladas, cada um fazendo sua parte. Por exemplo: Ao se realizar uma visita domiciliar, ficamos sabendo que alguém da assistência já foi lá, e que está sendo acompanhando. Mas em momento algum recebemos um contato, uma troca, ficamos sabendo pelo usuário, pela própria pessoa (PS).

A comunicação entre os setores quando não é desenvolvida de forma adequada, acaba sendo um grande elemento que dificulta o processo da

¹ O presente artigo faz parte de Dissertação de Mestrado.

intersectorialidade e das ações intersectoriais (PAS).

Muitos dos desafios tais como o desenvolvimento adequado da comunicação e diálogo encontrados pelos profissionais dos mais diversos setores podem ocorrer segundo Braz (2019) a partir do desenvolvimento comportamental dos trabalhadores que pode ser desencadeado pela posição que este trabalhador tem dentro do contexto sócio-organizacional.

Outro fator que foi considerado como elemento que dificulta no processo de realização das ações intersectoriais na visão destes profissionais foi à resistência frente a ideias compartilhadas, o trabalho em conjunto.

Diversos fatores acabam por dificultar o processo, como resistência a ideias compartilhadas, a não visão da importância e necessidade do trabalho em conjunto, e até questões políticas podem interferir neste processo. Assim, uma visão mais abrangente, sensível e comprometida dos profissionais envolvidos é que fará toda a diferença para a execução da teoria para a prática (PAS).

Eu vejo que em alguns momentos as divergências de ideias acabam sendo um elemento dificultador no processo para a realização das ações intersectoriais, pois levam-se muitas vezes mais em conta interesses particulares do que interesses do conjunto (PS).

Outros entrevistados alegam que o desinteresse do poder público para que hajam ações integradas também contribui para sua não efetivação plena, pois que coloca a intenção individual como precursora e não uma meta a ser atingida por todos.

É necessário um maior interesse do poder público pelas ações conjuntas dos setores e principalmente uma melhor administração e aplicabilidade dos recursos repassados ao município e suas secretarias. Além disso, é fundamental que haja mais engajamento e participação por parte do servidor público, para que as ações possam ser realizadas de forma concreta (PAS).

Para Hashimoto (2018) o trabalho desenvolvido pode ser prejudicado quando o processo de escuta acaba desencadeando questionamentos dos mais diversos aspectos, e muitas das vezes referentes a resistências do que ainda seja desconhecido e a uma suposta expectativa criada no espaço de trabalho, onde a insegurança, a dúvida e conseqüentemente a uma dificuldade de se lidar com situações conflituosas e desafiadoras acabam por conseqüência sendo potencializadas.

Foi reconhecido ainda que o próprio desinteresse dos profissionais da Psicologia influencia e dificulta no desenvolvimento de ações intersectoriais.

Eu vejo que o que falta muitas vezes é o empenho dos próprios profissionais. É claro que a questão da gestão colabora também ao favorecer ou não o desenvolvimento das ações intersectoriais, mas o que vale mais mesmo somos nós enquanto profissionais desenvolvendo nossas atividades nos equipamentos para propiciar reflexões e mudanças significativas nas pessoas que necessitam(PS).

Em alguns momentos percebo em alguns profissionais da Psicologia um certo desinteresse no desenvolvimento das ações intersectoriais, talvez por medo de

ousar mais, se mostrar mais, de se arriscar(PAS).

Para Cintra e Bernardo (2017), o trabalho do psicólogo deve se apresentar nas circunstâncias que rodeiam um fato, que estão inseridas em um contexto. Desta forma, o grau de atenção desse profissional deve estar direcionado à direção de empoderar indivíduos e coletividades, possibilitando que os mesmos consigam desenvolver mudanças significativas em suas vidas.

A falta da oficialização de decretos, alinhamentos, pactuações e financiamento, também foram identificadas como elementos dificultadores no processo de execução de ações intersetoriais.

No caso dos Psicólogos, acredito que carecemos de espécie de um núcleo de Psicologia (um centro de comando), algo capaz de centralizar as diferentes demandas, necessidades. Ações intersetoriais ainda não são vistas como obrigatória, como crucial. Falta talvez ocorrer decretos, ordem formais, diretrizes estabelecidas, instituir essas ações. As ações intersetoriais ainda se encontram no plano virtual. Uns sabem bem sobre o assunto, outros não sabem e isso precisaria ser homogeneizado, equalizado (PS).

É necessário, primeiramente, o interesse de gestores, pactuação e alinhamento em relação a conceito, objetivos, diretrizes e metas e avaliação dos projetos comunicação entre os diversos setores. Assim, levando-se em conta a necessidade destas ações, podemos não chegar à forma plena, mas uma forma mais positiva e adequada poderá se fazer realidade (PS).

Ainda falta algumas questões a serem trabalhadas e fortalecidas como: Setores que trabalham isolados ou até mesmo que não buscam a integridade e ausência de financiamento intersetorial para continuidade dos projetos que foram traçados (PAS).

Para Vieira & Hasse (2017), é de vital importância o desenvolvimento de procedimentos propícios ao atendimento para cada demanda específica, para aí sim manter uma qualidade no trabalho entre setores e em rede.

Outro ponto relevante, que foi mencionado e que influencia na execução das ações intersetoriais, seria a falta de informação e conhecimento sobre serviços ofertados no município e os profissionais atuantes em determinado equipamento.

Muitas vezes por falta de conhecimento e informação sobre o equipamento, os serviços ofertados e os profissionais que ali trabalham acabam por dificultar no desenvolvimento das ações intersetoriais. Assim, mais informação, é de vital importância para uma divulgação do serviço. Realidade da qual já tenho empenhando em fazer, desde informando nos relatórios encaminhados a partir de uma breve introdução, e também nas visitas domiciliares realizadas, onde apresento o serviço e forneço informações acerca a importância de suas funções (PS).

Percebi em muitos momentos que muitos profissionais não conhecem os serviços ofertados não só no município de Presidente Kennedy, mas também nas próprias secretarias, o que acaba levando a dificultar a execução de ações intersetoriais(PAS).

Leão et al. (2014) apontam que, a falta de informação sobre os serviços que podem ser ofertados no território, acaba propiciando o desenvolvimento de ações intersetoriais fragmentadas e com dificuldades em entender as necessidades reais do sujeito e de sua família.

Portanto, e a partir do relato dos psicólogos atuantes nas Secretarias de saúde e de Assistência Social a partir de suas experiências profissionais, a falta de uma comunicação mais eficaz entre todos os profissionais envolvidos, um maior interesse do poder público, uma maior conscientização da própria classe dos Psicólogos e a falta de informação e conhecimento dos serviços existentes no município onde atuam são ainda muitas das dificuldades que foram identificadas e que precisam ser repensadas para não servir de obstáculos para que a Intersetorialidade e conseqüentemente suas ações intersetoriais possam ocorrer de fato.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas públicas, através de ações e programas específicos, vieram com o propósito de garantir o compromisso social e colocar em prática direitos previstos na Constituição Federal e que possam atingir a todas as pessoas das mais diferentes escolaridades, independente de sexo, religião, raça ou de nível social, e podendo assim, fortalecer o protagonismo do indivíduo e da comunidade como um todo.

Deste modo, a Intersetorialidade, a partir de suas ações intersetoriais, se apresenta como ação de promoção da saúde modificadora dos determinantes sociais de doença preconizados através dos fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que possam instigar ocorrências relacionadas a problemas de saúde e seus elementos de risco nas pessoas.

As ações intersetoriais se apresentam então como forma integrativa de saberes, esforços dos mais variados setores e atores pertencentes às políticas públicas para a construção de objetivos comuns de intervenção, objetivando o enfrentamento de forma mais articulada dos problemas sociais. E quando essas ações ocorrem de fato em conjunto e de forma integrada podem contribuir e ajudar os diversos setores que atuam no combate às vulnerabilidades e fragilidades, colaborando para possíveis soluções coletivas desenvolvidas a partir destas ações intersetoriais.

Assim, inclusão da Psicologia na área das Políticas Públicas de Assistência Social traz muitos desafios aos profissionais, devido a um cenário de profundas desigualdades sociais no Brasil que foram se convertendo em um elemento bem marcante, muito por razão de um distanciamento histórico da própria Psicologia referente às questões sociais.

Com esta reflexão, pode-se perceber a complexidade dos fenômenos sobre os quais a Psicologia pode ser embasada, bem como a sua atuação nos vários programas e ações de saúde na esfera pública. E, tendo como base para a Saúde o destaque dado

por Rauter (1995), pois pontua a problematização da prática do psicólogo na rede pública, principalmente sobre a necessidade de o profissional habitar a contradição de sua função, e de construir estratégias provisórias e singulares.

Portanto, este estudo procurou contribuir para uma visualização sobre as dificuldades encontradas por psicólogos que estão inseridos nas políticas públicas de saúde e de assistência social em um município de pequeno porte do sudeste do Brasil no desenvolvimento da Intersetorialidade.

Foi identificado através dos relatos, que as ações intersetoriais em muitos momentos não acontecem de forma efetiva, pois foi reconhecida como sendo uma prática que deve ser desenvolvida através de um trabalho em equipe de forma integrada, e que considera que só um setor, agindo de forma isolada, apresentará muito mais dificuldades em desenvolver estas ações e práticas de promoção da saúde, uma vez que, para que isso ocorra, todo processo conjunto deve ser envolvido como saúde, assistência, educação, cultura, habitação dentre outros.

A Intersetorialidade para estes profissionais ainda se estabelece como um processo desafiante a ser desenvolvido. Figura mesmo com os elementos trabalhosos como sendo um objetivo a ser alcançado devido a busca por superação da fragmentação, fragilização e da execução de políticas sociais, buscando responder às desigualdades sociais, desigualdades de forma geral e também às iniquidades nas políticas públicas.

Portanto, o presente estudo pretendeu mais do que apenas produzir informações acerca das dificuldades na execução da Intersetorialidade realizadas por profissionais da Psicologia inseridos nas políticas de saúde e de assistência social de um município de pequeno porte no sudeste do Brasil, mas também provocar reflexões e discussões acerca deste tema que não se esgotam nesta análise, pois espera-se fornecer contribuições que sejam relevantes para pesquisas futuras que possam ter relação ao conteúdo aqui desenvolvido.

REFERÊNCIAS

Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo*. 4. ed. Lisboa: Edições70, 2010.

Benzoni, P. E. (2019). *Práticas psicossociais em saúde mental: da diversidade teórica ao encontro das atuações*. Novo Hamburgo, RS: Sinopsys editora.

Brasil (2009). *Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social - CRAS*. Brasília, DF.

Braz, V. M. (2019). *Paradoxos do trabalho: as faces da insegurança, da performance e da competição*. Curitiba, PR: Appris.

Carmo, M. E. do; Francini, L. G. (2017). *Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte*. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 27 [4]: 1265-1286, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000400021>

- Cintra, M. S. & Bernardo, M. H.(2017). Atuação do Psicólogo na Atenção Básica do SUS e a Psicologia Social. *Psicologia: Ciência e Profissão* Out/Dez. 2017 v. 37 n°4, 883-896. Recuperado em: 1º outubro 2020, de <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v37n4/1414-9893-pcp-37-04-0883.pdf>
- Custódio, A. V; Silva, C .R.C.A. (2015) A Intersetorialidade nas Políticas Sociais Públicas. XI Seminário Nacional de Demandas Sociais e Políticas na sociedade Contemporânea. Santa Cruz do sul, 3-18. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/36414538-A-intersectorialidade-nas-politicas-sociaispublicas.html>> Acesso em: 15 maio 2021.
- Dimenstein, M. D. B.(1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, v. 3, n. 1, p. 53-81.
- Dimenstein, M. D. B.(2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, v. 6 n. 2, p. 57-63. Disponível em: 10.1590/S1413- 73722001000200008. Acesso em: 15 maio 2021.
- Feuerwerker, L.M.& Costa, H.(2000). Intersetorialidade na rede Unida. *Saúde em Debate*, v. 22, p. 25-35, Rio de Janeiro.
- Forster, A.C; Ferreira, J. B.B; Lima, N.K.C.; Galati, P.M; Farche, R. (2017).A abordagem da intersectorialidade para o ensino médico em atenção primária. *Revista Medicina. Ribeirão Preto*, Online. 2017; 50 (1): 58-65. Disponível em: < <http://revista.fmrp.usp.br/2017/vol50n1/TEM-A-abordagem-da-intersectorialidade-para-ensino-medico-em-atencao-primaria.pdf> > Acesso em: 15 maio. 2021.
- Hashimoto, F. (2018). Escuta psicossociológica: o encontro com o/do indivíduo no espaço do trabalho. *Revista Espaço Acadêmico*, 209(XVIII), 56-64.
- Leão, S. M. et al.(2014). O Psicólogo no Campo do Bem-Estar Social: Atuação junto às famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco social no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 14, n. 1, p. 264-289.
- Martin-Baró , I. (2015). *Acción e ideología: psicología social desde centroamérica* (17a ed.). San Salvador: UCA Editores.
- Medeiros, R. H. A.(2020). Psicologia, saúde e território: experiências na atenção básica. *Psicol. estud.*, v. 25, e43725.
- Mello, R. A. & Teo, C. R. P. A. (2019). Psicologia: Atuação e Formação para o SUS. *Psicologia: Ciência e Profissão* 2019 v. 39, e186511, 1-16 <https://doi.org/10.1590/1982-3703003186511>
- Nascimento, S. do.(2010). Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo.
- Netto, J. P. (2001).*Capitalismo monopolista e serviço social*. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- Paulon, S. M. & Romagnoli, R. C. (2018). Quando a vulnerabilidade se faz potência. *Interação em Psicologia* *Psicologia*,22(3),178-187.doi.org/10.5380/psi.v22i3.56045.
- Rauter, C. (1995). O psicólogo e sua inserção na área de saúde. *Revista do Departamento de Psicologia (UFF)*, v. 7, n. 2/3, p. 70-74.

Rezende, M. de; Baptista, T. W. de F.; Filho, A. (2015). O legado da construção do sistema de proteção social brasileiro para a intersetorialidade. *Trabalho Educação Saúde*. v. 13, n. 2. Ago., Rio de Janeiro.

Rocha, D. & Deusdara, B.(2005). Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re) construção de uma trajetória. *Revista Alea Estudos Neolatinos [online]*, v. 7, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Sposati, A. (2006). Gestão pública intersetorial: sim ou não? Comentários de experiência. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 85. Mar. 2006.

Vieira, E. M. & Hasse, M. (2017). Percepções de profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres em situação de violência. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 60 (21). Recuperado em 18 março, 2021 de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832017000100052&script=sci_abstract&tlng=pt

A QUALIDADE DE VIDA COMO FATOR DE PROTEÇÃO NA SAÚDE MENTAL DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS: UMA PERSPECTIVA DA AMAZÔNIA OCIDENTAL BRASILEIRA

Data de submissão: 19/07/2023

Data de aceite: 03/08/2023

Elainy da Silva Camilo Loiola

Universidade Federal de Rondônia
Guajará-Mirim – RO
Orcid: 0000-0001-6363-2716

Tiago de Oliveira Loiola

Departamento Acadêmico de Ciências da
Administração da Universidade Federal de
Rondônia
Guajará-Mirim – Rondônia

Renan Mugrabi

RESUMO: A alta prevalência de transtornos mentais entre estudantes universitários constitui um problema global urgente, requerendo atenção imediata e intervenções efetivas. A literatura evidencia a vulnerabilidade dessa população ao adoecimento psíquico, destacando a necessidade de explorar tanto fatores de proteção quanto de risco para a saúde mental desses indivíduos. Este estudo visa contribuir para essa questão investigando a influência da qualidade de vida, um potencial preditor psicossocial, no estado de saúde mental de acadêmicos do Campus de Guajará-Mirim, da Universidade Federal de Rondônia. Em um estudo transversal que

envolveu 301 universitários, com idades entre 18 e 55 anos e matriculados em todos os cursos ofertados pela instituição, foram utilizados instrumentos como o WHOQOL-bref, o Maslach *Burnout* Inventory/Student Survey (MBI-SS), o Questionário de Saúde Geral (QSG), e um formulário de caracterização sociodemográfica e acadêmica. As análises de regressão múltipla revelaram que os domínios de Qualidade de Vida foram preditivos significativos das dimensões exaustão emocional e eficácia profissional da Síndrome de *Burnout*, além de influenciarem significativamente os cinco fatores da saúde geral (estresse psíquico, desejo de morte, desconfiança na capacidade de desempenho, distúrbios do sono e distúrbios psicossomáticos). Considerando a magnitude do efeito observado, estas descobertas sugerem que a implementação de estratégias de promoção da qualidade de vida pode contribuir efetivamente para a mitigação de problemas de saúde mental entre estudantes universitários. Este estudo reforça a necessidade de abordagens holísticas à saúde mental dos estudantes, que considerem não somente os fatores de risco, mas também os fatores de proteção, tais como a qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: estudantes universitários, qualidade de vida, saúde mental, síndrome de *burnout*.

QUALITY OF LIFE AS A PROTECTIVE FACTOR IN THE MENTAL HEALTH OF COLLEGE STUDENTS: A PERSPECTIVE FROM THE WESTERN AMAZON OF BRAZIL

ABSTRACT: The high prevalence of mental disorders among university students constitutes an urgent global problem, requiring immediate attention and effective interventions. The literature evidences the vulnerability of this population to mental illness, highlighting the need to explore both protective and risk factors for these individuals' mental health. This study aims to contribute to this issue by investigating the influence of quality of life, a potential psychosocial predictor, on the mental health status of academics from the Guajará-Mirim Campus of the Federal University of Rondônia. In a cross-sectional study that involved 301 university students, aged between 18 and 55 years and enrolled in all courses offered by the institution, instruments such as the WHOQOL-bref, the Maslach Burnout Inventory/Student Survey (MBI-SS), the General Health Questionnaire (QSG), and a socio-demographic and academic characterization form were used. Multiple regression analyses revealed that the Quality of Life domains were significant predictors of the emotional exhaustion and professional efficacy dimensions of Burnout syndrome, in addition to significantly influencing the five factors of general health (psychic stress, desire for death, mistrust in performance capacity, sleep disorders, and psychosomatic disorders). Considering the magnitude of the observed effect, these findings suggest that the implementation of quality of life promotion strategies can effectively contribute to mitigating mental health problems among university students. This study reinforces the need for holistic approaches to students' mental health, considering not only risk factors but also protective factors, such as quality of life.

KEYWORDS: university students, quality of life, mental health, burnout syndrome.

1 | INTRODUÇÃO

A problemática da saúde mental da comunidade estudantil universitária tem suscitado preocupação a nível global, devido à alta prevalência de morbidades psicológicas constatada nesse grupo (AUERBACH et al., 2018). Os transtornos mentais, além de causarem sofrimento pessoal e familiar, são determinantes no baixo rendimento acadêmico e no abandono do curso (EVANS-LACKO; THORNICROFT, 2019; JANUARY et al., 2018).

A literatura recente demonstra prevalências entre 18,4% e 80,3% de transtornos mentais comuns em estudantes do ensino superior, incluindo depressão, ansiedade e estresse (GRANER; CERQUEIRA, 2019; OTHMAN et al., 2019). Os dados de Othman et al. (2019) revelam especificamente que estudantes universitários apresentam 39,5% de sintomas de depressão; 23,8% de ansiedade e 80,3% de sintomas de estresse de moderados a altos.

Em relação aos fatores associados ao adoecimento mental de estudantes

universitários, investigações prévias indicam que o baixo suporte familiar, as dificuldades nas relações interpessoais, a situação socioeconômica precária, o baixo desempenho acadêmico, a insatisfação com o curso e a pertença a minorias étnicas, de gênero e sexuais impactam negativamente a saúde mental (BORGOGNA et al., 2018; GALDINO et al., 2020; GOMES et al., 2020; KARYOTAKI et al., 2020; OTHMAN et al., 2019; SMOLEN; ARAÚJO, 2017).

Desta maneira, percebe-se uma correlação nitidamente estabelecida entre variáveis sociodemográficas e acadêmicas e a saúde mental de estudantes universitários/as. Entretanto, há menos evidências disponíveis a respeito das implicações dos constructos psicossociais protetivos no adoecimento psíquico. Assim, é imprescindível examinar os aspectos que auxiliem no pleno desenvolvimento das competências de estudantes durante o período acadêmico.

A transição para o ensino superior requer uma adaptação a desafios acadêmicos, psicossociais e biológicos. Durante o período de formação, é esperado que estudantes universitários desenvolvam habilidades como a definição de identidade em um novo contexto social, o compromisso com objetivos pessoais e profissionais, a adaptação a novas relações, além de terem de corresponder às expectativas de pessoas significativas em suas vidas (ACHARYA et al., 2018; FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ; SOTO-LÓPES; CUESTA, 2019). Essas demandas intrínsecas à vida acadêmica são fontes potenciais de vulnerabilidade para o desenvolvimento ou agravamento de problemas de saúde mental.

No contexto de países com renda baixa e média, os desafios são agravados pela dificuldade de acesso a serviços de saúde, sobretudo quando o tema é prevenção e promoção da saúde mental (EVANS-LACKO; THORNICROFT, 2019). Além disso, inúmeros estudantes universitários em situação de vulnerabilidade socioeconômica lidam com a pressão de serem os responsáveis pela ascensão econômica da família, por serem muitas vezes os primeiros a terem acesso ao ensino superior. Certamente, muitos estudantes brasileiros encontram-se nessa condição.

Estudos conduzidos pelo Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis (FONAPRACE, 2019) que visam a caracterizar o perfil socioeconômico e cultural de estudantes universitários brasileiros registraram o processo de inclusão de discentes de diferentes culturas e classes sociais nas universidades na última década. A quinta edição da mencionada pesquisa revela que houve um crescimento de estudantes nas instituições de ensino superior do Brasil com renda per capita de até 1 salário-mínimo e meio. A universidade conta com um total de 70,2% de estudantes nesta faixa de renda. A região Norte apresenta o maior percentual (81,9%) de universitários/as em situação de vulnerabilidade socioeconômica.

Conceição et al. (2019) reforçam as informações mencionadas, ao considerarem que as situações estressoras no âmbito universitário desencadeiam sintomas e reações psíquicas que afetam e são afetados pela qualidade de vida. Nesse contexto, a qualidade de

vida, entendida como bem-estar social, psicológico e um estado de saúde, pode funcionar como um recurso de ajustamento psicológico para lidar com as demandas estressantes da vida universitária.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Qualidade de Vida

A concepção de qualidade de vida abrange diversos aspectos, engendrando falta de consenso entre os teóricos quanto à sua definição. Entretanto, Fleck et al. (1999) ressaltam que especialistas de diferentes culturas concordam que a qualidade de vida, enquanto construto subjetivo, precisa ser alicerçada em aspectos multidimensionais para abranger as dimensões positivas e negativas da vida. Dessarte, se compreendem três características importantes da qualidade de vida: subjetividade, multidimensionalidade e presença de dimensões negativas e positivas.

Estes elementos centrais da qualidade de vida foram respaldados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que a define como a autopercepção do lugar que se ocupa na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores em que se vive, e em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações (OMS, 1995). A presente investigação adota esta definição, pois permite analisar domínios essenciais da vida humana, incluindo: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

No cenário acadêmico, a qualidade de vida desempenha um papel fundamental para a permanência do estudante nas instituições de ensino superior. Estudantes universitários com boa qualidade de vida integram-se melhor ao ambiente acadêmico e apresentam maior rendimento acadêmico (SEO et al., 2018; LANGAME et al., 2016).

Nesse sentido, a percepção da qualidade de vida pode atuar como recurso protetivo para enfrentar os desafios encontrados na fase universitária. Identificar variáveis que apoiam a saúde mental da comunidade estudantil universitária favorece o sucesso acadêmico e, por consequência, contribui para a prevenção de problemas de saúde mental (GAMBETTA-TESSINI et al., 2016; PEKMEZOVIC et al., 2011). Por outro lado, a qualidade de vida em universitários pode ser negativamente impactada por transtornos psicológicos como estresse e *burnout* (RIBEIRO et al., 2018). Portanto, cabe investigar se estudantes universitários com percepção de qualidade de vida são menos suscetíveis a problemas de saúde mental.

Em suma, destaca-se a relevância do estudo da qualidade de vida enquanto variável preditora de problemas de saúde mental entre os estudantes do ensino superior. O foco específico deste estudo incide em explorar os domínios físico, psicológico, de relações sociais e de meio ambiente e a sua associação com transtornos mentais comuns.

2.2 Síndrome de *Burnout*

A Síndrome de *Burnout* é uma condição patológica resultante das consequências do estresse e da tensão emocional oriundos do contexto laboral. Pesquisadores da área concordam que o *burnout* apresenta três dimensões: exaustão, cinismo (ou despersonalização) e baixa realização profissional. Segundo Maslach e Jackson (1981), a primeira dimensão se relaciona a um sentimento de esgotamento físico e mental, a sensações de exigências excessivas e à redução dos recursos emocionais para lidar com situações estressantes. O cinismo ou despersonalização se manifesta como uma tentativa de distanciamento emocional em relação a determinados aspectos do trabalho. Por fim, a baixa realização profissional refere-se a pensamentos de incapacidade e insatisfação com a realização no trabalho.

O estado de exaustão é entendido como o principal sintoma dessa síndrome (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001). Embora inicialmente as pesquisas sobre *burnout* tenham se limitado a trabalhadores e ao ambiente laboral, seu campo de estudo atual engloba outros grupos, incluindo estudantes universitários (CARLOTTO; OTTO; KAUFFMANN, 2010; SALANOVA et al., 2009). A investigação do *burnout* nesse contexto considera os estudantes como pré-profissionais, referindo-se à síndrome como *burnout* acadêmico (MORALES-RODRÍGUEZ; PÉREZ-MÁRMOL; BROWN, 2019).

Fundamentada na concepção geral, a definição de *burnout* em estudantes universitários também consiste em três dimensões. A Exaustão Emocional é caracterizada pelo sentimento de estar esgotado pelas demandas do estudo. A Descrença é entendida como comportamentos cínicos e de distanciamento em relação ao estudo. E a Ineficácia Profissional é caracterizada pela percepção negativa em relação ao próprio desempenho acadêmico, com uma avaliação de si como estudante insuficiente e incompetente (SHANKLAND et al., 2019). Ressalta-se que o conceito operacional utilizado neste estudo aplica essas dimensões para avaliar o *burnout*.

Estudos empíricos recentes sugerem que a Síndrome de *Burnout* é prevalente entre discentes universitários (SHANKLAND et al., 2019; WORLY et al., 2019; BULLOCK et al., 2017; ALMEIDA et al., 2016). As descobertas da pesquisa de Jiménez-Ortiz et al. (2019) apontaram uma prevalência de 52% de exaustão emocional e 17,8% de *burnout* entre discentes. Hernández-Martínez et al. (2016) analisaram o *burnout* e os fatores de risco associados à saúde mental em discentes de nível superior. Demonstrou-se uma prevalência de 50% de estudantes com exaustão emocional, 16% com baixa eficácia profissional e 30% com alta descrença em relação aos outros. Relativo aos fatores de saúde geral, 70% dos acadêmicos apresentaram distúrbios do sono, 15% sintomas de depressão e ansiedade, 10% relataram insatisfação com a vida e a mesma proporção relatou sentimentos de inutilidade.

Em um estudo sobre *burnout* e engajamento em 225 discentes australianos da

Universidade de Monash, Morales-Rodríguez et al. (2019) observaram que variáveis demográficas e acadêmicas estão significativamente correlacionadas à Síndrome de *Burnout* e ao engajamento educacional. Estudantes universitários participantes dessa pesquisa que apresentaram maiores propensões a desenvolver burnout foram aqueles em estágios de estudo mais avançados. A idade e a sobrecarga de atividades acadêmicas emergiram como fatores de risco. As mulheres apresentaram maior propensão ao desenvolvimento do *burnout*. O estudo também demonstrou que o autocuidado é um fator preventivo, estimulando um aumento do bem-estar.

No contexto brasileiro, Assunção et al. (2019) avaliaram a presença da Síndrome de *Burnout*, correlacionando-a a variáveis sociodemográficas, acadêmicas e psicossociais em discentes da área de saúde. A partir desse estudo, verificou-se um percentual de 14,4% de discentes apresentando essa síndrome. Além disso, os autores identificaram relações significativas entre dimensões do *burnout* com desempenho no curso e pensamentos de desistência. Portanto, discentes com desempenho insatisfatório e que já consideraram abandonar o curso apresentam maior exaustão e menor eficácia profissional.

Os estudos analisados evidenciam que a Síndrome de *Burnout* pode surgir em estudantes durante a fase de formação acadêmica. Assim, identificar essa síndrome nesse período pode sugerir antecipadamente possíveis dificuldades acadêmicas e permitir a elaboração de intervenções de prevenção ao desenvolvimento de *burnout* no ambiente universitário.

2.3 Transtornos Mentais Comuns em Estudantes Universitários

Transtornos mentais comuns, que englobam problemas de saúde mental com sintomas não psicóticos como irritabilidade, insônia, dificuldade de concentração, fadiga e sintomas psicossomáticos, são uma realidade significativa entre estudantes universitários (GOLDBERG, 1994). O termo será utilizado neste estudo para se referir a morbididades psicológicas menos severas, descritas operacionalmente por Goldberg (1972) em cinco fatores: estresse psíquico, desejo de morte, desconfiança no desempenho, distúrbios do sono e sintomas psicossomáticos. Pesquisas indicam que o contexto universitário intensifica o risco de adoecimento psíquico, com alta prevalência de transtornos mentais comuns entre estudantes do ensino superior (AUERBACH et al., 2018; FERREIRA; KLUTHCOVSKY; CORDEIRO, 2016). Frequentemente, o surgimento desses transtornos ocorre na juventude, época comum para ingresso na universidade (SAEED et al., 2018; SOUZA; CALDAS; ANTONI, 2017).

Em uma pesquisa internacional envolvendo estudantes universitários de oito países, Auerbach et al. (2018) constataram que 35% dos entrevistados apresentaram ao menos um transtorno mental comum. Esses achados são corroborados por Graner e Cerqueira (2019), que em sua revisão de literatura, relataram prevalências entre 18,5% e 49,1%

desses transtornos entre universitários.

Apesar do vasto número de estudos sobre saúde mental entre estudantes do ensino superior (HERNÁNDEZ-TORRANO et al., 2020), a maioria concentra-se em universitários da área da saúde e em universidades de países desenvolvidos (GRANER; CERQUEIRA, 2019). Sendo assim, há uma lacuna a ser preenchida relativamente à pesquisa de preditores psicossociais dos problemas de saúde mental em universitários de países em desenvolvimento, como o Brasil, especialmente em áreas mais distantes dos grandes centros urbanos.

Devido à prevalência de transtornos mentais entre universitários e às consequências negativas em níveis pessoais, acadêmicos e sociais, é crucial investigar os fatores protetivos e de riscos associados ao desenvolvimento de tais condições. Nesse sentido, este estudo visa explorar o efeito preditor da qualidade de vida na saúde mental de estudantes do Campus de Guajará-Mirim da Universidade Federal de Rondônia. Espera-se que os resultados contribuam para o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde mental e prevenção de problemas correlatos no âmbito universitário. Além disso, espera-se ampliar o entendimento da relação entre qualidade de vida, transtornos mentais comuns e burnout em universitários.

3 | MÉTODO

Este estudo é um levantamento transversal realizado com uma amostra de conveniência de 301 estudantes universitários do Campus de Guajará-Mirim da Universidade Federal de Rondônia. O estudo foi realizado durante o ano letivo de 2019, com o objetivo principal de explorar a relação entre qualidade de vida, síndrome de *burnout* e presença de transtornos mentais comuns entre os estudantes universitários.

3.1 Participantes

A amostra para este estudo foi selecionada com base em critérios de elegibilidade bem definidos. Os participantes tinham que estar matriculados em um curso de graduação no campus específico da universidade mencionada e concordar voluntariamente em participar do estudo.

O estudo englobou um total de 301 estudantes, com uma idade média de 29,34 anos (DP=8,78). Estavam matriculados em todos os cursos oferecidos pelo campus universitário, nomeadamente Administração (26.9%), Gestão Ambiental (26.6%), Letras (32.9%) e Pedagogia (13.6%).

A amostra refletiu uma diversidade étnico-racial, com os participantes se autoidentificando como pardos (69.4%), pretos (15.3%), brancos (13.0%), indígenas (1.3%) e de descendência oriental (1.0%). A condição socioeconômica dos participantes também

foi avaliada, com base em seu rendimento mensal. Uma maioria significativa dos estudantes (62.1%) relatou ganhar até 1 salário-mínimo. O restante dos estudantes (37.9%) relatou ganhar mais de 1 salário-mínimo.

Além disso, a pesquisa investigou o recebimento de auxílio estudantil. Foi constatado que um quinto (20.5%) dos estudantes se beneficiava de algum tipo de assistência financeira. No entanto, a maioria (79.5%) não recebia esse auxílio. É importante observar que houve uma pequena proporção de estudantes (3.0%) que não forneceram uma resposta a essa pergunta.

3.2 Instrumentos

Na avaliação da qualidade de vida dos participantes, foi empregado o questionário abreviado da Organização Mundial da Saúde para a Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF). Este questionário, concebido para ser aplicável universalmente, foi adaptado à realidade brasileira por Fleck et al. (2000). O WHOQOL-BREF é constituído por 26 itens que abordam quatro domínios principais da qualidade de vida: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. A resposta para cada item é dada numa escala tipo Likert de 5 pontos, variando de 1 (nada) a 5 (completamente). Além disso, existem duas questões iniciais que avaliam a percepção geral do indivíduo sobre a sua própria qualidade de vida e saúde.

Os domínios avaliados cobrem uma ampla gama de aspectos da vida humana. O domínio físico refere-se a aspectos como dor, desconforto, energia, fadiga, sono e descanso. O domínio psicológico engloba elementos como sentimentos, autoestima, memória, concentração, aparência física, pensamento, aprendizagem, espiritualidade e a imagem de si. O domínio das relações sociais inclui itens relativos a relações pessoais, apoio social e atividade sexual. O domínio do meio ambiente considera fatores como segurança física, ambiente doméstico, recursos financeiros, cuidados de saúde, oportunidades de aquisição de novas informações e habilidades, participação e oportunidades de lazer, ambiente físico e transporte. Este instrumento apresenta consistência interna satisfatória para todos os domínios, com alfa de Cronbach variando de 0,69 a 0,84.

A Síndrome de *Burnout* foi medida pela versão brasileira do *Maslach Burnout Inventory - Student Survey* (MBI-SS), validada para o Brasil por Carlotto e Câmara (2006). O MBI-SS consiste em 15 itens subdivididos em três dimensões: Exaustão Emocional (5 itens); Descrença (4 itens) e Eficácia Profissional (6 itens). Todos os itens são avaliados usando uma escala de sete pontos que varia de 0 (nunca) a 6 (todos os dias). A consistência interna das subescalas, avaliada pelo alfa de Cronbach, foi de 0,81 para exaustão emocional, 0,74 para eficácia profissional, e 0,59 para descrença.

Para avaliar a presença de transtornos mentais comuns, utilizou-se o *General Health Questionnaire* (GHQ), elaborado por Goldberg (1972) e adaptado para o Brasil por Pasquali et al. (1994) como Questionário de Saúde Geral (QSG-60). O QSG-60 abrange

cinco fatores: estresse psíquico, desejo de morte, falta de confiança na capacidade de desempenho/autoeficácia, distúrbios do sono e distúrbios psicossomáticos. Além disso, inclui um fator geral que verifica a severidade da ausência de saúde mental. A escala é respondida em uma escala de quatro pontos que varia de 1 (menos do que de costume) a 4 (muito mais do que de costume), com alguns itens avaliados em escala invertida. A consistência interna dos fatores, calculada pelo alfa de Cronbach, foi de 0,89 para as dimensões 1, 2 e 3, 0,80 para o fator 4, e 0,83 para o fator 5. Todos os 60 itens, analisados conjuntamente, apresentaram um alfa de 0,95, demonstrando boa consistência interna.

Os participantes também foram caracterizados com base em dados sociodemográficos e acadêmicos. As informações coletadas incluíram o curso em que estavam matriculados, a razão da escolha do curso, sexo, idade, estado civil, etnia, se possuíam filhos e o número de filhos, com quem moravam, o meio de transporte utilizado para ir à universidade, como se mantinham financeiramente, se tinham atividade remunerada, o rendimento mensal individual e familiar e se recebiam auxílio estudantil.

3.3 Procedimentos

Considerações éticas

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Rondônia, sob o número de certificação CAAE: 96183718.7.0000.5300. Todos os estudantes foram devidamente informados sobre os propósitos do estudo e forneceram o consentimento informado por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para preservar a privacidade dos estudantes, todas as respostas foram coletadas de maneira anônima e confidencial.

A coleta de dados foi realizada em um ambiente de sala de aula, de maneira coletiva. Durante sessões de aproximadamente 20 minutos, os participantes foram convocados a responder a uma série de questionários específicos pertinentes ao estudo.

Análise dos dados

Inicialmente, analisaram-se as estatísticas descritivas para determinar a distribuição das características sociodemográficas dos participantes. Além disso, as relações entre as variáveis contínuas foram examinadas por meio do cálculo do coeficiente de correlação de *Pearson*. Complementando as análises, foram conduzidas análises de regressão múltipla para explorar o poder preditivo dos domínios de qualidade de vida em relação ao *burnout* e à saúde geral dos estudantes.

4 | RESULTADOS

4.1 Níveis de Qualidade de Vida, *Burnout* e Transtornos Mentais Comuns

Foram estimados os escores médios relativos aos indicadores de qualidade de vida geral, aos domínios inerentes a essa variável, às dimensões da síndrome de *burnout* e aos fatores representativos de transtornos mentais comuns entre os estudantes universitários (Tabela 1).

Os participantes avaliaram a própria qualidade de vida situando-se no espectro entre “nem ruim nem boa” e “boa”, refletindo uma percepção intermediária da qualidade de vida. Em relação à satisfação com a própria saúde, nas duas semanas anteriores à resposta ao questionário, os participantes demonstraram sentimentos que variaram entre a indiferença e a satisfação. Analisando os domínios da qualidade de vida, os estudantes obtiveram escores mais elevados nos domínios de relação social e psicológico, enquanto os escores para os domínios físico e meio ambiente foram mais baixos.

No contexto da síndrome de *burnout*, constatou-se que os estudantes universitários vivenciam a exaustão emocional com uma frequência que oscila entre “algumas vezes ao mês” e “uma vez por semana”. Em relação à dimensão descrença, os relatos situaram-se entre “uma vez ao mês ou menos” e “algumas vezes ao mês”. Relativo à eficácia profissional, as respostas foram consistentes com a ocorrência de “uma vez por mês” e “algumas vezes por semana”. Isso sugere que os estudantes, com regularidade, sentem-se emocionalmente esgotados em virtude das demandas acadêmicas e têm se mostrado mais descrentes quanto à utilidade e ao interesse em seus estudos. Contudo, não se percebem como inaptos ou incompetentes e acreditam que os estudos proporcionam aprendizado valioso e interessante. Embora os resultados tenham indicado níveis médios para duas dimensões de *burnout* (exaustão emocional e cinismo/descrença), a síndrome em si não se fez presente, dado que o escore de eficácia profissional foi de médio a alto. Segundo Schaufeli et al. (2002), os indicativos de *burnout* incluem pontuações altas em exaustão emocional e cinismo/descrença e baixas em eficácia profissional.

Quanto à prevalência de transtornos mentais comuns, o estresse psíquico destacou-se como o mais comum entre os universitários (21,4%), seguido por distúrbios do sono (17,9%); desconfiança do desempenho (12,3%); distúrbios psicossomáticos (8,3%) e desejo de morte (5,6%). No que tange ao fator “severidade de ausência de saúde mental”, a maioria dos estudantes (52,2%) apresentou caso sem agravo, enquanto 41,5% encontravam-se em situação limítrofe e 6,3% apresentaram caso com agravo. Esses resultados foram avaliados conforme a tabela de normas de padronização do Questionário de Saúde Geral, validado no Brasil por Pasquali et al. (1994). Segundo esse instrumento, valores iguais ou superiores a 3.00 indicam um perfil sintomático de Transtornos Mentais Comuns.

| Variável | M | DP | Percentual | | |
|--|-------|------|--------------------|--------------------|---------------------|
| Qualidade de Vida global | 3.69 | 0.71 | | | |
| Percepção geral de saúde | 3.50 | 0.92 | | | |
| Domínio físico | 12.19 | 1.88 | | | |
| Domínio psicológico | 13.29 | 2.22 | | | |
| Domínio das relações sociais | 14.27 | 3.15 | | | |
| Domínio meio ambiente | 12.18 | 2.23 | | | |
| Exaustão emocional | 3.67 | 1.43 | | | |
| Descrença | 2.19 | 1.35 | | | |
| Eficácia profissional | 4.65 | 0.99 | | | |
| | | | Sintomático | Limítrofe | Assintomático |
| Estresse psíquico | 2.30 | 0.71 | 21,4% | 27,4% | 51,2% |
| Desejo de morte | 1.55 | 0.67 | 5,6% | 20,6% | 73,8% |
| Desconfiança no desempenho | 2.25 | 0.56 | 12,3% | 30,2% | 57,5% |
| Distúrbios do sono | 2.08 | 0.80 | 17,9% | 27,3% | 54,8% |
| Distúrbios psicossomáticos | 2.04 | 0.59 | 8,3% | 37,9% | 53,8% |
| Severidade da ausência de saúde mental | 2.10 | 0.53 | Com agravo 6,3% | Limítrofe 45,5% | Sem agravo 52,2% |

Tabela 1 - Escores Médios dos Indicadores de Qualidade de Vida, Burnout e Saúde geral (N = 301)

4.2 Relações e efeitos preditores da Qualidade de Vida sobre *Burnout* e Transtornos Mentais Comuns

Identificou-se uma correlação significativa entre os domínios de qualidade de vida e as dimensões do *burnout*, assim como com os fatores de saúde. Observou-se que conforme aumentava a qualidade de vida nesses domínios, diminuía a exaustão emocional, o desejo de morte, a desconfiança no desempenho, os distúrbios do sono, os distúrbios psicossomáticos e a severidade da ausência de saúde mental.

Neste mesmo contexto, uma tendência oposta foi identificada. A eficácia profissional, uma dimensão da síndrome de *burnout*, exibiu uma correlação positiva com os domínios de qualidade de vida. Ou seja, ao contrário das métricas adversas mencionadas anteriormente, a eficácia profissional tende a aumentar com o aumento nos níveis de qualidade de vida.

Com base nesses resultados, sugere-se que os estudantes universitários que apresentam altos níveis de qualidade de vida em seus vários domínios demonstram menores incidências em duas dimensões cruciais do *burnout*, bem como em todas as métricas de saúde geral avaliadas. Aprofundando ainda mais essa análise, percebe-se que os maiores escores de qualidade de vida entre os estudantes estão também associados a níveis mais elevados de eficácia profissional, conforme detalhado na Tabela 2.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
|--|--------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|----|
| 1. Domínio físico | - | | | | | | | | | | | | |
| 2. Domínio psicológico | .55** | - | | | | | | | | | | | |
| 3. Domínio das relações sociais | .43** | .51** | - | | | | | | | | | | |
| 4. Domínio meio ambiente | .50** | .57** | .46** | - | | | | | | | | | |
| 5. Exaustão Emocional | -.35** | -.29** | -.24** | -.30** | - | | | | | | | | |
| 6. Descrença | -.24** | -.29** | -.19** | -.20** | .38** | - | | | | | | | |
| 7. Eficácia Profissional | .30** | .40** | .26** | .22** | .01 | -.36** | - | | | | | | |
| 8. Estresse Psíquico | -.45** | -.44** | -.42** | -.45** | .51** | .39** | -.16** | - | | | | | |
| 9. Desejo de Morte | -.40** | -.44** | -.35** | -.41** | .34** | .38** | -.18** | .74** | - | | | | |
| 10. Desconfiança no Desempenho | -.50** | -.50** | -.45** | -.44** | .39** | .39** | -.28** | .83** | .71** | - | | | |
| 11. Distúrbios do Sono | -.39** | -.27** | -.32** | -.29** | .39** | .20** | .02 | .68** | .52** | .59** | - | | |
| 12. Distúrbios Psicossomáticos | -.37** | -.37** | -.39** | -.37** | .44** | .27** | -.12* | .75** | .53** | .68** | .67** | - | |
| 13. Severidade da ausência de Saúde Mental | -.50** | -.49** | -.47** | -.48** | .48** | .39** | -.19** | .94** | .81** | .91** | .76** | .83** | - |

*p < .05. **p < .01.

Tabela 2 – Correlações entre Qualidade de Vida, *Burnout* e Saúde Geral (n = 301)

A análise de regressão foi empregada para prever o impacto dos domínios de qualidade de vida sobre as dimensões do *burnout* e sobre os fatores de saúde geral. Conforme indicado na Tabela 3, os resultados da regressão demonstram que, em conjunto, os domínios de qualidade de vida predisseram significativamente as dimensões de exaustão emocional e eficácia profissional da síndrome de *burnout*. Os valores de R² foram de .15 e .18 (p < .001), respectivamente, e os valores de R² ajustado foram de .14 e .16, o que indica que os domínios de qualidade de vida previram 14% da variabilidade na exaustão emocional e 16% na eficácia profissional entre os universitários.

A magnitude e a direção das relações sugerem que níveis inferiores de qualidade de vida estão associados ao aumento da exaustão emocional, enquanto níveis mais elevados nos domínios físico, psicológico e de relações sociais estão associados ao aumento da percepção de autoeficácia profissional. Contudo, foi observado que a diminuição da

pontuação no domínio meio ambiente está associada ao aumento do nível de autoeficácia.

Além disso, os domínios de qualidade de vida influenciaram os níveis de estresse, desejo de morte, desconfiança no desempenho, distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos e severidade da ausência de saúde mental. Juntos, os domínios de qualidade de vida explicaram 37% da variabilidade do estresse, 25% do desejo de morte, 35% da desconfiança no desempenho, 17% dos distúrbios do sono, 22% dos distúrbios psicossomáticos e 36% da severidade da ausência de saúde mental entre estudantes universitários.

| Modelo | VI | R | R ² | R ² Ajustado | B | β | Erro padrão | F |
|--|--------------------------|-------|----------------|----------------------------|------|------|----------------|-------|
| Exaustão emocional | Domínio físico | .39** | .15 | .14 | -.72 | -.24 | 1.33 | 13.15 |
| | Domínio psicológico | | | | -.15 | -.06 | | |
| | Domínio relações sociais | | | | -.11 | -.06 | | |
| | Domínio meio ambiente | | | | -.30 | -.12 | | |
| Descrença | Domínio físico | .31 | .10 | .08 | -.31 | -.11 | 1.29 | 7.88 |
| | Domínio psicológico | | | | -.49 | -.20 | | |
| | Domínio relações sociais | | | | -.06 | -.04 | | |
| | Domínio meio ambiente | | | | -.04 | -.02 | | |
| Eficácia profissional | Domínio físico | .42** | .18 | .16 | .24 | .11 | .90 | 15.75 |
| | Domínio psicológico | | | | .62 | .35 | | |
| | Domínio relações sociais | | | | .08 | .06 | | |
| | Domínio meio ambiente | | | | -.12 | -.07 | | |
| Estresse | Domínio físico | .56** | .31 | .30 | -.32 | -.21 | .60 | 33.45 |
| | Domínio psicológico | | | | -.16 | -.12 | | |
| | Domínio relações sociais | | | | -.16 | -.18 | | |
| | Domínio meio ambiente | | | | -.24 | -.19 | | |
| Desejo de morte | Domínio físico | .51** | .26 | .25 | -.23 | -.16 | .58 | 26.1 |
| | Domínio psicológico | | | | -.25 | -.21 | | |
| | Domínio relações sociais | | | | -.08 | -.09 | | |
| | Domínio meio ambiente | | | | -.20 | -.17 | | |
| Desconfiança no desempenho | Domínio físico | .60** | .36 | .35 | -.28 | -.24 | .45 | 41.60 |
| | Domínio psicológico | | | | -.21 | -.21 | | |
| | Domínio relações sociais | | | | -.14 | -.19 | | |
| | Domínio meio ambiente | | | | -.12 | -.12 | | |
| Distúrbios do sono | Domínio físico | .43** | .18 | .17 | -.50 | -.29 | .74 | 16.71 |
| | Domínio psicológico | | | | .03 | .23 | | |
| | Domínio relações sociais | | | | -.17 | -.16 | | |
| | Domínio meio ambiente | | | | -.13 | -.09 | | |
| Distúrbios psicossomáticos | Domínio físico | .48** | .23 | .22 | -.19 | -.15 | .52 | 21.79 |
| | Domínio psicológico | | | | -.11 | -.10 | | |
| | Domínio relações sociais | | | | -.16 | -.21 | | |
| | Domínio meio ambiente | | | | -.15 | -.14 | | |
| Severidade da ausência de saúde mental | Domínio físico | .61** | .37 | .36 | -.26 | -.23 | .42 | 44.12 |
| | Domínio psicológico | | | | -.14 | -.14 | | |
| | Domínio relações sociais | | | | -.14 | -.21 | | |
| | Domínio meio ambiente | | | | -.18 | -.19 | | |

Tabela 3 - Modelos de Regressão dos Domínios de Qualidade de Vida sobre o *Burnout* e Transtornos Mentais Comuns

5 | DISCUSSÃO

O objetivo central deste estudo foi explorar o efeito preditor da qualidade de vida na saúde mental de universitários do Campus de Guajará-Mirim da Universidade Federal de Rondônia. Notavelmente, os resultados indicaram que a qualidade de vida, em seus diversos domínios, apresenta uma forte correlação com as dimensões de exaustão emocional e baixa eficácia profissional do *burnout*, além de estar associada a níveis comuns de transtornos mentais.

Ao aprofundar essa análise, observou-se que estudantes universitários que percebem sua qualidade de vida como inferior - nos domínios físico, psicológico, relacional e ambiental - tendem a relatar maior esgotamento físico e mental. Esses indivíduos frequentemente enxergam as demandas acadêmicas como excessivas, indicam possuir poucos recursos emocionais para lidar com situações estressantes e expressam sentimentos de incapacidade e insatisfação com os estudos. Em consonância com essas descobertas, a revisão sistemática de literatura conduzida por Ribeiro et al. (2018) também identificou uma correlação negativa entre qualidade de vida e *burnout*, reforçando a consistência dessas observações.

Além disso, a qualidade de vida demonstrou influenciar significativamente os cinco fatores da saúde geral, incluindo estresse psíquico, desejo de morte, desconfiança na capacidade de desempenho, distúrbios do sono e distúrbios psicossomáticos, bem como a severidade da ausência de saúde mental. Esses resultados sugerem que uma qualidade de vida reduzida pode desencadear o aumento de experiências negativas entre os estudantes universitários, como tensão, irritação, impaciência, cansaço e sobrecarga, intensificando a sensação de vida como um fardo constante.

Dessa perspectiva, torna-se evidente que as dimensões que compõem a qualidade de vida, incluindo o bem-estar social, psicológico e um estado de saúde adequado, podem atuar como recursos importantes de ajuste psicológico frente às demandas estressantes da vida universitária (Gambetta-Tessini et al., 2016; Pekmezovic et al., 2011). Esses fatores, por consequência, parecem ser cruciais para a preservação da saúde mental dos estudantes universitários.

Apoiamos essa linha de pensamento, uma vez que os resultados deste estudo sugerem que estratégias focadas na promoção da qualidade de vida podem desempenhar um papel vital na atenuação dos problemas de saúde mental entre estudantes universitários. Isso nos leva a uma reflexão final sobre a importância de se promover uma boa qualidade de vida como fator de proteção para a saúde mental dos estudantes universitários, conforme destacado por Seo et al. (2018). Nesse contexto, é imperativo que as investigações continuem sobre outras dimensões psicossociais e acadêmicas que influenciam a saúde mental, ampliando o escopo para estudantes de diferentes regiões do Brasil.

CONCLUSÃO

Em vista dos resultados e análises apresentados, conclui-se que os diversos domínios de qualidade de vida são fatores significativos para a proteção e manutenção da saúde mental da comunidade estudantil da Universidade Federal de Rondônia. Entende-se que, dada a grandeza do impacto negativo causado por problemas psicológicos na trajetória acadêmica e nas relações familiares e sociais desses estudantes, medidas urgentes devem ser tomadas.

O investimento em iniciativas institucionais e políticas públicas, voltadas para o aprimoramento da qualidade de vida da comunidade acadêmica, surge como uma estratégia vital. Sua implementação contribuiria para a promoção e preservação da saúde mental deste segmento significativo da população, auxiliando na construção de um ambiente universitário mais saudável.

Essa necessidade se torna ainda mais premente entre os estudantes que residem em regiões onde as oportunidades para a promoção das múltiplas dimensões de qualidade de vida são escassas. Nesses contextos, a demanda por políticas públicas e ações específicas torna-se ainda mais crucial, visando garantir que a experiência universitária seja marcada não somente pelo crescimento acadêmico, mas também pelo bem-estar mental.

Assim, reforça-se a necessidade de esforços contínuos e direcionados para entender melhor e agir sobre as variáveis que influenciam a qualidade de vida e, conseqüentemente, a saúde mental dos estudantes universitários. A execução de ações estratégicas e bem planejadas nesse sentido pode trazer benefícios duradouros não somente para os indivíduos diretamente envolvidos no contexto acadêmico, mas também para a sociedade em geral.

REFERÊNCIAS

ACHARYA, L.; JIN, L.; COLLINS, W. **College life is stressful today - emerging stressors and depressive symptoms in college students.** *Journal of American College Health*, v. 66, n. 7, p. 655-664, 2018. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1451869>

ALMEIDA, G. C. et al. **A prevalência da síndrome de burnout em estudantes de medicina.** *Arquivos de Psiquiatria Clínica*, v. 43, n. 1, p. 6-10, 2016. <https://dx.doi.org/10.1590/0101-60830000000072>

ASSUNÇÃO, D. et al. **A ocorrência da Síndrome de Burnout em universitários de cursos da área da saúde de uma instituição privada na região Norte de Minas Gerais:** um estudo transversal. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, v. 18, n. 1, p. 15-20, 2019. <http://dx.doi.org/10.9771/cmbio.v18i1.27685>

AUERBACH, R. P. et al. **WHO world mental health surveys international college student project:** Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, v. 127, n. 7, p. 623–638, 2018. <https://doi.org/10.1037/abn0000362>

BORGOGNA, N. C. et al. **Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity Anxiety and Depression Across Gender and Sexual.** *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, p. 1–10, 2018. <http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000306>

BULLOCK, G. et al. **The prevalence and effect of burnout on graduate healthcare students.** *Canadian Medical Education Journal*, v. 8, n. 3, p. 90–108, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5661741/>. Acesso em: 15 jul. 2022.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G.; OTTO, F.; KAUFFMANN, P. **Síndrome de burnout e coping em estudantes de psicologia.** *Boletim de psicologia*, v. 59, n. 131, p. 167-178, 2010.

CARLOTTO, M. S.; NAKAMURA, A. P.; CÂMARA, S. G. **Síndrome de Burnout em estudantes universitários da área da saúde.** *Psico*, v. 37, n. 1, p. 57-62, 2006.

CONCEIÇÃO, L. S. et al. **Saúde Mental dos Estudantes de Medicina Brasileiros: Uma Revisão Sistemática da Literatura.** *Avaliação*, Campinas, v. 24, n. 3, p. 785-802, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-40772019000300012>

EVANS-LACKO, S. E.; THORNICROFT, G. **Viewpoint: WHO World Mental Health Surveys International College Student initiative: Implementation issues in low and middle-income countries.** *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, v. 28, n. 2, 2019. <https://doi.org/10.1002/mpr.1756>.

FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ, C.; SOTO-LÓPEZ, T.; CUESTA, M. **Needs and demands for psychological care in university students.** *Psicothema*, v. 31, n. 4, p. 414–421, 2019. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.78>

FERREIRA, C. M. G.; KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; CORDEIRO, T. M. G. **Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e Fatores Associados em Estudantes de Medicina: um Estudo Comparativo.** *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 40, n. 2, p. 268–277, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n2e02812014>

FLECK, M. P. A. et al. **Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref.** *Revista de Saúde Pública*, v. 34, n. 2, p. 178–183, 2000. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102000000200012>

FLECK, M. P. A. et al. **Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100).** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 21, n. 1, p. 19–28, 1999. <https://doi.org/10.1590/s1516-44461999000100006>

FÓRUM NACIONAL DE PRÓ-REITORES DE ASSUNTOS ESTUDANTIS - FONAPRACE. **V Pesquisa Nacional de Perfil Socioeconômico e Cultural dos estudantes de graduação das Instituições Federais de Ensino Superior.** Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Estudantis. FONAPRACE, Uberlândia, 2019. Disponível em: <http://www.fonaprace.andifes.org.br/site/wp-content/uploads/2019/06/V-Pesquisa-do-Perfil-Socioecono%CC%82mico-dos-Estudantes-de-Graduac%CC%A7a%CC%83o-das-U.pdf>. Acesso em: 10 mai 2021

GALDINO, M. J. Q. et al. **Burnout among nursing students: a mixed method study.** *Investigación y Educación en Enfermería*, v. 38, n. 1, p. 1-5, 2020. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v38n1e07>

GAMBETTA-TESSINI, K. et al. **Coping strategies and the Salutogenic Model in future oral health professionals.** *BMC Medical Education*, v. 16, n. 224, p. 1-8, 2016. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0740-z>

GOLDBERG, D. **A bio-social model for common mental disorders**. Acta Psychiatrica Scandinavica, v. 90, n. 385, p. 66–70, 1994.

GOLDBERG, D. P. **The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire**. London: Oxford University Press, 1972.

GOMES, C. F. M. et al. **Transtornos mentais comuns em estudantes universitários: abordagem epidemiológica sobre vulnerabilidades**. SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas, v. 16, n. 1, p. 1-8, 2020. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.157317>

GRANER, K. M.; CERQUEIRA, A. T. A. R. **Revisão integrativa: sofrimento psíquico em estudantes universitários e fatores associados**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. 4, p. 1327–1346, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.09692017>

HERNÁNDEZ-TORRANO, D. et al. **Mental Health and Well-Being of University Students: A Bibliometric Mapping of the Literature**. Frontiers in Psychiatry, v. 11, p. 1–16, 2020. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01226>

JANUARY, J. et al. **Prevalence of depression and anxiety among undergraduate university students in low - and middle-income countries: A systematic review protocol**. Systematic Reviews, v. 7, n. 1, p. 1–5, 2018. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0723-8>

KARYOTAKI, E. et al. **Sources of Stress and Their Associations With Mental Disorders Among College Students: Results of the World Health Organization World Mental Health Surveys International College Student Initiative**. Frontiers in Psychology, v. 11, p. 1-11, 2020. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01759>

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. **The measurement of experienced burnout**. Journal of occupational Behavior, v. 2, p. 99-113, 1981. Disponível em: https://smlr.rutgers.edu/sites/default/files/documents/faculty_staff_docs/TheMeasurementofExperiencedBurnout.pdf. Acesso em: 12 mar 2021.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. **The job burnout**. Annual Review of Psychology, v. 52, n. 1, p. 397-422, 2001. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>

MORALES-RODRÍGUEZ, F. M.; PÉREZ-MÁRMOL, J. M.; BROWN, T. **Education Burnout and Engagement in Occupational Therapy Undergraduate Students and Its Associated Factors**. Frontiers Psychology, v. 10, n. 1, p. 1-11, 2019. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02889>

OTHMAN, N. et al. **Perceived impact of contextual determinants on depression, anxiety and stress: a survey with university students**. International Journal of Mental Health Systems, p. 1–10, 2019. <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0275-x>

PASQUALI, L. et al. **Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG): adaptação brasileira**. Psicologia: teoria e pesquisa, v. 10, n. 3, p. 421-437, 1994.

RIBEIRO, Í. J. S. et al. **Stress and Quality of Life Among University Students: A Systematic Literature Review**. Health Professions Education, v. 4, n. 2, p. 70–77, 2018. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hpe.2017.03.002>

SAEED, H. et al. **Determinants of Anxiety and Depression Among University Students of Lahore**. International Journal of Mental Health and Addiction, v. 16, n. 5, p. 1283–1298, 2018. <https://doi.org/10.1007/s11469-017-9859-3>

SALANOVA, M. et al. **How obstacles and facilitators predict academic performance**: The mediating role of study burnout and engagement. *Anxiety, Stress and Coping*, v. 23, n. 1, p. 53–70, 2009. <https://doi.org/10.1080/10615800802609965>

SCHAUFELI, W. B. et al. **The Measurement of Engagement and Burnout**: A Two Sample Confirmatory Factor ANALYTIC APPROACH. *Journal of Happiness Studies*, v. 3, p. 71-92, 2002. <https://doi.org/10.1023/A:1015630930326>

SHANKLAND, R. et al. **Burnout in university students: the mediating role of sense of coherence on the relationship between daily hassles and burnout**. *Higher Education*, v. 78, p. 91–113, 2019. <https://doi.org/10.1007/s10734-018-0332-4>

SMOLEN, J. R.; ARAÚJO, E. M. **Raça/Cor da Pele e Transtornos Mentais no Brasil**: Uma Revisão Sistemática. *Ciencia & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 12, p. 4021–4030, 2017. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.19782016>

SOUZA, M. R.; CALDAS, T. C. G.; ANTONI, C. **Fatores de adoecimento dos estudantes da área da saúde**: uma revisão sistemática. *Psicologia e Saúde Em Debate*, v. 3, n. 1, p. 99–126, 2017. <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V3N1A8>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL)**: position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)

WORLY, B. et al. **Burnout, perceived stress, and empathic concern**: differences in female and male Millennial medical students. *Psychology, Health & Medicine*, v. 24, n. 4, p. 429–438, 2018. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1529329>

A PRESENÇA DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DOS CURSOS DE SAÚDE

Data de submissão: 05/06/2023

Data de aceite: 03/08/2023

Gabriel Alves Ribeiro do Valle

Centro Universitário da Fundação de Ensino Octávio Bastos (UNIFEOB)
Mococa - SP
<https://lattes.cnpq.br/9230667856634074>

Amliton Cesar dos Santos

Centro Universitário da Fundação de Ensino Octávio Bastos (UNIFEOB)
São João da Boa Vista - SP
<http://lattes.cnpq.br/9669594587507675>

RESUMO: Os transtornos alimentares são comumente apontados na literatura como sendo pertencentes majoritariamente pelo sexo feminino e presente principalmente em adolescentes e adultos, ele é descrito no DSM-V como uma alteração no comportamento alimentar e pode trazer consequências negativas na saúde física e mental do indivíduo. Esse estudo teve como objetivo compreender primeiramente as alterações fisiológicas que estão envolvidos os transtornos alimentares, isso envolve: fatores neuronais, endócrinos, adipocitários, considerações relacionadas a genes que podem estar envolvidos ao transtorno alimentar, influência do estresse e por último analisar as alterações

funcionais no sistema nervoso em decorrência deste transtorno. Será aplicado o questionário EAT-26 em estudantes universitários dos cursos de saúde, com o objetivo de coletar os dados em relação aos alunos que podem apresentar traços deste transtorno. O método adotado no trabalho é o qualitativo, os resultados obtidos serão analisados entre grupos, estabelecendo-se assim uma média de respostas do teste da escala EAT-26 em cada grupo (de 1 a 5). Após isso será realizado o desvio padrão de cada grupo. Após feita a análise de dados, iremos comparar os dados obtidos com estudos realizados anteriormente que estão presentes na literatura.

PALAVRAS-CHAVE: transtornos alimentares; EAT-26 e universitários.

THE PRESENCE OF EATING DISORDERS IN UNIVERSITY STUDENTS IN HEALTH COURSES

ABSTRACT: Eating disorders are commonly pointed out in the literature as being predominantly female and present mainly in adolescents and adults, it is described in the DSM-V as a change in eating behavior and can have negative consequences on the individual's physical and mental health. This

study aimed to first understand the physiological changes that are involved in eating disorders, this involves: neuronal, endocrine, adipocyte factors, considerations related to genes that may be involved in eating disorders, influence of stress and finally to analyze the functional changes in the nervous system as a result of this disorder. The EAT-26 questionnaire will be applied to university students of courses in the health area, with the aim of collecting data regarding students who may show traits of this disorder. The method adopted in the work is qualitative, the results obtained will be analyzed between the groups, thus establishing an average of test responses of the EAT-26 scale in each group (from 1 to 5). After that, the standard deviation of each group will be performed. After analyzing the data, we will compare the data obtained with studies already carried out and present in the literature.

KEYWORDS: eating disorders; EAT-26 and college students

1 | INTRODUÇÃO

Na história da humanidade, nossos ancestrais comiam raízes e frutas, logo depois descobrem o fogo e temos a caça e pesca. Com o comércio, houve a diversificação de alimentos entre continentes, na idade média, o destaque era especiarias. Décadas depois a agricultura se torna sinônimo de lucro, e, atualmente, com o surgimento da indústria, houve o desenvolvimento de várias comodidades, como alimentos industrializados que favorecem o crescimento de transtornos alimentares ABREU, Edeli Simioni et al (2001). Esses transtornos, geralmente se iniciam na infância ou adolescência, sendo comum em mulheres, com isso, em ambas as fases, o fator ambiental está envolvido, a família e escola na infância e o fator social na adolescência. Nesse sentido, os indivíduos com o transtorno comem em excesso ou comem muito abaixo do esperado (APPOLINÁRIO, 2000).

Existe uma dificuldade em traçar dados específicos relacionados ao transtorno, os que se tem são de precedência clínica. Estima-se que os transtornos alimentares tenham dobrado nas duas últimas décadas, principalmente pelo diagnóstico que se tornou cada vez mais preciso. As pessoas do sexo feminino (adolescente e adultos) são aquelas mais acometidas por estes transtornos, ou seja, a cada 10 indivíduos, 9 são mulheres e 1 homem. Na Anorexia Nervosa, os dados mostram uma prevalência de 8 em cada 100 mil indivíduos do sexo feminino por ano. Já no masculino essa prevalência é de 0,5 a cada 100 mil indivíduos por ano. Outro transtorno, a Bulimia Nervosa acomete 13 em cada 100 mil indivíduos por ano (PINZON; NOGUEIRA, 2004). Há também o padrão familiar, onde parentes de primeiro grau de pessoas com anorexia nervosa e bulimia nervosa possuem mais chances de desenvolver o transtorno.

Voltando-se a perspectiva orgânica, existem aspectos neuronais, endócrinos e adipocitários, além do intestinais que estão envolvidos no controle da ingestão alimentar (HALPERN et al., 2004). Fatores neuronais estão relacionados diretamente ao sistema nervoso central, o hipotálamo exerce uma função fundamental nos hormônios de fome e saciedade. Os neuropeptídeos orexígenos onde sua função é estimular o apetite, conta com o neuropeptídeo Y e também a proteína agouti (AGRP), a qual atua na regulação da

alimentação e do peso corporal. Já os neuropeptídeos anorexígenos têm como função inibir o apetite, o hormônio alfa-melanócito estimulador (Alfa-MSH) estimulado pela leptina e por um sono regulado inibe a fome, e o CART que tem como função garantir o balanço energético (BARBOSA, 2006).

Nos fatores endócrinos, encontramos a grelina, leptina, insulina e a serotonina exercendo papéis essenciais. Começando pela grelina, localizada no cromossomo 3p e composta por 28 aminoácidos, possui diversas funções em nosso organismo, como estimular a liberação do hormônio do crescimento (GH) e atuar no sistema cardiovascular, porém onde ela se destaca é em promover o apetite. É possível observar uma alta concentração de grelina em jejum e também geralmente antes das refeições, desse modo, ela promove a vontade de ingerir uma refeição calórica (GUALILLO et al., 2002). A leptina com a localização no cromossomo 7q31 é produzida por células adiposas (brancas) nos humanos. Sua atuação se baseia na regulação da saciedade, dessa forma, ela age no hipotálamo e sistema nervoso a partir da ativação de receptores específicos, o ObRb que é formado por muitos aminoácidos e está localizado no hipotálamo, e o ObRa, localizado em outros órgãos como o pâncreas, tem por característica uma menor quantidade de aminoácidos (ROMERO; ZANESCO, 2006). Sendo assim, a leptina atua inibindo os neuropeptídeos de apetite (NPY e AGRP), além de ser proporcional a níveis de adiposidade, quanto mais comida, mais leptina.

Outros autores, (CORRÊA, R. et al., 2012) enfatizaram sua relação com a anorexia, tanto como seus níveis de concentração no organismo influenciam no comportamento alimentar.

A leptina em baixa concentração (influenciado pela perda de peso, os níveis de leptina tendem a diminuir) tem se mostrado um importante indicador de anorexia. As mulheres são mais resistentes a esse hormônio, o qual tem como umas das funções a regulação do apetite, o que explica o motivo de serem predominantes em TA's. Misra M, et al (2005) realizaram um estudo em que seria possível que a leptina influenciasse a função neuroendócrina e níveis hormonais como o GH, cortisol, TSH e o LH, porém ainda não há uma definição se a alteração desses hormônios tem como resultado o nível baixo de leptina em indivíduos com a anorexia.

A insulina, secretada pelo pâncreas, também é proporcional a quantidade de tecido adiposo presente no organismo, ou seja, quanto mais estoque de comida, maior será o nível de insulina presente naquele momento. Junto a leptina, ela atua no núcleo arqueado do hipotálamo promovendo a saciedade (HALPERN et al., 2004). Já o triptofano, encontrado em alimentos proteicos é um aminoácido fundamental para o nosso organismo produzir a serotonina(5-HT) a qual além de estar envolvida em outras funções do organismo, contribui na saciedade, controle de peso e controle de comer doces (FEIJÓ et al., 2011)

O intestino tem como função regular a fome ou saciedade. O trato gastrointestinal junto a diferentes outros fatores age principalmente no sistema nervoso central para regular

a fome ou saciedade. Sendo assim, os peptídeos intestinais como o CCK, PYY, OXM atuam diretamente na saciedade, já a grelina estimula a fome (HALPERN et al., 2004).

Como já foi deixado explícito anteriormente, os TA's não possuem uma etiologia concreta, sendo multideterminado, cabe agora analisar algumas destas perspectivas.

Ao analisar a perspectiva genética, é possível observar que a Anorexia Nervosa possui estudos mais sólidos e em maior quantidade se comparado com os outros demais.

Estudos com gêmeos apontam que parentes de primeiro grau de indivíduos com o TA possuem 10x mais chances de desenvolver um durante a vida do que aqueles que não possuem um familiar com o transtorno.

Os únicos estudos com significado estatístico e, por isso, um indicativo para relacionar a uma ligação na anorexia nervosa é no gene DYX8.

O mapeamento no cromossomo 1 permitiu que se identificasse os genes que são receptor de serotonina, como o HTR1D e o receptor delta 1 opioide OPRD1 (Esteves, B. R, 2020).

Em experimentos com ratos, pesquisadores têm inativado o gene EBF1, o qual é relacionado a um nível baixo de circulação da leptina no organismo, dessa maneira este gene tem sido associado a fisiopatologia da anorexia nervosa.

Vale a pena citar também a proteína ESRRRA a qual possui uma função importante na plasticidade neuronal e, uma vez que pacientes com o TA apresenta uma diminuição de atividade dessa proteína, pode-se aumentar as chances de disfunção neuronal, ou seja, os neurônios perdem suas capacidades funcionais (Esteves, B. R, 2020).

Dentre os fatores de risco para transtornos alimentares já mencionados anteriormente, o estresse ocupa um lugar “especial”.

Quando vivenciamos uma situação estressante, tendemos a alterar nossa alimentação normal e ingerir alimentos calóricos justamente para combater aquela situação estressante e obter uma recompensa a curto prazo. O problema nisso está justamente ao ingerir determinados alimentos que são altamente calóricos, o que pode resultar no desenvolvimento de um possível TA, como o de compulsão alimentar periódica. (MATOS et al,2021)

Considerando a perspectiva fisiológica, a resposta do organismo ao estresse pode ser explicada a partir da teoria Síndrome de Adaptação Geral de Hans Selye, a qual possui três estágios: a reação ao alarme que é mediada pelo sistema nervoso autônomo simpático liberando adrenalina e noradrenalina após isso, se persistir ocorre a fase da resistência onde, através da liberação do cortisol o organismo se adapta frente aquele estímulo estressor na tentativa de voltar a homeostase, quando não há esta adaptação surge a fase da exaustão e é nessa fase que pode ocorrer o desenvolvimento de psicopatologias. BOFF, et al (2021). Quando o estresse é crônico, ele possui uma longa duração e pode sobrecarregar os mecanismos homeostáticos do organismo e geralmente está envolvido na etiologia da obesidade e de outras doenças metabólicas. (Bittencourt, 2015)

Um outro tópico importante a ser abordado para se ter uma compreensão geral dos transtornos alimentares é analisar as alterações no sistema nervoso que o transtorno alimentar pode causar no indivíduo.

Foi notado mudanças estruturais e volumétricas (atreladas ao sistema de recompensa) no que tange a anorexia nervosa, o qual conta principalmente com a ínsula, a qual é responsável pela gustação, córtex pré frontal como mediador de decisão e a amígdala dando reações emocionais. SILVA (2018).

Debruçando os circuitos deste sistema ao qual estão relacionados ao comer, temos a área tegmental ventral, a qual é um dos principais centros de dopamina. Indo adiante, o núcleo accumbens é responsável pela ação motora (dirigida pela dopamina) em direção ao alimento (além do núcleo accumbens, podemos citar também o núcleo caudado e o putâmen envolvidos na ação motora).

Pesquisas com animais e estudos de neuroimagem apontam que esta circuitaria do sistema de recompensa está alterada em indivíduos com o TA, em decorrência de comportamentos como compulsão alimentar, restrição e purgação. (Berner LA, et al)

Como já foi deixado explícito anteriormente, um dos focos deste trabalho é identificar a prevalência dos transtornos alimentares, analisar sua fisiopatologia e fatores do desenvolvimento que contribuem para com essa patologia. Para isso, iremos aprofundar ainda mais, seguindo o que há de mais recente na literatura que engloba os seguintes tópicos: anorexia nervosa, compulsão alimentar e bulimia nervosa.

Anorexia Nervosa: A anorexia nervosa pode ser descrita como uma condição onde o indivíduo geralmente têm um peso totalmente abaixo do esperado do IMC, causados por uma alteração em sua imagem corporal, e por adotar um comportamento alimentar altamente restritivo, além de um desejo intenso de estar dentro dos padrões de beleza de um determinado contexto cultural. Algumas das características observadas nessas pessoas é um humor depressivo e há uma tendência em optarem por ficarem sozinhas (Schmidt & Mata, 2008)

Atualmente a anorexia vem sendo bastante estudada, alguns dos estudos atuais podemos citar (Frank GKW et al., 2019) que levantaram dados dos últimos anos a respeito do que há de novidade no campo da neurobiologia da anorexia nervosa. Conforme a literatura já apontou, o volume da substância cinzenta diminui em pacientes anoréxicos, porém, segundo os autores, o volume da substância cinzenta tende a se recuperar após o aumento de peso. Um outro ponto também discutido por eles e que Haynos, AF et al., 2019 trabalhou com esta ideia foi de que a formação de hábito do comportamento anoréxico, permitida pelo sistema de recompensa, dificulta a superação do transtorno, ou seja, a medida que aquele indivíduo vivencia os sintomas da anorexia (preocupação constante em estar abaixo do peso, culpa...etc) ao longo do tempo, mais difícil fica de isso ser superado, e por isso que provavelmente a terapia vem se mostrando bem eficaz no tratamento a anorexia, por trabalhar fortemente na manutenção desses hábitos. Schlegl, S.et al.,(2020)

foram os responsáveis pela primeira pesquisa realizada de maneira ampla com a finalidade de identificar os impactos causados pela pandemia do Covid-19 em ex pacientes anoréxicos. Os resultados que eles encontraram foi de que os participantes relataram uma piora nos sintomas, surgimento de novos sintomas de ansiedade e depressão e também um prejuízo na qualidade de vida.

Um dos problemas encontrados em pacientes anoréxicos internados que estão em fase de tratamento, conforme aponta Barko e Moorman (2023) é de que em determinadas situações, a própria equipe de profissionais acaba caindo no erro de pacientes que estão um pouco acima do peso comparado aos outros, não deve estar em um caso tão grave e de certa maneira isso acaba interferindo negativamente no tratamento daquele indivíduo.

Compulsão Alimentar: Uma definição geral de compulsão alimentar é basicamente ingerir uma quantidade exorbitante de alimentos no intervalo de algumas horas, concomitantemente ter pensamentos e sentimentos negativos, relacionados a culpa/tristeza e ainda isso se repetir por semanas/meses. (Pivetta et al., 2010)

Em seu estudo, Nagata et al (2021) associaram o tempo de tela em televisões, videogames e vídeos com a compulsão alimentar em crianças de 9 a 10 anos de idade. O resultado desse estudo mostrou, segundo os autores, confirmando dados anteriores de que crianças expostas a um tempo de tela superior ao recomendado estão aumentando as chances de desenvolver um transtorno de compulsão alimentar no futuro.

Em um outro estudo, os pesquisadores tinham como objetivo de certa maneira medir o estado emocional em pacientes com compulsão alimentar antes e depois do episódio. O resultado que chegaram, foi de que minutos e horas antes do episódio eles experimentaram um afeto negativo e após o episódio seu humor melhorava, porém, os pesquisadores também notaram um aspecto que talvez esteja mais aparente em indivíduos dos quais sofrem de compulsão alimentar, que foi a culpa. Momentos antes da compulsão, os participantes relataram estar culpado por aquele comportamento e isso alterava seu humor momentaneamente para negativo. Esses achados se confirmam ao fazer parte de um dos critérios para transtorno de compulsão alimentar do DSM-V , o qual é sentir-se culpado e experimentar sintomas de depressão. Segundo os pesquisadores, esse ciclo de humor negativo momentos antes e após o episódio uma melhora, pode reforçar negativamente e ocorrer futuramente novos episódios (Schaefer et al., 2020)

Outros pesquisadores, (Sampedro-Piquero P., et al 2022) têm apontado a relação entre o uso abusivo de álcool em conjunto com a compulsão alimentar, segundo eles, geralmente a compulsão precede o uso de álcool, ou seja, quando uma determinada pessoa tem uma crise de compulsão, após isso ela sente culpa e vergonha e para se esquivar/fugir ela acaba ingerindo álcool e isso se torna um ciclo vicioso.

Uma outra análise avaliando as consequências de um trauma passado e de um trauma recente foi feito por (Hermes, G., et al 2021) nele, participantes que tiveram um trauma no passado e eram expostos tinham sintomas depressivos e também uma quantidade

elevada de cortisol, o que por ventura poderia aumentar as chances de um episódio de compulsão alimentar (como mencionado antes) e também o uso de substâncias. Quando eram expostos a traumas do presente, havia uma piora no estilo de vida, abuso de álcool e também apresentavam o comer emocional.

Bulimia Nervosa: A característica principal da bulimia é uma distorção da imagem corporal e o ideal de alcançar padrões corporais idealizados pela sociedade, além de pacientes com esse distúrbio apresentarem problemas emocionais como baixa autoestima e depressão. É comum para os indivíduos bulímicos exibir quadros de compulsão alimentar periódica seguido por métodos de compensação, como atividade física exagerada e uso de laxantes (Romaro et al., 2002)

O neurotransmissor serotonina está intimamente relacionado ao comportamento alimentar, McDonald S. (2019) indicou que em pacientes mulheres bulímicas, há menos transportadores de serotonina comparado a pessoas saudáveis, logo existe menos circulação desse neurotransmissor pelo organismo ocasionando assim um dos fatores de desbalanceamento do comportamento alimentar.

Um estudo conduzido por pesquisadores brasileiros buscou analisar fatores de risco para a bulimia em adolescentes, eles encontraram nos participantes do estudo pontos em comum que pode favorecer de alguma forma o comportamento bulímico, dentre todos os pontos listados pelos autores, dois se destacam, são eles: jejum por um dia inteiro e episódio de compulsão alimentar periódica seguido por culpa (Brandt et al., 2019)

Um dos grupos de pesquisadores pioneiros no estudo do impacto da pandemia em pacientes com transtornos alimentares, buscou dessa vez compreender o impacto da pandemia do covid-19 em pacientes bulímicos ex-internados. Os participantes do estudo relataram, não muito diferente do quadro de outros indivíduos dos quais possuem outros tipos de transtorno alimentar que também vivenciaram o período da pandemia, uma piora nos sintomas bulímicos e na qualidade de vida. (Schlegl, S. et al., 2020)

Um estudo, de caráter longitudinal, contando com um grupo controle buscou compreender as consequências que a pandemia acarretou para pacientes com transtornos alimentares. Nele, os resultados que obtiveram foi de que o período da pandemia prejudicou os indivíduos que estavam na fase de recuperação, e os participantes do estudo relataram um aumento em exercícios físicos compensatórios e também em compulsão alimentar (Castellini G et al., 2020)

Transtornos Alimentares em Universitários: Com a finalidade de direcionar o foco deste trabalho para o tema proposto, iremos analisar os estudos presentes na literatura dos quais abarcam a prevalência de transtornos alimentares em universitários, em especial, cursos do campo da saúde. Um estudo realizado no Nordeste do Brasil relatou um achado bem interessante, onde os participantes daquela região possuíam um maior índice de insatisfação corporal do que pessoas que participaram de estudos semelhantes na região sul e sudeste (Santos et al., 2021)

Um outro estudo buscou relacionar sintomas de transtornos alimentares, depressão e risco para suicídio em universitários dos cursos da saúde (Nascimento et al., 2019). O resultado encontrados pelos pesquisadores foi de uma maior prevalência de sintomas de transtorno alimentar no sexo feminino, risco elevado para suicídio e uma proporção considerável de sintomas depressivos, além de também haver uma correlação entre risco para suicídio e depressão.

Alguns autores também vem propondo que existe alguns fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares em universitários, como já foi exposto anteriormente, porém há também outros fatores que não foram ditos previamente nos quais também pode resultar no desenvolvimento da patologia, são eles: insatisfação corporal, prática de atividades físicas, obesidade, medidas para alteração do peso e adoecimentos prévios (de Souza Lima et al., 2022).

Um outro estudo feito por Gabarra e colaboradores (2022) efetuou uma revisão em que consistia avaliar a insatisfação corporal entre estudantes universitários dos cursos de saúde. Nele, estudantes do curso de Nutrição se destacaram dentre os demais. Além disso, os autores realizaram uma organização de fatores de risco para o desenvolvimento de TA, esses fatores de risco já são conhecidos pela a literatura, porém, poucos autores buscar organizar isso de fato, são eles: fatores predisponentes (precedentes genéticos e interação sociocultural da magreza), os precipitantes (fazer dieta, estresse) e mantenedores (as consequências do transtorno)

Uma pesquisa semelhante utilizando o EAT-26 também indicou uma maior prevalência para estudantes do curso de Nutrição, além disso, os autores também propuseram, considerando toda a literatura que embasa a prevalência de TA's em universitários, que fosse criada políticas pública favorecendo a qualidade de vida para universitários, principalmente de baixa renda (Costa et al., 2018)

Para finalizar, a alta dos transtornos se deve principalmente pelo culto ao corpo que o setor midiático impõe, com isso os jovens na tentativa de se adequar ao ambiente, realizam comportamentos alimentares inapropriados, desenvolvendo patologias como a anorexia nervosa, compulsão alimentar, ortorexia nervosa, entre outros (MENON et al., 2019). Com isso, para compreender os transtornos alimentares, o ponto de vista fisiológico se mostra eficiente para demonstrar o desenvolvimento e danos causados em nosso organismo decorrentes deste transtorno.

REFERÊNCIAS

Abreu, E. S. D., Viana, I. C., Moreno, R. B., & Torres, E. A. F. D. S. (2001). **Alimentação mundial: uma reflexão sobre a história**. Saúde e sociedade, 10, 3-14.

Appolinário, J. C., & Claudino, A. M. (2000). **Transtornos alimentares**. Brazilian Journal of Psychiatry, 22, 28-31.

BARBOSA, P. R. **Controle Neuroendócrino da Saciedade**. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/lacvet/site/wp-content/uploads/2013/05/monografia_Pati.pdf>.

Barko, E.B., Moorman, S.M. **Weighing in: qualitative explorations of weight restoration as recovery in anorexia nervosa**. *J Eat Disord* 11, 14 (2023). <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00736-9>

Berner LA, Brown TA, Lavender JM, Lopez E, Wierenga CE, Kaye WH. **Neuroendocrinology of reward in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Beyond leptin and ghrelin**. *Mol Cell Endocrinol*. 2019 Nov 1;497:110320. doi: 10.1016/j.mce.2018.10.018. Epub 2018 Nov 2. PMID: 30395874; PMCID: PMC6497565.

Bittencourt, K. F. (2015). **Revisão da Literatura: Obesidade, Alimentação e Estresse**. Unilasalle.

Boff, S. R., & Oliveira, A. G. (2021). **Aspectos fisiológicos do estresse: uma revisão narrativa**. *Research, Society and Development*, 10(17), e82101723561-e82101723561.

Brandt, L. M. T., Fernandes, L. H. F., Aragão, A. S., Luna, T. P. D. C., Feliciano, R. M., Auad, S. M., & Cavalcanti, A. L. (2019). **Comportamento de risco para bulimia em adolescentes**. *Revista Paulista de Pediatria*, 37, 217-224.

Castellini G, Cassioli E, Rossi E, Innocenti M, Gironi V, Sanfilippo G, Felciai F, Monteleone AM, Ricca V. **The impact of COVID-19 epidemic on eating disorders: A longitudinal observation of pre versus post psychopathological features in a sample of patients with eating disorders and a group of healthy controls**. *Int J Eat Disord*. 2020 Nov;53(11):1855-1862. doi: 10.1002/eat.23368. Epub 2020 Aug 28. PMID: 32856333; PMCID: PMC7461528.

Corrêa, Roberta de Oliveira, Pimentel, Sílvia Cristina da Silva e Cortez, Célia Martins **Leptina e anorexia nervosa**. *Psicologia Clínica* [online]. 2012, v. 24, n. 1 [Acessado 15 Agosto 2022], pp. 165-180. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-56652012000100011>>. Epub 19 Jul 2012. ISSN 1980-5438. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652012000100011>.

Costa DG, Carleto CT, Santos VS, Haas VJ, Gonçalves RMDA, Pedrosa LAK. **Quality of life and eating attitudes of health care students**. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(Suppl 4):1642-9. [Thematic Issue: Education and teaching in Nursing] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0224>

de Matos, S. M. R., & de Sales Ferreira, J. C. (2021). **Estresse e comportamento alimentar**. *Research, Society and Development*, 10(7), e26210716726-e26210716726.

de Souza Lima, R. B., de Melo Santos, W. J., Ferreira, R. C., & do Amaral, A. A. G. F. (2022). **Fatores associados ao risco de transtorno alimentar em estudantes de centros universitários de Maceió-AL**. *RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 16(103), 661-669.

Esteves, B. R. (2020). **Distúrbios alimentares: contributos da genética na anorexia nervosa** (Bachelor's thesis, [sn]).

Feijó, F. D. M., Bertoluci, M. C., & Reis, C. (2011). **Serotonina e controle hipotalâmico da fome: uma revisão**. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 57, 74-77.

Frank GKW, Shott ME, DeGuzman MC. **Recent advances in understanding anorexia nervosa**. *F1000Res*. 2019 Apr 17;8:F1000 Faculty Rev-504. doi: 10.12688/f1000research.17789.1. PMID: 31069054; PMCID: PMC6480957.

Gabarra, C. C. B., Carneiro, P. B. G., & Ferreira, V. A. (2022). **Alimentação, corpo e imagem: transtornos alimentares entre universitárias da área da saúde.** RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, 16(102), 605-619.

Gil, A. C. (2008). Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. Editora Atlas SA.

Gualillo, O., Caminos, J. E., Nogueiras, R., Seoane, L. M., Arvat, E., Ghigo, E., ... & Diéguez, C. (2002). **Effect of food restriction on ghrelin in normal-cycling female rats and in pregnancy.** Obesity research, 10(7), 682-687.

Halpern, Z. S., Rodrigues, M. D. B., & Costa, R. F. D. (2004). **Determinantes fisiológicos do controle do peso e apetite.** Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), 31(4), 150-153.

Haynos AF, Hall LMJ, Lavender JM, Peterson CB, Crow SJ, Klimes-Dougan B, Cullen KR, Lim KO, Camchong J. **Resting state functional connectivity of networks associated with reward and habit in anorexia nervosa.** Hum Brain Mapp. 2019 Feb 1;40(2):652-662. doi: 10.1002/hbm.24402. Epub 2018 Sep 25. PMID: 30251758; PMCID: PMC6314844.

Hermes G, Fogelman N, Seo D, Sinha R. **Differential effects of recent versus past traumas on mood, social support, binge drinking, emotional eating and BMI, and on neural responses to acute stress.** Stress. 2021 Nov;24(6):686-695. doi: 10.1080/10253890.2021.1877271. Epub 2021 Feb 17. PMID: 33595411.

McDonald S. **Understanding the genetics and epigenetics of bulimia nervosa/bulimia spectrum disorder and comorbid borderline personality disorder (BN/BSD-BPD): a systematic review.** Eat Weight Disord. 2019 Oct;24(5):799-814. doi: 10.1007/s40519-019-00688-7. Epub 2019 May 22. PMID: 31119586; PMCID: PMC6751148.

Menon, A. M., Blanco, M. B., & Bernardelli, M. S. (2019). **Ações de intervenção e orientação nutricional para estudantes com transtornos alimentares no Brasil: Uma revisão sistemática de literatura.** Revista Conhecimento Online, 2, 93-113.

Misra M, Miller KK, Kuo K, Griffin K, Stewart V, Hunter E, Herzog DB, Klibanski A. **Secretory dynamics of ghrelin in adolescent girls with anorexia nervosa and healthy adolescents.** Am J Physiol Endocrinol Metab. 2005 Aug;289(2):E347-56. doi: 10.1152/ajpendo.00615.2004. Epub 2005 Mar 8. PMID: 15755766.

Nagata JM, Iyer P, Chu J, Baker FC, Pettee Gabriel K, Garber AK, Murray SB, Bibbins-Domingo K, Ganson KT. **Contemporary screen time modalities among children 9-10 years old and binge-eating disorder at one-year follow-up: A prospective cohort study.** Int J Eat Disord. 2021 May;54(5):887-892. doi: 10.1002/eat.23489. Epub 2021 Mar 1. PMID: 33646623; PMCID: PMC9714253.

Nascimento, V. S. D., Santos, A. V. D., Arruda, S. B., Silva, G. A. D., Cintra, J., Pinto, T. C. C., & Ximenes, R. C. C. (2019). **Associação entre transtornos alimentares, suicídio e sintomas depressivos em universitários de cursos de saúde.** Einstein (São Paulo), 18.

Pinzon, V., & Nogueira, F. C. (2004). **Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares.** Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), 31, 158-160.

Pivetta, L. A., & Gonçalves-Silva, R. (2010). **Compulsão alimentar e fatores associados em adolescentes de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, 26, 337-346.

Romaro, R. A., & Itokazu, F. M. (2002). **Bulimia nervosa: revisão da literatura.** *Psicologia: Reflexão e crítica*, 15, 407-412.

Romero, C. E. M., & Zanesco, A. (2006). **O papel dos hormônios leptina e grelina na gênese da obesidade.** *Revista de Nutrição*, 19, 85-91.

Sampedro-Piquero P, Zancada-Menéndez C, Bernabéu-Brotons E, Moreno-Fernández RD. **The Relationship between Binge Drinking and Binge Eating in Adolescence and Youth: A Systematic Review and Meta-Analysis.** *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Dec 23;20(1):232. doi: 10.3390/ijerph20010232. PMID: 36612554; PMCID: PMC9819376.

Santos, M. M. D., Moura, P. S. D., Flauzino, P. A., Alvarenga, M. D. S., Arruda, S. P. M., & Carioca, A. A. F. (2021). **Comportamento alimentar e imagem corporal em universitários da área de saúde.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 70, 126-133.

Schaefer, L. M., Smith, K. E., Anderson, L. M., Cao, L., Crosby, R. D., Engel, S. G., Crow, S. J., Peterson, C. B., & Wonderlich, S. A. (2020). **The role of affect in the maintenance of binge-eating disorder: Evidence from an ecological momentary assessment study.** *Journal of Abnormal Psychology*, 129(4), 387–396. <https://doi.org/10.1037/abn0000517>

Schlegl S, Maier J, Meule A, Voderholzer U. **Eating disorders in times of the COVID-19 pandemic- Results from an online survey of patients with anorexia nervosa.** *Int J Eat Disord*. 2020 Nov;53(11):1791-1800. doi: 10.1002/eat.23374. Epub 2020 Aug 25. PMID: 32841413; PMCID: PMC7461418.

Schmidt, E., & Mata, G. F. D. (2008). **Anorexia nervosa: uma revisão.** *Fractal: Revista de Psicologia*, 20, 387-400.

SILVA, N. A. D. (2018). **Avaliação das alterações anatômicas cerebrais em adolescentes com bulimia nervosa: um estudo de neuroimagem.** Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/32307>.

CONCIENCIA AMBIENTAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS, HUÁNUCO- PERÜ

Data de aceite: 03/08/2023

Lilia Lucy Campos Cornejo

Universidad Nacional Hermilio Valdizán de
Huánuco- Perú
<https://orcid.org/0000-0003-0423-4704>

Miguel Angel Jaimes Campos

Universidad Nacional Mayor de San
Marcos-Perú
<https://orcid.org/0000-0002-9031-2416>

Yaneth Elena Rufino Meléndez

Universidad Nacional Hermilio Valdizán de
Huánuco- Perú
<https://orcid.org/0000-0003-4961-4495>

RESUMEN: El estudio tuvo como objetivo, determinar las dimensiones cognitivas, afectivas y conativas sobre la conciencia ambiental en estudiantes universitarios de la ciudad de Huánuco, siendo un tipo de investigación descriptiva, la muestra estuvo conformado por 350 estudiantes a quienes se les aplicó el Cuestionario de Educación Ambiental, obteniendo los siguientes resultados. La mayoría de la muestra de estudio presentaron un nivel promedio sobre conciencia ambiental tanto en la dimensión cognitiva, afectiva y conativo, sin embargo el 30% de estudiantes señalaron que hay poco interés por participar de campañas y

actividades que promuevan el cuidado y la preservación del medio ambiente y un 46%, opinaron que se requiere mayor conciencia ambiental en cuanto al manejo de los desechos y la promoción de una cultura sostenible de respeto, compromiso y plan de acción sobre el medio ambiente.

PALABRAS CLAVES: Conciencia Ambiental, cognitivo, afectivo, conativo
Consciência ambiental em estudantes universitários, Huanuco - Peru

CONSCIÊNCIA AMBIENTAL EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS, HUANUCO - PERU

RESUMO: O objetivo do estudo foi determinar as dimensões cognitiva, afetiva e conativa da consciência ambiental em estudantes universitários da cidade de Huánuco, sendo um tipo de pesquisa descritiva, a amostra foi composta por 350 estudantes aos quais foi aplicado o Questionário de Educação. obtendo os seguintes resultados. A maior parte da amostra do estudo apresentou um nível médio de consciência ambiental tanto na dimensão cognitiva, afetiva e conativa, porém, 30% dos alunos indicaram que há pouco interesse em participar de

campanhas e atividades que promovam o cuidado e a preservação do meio ambiente. meio ambiente e 46% acreditam que é necessária uma maior consciência ambiental em termos de gestão de resíduos e promoção de uma cultura sustentável de respeito, compromisso e plano de ação sobre o meio ambiente.

PALAVRAS-CHAVE: Consciência Ambiental, cognitiva, afetiva, conativa

INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas que preocupa en la actualidad, es la creciente contaminación del ambiente relacionado con los recursos naturales básicos (aire, agua, suelo); en el mismo sentido se pronunció el Banco Mundial al sostener que la conservación atmosférica es elemental para evitar la propagación de enfermedades (Narain, 2020). Es por ello ,que el desarrollo de la conciencia ambiental requiere de estrategias en todos los niveles para hacer frente a la problemática generada por la contaminación principalmente en el ámbito educativo donde se deben dar aprendizajes para racionar energía, agua, consumir productos frescos y enseñar a los escolares a valorar la naturaleza (Educa 2021). Esto implica el cuestionamiento a nuestro comportamiento y los estilos de vida respecto al medio ambiente por lo que desde diversos ámbitos (científicos, políticos y culturales), se intente buscar soluciones a tales problemas.

A partir de estas iniciativas en todos los países y específicamente en América Latina comenzaban a impulsarse numerosos programas académico en temas ambientales y la incorporación de la dimensión ambiental en el currículo de la educación formal. González Muñoz (1996), señala que estas reuniones, conferencias y congresos dieron auge para que se implementara la Educación Ambiental en todos los niveles educativos, en el Perú se considera como un eje transversal principalmente en la Educación Básica.

En Latinoamérica, El Taller ecologista de Argentina (2007), consideraba que en América Latina el 35% de los residuos serían dispuesto en rellenos sanitarios, el 25% en vertederos controlados y el 40% restante en basurales a cielo abierto. Así mismo en el Perú como señala, De la Cruz (2003), que es un país diverso y complejo, por su variedad ambiental y su pluralidad multiétnica y cultural, sin embargo, la organización de la economía y la población no han seguido una lógica de ordenamiento y acondicionamiento territorial más equilibrado e igualatorio dando lugar a procesos de extinción y deterioro de recursos que históricamente beneficiaron a pocas personas y existen muchos factores que atentan contra la vida y la diversidad de este país.

Tolmos (2002), enumera y detalla algunos de los más importantes y con mayores efectos sobre nuestra tierra:

- La contaminación del agua: asegura el autor, que es una de las pocas causas contaminantes que no se encuentran centralizadas o provienen de Lima como son agua: aguas residuales domésticas e industriales, escorrentías agrícolas, etc.

- Contaminación del aire: Indicó como principales causas de contaminación ya-
cen en el transporte vehicular, indiscriminadamente de si es público o privado,
las industrias y la incineración de residuos sólidos a campo abierto.
- La disposición de residuos sólidos: sostuvo que el 70% corresponde solamente
a la producida en el área de Lima Metropolitana, más del 50% del total de ha-
bitantes peruanos.
- La deforestación: que se debe a la agricultura migratoria, la tala de árboles y la
extracción de madera en las regiones de Sierra y Selva con fines industriales.
- La sobrepesca: existe un serio riesgo de sobre-explotación de los recursos pes-
queros, por el creciente número de embarcaciones y equipos de pesca sofis-
ticadas y eficientes utilizadas en la pesca, no existe una adecuada regulación
y sanciones correspondientes a las embarcaciones irregulares y pescadores
informales que atentan contra la riqueza del mar peruano.
- Todos estos aspectos orientan a la falta de medidas preventivas para una mejor
protección del medio ambiente ya que la preocupación por nuestro ambiente
debería ser primordial, se debe desarrollar la conciencia ambiental, que permita
realizar acciones y comportamientos a favor de la conservación y desarrollo de
este.

Es por ello que la educación ambiental es fundamental, porque implica una realidad cotidiana y vital, se sitúa en el centro de un proyecto de desarrollo humano, haciendo de lo educativo un motor para la reflexión crítica, las opciones libres y alternativas, las decisiones que comprometen. Así mismo la Educación Ambiental no formal es parte constitutiva de los elementos que favorecen el desarrollo sostenible de una comunidad, que genera los modos de entendimiento armónicos entre los seres humanos y su entorno y los seres humanos entre sí (Coronel Núñez & Lozano Espinoza, 2019; Rosa-Salas, et al., 2020).

Respecto a las políticas educativas en Educación superior respecto al medio ambiente, Molano y Herrera (2014), revisaron 51 trabajos de investigadores en nueve países (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, España, México y Venezuela) respecto a criterios con que se ha realizado la formación ambiental en la educación superior en los últimos 15 años en los países de la región. Se analizaron los ámbitos de la formación ambiental en las universidades, aspectos pedagógicos, didácticos y el currículo en la formación ambiental universitaria. Sepúlveda (2011), encontró en las universidades de la ciudad de Manizales en Colombia, que no había un trabajo coordinado y relacionado entre las investigaciones sobre educación ambiental y la currícula de estas universidades.

Cárdenas (2013), hizo una propuesta en Perú de una Universidad Ambientalmente responsable, la cual es consciente de la necesidad de incorporar la perspectiva y ética ambiental a toda su actividad y ha decidido asumir esa responsabilidad; por ende, fomentar entre todos los miembros de la comunidad universitaria, docentes, estudiantes, trabajadores

y organizaciones relacionadas, una cultura basada en la responsabilidad para el cuidado, protección y mejora del ambiente, como señala Naranjo, Pérez & Urritia, (2022) que el entorno educativo es el marco idóneo para concientizar a los jóvenes en la importancia y necesidad del cuidado del medio ambiente.

Por tal razón, surge el interés en investigar esta temática en los estudiantes, buscando analizar cuáles son los niveles de conciencia ambiental que tienen los estudiantes universitarios en Huánuco. La Universidad considerada escenario clave para asentar las bases de una educación para el desarrollo sostenible de las sociedades, tanto por su carácter de institución de enseñanza superior como por el potencial que posee como motor de cambio social". (Gomera, Martínez, 2008), sin embargo no todas las carreras profesionales consideran en su currículo la educación ambiental sino solo lo que recibieron en la educación secundaria y su desarrollo va depender de las prácticas e influencias del medio social para el desarrollo de la conciencia ambiental.

CONCIENCIA AMBIENTAL

Según la Lengua Española (RAE, 2001), conciencia ambiental es la propiedad del espíritu humano de reconocerse en sus atributos esenciales y en todas las modificaciones que en sí mismo experimenta, conocimiento reflexivo de las cosas.

Petroski, E. (2008), refiere que la conciencia humana incluye la totalidad de los conocimientos sobre el mundo que nos rodea: "el conocimiento es el medio por el cual existe la conciencia y con el cual existe algo para ella".

Bravo (2004), señal que "la conciencia ambiental es el conocimiento y actitud positiva hacia los asuntos ambientales". En tal sentido, la conciencia ambiental supone el entendimiento que se tiene del impacto de los seres humanos en el entorno y la influencia las acciones de cada día en el medio ambiente y como esto afecta el futuro de nuestro espacio. Por ello, la educación es un instrumento de transformación social que permita generar cambios favorables frente a los problemas ambientales, no solo creando conciencia, sino facilitando el espacio de formación para personas, conscientes de los daños ambientales y de las posibilidades de solucionar problemas al respecto. El desarrollo sostenible o sustentable es un concepto muy importante en la actualidad; implica también un enfoque normativo sobre el planeta, en el sentido de que recomienda una serie de objetivos a los que el mundo debería aspirar. (Moreno, Rodríguez, & Favara, 2019)

Según la teoría sociobiológica de la conciencia, es información social codificada en el neocórtex cerebral de la persona. Todo ser vivo tiene la propiedad de darse cuenta de lo que sucede a su alrededor: pero por medio de señales que reflejan actividad genética, metabólica, funcional o psíquica que organiza su actividad individual. Los animales superiores se dan cuenta de su alrededor a través de señales que se inician en sus receptores sensoriales que se reflejan en el nivel inconsciente, pero únicamente las

personas se dan cuenta por medio de signos (sociales) que se reflejan en su conciencia. (Ortíz, 2008).

A partir de este enfoque consideramos realizar el estudio sobre la conciencia ambiental de los jóvenes universitarios tomando en cuenta las tres dimensiones: cognitiva, afectiva y conativa que propone Ortiz.

En la dimensión cognitiva se buscará que los estudiantes puedan tener conocimiento necesario acerca del cuidado de su entorno. La dimensión afectiva, busca indagar en los jóvenes universitarios puedan poner en práctica en práctica el cuidado del medio ambiente, así mismo, la dimensión conativa está relacionado con los cambios de sus actitudes frente al cuidado y preservación del medio ambiente.

A partir de estos fundamentos se ha planteado los siguientes objetivos:

- Determinar los niveles de conciencia ambiental en los jóvenes universitarios
- Identificar las características cognitivas, afectivas, conativas, relacionados a la conciencia ambiental de su entorno en los estudiantes de educación superior.
- Establecer los indicadores ambientales que no son considerados o puestos en prácticas por los jóvenes universitarios.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) precisa que, la consecuencia del bajo nivel de conciencia ambiental en la comunidad, ha originado que 83 millones de personas vivan sin servicios de saneamiento mejorado; vivan expuestas a riesgos químicos, por la exposición a plaguicidas tóxicos, plomo y mercurio los que afectan el desarrollo neurológico y producen enfermedades respiratorias, cardiovasculares, traumatismos y defunciones prematuras las que se agravarán con los nuevos peligros de desechos electrónicos, nanopartículas, micro plásticos, productos químicos que alteran el sistema endócrino y escasez de agua (OPS, 2021). Es por todo ello importante que se trabaje en el desarrollo de la conciencia ambiental en los individuos tanto a nivel teórico como las prácticas de cuidado ambiental.

METODO

El diseño utilizado es de tipo descriptivo, porque busca identificar los niveles de conciencia ambiental en las dimensiones cognitivo, afectivo y conativos en los estudiantes universitarios.

Participantes

La muestra estuvo constituido por 350 estudiantes universitarios de los cuales fueron 190 estudiantes varones y 160 estudiantes mujeres de diferentes especialidades de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco, para ello se utilizó el muestreo probabilístico.

Instrumento

Se utilizó el Cuestionario sobre Conciencia Ambiental que se elaboró tomando en cuenta las dimensiones cognitivo, afectivo y conativo, considerando los temas relacionados al comportamiento ambiental de acuerdo al contexto y los contenidos de la evaluación en conocimientos, actitudes y valores a nivel personal y contextual expresado en un total de 30 ítems.

Dicho instrumento fue validado por juicio de expertos con 0.91 de concordancia y a través del Coeficiente de Alfa Cronbach, con un valor de confiabilidad de 0,81.

RESULTADOS

Luego de haber procesado los datos tomando en cuenta los objetivos planteados se obtuvieron los siguientes resultados.

| Estadígrafos | Cognitivo | Afectivo | Conativo | Total |
|---|-----------|----------|----------|-------|
| Media | 8.26 | 7.73 | 7.86 | 23.53 |
| Varianza | 1.21 | 1.35 | 4.69 | 10.98 |
| Diferencia de media entre mujeres y varones | 0.43 | 0.16 | -0.70 | -0.43 |
| Diferencia de varianza | -0.52 | 0.45 | 3.14 | 5.07 |

Tabla 1.

Estadígrafo sobre Educación ambiental en Estudiantes Universitarios Huánuco

Fuente: Resultados del Cuestionario de Conciencia Ambiental

En la Tabla 1, podemos observar, la media y la varianza de los puntajes obtenidos en cada una de la dimensiones de la Educación ambiental, siendo mayor en la dimensión cognitiva con una media de 8,26 y la varianza de 1,21, seguido por la dimensión conativa con 7,86, varianza de 4,69 y siendo menor en la dimensión afectiva con 7,73 y una varianza de 1,35.

Estos resultados nos muestran que si bien es cierto que los estadígrafos muestran por encima del promedio, sin embargo hay indicadores que los jóvenes respondieron como negativos que son preocupantes y no favorecen el cuidado y preservación del medio ambiente.

En la Figura 1, observamos en los gráficos los puntajes promedios de cada una de las dimensiones, siendo un poco mayor en la dimensión cognitiva, seguido por lo conativo y ligeramente menor en cuanto a la dimensión afectiva.

En cuanto al puntuación total de 23,5 está por encima del promedio sin embargo hay indicadores que deberían enfatizarse en la formación universitaria, que son muy importante

que los estudiantes deberían tomar en cuenta en el cuidado y preservación del medio ambiente.

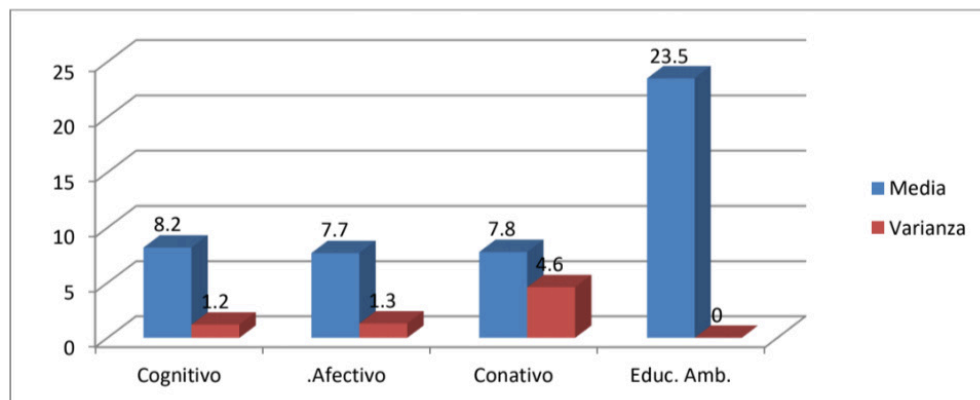


Figura 1. Estadígrafo sobre Educación ambiental en estudiantes universitarios de la Ciudad de Huánuco, 2015

| Acciones que no realizan | Porcentaje |
|---|------------|
| 5. En tu centro de estudios hay tachos especiales para reciclar desechos orgánicos e inorgánicos | 42% |
| 6. Estás pendiente de las propuestas ambientales que realizan los gobernantes | 56% |
| 8. Conoces alguna Institución, ONG, que se ocupa de la problemática ambiental | 36% |
| 9. El Municipio realiza campañas para el beneficio del medio ambiente | 52% |
| 12. Consideras que las calles, ríos de tu localidad se mantienen limpios | 96% |
| 16. Participas activamente en las campañas que se realizan para el cuidado del medio ambiente | 48% |
| 20. Consideras que se respeta el espacio de los demás y la prevención de la contaminación auditiva. | 56% |
| 21. En tu casa clasifican la basura que generan, en desechos orgánicos e inorgánicos. | 40% |
| 22. Consideras adecuado el recojo de basura por la zona que habitas o el Centro donde estudias. | 30% |

Tabla 2.

Respuestas Negativas de los Estudiantes sobre Educación Ambiental

En la Tabla N 2, observamos el porcentaje de estudiantes universitarios que respondieron a las preguntas señaladas como negativas, siendo el mayor porcentaje 96% que consideran que las calles, ríos de su localidad no se mantienen limpios, el 56% señalaron no estar pendientes de las propuestas ambientas que realizan los Gobernantes y

no participan en las campañas convocadas por los Municipios en favor del medio ambiente.

Así mismo, consideran que no se respetan el espacio de los demás, que la personas no toman en cuenta la prevención de la contaminación auditiva, por otro lado un 42% señalaron que no se toman en cuenta el reciclaje de desechos orgánicos e inorgánicos en la Institución y en sus domicilios, lo cual nos demuestra que se requiere fortalecer la conciencia ambiental en los jóvenes universitarios.

DISCUSIÓN

En los resultados, podemos observar que los jóvenes universitarios si bien es cierto que en cuanto a educación ambiental presentan una Media total de 23.5 de 30 puntos según el cuestionario aplicado, sin embargo se muestran algunos indicadores que respondieron como negativos que son preocupantes en cuanto a conciencia ambiental.

Así como señala Bravo (2004), las personas asumen actitudes positivas y el conocimiento sobre los asuntos ambientales; son aspectos que tienen que ver con el desarrollo de la sociedad en lo material, social y tecnológico y específicamente con la salud e integridad de las personas. Por otro lado, los estudiantes universitarios ya traen de la Educación Secundaria conocimientos relacionados con el ambiente, sin embargo de acuerdo al análisis de las respuestas negativas del cuestionario se expresa que no ponen en práctica aspectos relacionados con el reciclaje, con el manejo de desechos orgánicos e inorgánicos, considerando como señala Gomera, (2008) que la clave para sentar la bases de una educación para el desarrollo sostenible de las sociedades, es la Universidad; sin embargo se observa por los resultados que los estudiantes se muestran desinteresados por conocer y participar de acciones que promuevan el cuidado la preservación del medio ambiente.

Podemos señalar que estas conductas tienen que ver también con variables culturales, es el caso del estudio realizado por Palavecinos, M. y Jaime, A. (2010), sobre la preocupación y conducta ecológica responsable en estudiantes universitarios, entre estudiantes chilenos y españoles, encontrando diferencias en función de variables culturales, tanto en la conducta como en la preocupación ecológica.

Así mismo en cuanto a las respuestas negativas se encontró que más del 50% de estudiantes señalaron que las instituciones como los Municipios no realizan campañas de limpieza por lo que no tienen participación activa en estas actividades, y solo se reduce el cuidado de la higiene en la ciudad solo por los responsables como son los recolectores de desechos y los demás ciudadanos no practican la cultura de mantener las calles, ríos, parques y jardines limpios.

En cuanto a la pregunta, si las calles y ríos de la ciudad se mantienen limpios el 96% de jóvenes respondieron de manera negativa, lo que refleja que los habitantes no tienen conciencia ambiental, ya que el cuidado y protección del medio ambiente es tarea de todos,

como sostienen Ochoa y R. Ávila (2006), un enfoque interdisciplinario y transdisciplinario, para el desarrollo de la conciencia ambiental, para promover el desarrollo de habilidades y conocimientos, que se debe incentivar desde la familia y en edades tempranas.

Finalmente, en cuanto al respeto por el espacio de los demás y la prevención de la contaminación auditiva, el 56% de jóvenes igualmente respondieron como negativo, lo que se puede observar en la ciudad no existe la cultura del respeto por los demás que también se relaciona con la cultura de la población, y se observa el exceso de sonido que altera las condiciones normales del ambiente a través de los transportistas, obras públicas, industrias, de los responsables de lugares de recreación que no consideran a los demás en el control de los sonidos como de los espacios y puede causar grandes daños en la calidad de vida de las personas, tampoco existen políticas públicas y estrategias que prohíben este tipo de situaciones. Se ha dicho por organismos internacionales, que se corre el riesgo de una disminución importante en la capacidad auditiva, así como la posibilidad de trastornos que van desde lo psicológico (paranoia, perversión) hasta lo fisiológico por la excesiva exposición a la contaminación sónica. Un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), considera los 70 (dB), como el límite superior deseable.

Estos resultados son interesantes, puesto que se precisan que conductas y actitudes específicas como el no involucrarse por campañas que promueven el comportamiento y compromiso ecológico y siguen influenciados por los demás que no tienen en cuenta con el cuidado del medio ambiente.

CONCLUSIONES

- Los resultados mostraron niveles promedio sobre educación ambiental en los jóvenes universitarios de la ciudad de Huánuco.
- Referente a la dimensión cognitiva, sobre el conocimiento de educación ambiental en los estudiantes universitarios se encuentran por encima del promedio, sin embargo el 56% de estudiantes no conocen las propuestas de las Instituciones y Organismos responsables acerca del medio ambiente.
- En la dimensión afectiva, igualmente se ubican por encima del promedio, pero el 96% señalaron que, en general la ciudad no se mantiene limpio y el poco interés por participar de campañas y actividades que promuevan el cuidado y la preservación del medio ambiente.
- Igualmente en la dimensión conativa se ubicaron por encima del promedio, sin embargo en aspectos relacionados con el manejo de los desechos y la promoción de una cultura sostenible sobre el medio ambiente se requiere desarrollar mayor conciencia ambiental.

A partir de estos resultados se debe propiciar que las universidades realicen programas de sensibilización respecto a la conservación del medio ambiente en toda la comunidad universitaria. Promover la formulación de políticas de limpieza

por los gobernantes en la ciudad también la formación de promotores de cuidado del medioambiente.

REFERENCIAS

Bravo, F. Conciencia ambiental, en: El Peruano, 23 agosto de 2003, p. 12.

Calvo, A. y Aguilar, M. (2008). El comportamiento ecológico responsable: un análisis desde los valores biosféricos, sociales, altruistas y egoístas. *Revista Electrónica de investigación y docencia*, 1, 11-25.

Cárdenas, J. (2013). *Guía para universidades ambientalmente responsables. Responsabilidad ambiental universitaria: compromiso y oportunidad*. Lima, Perú: Dirección General de Educación, Cultura y Ciudadanía Ambiental del Ministerio del Ambiente.

Coronel Núñez, G. E., & Lozano Espinoza, M. Á. (2019). La formación de competencias y la realización pedagógica desde la educación ambiental en el contexto ecuatoriano. *Conrado*, 15(67), 333-341

Corral, V., Tapia, C., Ortiz, A. & Fraijo, B. (2013). Las virtudes de la humanidad, justicia y moderación y su relación con la conducta sustentable. *Revista Latinoamericana de psicología*, 45(3), 363-374.

Comité Ambiental Universitario (2017). *Política ambiental de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana*. Iquitos, Perú: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.

De la Cruz, A. (2003). Desarrollo Humano sostenible y medio ambiente en el Perú, *Gest. Terc. Milen*, 6 (11), 111 - 123

Gomera Martínez, A. (2008). *La conciencia ambiental como herramienta para la educación ambiental: Conclusiones y reflexiones de un estudio en el ámbito universitario*. Córdoba, España: Universidad de Córdoba. Recuperado: http://www.magrama.gob.es/es/ceneam/articulos-de-opinion/2008_11gomera1_tcm7-141797.pdf.

González Muñoz, M. (1996). Principales tendencias y modelos de la Educación Ambiental en el sistema escolar. *Revista Iberoamericana de Educación* 11, 13-74.

Holdridge, L. (1971). *Forest 920 Environments in Tropical Life Zones: A Pilot Study*. Pergamon Press, Oxford.

Martínez, F., Martínez, J. & Gazquez, L. (2007). *Actitudes y comportamientos ambientales: ¿elementos determinantes en el consumo de alimentos ecológicos?*

http://www.uibcongres.org/imgdb/archivo_dpo4406.pdf

Molano, A. y Herrera, J. (2014). La formación ambiental en la educación superior: una revisión necesaria. *Luna azul*, 39, 186-206.

Morachimo, L. (1999). *La Educación ambiental: tema transversal del currículo. Módulo Ontológico*. Lima, Perú: Centro de Investigaciones y Servicios Educativos - Pontificia Universidad Católica del Perú.

Moreno, J. E., Rodríguez, L. M., & Favara, J. V. (2019). *Conciencia ambiental en estudiantes universitarios: un estudio de la jerarquización de los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS)*. Pontificia Universidad Católica Argentina.

Muñoz, M. (1996). Principales tendencias y modelos de la Educación ambiental en el sistema escolar. *Revista Iberoamericana de Educación*, 11, 13-74.

Naranjo, E., Pérez, E., & Urrutia, J., (2022). Conciencia ambiental, derechos del buen vivir y la eliminación de productos plásticos aproximación desde la enseñanza universitaria. *Conrado*, 18(85).

Narain, U. (2020). Contaminación atmosférica: confinada pero no detenida por la COVID 19. Banco Mundial. <https://www.bancomundial.org/es/news/immersive-story/2020/07/01/air-pollution-locked-down-by-covid-19-but-not-arrested>

Ochoa Ávila, M., & Ávila Ávila, R. (2006). Importancia de la educación ambiental en el ámbito de las escuelas especiales del territorio. *Ciencias Holguín*, 12(4), 16.

Organización Panamericana de Salud (2021). *Determinantes Ambientales de Salud*. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-ambientales-salud>

Ortiz, P. (2008) Educación y Formación de la Personalidad. Perú: Fondo Editorial De la Universidad de Ciencias y Humanidades.

Palavecinos, M., Jaime, A. (2010) Preocupación y conducta ecológica responsable en estudiantes universitarios. Congreso Iberoamericano de Educación.

Petroski, E. L. & Martins, M. O. (2008). Atividade física de lazer e estágios de mudança de comportamento em professores universitários. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 8, 209-218.

Rivera Jacinto, M. y Rodríguez Ulloa, C. (2009). Actitudes y comportamientos ambientales en estudiantes de enfermería de una universidad pública del norte del Perú. *Salud Pública*, 26(3), 338-342. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n3/a12v26n3.pdf>

Sepúlveda, L. (2012). La educación ambiental en el nivel educativo superior de Manizales. *Luna Azul*, 34, 50-65.

Tolmos, R.A. (2002). *Desafíos y propuestas para la implementación más efectiva de instrumentos económicos en la gestión ambiental de América Latina y el Caribe: El caso de Perú*. Santiago de Chile. <http://siar.region.puno.gob.pe/public/docs/1162.pdf>.

UM ESTUDO SOBRE O BEM-ESTAR NO CAMPO DE REFUGIADOS DO MALAWI

Data de aceite: 03/08/2023

Brena Magalhães de Oliveira

Graduanda em Psicologia pela Faculdade de Pará de Minas.

Daniela Martins Franco de Almeida

Graduanda em Psicologia pela Faculdade de Pará de Minas.

Gisele Oliveira Duarte

Graduanda em Psicologia pela Faculdade de Pará de Minas.

Natália Nunes Scoralick Lempke

Psicóloga pela Universidade Federal de Juiz de Fora, Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora e Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais.

Samuel Rodrigues Fazendeiro

Psicólogo pela Universidade FUMEC, Licenciado em Educação Física pela Universidade Federal de Minas Gerais, Especialista em Psicoterapia pela Universidade FUMEC e Mestre em Ciências da Religião pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

Malawi-África, através da percepção de profissionais de saúde que atuam no local. Investigou-se os fatores que contribuem para o bem-estar dos refugiados e sua relação com a filosofia Ubuntu. Realizou-se uma pesquisa qualitativa de abordagem metodológica indutiva; a coleta dos dados foi feita através de entrevistas semiestruturadas, de modo virtual, as quais foram analisadas por meio da Análise de Discurso. A partir do material coletado com os profissionais da saúde e um líder comunitário do campo de refugiados, foram elaborados três tópicos com os seguintes temas: a percepção do bem-estar; fatores que contribuem para o bem-estar dos refugiados; e a filosofia Ubuntu e as relações sociais. Verificou-se através das análises a existência de uma relação entre o bem-estar, no que diz respeito a importância das relações positivas, e a filosofia Ubuntu, que preza pelo coletivo, contribuindo para a forma como a comunidade de refugiados se sente.

PALAVRAS - CHAVE: Psicologia; bem-estar; refugiados; Psicologia Positiva; Ubuntu.

RESUMO: Este trabalho teve como objetivo investigar a percepção de bem-estar entre os refugiados do campo Dzaleka, no

ABSTRACT: This article aimed to investigate the perception of well-being

among refugees of Dzaleka camp, Malawi-Africa, through the perception of healthcare professionals working there. It was investigated the factors that contribute to the well-being of the refugees and their relationship to the Ubuntu philosophy. A qualitative research of inductive methodological approach was carried out; data collection was done through semi-structured interviews, virtually, which were analyzed by means of Discourse Analysis. From the material collected with healthcare professionals and a community leader from the refugee camp, three topics were elaborated with the following themes: the perception of well-being; factors that contribute to the well-being of refugees and the Ubuntu philosophy and social relationships. Through the analysis, it was verified that there is a relationship between well-being, regarding the importance of positive relationships, and the Ubuntu philosophy, which values the collective, contributing to the way the refugee community feels.

KEYWORDS: Psychology; well-being; refugees; Positive Psychology; Ubuntu.

1 | INTRODUÇÃO

De acordo com o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), existem cerca de 27,1 milhões de refugiados no mundo. Essas pessoas que conseguem escapar de guerras ou de perseguições podem se tornar muito vulneráveis pois não têm proteção de seu país que, muitas vezes, é o responsável pelas ameaças, condenando-as a uma situação intolerável em que seus direitos básicos como à vida, segurança e alimentação correm perigo (ACNUR, 2022).

A comunidade de refugiados do Malawi, que foi pesquisada neste trabalho, preza muito pela fraternidade, pelo respeito à diversidade e tem o pensamento mais voltado para o desenvolvimento coletivo.

O bem-estar é um termo que faz parte da definição dada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) do que seria um indivíduo saudável. Ela diz que saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença. Para a Psicologia, mais especificamente para o movimento denominado Psicologia Positiva, o bem-estar é um construto composto por alguns elementos: emoção positiva, engajamento, sentido, relacionamentos positivos e realização (Seligman, 2019, p. 25-31).

Considerando o exposto, a presente pesquisa teve como objetivo avaliar a percepção de bem-estar entre os refugiados do campo Dzaleka, no Malawi – África, através da percepção de alguns profissionais de saúde que atuam no local e também de um de seus líderes comunitários. De forma específica, foram analisados quais fatores contribuem para o bem-estar dos refugiados, investigou-se os valores da filosofia Ubuntu e como esses impactam no bem-estar desses indivíduos.

Foi realizada uma pesquisa qualitativa com intuito de compreender, a partir da visão dos entrevistados, a relação do bem-estar com as vivências na comunidade de refugiados. A coleta de dados do projeto foi realizada através de entrevistas semiestruturadas, de modo virtual, com quatro sujeitos. Por fim, a análise dos dados coletados foi feita a partir da

Análise do Discurso dos participantes.

Almeja-se que este trabalho possa contribuir para o bem-estar de pessoas que estão em situações similares no Brasil e, ainda, incentivá-las a pensarem com uma visão mais coletiva de comunidade, voltando sua atenção para a importância da qualidade das relações sociais.

2 | DESENVOLVIMENTO

Este capítulo tem como proposta apresentar temas relevantes para o desenvolvimento desta pesquisa. Contempla dados sobre refugiados, sobre a comunidade que vive no campo Dzaleka, do Malawi, e sobre a ONG que atua no local. Inclui, ainda, informações sobre a filosofia Ubuntu, apresenta a Psicologia Positiva e, por fim, discorre sobre o bem-estar.

Refugiados e a comunidade do campo Dzaleka

O ACNUR define os refugiados como pessoas que não estão mais em seu país de origem por questões relacionadas a raça, religião, nacionalidade, pertencimento a um determinado grupo social ou opinião política, violação dos direitos humanos e conflitos armados. Os refugiados que vão para os campos são, na maior parte, crianças e jovens, que não têm acesso a direitos básicos como escola, alimentação, oportunidade de trabalho, moradia, entre outros fatores (ACNUR, 2022).

Parte dos refugiados saem de países como Burundi, Etiópia e Somália, devido às crises humanitárias, como guerras civis, e vão para o Malawi, onde os campos abrigam cerca de 40.000 refugiados, sendo o maior deles o Dzaleka. Nesse campo existe o projeto Nação Ubuntu, realizado pela organização humanitária Fraternidade Sem Fronteiras (FSF), que visa amparar as crianças e jovens em situação de vulnerabilidade ou risco social (FSF, 2022).

Essa ONG, que teve seu início no Brasil, “assiste mais de 15 mil pessoas em situação de carência [...] por meio de projetos implantados na África e na América do Sul” (FSF, 2022). Sua missão é vivenciar e incentivar a prática da fraternidade para além das fronteiras geográficas, étnicas ou religiosas, sendo uma instituição que trabalha com os valores da fraternidade, da valorização do ser, da integridade e da solidariedade.

Assim, a FSF tenta levar aos refugiados um pouco de dignidade após tantos acontecimentos e oferecer capacitação para que essas pessoas ingressem no mercado de trabalho através do desenvolvimento de oficinas agroflorestais, de biocarvão, costura e sabão. Todo esse trabalho faz com que os refugiados na comunidade do Malawi possam ter uma vida um pouco mais humanizada, não desconsiderando as vivências e traumas que possam ter passado até ali, mas tentando acolher e amparar pessoas que foram retiradas de seus ambientes familiares, para que possam reconstruir uma vida um pouco mais digna

(FSF, 2022).

O projeto desenvolvido pela FSF leva ao campo de refugiados acolhimento e novas perspectivas, considerando as várias situações desumanas vivenciadas por eles até chegaram ao campo.

Vale ressaltar que, de acordo com Santos (2017, p. 229), as atividades do projeto funcionam conforme “as possibilidades institucionais da ONG, suas autorizações legais para funcionar no país, o exercício das atividades em conformidade com a legislação daquele país, atendo-se sobretudo a valorização da cultura e do povo [...]”.

A filosofia Ubuntu

De acordo com Borges e Diallo (2020), uma corrente filosófica é uma linha de pensamento que segue diferentes aspectos, dependendo da sociedade. No presente trabalho foi abordada a filosofia Ubuntu, que é característica de uma região africana onde encontram-se os grupos linguísticos *Bantu*.

A filosofia Ubuntu, como traz Vasconcelos (2017), não é apenas uma filosofia, mas um modo de ser, pensar e agir. E isso fica claro em um provérbio dos *Zulus* – povo do sul da África: “uma pessoa é uma pessoa através de outras pessoas”, ou seja, o Ubuntu tem sua essência no senso de humanidade, compartilhamento, solidariedade e reciprocidade, visando sempre o respeito mútuo entre os seres.

Os refugiados do campo Dzaleka vivenciam essa filosofia, tendo dentro de si os valores essenciais do Ubuntu, compreendendo que cada indivíduo precisa do outro e, assim, todos são uma parte essencial para o grupo (GOMES, 2020).

“A humanidade de um ser é construída e adquirida através do reconhecimento da humanidade do outro” (BORGES, DIALLO, 2020, p. 7). As pessoas vão se construindo através da vida em sociedade, e é por isso que a filosofia Ubuntu valoriza as relações interpessoais que têm base nos valores da fraternidade, o que ajuda a manter a comunidade unida. Ainda segundo Borges e Diallo (2020), a vida comunitária é o que estrutura o ser e o potencializa, sendo assim, a pessoa se torna humana porque pertence, participa e compartilha, como complementa Vasconcelos (2017, p. 102).

É possível perceber, de acordo com Gomes (2020), que a comunidade do campo Dzaleka consegue manter um bom relacionamento apesar das experiências dolorosas e das adversidades que enfrentam a cada dia. “As nossas vulnerabilidades são um lembrete de que precisamos uns dos outros” (GOMES, 2020, p. 125).

Santos (2017) traz que as histórias dos indivíduos que ali vivem são muito tristes, mas ainda assim, eles irradiam simpatia, gentileza e vibram amor. Valorizam a fraternidade entre os seres humanos e a integração entre estes através de, por exemplo, simples cumprimentos que demonstram suas habilidades interpessoais (BORGES; DIALLO, 2020, p. 9).

Ainda de acordo com Santos (2017, p. 82), “o africano tem, em regra, a música e a dança vivos dentro de si” e dessa forma expressam sua alegria e, talvez até mesmo, sua aceitação e gratidão. E essa é uma parte importante da cultura africana que o projeto da ONG FSF tem prioridade em estimular.

Psicologia Positiva

A Psicologia Positiva é um movimento dentro da ciência psicológica que visa dar foco a motivações e capacidades humanas e não somente tratar doenças mentais. Um questionamento que sempre permeou a grande maioria, ou senão dizer todos os profissionais psicólogos, é: o que há de errado com as pessoas? Esta pergunta orientou o trabalho da maioria dos profissionais da psicologia clínica no século XX, enfatizando o lado ruim ou as dificuldades do ser humano.

À medida que o século XXI avança, essa questão muda de direção e aparece como: o que há de certo com as pessoas? Essa pergunta está no centro da atenção da Psicologia Positiva, que é o enfoque científico e aplicado da descoberta das qualidades das pessoas e da promoção de seu funcionamento positivo, que tem como pioneiro o psicólogo Martin E. P. Seligman. Com o intuito de auxiliar os indivíduos a identificarem suas qualidades e terem uma vida mais saudável, a Psicologia Positiva foca no estudo do bem-estar, aspecto crucial para a saúde dos indivíduos.

É importante ressaltar que a proposta de bem-estar surgiu antes da Psicologia Positiva. Já existiam teorias que apresentavam este construto, como a teoria do bem-estar psicológico de Carol Ryff (RYFF; KEYES, 1995) que será apresentada no tópico a seguir. Vale destacar que a Psicologia Positiva veio para fortalecer as pesquisas e intervenções com foco no funcionamento positivo do ser humano (SNYDER; LOPEZ, 2009).

Bem-estar

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade.

Um dos mais importantes modelos de bem-estar é o da psicóloga americana Carol Ryff. Ela buscou compreender o funcionamento psicológico positivo dos indivíduos ao longo dos anos e elaborou o construto do bem-estar psicológico em 1989 (BEZ, 2018). Este vem sendo estudado desde o final do século passado (RAMIÃO; FERNANDES; QUESADO, 2021).

Com o objetivo de melhor embasar esse construto, Ryff baseou-se em conceitos de diversas outras teorias como, por exemplo, as de Erikson, de Buhler e Neugarten. Estudou ainda as temáticas abordadas por Maslow, Rogers, Jung e Allport. E, por fim, a teoria da saúde mental de Jahoda (BEZ, 2018).

O conceito de bem-estar psicológico, de acordo com Snyder e Lopez (2009, p.75-77), apresenta seis dimensões contendo componentes do funcionamento positivo para o indivíduo. O Quadro 1.1 apresenta a definição de cada uma dessas dimensões:

| Bem-estar psicológico | | |
|--|--|---|
| Autonomia: Sujeito autodeterminado, independente e regulado internamente. Ter habilidade de resistir às pressões sociais; e avaliar a si mesmo segundo os próprios padrões. | Crescimento pessoal: Estar aberto a novas experiências, sentir-se capaz e eficaz, alimentar sentimentos de desenvolvimento e de potencial. | Objetivos na vida: Ter um propósito, dar sentido e significado a sua vida. |
| Domínio do meio: Capacidade de administrar um ambiente complexo, escolher e criar uma comunidade pessoal que seja mais adequada. | Relações positivas: Preocupar-se com o bem-estar do outro, estabelecer afeto e intimidade, desenvolver relações carinhosas e baseadas em confiança. | Aceitação de si: Manter uma atitude positiva em relação a si mesmo. Reconhecer e aceitar-se em seus diversos aspectos. |

Fonte: Adaptado de: SNYDER; LOPEZ, 2009, p. 75-77.

De acordo com Reppold *et al* (2019) o bem-estar psicológico, que segue uma corrente filosófica eudaimônica, não vê a felicidade apenas como o objetivo da vida, mas entende que ela se relaciona com o sentido que o sujeito dá à sua vida e aos afetos que este sente ao realizar atividades que o levam aos seus propósitos e sua autorrealização. Assim, os indivíduos buscam desenvolver suas potencialidades para alcançar seu funcionamento ótimo (MOTA, 2020).

Esse modelo de bem-estar “envolve, em uma perspectiva desenvolvimental, a superação dos desafios existenciais de vida” (REPPOLD *et al*, 2019, p. 338), além de considerar as seis dimensões psicológicas citadas anteriormente. Assim, ele se opõe ao bem-estar subjetivo por considerar os aspectos biopsicossociais do sujeito.

Bem-estar, vivências em condições adversas e relações sociais positivas

Carol Ryff desenvolveu o construto do bem-estar psicológico acreditando que os indivíduos podem fortalecer suas potencialidades e, assim, otimizar seu funcionamento psicológico para que consigam viver de uma forma satisfatória, apesar das adversidades que encontram pelo caminho (BEZ, 2018).

Como exemplos de condições adversas que podem permear a vida do indivíduo estão a pobreza, contextos de vulnerabilidade social e, ainda, situações em que o indivíduo é privado de suas necessidades básicas e de sua liberdade (NEPOMUCENO, 2017). Essas situações acima citadas vão ao encontro das condições em que vivem as pessoas e comunidades refugiadas por consequência de guerras em seus países de origem e que precisam tentar sobreviver em campos construídos para recebê-los. Elas dependem da ajuda e do apoio do governo de outro país e de ONGs que tentam devolver um pouco de

dignidade e respaldo em situações básicas, como alimentação e segurança.

A qualidade das relações sociais pode contribuir para manter o nível de bem-estar dos indivíduos elevado e, ainda, auxiliá-los no enfrentamento dessas adversidades, vivenciadas em contextos vulneráveis, com situações financeiras precárias e a falta de condições para que isso se resolva em um espaço de tempo menor.

Porém, voltando ao início da história desse conceito fundamental para o bem-estar dos indivíduos, Aranha (1993) escreve que os estudos sobre as relações sociais surgiram no século XIX, quando algumas abordagens teóricas começaram a refletir sobre como a interação entre os grupos sociais afetava o comportamento do ser humano. As pesquisas pararam por um tempo, durante a Segunda Guerra Mundial, mas continuaram após seu término. E foi na década de 70 que surgiu uma grande variedade de trabalhos e propostas teóricas sobre a interação social.

De acordo com Aranha (1993), a interação é um elemento fundamental que faz parte das relações sociais, e estas são vistas como um processo de movimento dialético, em que duas pessoas interagem por um período extenso de tempo. Um indivíduo, de certa forma, influenciando o outro.

E para melhor entender essas relações, a autora ressalta que “precisa-se conhecer também os aspectos afetivos/cognitivos envolvidos, reconhecendo que estes, além dos comportamentais estão intimamente interligados” (Aranha, 1993, p. 23), e isto reflete a importância de compreender as interações e o sujeito em sua totalidade, como o ser biopsicossocial que é. No caso das pessoas que estão em situação de refúgio, parece imprescindível desenvolver uma visão de coletividade para sobreviver e tentar obter um mínimo de bem-estar dentro das possibilidades daquela realidade, através de relações positivas que darão suporte nesta condição de vida.

Como ressalta Couto (2020), os indivíduos passam a maior parte de seu tempo interagindo com outros indivíduos e isso é uma necessidade, mais do que apenas vontade. Por isso, precisam se esforçar para manter um tipo de relação saudável e assim fortalecer o sentimento de pertença social que necessitam. A ausência dessas relações positivas pode acabar desencadeando problemas de saúde física e/ou mental.

Acredita-se que essa ausência pode, de certa forma, ser caracterizada como uma experiência de solidão e esta pode ser definida de diversas maneiras. Capitanini (2020) expõe que a cognição desempenha um papel importante para que o indivíduo dê significados às suas experiências e a solidão pode ser vista como uma experiência afetiva em que o sujeito sente que não faz parte das relações e sistemas sociais ao seu redor.

Capitanini (2000, p. 20) conclui que tal modelo:

Propõe que a solidão é uma experiência essencialmente afetivo-cognitiva, não necessariamente dependente do isolamento social, mas sim da discrepância existente entre o que a pessoa deseja e o que efetivamente possui em termos de quantidade e qualidade de apoio social e afetivo.

Como apresenta Nepomuceno (2017), a qualidade das relações sociais, ou seja, manter relações positivas e estáveis, auxilia para que o indivíduo vivencie fortes sentimentos de pertencimento a uma comunidade e, assim, tenha mais bem-estar em sua vida.

Esse conceito de sentimento de comunidade pode ser compreendido como o que o indivíduo sente ao criar laços afetivos e pertencer a um grupo. Compartilhar suas experiências em uma relação dialética de suporte para com a comunidade acreditando que pode contar com os outros, sabendo que o grupo se importa com ele da mesma forma que são importantes para o indivíduo (NEPOMUCENO, 2017).

Dentro dos modelos de bem-estar as relações positivas podem contribuir de forma muito importante na vida do indivíduo visto que os humanos vivem em comunidade e se relacionam com os outros na maior parte do tempo. Vínculos positivos podem gerar estados de segurança e confiabilidade, podendo evitar ou contribuir para o tratamento da ansiedade, por exemplo.

Bem-estar e Saúde Mental

As relações interpessoais podem ser um fator determinante no que diz respeito à manutenção da saúde mental dos refugiados, ou seja, as interações sociais, a construção de relações recíprocas e o apoio social podem promover uma melhor adaptação à nova realidade de vida desses indivíduos que precisaram afastar-se de suas raízes, suas culturas e, principalmente, perderam o sentimento de pertencimento com aquela terra e comunidade (GALINA *et al*, 2017).

Galina *et al* (2017) estudam sobre a saúde mental dos refugiados e abordam os tipos de desafios enfrentados por indivíduos em situação de refúgio que exercem influência sobre suas vidas e, principalmente, em sua saúde mental. “Fragilizados pelo temor de perseguição ou real perseguição – própria ou de suas famílias – nos países de origem, encontram, na maior parte das vezes, um ambiente hostil e inadequado nos países de refúgio” (GALINA *et al*, 2017, p. 301). Esses e outros fatores compõem uma série de obstáculos a serem transpostos por refugiados em todo o mundo após a migração para outro país. Na maioria das vezes, somam-se a eles as experiências traumáticas pré-refúgio, o que coloca esses indivíduos em uma posição de extrema vulnerabilidade social e suscetibilidade a problemas de saúde mental.

O isolamento social é uma situação que poderá piorar os sintomas do TEPT (Transtorno do Estresse Pós-Traumático) e de depressão, trazendo dificuldades para que o sujeito encontre formas de vivenciar o bem-estar, seja ele coletivo ou individual. Em contrapartida, a união dos indivíduos e o estreitamento das relações positivas podem fazer com que eles vivenciem as dificuldades e contratempos de um campo de refugiados de forma a não comprometer tanto a saúde mental, podendo com essa união desenvolver filosofias e estilos de vida que favoreçam o desenvolvimento do bem-estar coletivo,

reverberando para o individual.

3 | METODOLOGIA

A abordagem metodológica utilizada foi a indutiva, em que o pesquisador “parte do particular e coloca a generalização como um produto posterior do trabalho de coleta de dados particulares” (GIL, 1999, p. 28). Trata-se, também, de uma pesquisa qualitativa em que foram entrevistados três profissionais da saúde e um líder comunitário do campo de refugiados Dzaleka, no Malawi, com o objetivo de relacionar o possível bem-estar estudado na vertente da Psicologia Positiva com a experiência da comunidade que vive sob a influência da filosofia Ubuntu.

A pesquisa qualitativa foi escolhida com intuito de uma compreensão mais ampla sobre a forma como os entrevistados percebem a vivência no campo de refugiados. Para Prodanov e Freitas (2013, p. 70) “a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas do processo de pesquisa qualitativa”. Assim, é possível observar informações como sentimentos, emoções e pensamentos, os quais são mais difíceis de obter em uma pesquisa quantitativa.

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, de modo virtual. A entrevista semiestruturada, de acordo com Marconi (2011, p.281) “é uma forma de poder explorar mais amplamente a questão”. Constituem a amostra desse estudo um líder comunitário do campo, um médico e duas psicólogas. Para preservar suas identidades, foram nomeados como Líder Comunitário M, Médico P, Psicóloga A e Psicóloga N. Seguem as questões utilizadas para as entrevistas:

1. O que seria o bem-estar na sua percepção?
2. Você percebe esse bem-estar nos refugiados da comunidade? De que forma?
3. Você conhece a filosofia Ubuntu? Como ela se relaciona com o bem-estar?
4. Na sua percepção, como as relações sociais entre os refugiados impactam o bem-estar deles?
5. Você percebe alguma diferença no bem-estar entre homens e mulheres? Se sim, de que forma?
6. Você acredita ser mais difícil manter o nível de bem-estar elevado vivendo em algum tipo de condição adversa?

Com o intuito de complementar e introduzir a entrevista com as Psicólogas A e N e com o Médico P, acrescentamos mais duas perguntas:

1. O que despertou seu interesse pelo projeto no campo de refugiados?
2. Como você percebe a saúde mental dos refugiados?

A análise dos dados foi feita a partir da Análise do Discurso (ORLANDI, 2005) dos entrevistados. “A Análise do Discurso trabalha com o sentido e não com o conteúdo”

(CAREGNATO; MUTTI, 2006, p. 683). Sendo assim, segundo Prodanov e Freitas (2013), busca-se compreender as possíveis explicações implícitas nos discursos dos entrevistados. Além do conteúdo do que foi dito, buscou-se o sentido que foi expresso.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a realização das entrevistas e a partir das informações obtidas, foram elaborados três tópicos com os seguintes temas: a percepção do bem-estar; fatores que contribuem para o bem-estar dos refugiados e a filosofia Ubuntu, as relações sociais e o bem-estar.

A percepção do bem-estar

É possível perceber, de acordo com as diferentes respostas sobre o que é o bem-estar, que definir esse conceito é algo muito subjetivo. A Psicóloga A, por exemplo, pontua que para ela o bem-estar é algo que faz com que as pessoas se sintam humanas, o “bem-estar para quem está com fome é a barriga cheia, bem-estar para quem está se sentindo inseguro é ter um abrigo, bem-estar para quem está se sentindo ameaçado é se sentir protegido”. Relata que a ONG da Fraternidade Sem Fronteiras tenta proporcionar esse bem-estar aos refugiados através da alimentação, segurança e proteção, que são aspectos dos quais eles necessitam.

Acrescenta que, relacionada ao bem-estar, a filosofia Ubuntu pode ser também um fator de proteção e prevenção da saúde mental. E sobre isso, pode-se perceber que a definição de saúde mental abrange uma questão que se relaciona com os aspectos da filosofia, pois diz sobre o fato de contribuir com a comunidade em que vive.

Em sua visão pessoal, o Médico P considera como bem-estar “a gente se sentir em harmonia com o nosso meio, empoderado para tomar decisões autônomas e em sintonia com aquilo que nos move de dentro e com liberdade e oportunidade de fazer isso” e acredita que isso é resultado do que a gente constrói, como oportunidades, educação, conforto, trabalho e dignidade pessoal. É possível relacionar essa fala com a dimensão psicológica da autonomia trazida por Ryff (BEZ, 2018), em que o conceito apresenta que a capacidade de gerir sua vida seria um importante aspecto para a realização pessoal do indivíduo.

Já a Psicóloga N acredita que o bem-estar é uma busca por um estado de equilíbrio emocional, psicológico, físico e espiritual, algo “que me faz estar bem, no meu dia, no meu cotidiano, mesmo com as adversidades, as dificuldades da vida”. O que, de certa forma, é similar à visão do Líder Comunitário M, que resume o bem-estar como uma forma de viver sem estresse, buscando ser feliz. Com isso, pode-se entender que a busca por objetivos e propósitos que possam dar sentido à vida, também é uma das características relevantes do bem-estar psicológico para que os indivíduos possam vivenciar os momentos de forma significativa (BEZ, 2018).

Fatores que contribuem para o bem-estar dos refugiados

É notável que existe uma busca pelo bem-estar e por mais que este seja complexo de manter, os refugiados demonstram resiliência, criando assim suas formas de viver bem mesmo dentro de um contexto tão desafiador.

Uma visão em comum dos entrevistados é sobre o quanto parece difícil manter o nível de bem-estar elevado nessas condições adversas, como o fato de que as pessoas não podem sair do campo, não podem trabalhar, assim diminuindo a expectativa de vida de muitos deles. E a falta de domínio do meio pode estar relacionada a essa dificuldade, pois a capacidade de modificar as situações do contexto em que vivem e criar um ambiente adequado, congruente com seus valores e necessidades pessoais, é uma característica que os indivíduos não têm muito controle em um campo de refugiados.

Além disso, para as mulheres, manter um bom nível de bem-estar pode ser ainda mais complicado, levando em consideração que os profissionais percebem que a cultura africana ainda é muito machista e conseguem ver claramente essa diferença de gênero, vinda não só dos homens, mas das mulheres também, que acabam por ajudar a perpetuar a cultura do machismo. Por vezes as mulheres ficam sobrecarregadas com o trabalho pesado, cuidando dos filhos e da casa, enquanto grande parte dos homens fica na ociosidade. E ainda, se essa mulher fica viúva ela se torna vulnerável e pode vir a passar necessidade. Portanto, a mulher vivencia mais situações de opressão e mal-estar, o que dificulta manter o nível de bem-estar elevado.

Outro ponto que os profissionais percebem no campo é que as relações homoafetivas ainda são proibidas e consideradas um tabu, algo que não se fala por lá.

Não obstante, foi possível identificar fatores similares que contribuem para que as pessoas que estão no campo de refugiados tenham bem-estar. Segundo as Psicólogas A e N, e o Médico P, a gratidão é um desses fatores que proporciona o bem-estar. Para Seligman e Rashid (2019, p. 183), “a gratidão é uma experiência de agradecimento, que envolve notar e valorizar as coisas positivas da vida, podendo assim, reconhecer o valor e o significado dos aspectos positivos”. Devido aos vários sofrimentos passados antes de estarem no campo, a gratidão por estar lá agora traz a eles um motivo para terem esperanças. E gratidão também é vista para com os voluntários da ONG que atuam no local.

Para os entrevistados, é possível perceber ainda que os refugiados são muito alegres e expressam isso nas danças, nas músicas e nas orações, demonstrando que as questões espirituais também ajudam significativamente na construção do bem-estar. Sobre essa questão, a Psicóloga N diz:

eu percebo o bem-estar deles quando eu vejo eles felizes, dançando, cantando, orando, então eu vejo que o bem-estar para eles está muito associado à espiritualidade porque são pessoas que se apegam muito a fé, a religião, para terem um pouco mais de esperança, então eu vejo que quando

eles estão tendo esperança, eles tem bem-estar.

Em entrevista com o Líder Comunitário M, ele pontua que sem a filosofia Ubuntu o convívio entre os refugiados seria ainda mais difícil. Segundo ele, dentro ou fora do projeto, percebe-se que os refugiados têm a fé, a música e a dança como formas de força, expressão e integração cultural, assim é possível perceber que mesmo vivenciando situações difíceis eles tem uma grande capacidade de enfrentamento e dançam, festejam, louvam e celebram se alegrando com o pouco e o simples. M ressalta que os refugiados levam a vida com muita resiliência para evitarem o passado e enxergarem a vida como é agora. Então aqueles que conseguem manter o bem-estar elevado no campo, é a custo de uma grande adaptação e resiliência. Sobre esse ponto, podemos citar uma frase importante do Médico P:

[...] a gente fica sem entender de onde vem tamanha força, tamanha resiliência, tamanha capacidade de enfrentamento, de se alegrar com pouco, com o simples, coisas que na nossa sociedade a gente não vê porque a gente perdeu, se é que teve algum dia realmente.

Por fim, como exposto anteriormente, a teoria de Carol Ryff (RYFF; KEYES, 1995) propõe seis dimensões que caracterizam o bem-estar psicológico. No Quadro 1.1 apresenta-se a definição de cada uma delas, que consistem em: autonomia, domínio do meio, crescimento pessoal, relações positivas, objetivos na vida e aceitação de si. E é possível perceber claramente esses aspectos na seguinte fala do Médico P:

[...] promover bem-estar é um trabalho de promover dignificação pessoal, conexão afetiva, oportunização de autonomia, trabalho, crescimento, educação, vivência da espiritualidade. É nisso que a Fraternidade Sem Fronteiras acredita e é nesse sentido que todos nós trabalhamos [...] em promover dignificação pessoal para as pessoas, incluir os que estão excluídos, em perceber o que não está sendo considerado e visto e através disso criar pontos de afetos, pontos de humanidade, pontos de fraternidade entre os corações, entre as culturas, entre os povos [...] e tem sido muito gratificante ver o quanto isso promove, não só o bem-estar deles, mas o nosso também, e o quanto todos nós crescemos com esse movimento.

Portanto, pode-se observar a relação entre essas dimensões com o que pontua o psiquiatra. Ele descreve algumas necessidades importantes para que os indivíduos possam desenvolver suas potencialidades e aumentar seu bem-estar, resultando em o que ele define como dignificação pessoal.

A filosofia Ubuntu, as relações sociais e o bem-estar

Em entrevista sobre a questão da filosofia Ubuntu, o Médico P percebe que não são todos os africanos que vivem de acordo com a filosofia: “líderes Ubuntu lá no Malawi são pessoas que conseguiram elaborar as suas dores, metabolizar as suas vivências de uma forma em que uma mentalidade, uma prática fraterna acolhedora pode ser possível”.

Para ele, alguns refugiados são líderes porque vivenciam essa prática de fraternidade e isso à custa de muito esforço e superação pessoal, pois passaram por muitas formas de violência. Relata ainda que alguns podem manifestar maior bem-estar devido à prática do perdão, da fraternidade, do respeito e do pensamento de viver em coletividade.

A Psicóloga A por sua vez, entende a filosofia Ubuntu como sendo um olhar horizontal nas relações, ela diz: “estamos dando as mãos para juntos construirmos um lugar para que todos tenham essa possibilidade, não é alguém que tem uma condição melhor que está levando para quem não tem uma condição favorável”. Para ela, a filosofia envolve questionamentos do tipo: Como eu posso te ajudar? E o que eu sei, pode ajudar o que você sabe? A psicóloga relaciona esse olhar horizontal com a nossa realidade aqui no Brasil como sendo mais desafiadora por vivermos em uma sociedade extremamente competitiva.

Já a Psicóloga N diz sobre o Ubuntu: “eu vejo claramente nas atitudes deles essa filosofia acontecendo num sentido coletivo, num sentido de ajuda mesmo, eles olham pra você e se preocupam com você”. Para ela, a comunidade que vivencia essa filosofia inclui as pessoas que vão ao campo para levar algum tipo de ajuda, então é bem mais amplo e abrange não somente a comunidade em si, mas todos que se aproximam.

O Líder Comunitário M relata que a filosofia Ubuntu tem muito a ver com os valores morais e que as pessoas que estão no campo têm feridas internas muito grandes que por vezes fazem com que sejam mais agressivas e impacientes. Ele diz: “Ubuntu é um caminho de resgate dessas pessoas pra trazê-las a um caminho mais compassivo, mais amoroso, um caminho mais equilibrado. Então é essa a relação que vejo entre a filosofia Ubuntu e o bem-estar”.

Quando questionado sobre as relações sociais no campo Dzaleka, o Médico P relata que estas favorecem o bem-estar quando envolvem o respeito às individualidades. Mas isso as vezes é difícil na comunidade pelo fato de ser o primeiro direito deles que foi violado, pois ficam presos no campo, perdem a sua nacionalidade, não são acolhidos integralmente com suas necessidades e, ainda, não podem circular livremente.

O relato do psiquiatra diz da comunidade como um universo complexo devido as características particulares e subjetivas dentro de um grupo muito heterogêneo, mas ele percebe que mesmo com todos esses desafios eles se movimentam e conseguem se ajudar, com suporte social, grupos comunitários e religiosos que se amparam. Percebe também que as religiões e as igrejas tem um papel muito presente e relevante na comunidade.

Para a Psicóloga A, falando sobre a vida no campo de refugiados, ela coloca que todos são proibidos de trabalhar, tem restrições severas quanto a circular livremente pelo país e isso diminui muito a diversidade de relações que eles poderiam vivenciar. Então, pela percepção da psicóloga, eles se reúnem em pequenos grupos e ali acontece uma colaboração, muitas vezes mediadas por movimentos religiosos. Ela diz:

[...]é natural do ser humano proteger seu nucleozinho né, é natural ter essa tendência e lá não é diferente, então por exemplo, essa questão tribal na África

é muito forte, se nós somos da mesma tribo a gente tem um comportamento protetivo se outra tribo se aproxima, tem uma tendência a direcionar as nossas boas ações ou as nossas facilidades com as pessoas que a gente conhece e tem relação tribal ou de sangue.

A psicóloga acredita, então, que a intenção seria suavizar essas barreiras, algo no sentido de “sem fronteiras”, um bem-estar com base na fraternidade. Reconhece que isso irá demandar um processo que pode ser lento e depender das vivências e culturas de cada um, mas podemos inclusive trazer esse conceito para a nossa realidade, cuidando de questões como nossas crenças, nossos preconceitos e o estabelecimento de estereótipos.

Já o Líder Comunitário M entende que as relações sociais tem um impacto positivo na comunidade e que a filosofia Ubuntu contribui fornecendo ferramentas para que as pessoas tenham um bom convívio no campo. Ele diz:

[...]quem consegue usar ou se abre pra praticar a filosofia Ubuntu se beneficia disso porque, é como se fosse essa ajuda que a gente tá buscando quando a gente consegue viver a filosofia Ubuntu. E além dos valores morais que a nação Ubuntu passa, é entender que todos somos irmãos e irmãs, e que se a gente consegue trazer esses valores morais cada vez mais em prática a gente consegue ter uma sociedade um pouco melhor e conviver com um pouco mais em paz.

A filosofia Ubuntu tem como premissa ensinar o indivíduo a pensar no outro, no sentido de que para se estar bem é preciso que o outro também esteja, isto é, pensar de forma coletiva e valorizar as relações com quem se convive. Esse movimento da filosofia pode contribuir para que as comunidades criem e mantenham relações mais positivas, o que é uma das dimensões do bem-estar psicológico da teoria de Carol Ryff (RYFF; KEYES, 1995).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa evidenciou alguns elementos que parecem contribuir para que os refugiados consigam manter o bem-estar: o fato de expressarem sua alegria através da música e da dança, o de vivenciarem a filosofia Ubuntu como uma forma de valorização do “nós” e o fator da resiliência, que demonstra as habilidades de transformação do povo africano, e sua capacidade de superar os conflitos mesmo sem esquecê-los (DIALLO; BORGES, 2020).

Considerando a teoria de Carol Ryff, a dimensão mais perceptível na fala dos entrevistados foi a das relações positivas. De acordo com Snyder e Lopez (2009), esse conceito refere-se a questões como “preocupar-se com o bem-estar do outro”¹ e esse também seria um importante aspecto da filosofia Ubuntu. Sendo assim, a filosofia Ubuntu e as relações positivas são fatores que fazem parte das especificidades do bem-estar para

1 Conforme Quadro 1.1 apresentado na página 6.

os refugiados do campo Dzaleka.

Além disso, através das entrevistas realizadas nesse estudo, observou-se que os projetos realizados pela ONG Fraternidade Sem Fronteiras nesta comunidade apresentam semelhanças com os estudos em Psicologia Positiva, pois, tem como proposta aumentar o bem-estar desses indivíduos nas condições em que vivem.

Observou-se que é preciso olhar o sujeito como um todo. Todos que estão inseridos nestas condições passam por situações desafiadoras, então é muito mais difícil estar bem se está com fome, conseqüentemente, não se consegue ser uma pessoa mais proativa e assim, esse somatório de coisas vai moldando a vida do sujeito no campo. Isso reforça a máxima que o ser humano é um ser biopsicossocial, ou seja, para que tenha o mínimo de bem-estar é preciso levar em consideração as partes físicas, mentais, o ambiente e as relações sociais em que vivem.

A cultura é entendida como um legado e valores em comum, e em uma comunidade pode ser uma importante influência sobre o desenvolvimento das potencialidades e do bem-estar dos humanos. De acordo com Satcher apud Snyder e Lopez (2009, p. 86), diretor de saúde dos Estados Unidos, “a cultura e a sociedade cumprem um papel central na saúde mental [...]”.

No campo Dzaleka, os profissionais munidos com essas informações trabalham para que as demandas sejam atendidas de forma a não interferirem nas expressões culturais dos refugiados e sim de forma a utilizá-las como base para promover maior qualidade de vida entre eles. Afinal, de acordo com Segre e Ferraz (1997) a qualidade de vida é um conceito subjetivo, que somente o próprio sujeito poderá avaliar de acordo com a sua realidade. E completando com Gomes (2020, p. 135) “eles vivem a realidade de cada dia”.

Como sugestão para melhorias que visem o aumento do bem-estar no campo investigado, sugere-se a criação de um núcleo psicossocial para os refugiados de uma forma mais estruturada. E, ao mesmo tempo, um suporte às pessoas, não só as assistidas pelo projeto, mas os próprios coordenadores voluntários que também moram no campo.

Por fim, percebe-se que o trabalho apresentou algumas limitações como: a amostra consistiu em um número reduzido de participantes; a pesquisa foi realizada somente a partir da perspectiva dos entrevistados. Com isso, sugere-se que estudos futuros possam investigar a visão dos próprios refugiados que vivem neste campo, com o objetivo de pensar em estratégias para desenvolver ou fortalecer o bem-estar, podendo, por exemplo, aproveitar dos princípios e valores da filosofia Ubuntu. Sugere-se, ainda, novos estudos com o intuito de comparar o desenvolvimento do bem-estar em diferentes campos de refugiados com outras filosofias de vida.

REFERÊNCIAS

ABREU, Desirée; *et al.* Estressores psicossociais, senso de comunidade e bem-estar subjetivo em crianças e adolescentes de zonas urbanas e rurais do Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, p. 1-12, set. 2016.

ACNUR, Brasil. UNHCR ACNUR: Agência da ONU para refugiados. **Dados sobre refúgio**. Disponível em: <<https://www.acnur.org/portugues/dados-sobre-refugio/>>. Acesso em: 24 abril 2022.

ACNUR, Brasil. UNHCR ACNUR: Agência da ONU para refugiados. **Muitos novos refugiados**. Disponível em: <<https://www.acnur.org/portugues/quem-ajudamos/refugiados/>>. Acesso em: 27 julho 2022.

ARANHA, Maria S. F. A interação social e o desenvolvimento humano. In: **Temas em Psicologia**. Ribeirão Preto, 1993, v. 1, n. 3, cap. 3, p. 19-28.

BEZ, Andressa da Silveira. **Avaliação das Propriedades Psicométricas da Escala de Bem-Estar Psicológico**. 2018. 120 f. Tese (Doutorado em Odontologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

BORGES, Gustavo; DIALLO, Alfa. A filosofia africana do ubuntu e os direitos humanos. *Inter: Revista de Direito Internacional*, v. 3, n. 2, 2020.

CAPITANINI, Marilim E. S. **Sentimento de solidão, bem estar subjetivo e relações sociais em idosos vivendo sós**. 2000. 117 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Educacional) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

CAREGNATO, Rita; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 4, n. 15, p. 679-684, 2006.

CARVALHO, Nuno; VEIGA, Feliciano. Bem-estar psicológico e recursos de desenvolvimento: caracterização em alunos adolescentes. *Psicologia em Pesquisa, Juiz de Fora*, v. 14, n. 2, p. 91-111, maio-ago. 2020.

COUTO, Sara Cunha. Programa de promoção de relações sociais e suporte em estudantes universitários: Uma revisão da literatura. 2020. 23 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico do Porto, Portugal.

FSF. FRATERNIDADE SEM FRONTEIRAS. **Projeto Nação Ubuntu: Malawi**. Disponível em: <<https://www.fraternidadesemfronteiras.org.br/projetos/nacao-ubuntu/>>. Acesso em: 27 julho 2022.

FSF. FRATERNIDADE SEM FRONTEIRAS. **Quem somos**. Disponível em: <<https://fraternidadesemfronteiras.ch/quem-somos/>>. Acesso em: 18 agosto 2022.

GALINA, V. F. *et al.* A saúde mental dos refugiados: um olhar sobre estudos qualitativos. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 61, n. 21, p. 297-308, 2017.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, Wagner Moura. **A Alma Fala**. São Paulo: Intelítora Editora, 2020. 255 p.

MACHADO, Wagner de Lara. Escala de Bem-Estar Psicológico: Adaptação para o Português Brasileiro e Evidências de Validade. 2010. 60 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

MARCONI, Marina; LAKATOS, Eva. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MOTA, C. P.; OLIVEIRA, I. Efeito do Suporte Social e Personalidade no Bem-Estar Psicológico em Adolescentes de Diferentes Contextos Relacionais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 36, p. 1-15, 2020.

NEPOMUCENO, Bárbara, *et al.* Bem Estar Pessoal e Sentimento de Comunidade: um estudo psicossocial da pobreza. *Psicologia em Pesquisa*, v. 11, n. 1, p. 74-83, jan-jun. 2017.

ORLANDI, Eni P. Michel Pêcheux e a Análise de Discurso (Michel Pêcheux et l'Analyse de Discours). **Estudos da Língua(gem)**, Vitória da Conquista, v. 1, n. 1, p. 9-13, 2005.

PRODANOV, Cleber; FREITAS, Ernani. **Metodologia do trabalho científico: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RAMIÃO, E.; FERNANDES, H.; QUESADO, S. Influência da percepção de apoio social no bem-estar psicológico em adolescentes portugueses. **PsychTech & Health Journal**, v. 4, n. 2, p. 45-62, 2021.

RASHID, Tayyab; SELIGMAN, Martin. **Psicoterapia positiva: manual do terapeuta**. Porto Alegre: Artmed, 2019. 376 p.

REPPOLD, C. T. *et al.* Felicidade como Produto: Um Olhar Crítico sobre a Ciência da Psicologia Positiva. *Avaliação Psicológica*, v. 18, n. 4, p. 333-342, 2019.

RYFF, C. D.; KEYES, C. L. M. The structure of Psychological Well-Being revisited. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 69, n. 4, p. 719-727, 1995.

SANTOS, Wellerson. **Ubuntu: Um só povo, um só coração**. Belo Horizonte, 2017. 263 p.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio. O Conceito de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, n. 5, p. 538-542, out. 1997.

SELIGMAN, Martin E. P. *Florescer: Uma nova compreensão da felicidade e do bem-estar*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2019. 368 p.

SNYDER, C. R.; LOPEZ, Shane. *Psicologia positiva: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. Porto Alegre: Artmed, 2009. 516 p.

VASCONCELOS, Francisco Antônio. *Filosofia Ubuntu*. Logeion: Filosofia da informação, Rio de Janeiro, v. 3 n. 2, p. 100-112, mar./ ago. 2017.

ZANELLA, Andréa; FILHO, Kléber; ABELLA, Sandra. Relações sociais e poder em um contexto grupal: reflexões a partir de uma atividade específica. *Estudos de Psicologia*, v. 8, n. 1, p. 85-91, 2003.

APRENDIZADO EVOLUTIVO NOS BASTIDORES DA TENEPES

Data de aceite: 03/08/2023

Nilza Gladis Martins

Contadora. Graduada em ciências contábeis. Especialista em auditoria de Controle Externo. Voluntária da IC TENEPES e integrante do *Colégio Invisível da Tenepessologia* (CIT)

RESUMO: Este artigo objetiva explicitar a importância do aprendizado evolutivo nas vivências da *tarefa energética pessoal* (tenepes), a partir da decisão em participar semanalmente da *Dinâmica Parapsíquica da Tenepes* (DPT), levando em consideração o aut discernimento e a lucidez na forma de pensar mais universalista, interdependente e cosmoética, capazes de fortalecerem vínculos de afinidades e ampliar a maturidade intraconsciencial ao realinhar-se aos parâmetros multidimensionais, de *Curso Intermisso* (CI), tratados aqui na condição de hipótese. A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica e registros das experiências pessoais, ocorridos antes, durante e depois dos campos e sessões tenepessológicas. Na conclusão do trabalho, a autora reconhece que o aprendizado evolutivo nos bastidores da tenepes traz a oportunidade de

retribuição pelas prioridades evolutivas, o conhecimento aprendido, os princípios e valores pessoais reconhecidos, os atributos conquistados, os parâmetros aprimorados, as reciclagens realizadas e a autonomia interassistencial ampliada, propiciando ao tenepessista alcançar metas mais avançadas na tenepes.

PALAVRAS-CHAVE: Afinidades
Autopesquisa Grupalidade Integridade
Interassistencialidade

EVOLUTIONARY LEARNING BEHIND THE SCENES OF PENTA

ABSTRACT: This article aims to explain the importance of evolutionary learning in the experience of the personal energetic task (penta), from the decision to participate weekly in the Penta Parapsychic Dynamic (PPD). This is done by taking into consideration selfdiscernment and lucidity in a more interdependent, cosmoethical and universalistic way of thinking, capable of strengthening bonds of affinity and expanding intraconsciencial maturity by aligning with the multidimensional paraduties of the Intermisive Course (IC), treated as a hypothesis. The methodology used was bibliographic research and personal records

of experiences that occurred before, during and after the penta related fields and sessions. At the conclusion of the paper, the author acknowledges that the behind-the-scenes evolutionary learning brings the opportunity for retribution through evolutionary priorities, knowledge learned, principles and personal values recognized, the attributes conquered, the improved links, the recycled and applied interassistential autonomy, which enable the penta practitioner to achieve more advanced goals in penta.

KEYWORDS: Affinities Groupality Integrity Interassistentiality Self-research.

INTRODUÇÃO

Motivação. A motivação para escrever este artigo foi ampliar os limites cognitivos intraconscienciais por meio da autoconsciência da qualificação interassistencial em ambiente parapedagógico, mentalsomático e paraterapêutico, a fim de expandir o paracérebro, na condição de assistente ou de assistido, numa abordagem mais universalista fortalecendo vínculos de afinidades equipin-equipex.

Objetivo. O objetivo deste artigo é compartilhar experiências da autora sobre o aprendizado evolutivo nas vivências da *tarefa energética pessoal*, a partir da decisão em participar semanalmente da *Dinâmica Parapsíquica da Tenepes* (DPT).

Reflexões. A autora espera contribuir e propiciar reflexões lúcidas sobre o *aprendizado evolutivo tenepessológico* visando aprofundar a compreensão de que os recursos disponíveis e aptidões conscienciais na tenepes a exemplo da *doação das energias*, assimilação e desassimilação de base intraconsciencial *sólida* podendo ser otimizada por intermédio de autopesquisa e resultados.

Metodologia. A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica e registros das experiências pessoais (laboratórios, interações, percepções, *insights*, escutatória e sincronidades), ocorridos antes, durante e depois dos campos das dinâmicas e prática tenepessológicas diárias.

Comunicação. Os bastidores da DPT e da *tarefa energética pessoal* catalisam a comunicação *parapsíquica interassistencial* silenciosa dos amparadores pela *doação cosmoética* das energias conscienciais, na qual os assistentes participantes têm a oportunidade de retribuir com seus aportes e assistir seus afins evolutivos e outros.

Estrutura. O texto de desenvolvimento desta pesquisa está organizado em 4 seções:

- I. **Autopesquisa nos Bastidores da Dinâmica Parapsíquica da Tenepes.**
- II. **Responsabilidade com os Paradojos Interassistenciais.**
- III. **Aprendizado Evolutivo Interdimensional.**
- IV. **Debates Interassistenciais na DPT.**

11 AUTOPESQUISA NOS BASTIDORES DA DINÂMICA PARAPSÍQUICA DA TENEPES

Autopesquisa. Para o aprendizado evolutivo, os bastidores da *Dinâmica Parapsíquica da Tenepes* propiciam oportunidade de autopesquisa *top* das parapercepções interassistenciais, a ampliação da lucidez, a qualificação da autocognição e o domínio holossomático, bem como a aplicação dos princípios pessoais cosmoéticos.

Cientificidade. A autopesquisa tem na base o conhecimento científico dos princípios fundamentais do Paradigma Consciencial, que propõe qualificação interassistencial mais madura, através da ação prática de assistir melhor outras consciências, aumentando a abrangência da visão no cotidiano da *tarefa energética pessoal*, sem crenças ou dogmatismos e enfatizando o entrelaçamento entre equipin-equipex, mediante atuação como minipeça no maximecanismo interassistencial.

Interassistencialidade. Um dos princípios cosmoéticos adotado por esta autora é a interassistencialidade tenepessológica – princípio científico da Conscienciologia que norteia tal tema.

Principiologia. Segundo a *Principiologia*, eis, em ordem alfabética, 12 princípios, entre outros, os quais podem ser aplicados diuturnamente e materializando, em código de conduta tenepessista, megatrafores ou conquista de trafais, a partir das reflexões interassistenciais, necessárias ao aprendizado evolutivo:

01. **Autopesquisologia.** *Princípio* de os fatos, parafatos orientarem as pesquisas ou parapesquisas.
02. **Cosmoeticologia.** *Princípio* cosmoético de objetivar o melhor para todas as consciências.
03. **Descrenciologia.** *Princípio* de aplicar a criticidade máxima pelo autodiscernimento, abdicando do ato de acreditar.
04. **Energossomatologia.** *Princípio* da intercooperação energossomática, na condição de minipeça interassistencial.
05. **Evoluciologia.** *Princípio* do nível de lucidez evolutiva determinar o nível da cognição interassistencial na proéxis.
06. **Interdependenciologia.** *Princípio* de a interação amparador-amparando só funcionar com interdependência.
07. **Interassistenciologia.** *Princípio* interassistencial de o menos doente ajudar o mais doente.
08. **Reeducaciologia.** *Princípio* de o ganho evolutivo ser maior ao se considerar as outras consciências.
09. **Lucidologia.** *Princípio* de que a pessoa humana vale o montante dos próprios megacons recuperados.

10. **Responsabilidade.** *Princípio* de quanto mais se evolui menos se requisita e mais responsabilidade se assume.

11. **Universalismo.** *Princípio* de que a tendência da evolução é eliminar todas as fronteiras e caminhar na *intergaláctica*.

12. **Verbaciologia.** *Princípio* de todo bom conselho precisa ser precedido do melhor exemplo.

Sinergismo. A tenepes pessoal e a DPT transitam juntas na qualificação sinérgica da pensenização afim ou interconexão empática entre conscins-consciexes, pelo *rapport* de demandas diferenciadas, contudo, convergentes ao holopensene tenepessológico.

Epicentrismo. Considera-se que a formação do campo bioenergético equilibrado, profilático e paraterapêutico da DPT é liderado por equipex técnica especialista em Tenepessologia, responsável pela agenda extrafísica, enquanto a epicon da DPT atua na sustentabilidade energoparapsíquica por intervenção da flexibilidade holochacral exemplarista, em sinergismo e afinidade com a equipex, favorecendo a demanda interassistencial lúcida às conscins-consciexes.

Paracérebro. O campo energético e interassistencial produzido oportuniza a autopesquisa parapsíquica lúcida e expandindo o paracérebro assistente-assistido, envolvidos, *nos trabalhos de desassédio e assistência extrafísica*.

Tares. A *prioridade primeira* (pripri) é a tarefa do esclarecimento (tares) voltada diretamente ao paracérebro do assistido, o qual pode extrair aprendizados de acordo com a capacidade do seu nível evolutivo.

Recursos. Segundo a *Paraprofilaxia*, eis 8 recursos teáticos da DPT, em ordem alfabética, que servem de motivação para autopesquisa das energias e das parapercepções:

1. **Autopenalidade.** Pensar multidimensionalmente cria um holopensene favorável à expansão da psicofera saudável, podendo receber e retribuir, no campo, os aportes interassistenciais disponíveis.

2. **Bem-estar.** Percebe-se que as consciexes enfermas ou carentes, com psicofera desequilibrada, ao serem imersas em campo mais equilibrado, recebem doses de *nutrientes energéticos* de bem-estar e serenidade, capazes de desbloquear, desassediar ou limpar as próprias energias.

3. **Ectoplasmia.** O autodomínio equilibrado das energias dá sustentabilidade ao campo ectoplásmico, tanto para a autoassistência (autocura), quanto para a heteroassistência (heterocura) das consciexes. *As comunexes evoluídas não precisam de ectoplasmia em seus holopensenes.*

4. **Energossomática.** A sustentabilidade do energossoma no campo paraterapêutico leva em conta a psicofera assistencial das energias curativas, límpidas (higiene) e pensenidade linear, desencadeando força acolhedora, esclarecedora e reurbanizadora para revitalização das consciências enfermas ou carentes.

5. **Holossoma.** A manutenção da pensenidade mentalsomática qualifica o holossoma

numa ação profilática ou paraterapêutica quanto à instabilidade dos assistidos, sem alterar, contudo, o campo bioenergético. *As alterações são das consciências, não do campo.*

6. **Equalização.** Nota-se que as energias conscienciais dos doadores no campo são equalizadas em harmonia com o holopense cosmoético, universal da equipex técnica, em *esfera de conscientização*, promovendo reciclagens pensênicas ou extrapolações por meio de sinapses qualificadas (neopenses/neomatrix).

7. **Parasegurança.** Entende-se que a equipex técnica interessada em garantir a parasegurança do campo bioenergético, enquanto sustentáculo de apoio à interassistência multidimensional, mantenha o ambiente blindado energeticamente.

8. **Paratecnologia.** Nos bastidores extrafísicos existe um universo de recursos paratecnológicos que podem auxiliar aos participantes da DPT a desenvolverem seus atributos conscienciais, aptidões ou habilidades com vistas à qualificação tenepessológica.

2 I RESPONSABILIDADE COM OS PARADEVERES INTERASSISTENCIAIS

Paradeveres. Os *paradeveres interassistenciais* representam a condição de lucidez da consciência quanto à responsabilidade assumida no Curso Intermissivo (CI), ressaltando o entrosamento entre a evolução pessoal e grupal. *A cláusula pétrea na autoproxis independe do nível de CI.*

Inteligência Evolutiva. Portanto, o epicentrismo lúcido libertário é a capacidade da consciência agir com Inteligência Evolutiva (IE), de acordo com seus princípios pessoais, chamando para si a responsabilidade de melhorar o próprio nível evolutivo, mas sempre respeitando o nível evolutivo do outro.

Autorrespeito. A responsabilidade com os paradeveres prima pelo respeito multidimensional, levando em conta os princípios e valores intraconscienciais, em harmonia com os princípios e valores alheios e a manutenção da integridade íntima em qualquer dimensão que se manifeste.

Direitos-Deveres. O tenepessista tem *o direito de conhecer a si mesmo e o dever de agir sobre si*, ou seja, viver os próprios valores e escolhas, entendendo o *modus operandi*, do mecanismo de funcionamento evolutivo tanto pessoal, quanto no meio grupal.

Código. O Código Pessoal de Cosmoética (CPC) é a credencial do tenepessista, estabelecendo o rol dos deveres e paradeveres pessoais frente aos direitos alheios, sedimentado na ortopensenidade. *A cosmoética é o acervo dos códigos do Cosmos em você.*

Abertismo. A primeira realidade é a própria consciência e para fortalecer a autocognição parapsíquica interassistencial é preciso estar aberto a novas ideias e experiências mais universalistas, despojando-se de conceitos envilecidos. *Princípio de abertura pensênica, cosmoética e maxifraterna.*

Atualização. Assim, quanto mais realismo e ousadia na tenepes, mais aumenta o convívio com diferentes níveis evolutivos, propiciando megaopportunidades de atualização e convergência para uma *neomatriz* pensênica.

Técnica. A teática da análise-reflexiva e autocrítica avalia a necessidade da consciência estudar a própria consciência quanto à realidade e a pararrealidade levando em conta 2 princípios técnicos de autolocalização, que auxiliam na atualização, conduzindo a uma melhor avaliação e resultado, conforme listado a seguir:

1. **Analicidade.** A atualização intraconsciencial envolve a holoanálise pessoal e reflexão criteriosa sobre a realidade do autoparadigma limitante, *pente fino* sobre a autoconduta, motivado pela autoconscientização quanto à necessidade da qualificação da autocognição interassistencial universalista.

2. **Interdimensionalidade.** A atualização interdimensional envolve reflexão intencional das ocorrências nos bastidores, além da dinamização e equilíbrio na assistência multidimensional, livres do sistema de crenças enraizadas, colocando por terra barreiras e apriorismos, e propiciando uma visão mais ampla do processo.

Complementaridade. No âmbito do aprendizado evolutivo importa considerar o ponto de convergência na reeducação da mentalidade pessoal, a partir do conhecimento exaustivo e da interdependência e a complementaridade das duas esferas.

Intraconsciencialidade. A reconfiguração intraconsciencial ocorre a partir do autoposicionamento coerente quanto às metas evolutivas. Quando não há posicionamento verbaciológico, torna-se alvo fácil de guias amauróticos intra e/ou extrafísicos. *Você nesta semana já pensou na sua liderança interassistencial?*

Autoparapercepção. O intercâmbio energético é grande oportunidade de exercitar o aprendizado **lúcido** das parapercepções: EV, sensações, exteriorizações, absorções das energias e sinaléticas energéticas e parapsíquicas identificadas, podendo serem realizadas na vigília física, tenepes ou quando projetados pelo psicossoma. O ideal é valorizar o bem-estar e perceber quando se sai do equilíbrio.

Parapsiquismo. É importante ressaltar que parapsiquismo todo mundo tem, o grande diferencial está na competência proativa de o parapsiquismo ser interassistencial e cosmoético.

Leitura energética. A leitura energética (escutatória) e a diferenciação pensênica no cotidiano e nos bastidores da tenepes carregam consigo o preço da autorredução do parapsiquismo interassistencial, pelos enfrentamentos e a conquista de megatrafores: *só põe banca quem tem competência. Mas se não bancar nunca vai ter competência.*

Enfrentamentos. A autorredução ortopensênica e o domínio energossomático realimentam os enfrentamentos nos intercâmbios das energias interassistenciais da tenepes, permitindo ao praticante perceber, fazer leitura ou discriminar o padrão energético da consciex que acopla, podendo-se dizer se é do amparador ou assistido reforçando o desempenho do tenepessista rumo a condutas proativas na interassistência.

Emoções. A estabilidade emocional é conquistada pelo autoesforço na atualização gradativa da mudança de hábitos arraigados, melhorando a homeostase psicossomática, pois o corpo das emoções permanece conosco por um período prolongado. O psicossoma em desequilíbrio é o veículo mais atacado pelos assediadores. *O emocionalismo constitui desequilíbrio-involução e a serenidade enfatiza o equilíbrio-evolução.*

Responsabilidade. Crises ou instabilidades existem, porém, a responsabilidade traz harmonia, bem-estar e vontade de acertar rumo à autossuperação. Pelo engajamento a conscin consegue alcançar níveis de abnegação e integridade para ajudar os outros, aumentando o número de reconciliações interconscienais e autorresgates das imaturidades do passado. *Para sair da relação interprisional é preciso liquidar as faturas dos débitos grupocármicos.*

Autodiscernimento. Durante a autopesquisa lúcida dos bastidores da tenepes a autora descobriu muitas facetas sobre si mesma e em relação ao grupocarma mais próximo e amigos voluntários da *Comunidade Conscienciológica Cosmoética Internacional (CCCI)*, discernindo que determinadas condutas são mais otimizadoras e outras mais dificultadoras. A diferença está no autodiscernimento pela autocrítica constante sob pena de se transformar em *pseudoassistente*.

Reflexões. Eis 6 questões da avaliação intraconscienial relevante para análise reflexiva em relação ao grau de coerência e responsabilidade nas manifestações cotidianas:

1. **Autopercepção quanto ao Soma.** *Você se sente fisicamente equilibrado da cabeça aos pés?*
2. **Autopercepção quanto ao Energossoma.** *Suas energias são terapêuticas?*
3. **Autopercepção quanto ao Psicossoma.** *As suas emoções mobilizam a sua interassistência?*
4. **Autopercepção quanto ao Mentalsoma.** *As suas ideias qualificam a sua tenepes?*
5. **Autopercepção quanto as próprias intenções.** *Por que? Para quê? A quem você assiste?*
6. **Autopercepção quanto às influências externas.** *De onde vem a informação? Você já identifica a sinalética parapsíquica?*

Autonomia. A autonomia na tenepes capacita o tenepessista a decidir e conduzir a tenepes pelo autodiscernimento dos princípios pessoais com responsabilidade e entendimento de ser a causa dos efeitos das próprias escolhas, seja afetiva, familiar, profissional, social, consciencial e até ambiental. *Princípio da inseparabilidade grupocármica.*

Técnicas. Eis 9 técnicas e instrumentos para autoexperimentação e desenvolvimento interassistencial, entre outras, listadas em ordem alfabética, convergindo para o aprendizado evolutivo tenepessológico:

1. **Assepsia.** Consiste na assepsia bioenergética da psicofera da conscin, consciex

e ambientes.

2. **Domínio avançado.** Consiste na absorção profunda das energias da consciência, pela vontade, de modo imediato, com implantação da desassimilação após a realização da assistência.

3. **Estado vibracional.** O método mais eficiente para a autodefesa energética ou desassimilação é o EV.

4. **Escutatória interassistencial.** A capacidade de ouvir ou fazer a leitura interdimensional¹.

5. **Intencionalidade.** A intenção para investir na interassistência requer ***não pensar mal dos outros.***

6. **Mobilização Básica das Energias (MBE).** Sustentação de 3 manobras energéticas: Estado Vibracional (EV), Exteriorização e absorção das ECs, para qualificação do energossoma.

7. **Reversão Pensênica.** Analisar e promover a imediata reversão do carregamento autopensênico.

8. **Tenepessometria.** Mensuração técnica do nível de autodesempenho durante a tarefa energética pessoal (Rogick, 2016, p. 207).

9. **Tenepessograma.** Questionário de autoavaliação tenepessológica com 100 perguntas (Thomaz & Pitaguary, 2015, p. 347 a 356).

Benefícios. Eis 9 benefícios de qualificação da tenepes, entre outros, listados em ordem alfabética, que podem ser alcançados pela motivação e vontade:

1. **Autoparassegurança.** A *capacidade* em aumentar a parassegurança pelo domínio energético.

2. **Autocognição.** A *capacidade* de ampliar a cognição do *parapsiquismo interassistencial.*

3. **Autoimunidade.** A *capacidade* de conquistar aos poucos o mitridatismo interassistencial.

4. **Centrais Extrafísicas.** A *capacidade* de acessar os megarecursos disponíveis das Centrais Extrafísicas à qualificação da tenepes, percebendo as repercussões de interação das energias, psicossoma ou mentalsoma.

5. **Descoincidência.** A *capacidade* de dinamizar a descoincidência dos veículos de manifestação.

6. **Imperturbabilidade.** A *capacidade* de pouco a pouco conquistar pacificação íntima relativa.

7. **Sinaléticas.** A *capacidade* de sentir e vivenciar lucidamente, as sinaléticas energéticas e parapsíquicas pessoais.

8. **Trafais.** A *capacidade* de buscar e identificar paulatinamente traços faltantes a serem trabalhados.

9. **Megatrafores.** A *capacidade* de buscar e conquistar megatrafores mentaissomáticos eliminando os trafares.

3 | APRENDIZADO EVOLUTIVO INTERDIMENSIONAL

Aprendizado. O *aprendizado evolutivo nos bastidores da tenepes* é o efeito da predisposição, atributos, habilidades e bagagem convergentes à qualificação da autocognição tenepessológica, a partir das reciclagens mais inovadoras da pensenidade ou temperamento mediante enfrentamento e autossuperação das próprias imaturidades, no desenvolvimento da autolucidez das parapercepções, a fim de se interassistir com número maior de consciências.

Megacons. No aprendizado evolutivo, primeiro a consciência precisa parar, se olhar e reconhecer que existe algo *lacunado*, a ser preenchido dentro de si, para depois partir para a reorganização evolutiva e começar pela recuperação de megacons sobre si mesmo e o Cosmos, e se conectar com a autopróxis.

Reorganização. A reorganização e a persistência evolutiva são indispensáveis devido à complexidade e a singularidade da consciência, sendo que cada um evolui de maneira diferente, penseniza e apresenta temperamento e experiências diferentes, entretanto se assemelham aos direitos e deveres evolutivos.

Ponderações. Eis 8 ponderações lógicas, racionais e lúcidas, sobre a própria pensenidade, temperamento e atributos ou habilidades intraconscienciais e o contraponto capaz de ajudar na renovação e aprendizado evolutivo interdimensional:

1. **Abertismo.** *Qual meu nível de autodisponibilidade interassistencial para receber bem quem está chegando?*

2. **Autocriticidade.** *Qual meu nível de autocriticidade cosmoética em relação às priorizações evolutivas?*

3. **Autodeterminação.** *Qual meu nível de vontade inquebrantável, no contínuo das reciclagens evolutivas?*

4. **Autonomia.** *Qual meu nível de autonomia interdependente conquistada na condição da tenepes?*

5. **Autopacificação.** *Qual meu nível de imperturbabilidade na interconexão com o amparador de função?*

6. **Higiene consciencial.** *Qual é o meu nível de desassedialidade no emprego da ortopensenidade?*

7. **Megafoco.** *Qual meu nível de megafoco autopensenidade capaz de qualificar a autocognição tenepessológica?*

8. **Ousadia.** Qual meu nível de ousadia cosmoética capaz de ser exemplo de despojamento?

Posturas. Eis 8 posturas da consciência com experiências diversificadas de base intraconsciencial, com atualização indispensável ao aprendizado evolutivo listadas em ordem alfabética:

1. **Acolhimento.** O aprendizado na *experiência* de acolher buscando conexão e empatia maxifraterna com o assistido.
2. **Comunicação.** O aprendizado na *experiência* argumentativa de modo autêntico, sem máscara.
3. **Energossomática.** O aprendizado na *experiência* do domínio energético e parapsíquico interassistencial.
4. **Esclarecimento.** O aprendizado na *experiência* de exercer a tares sobre si através do autodiscernimento.
5. **Ortopensividade.** O aprendizado na *experiência* interassistencial pelo predomínio da ortopensividade.
6. **Vontade.** O aprendizado na *experiência* volitiva de acertar de modo mais cosmoético possível.
7. **Reorganização.** O aprendizado na *experiência* da autodisciplina com viés de uma neomatriz evolutiva.
8. **Reurbanizadora.** O aprendizado na *experiência* da concentração de praticantes da tenepes fixados na Tríplice Fronteira.

Valores. Eis 13 valores evolutivos, entre outros, em ordem alfabética, que auxiliam na reflexão e autoprofilaxia para ultrapassar *lacunas* conscienciais, e avançar na renovação, reciclagem e pacificação intraconsciencial:

01. **Agendex.** A elaboração da agenda extrafísica e a manutenção da rotina útil da tenepes, de modo organizado e mentalsomático.
02. **Amizades.** A convivência e a recomposição com compassageiros evolutivos, por meio de reencontros mais universalistas.
03. **Amparadores.** A meritocracia e o trabalho em coexistência pacífica com o amparo técnico de função.
04. **Autobenignidade.** O reconhecimento dos erros ou necessidades e a valorização da Inteligência evolutiva (IE).
05. **Autorrealidade.** A análise realista da FEP e a percepção do padrão de qualidade da pensenização.
06. **Autovigilância.** As medidas preventivas e a dinamização das parapercepções

anímicas, energéticas e parapsíquicas para ajudar a discernir as sinaléticas e questionar *de onde vem a informação*.

07. **Coerência.** A coerência na teática tenepessológica cotidiana e o fortalecimento pelo repasse mental dos contatos diuturnos, no início das práticas da tenepes, valorizada como *modus operandi*.

08. **Homeostase.** A reorganização da *saúde física, emocional e mental* propiciando a homeostase.

09. **Equilíbrio.** A manutenção do holossoma produtivo e o equilíbrio de uma vida organizada.

10. **Interconfiança.** A interconfiança, lealdade e a maxifraternidade no trabalho *ombro-a-ombro* com a equipex.

11. **Paravínculos.** As afinidades e a valorização dos trafores grupais extrafísicos vinculados a evolução.

12. **Tenepessografia.** A autopesquisa e o hábito saudável de registrar as ocorrências no diário da tenepes, ampliando o acervo autocognitivo.

13. **Interassistencialidade.** A teática interassistencial, no aprendizado evolutivo, pode ser avaliada pelo resultado das recins, levando em conta a demanda do assistido e a interconexão com a equipex mais avançada.

4 | DEBATES INTERASSISTENCIAIS DA DPT

Debates. O debate interassistencial da DPT é o conjunto de argumentos tarísticos promovidos pelos professores, fazendo correlações e associações das ideias, ampliando e enriquecendo as experiências com os conceitos da Conscienciologia, em alto nível de consciencialidade. *O foco é sempre o assistido.*

Participantes. Os participantes se afinizam ao tema Tenepes e os debates interassistenciais são muito esclarecedores sobre: as parapercepções, dúvidas, questionamentos, sensações, impressões, intuições ideativas ou argumentativas para uma compreensão melhor daquele momento evolutivo.

Valorização. O critério de sempre valorizar cada experiência parapsíquica predispondo o participante ao intercâmbio das paravivências, com naturalidade, conseguindo muitas vezes ultrapassar o próprio *gargalo* consciencial.

Holomemória ativada. Uma única palavra memorada, às vezes, pode levar ao eixo do *nó górdio* daquilo que precisa ser esclarecido; por outro lado, pode levar ao eixo evolutivo de princípios pessoais cosmoéticos que precisam ser recuperados (megacons). *Qual é o seu nó górdio?*

Paraenredo. Os amparadores podem promover paraenredos educativos com cenários musicais, ideativos ou emocionais, para maior compreensão das dificuldades que o assistido precisa reciclar.

Pensenidade. Os depoimentos dessas experiências parapsíquicas enriquecem a pensenidade de todos, promovendo o aprendizado grupal compartilhado entre conscins e consciexes.

Recomposição. O benefício dos esclarecimentos nos debates ajuda no refazimento de acertos, reparação, recomposição com vínculos do passado, as vezes com o grupo familiar, profissional, consciencial e com as consciexes, afins.

Materpensene. É importante mencionar que na DPT, há uma atividade denominada, materpensene. Este materpensene parapercebido pelo epicon lúcido normalmente é a fonte dos debates interassistenciais entre os participantes e para os participantes, que na maioria das vezes captam as informações demandadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Megaoportunidade. Na conclusão do trabalho, a autora reconhece que o aprendizado evolutivo nos bastidores da tenepes traz a megaoportunidade de retribuição lúcida pelas prioridades evolutivas, na vida humana, ao considerar o conhecimento aprendido, os princípios e valores pessoais legitimados, os atributos conquistados, os paravínculos aprimorados, as reciclagens realizadas e a autonomia interassistencial ampliada, propiciando ao tenepessista alcançar metas mais avançadas na tenepes.

Autoexemplarismo. Estabelece-se a convicção de que é possível ser exemplo cosmoético (cobaia) a uma ou muitas consciexes de modo anônimo e na condição de minipeça interassistencial, não importando o percentual.

Intercompreensão. Amplia-se a compreensão de que megatrafores e afinidades fixam paravínculos com os assistidos e os amparadores extrafísicos de função. Quanto mais a pessoa se compreende, mais ela vai compreender as outras consciências.

Reconhecimento. O reconhecimento e gratidão aos amparadores intra e extrafísicos pela intercessão fraterna e interconfiança no trabalho conjunto favorecem a megaportunidade de renovação intraconsciencial e a superintendência de Evolucionólogo, no planejamento da autoproxímia, estabelecido em Curso Intermissivo (CI).

NOTAS

1. **Anotações da Autora; *Tertúlia Matinal*** N. 17 ministrada em 23.10.16 no *Tertulianum* / CEAEC, pela professora Marina Thomaz, tema; *Técnica da Escutatória Interassistencial*.

BIBLIOGRAFIA ESPECÍFICA

1. **Rogick, Flávia B.; *Consciência Centrada na Assistência: Breve Estudo Conscienciométrico da Conscin Vulgar ao Tenepessista Veterano***; livro; Associação Internacional Editares; Foz do Iguaçu, PR; 2016; página 207.

2. Thomaz, Marina; & Pitaguari, Antonio; Orgs.: livro; **Tenepes: Assistência Interdimensional Lúcida**; livro; Associação Internacional Editares; Foz do Iguaçu, PR; 2015; páginas. 233; 265, 345 a 356, 363 e 391.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

1. Alegre, Pilar; **Parabastidores da Tertúlia**: verbete; In: **Vieira, Waldo**; Org.; **Enciclopédia da Conscienciologia**; & Associação Internacional Editares; Foz do Iguaçu, PR; 2018; páginas 16.324 a 16.331; disponível em: <<http://encyclossapien.space/nona/ECDigital9.pdf>>; acesso em: 01.07.2019; 18h52.

2. Haymann, Maximiliano; livro; **Prescrições para o Autodesassédio**; Associação Internacional Editares; Foz do Iguaçu, PR; 2016; páginas 60; 61; 85; 87; 88.

3. Justi, Almir; **Lascani, Amin & Rosa, Daiane**; Orgs; Livro; **Competências Parapsíquicas: Técnicas para o Desenvolvimento do Parapsiquismo Interassistencial**; Associação Internacional Editares; Foz do Iguaçu, PR; 2018; páginas. 25; 50; 51; 55, 326.

4. Lopes, Adriana; **Sinal de Amparo**: verbete; In: **Vieira, Waldo**; Org.; **Enciclopédia da Conscienciologia**; & Associação Internacional Editares; Foz do Iguaçu, PR; páginas 20.420 a 20.424; disponível em: <<http://encyclossapien.space/nona/ECDigital9.pdf>>; acesso em: 01.07.2019; 18h52.

5. Martins, Nilza; **Autoprincípio Cosmoético**: verbete; In: **Vieira, Waldo**; Org.; **Enciclopédia da Conscienciologia**; & Associação Internacional Editares; Foz do Iguaçu, PR; páginas 3.800 a 3.806; disponível em: <<http://encyclossapien.space/nona/ECDigital9.pdf>>; acesso em: 01.07.2019; 18h00.

6. **Vieira, Waldo**; **Dicionário de Argumentos da Conscienciologia**; Livro; Associação Internacional Editares; Foz do Iguaçu, PR; 2014; páginas 329; 1078; disponível em: <<http://encyclossapien.space/nona/ECDigital9.pdf>>.

7. **Vieira, Waldo**; **Léxico de Ortopensatas**; livro; 2 Vols.; 1.800 p.; Associação Internacional Editares; Foz do Iguaçu, PR; 2014; páginas 210; 241; 1.186.

8. **Idem**; **Manual da Tenepes: Tarefa Energética Pessoal**; livro; 142 p.; Instituto Internacional de Projeciologia; Rio de Janeiro, RJ; 1995, páginas 56; 62;73 e 75.

9. **Idem**; **Parapercepção Impressiva**; verbete; In: **Vieira, Waldo**; Org.; **Enciclopédia da Conscienciologia**; & Associação Internacional Editares; Foz do Iguaçu, PR; páginas 16.693 a 16.696; disponível em: <<http://encyclossapien.space/nona/ECDigital9.pdf>>; acesso em: 01.07.2019; 19h00.

10. **Tornieri, Sandra**; **Mapeamento da Sinalética Energética**; livro; Associação Internacional de Editares; Foz do Iguaçu, PR; 2015, páginas 17, 21, 33 e 169.

POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL: EXPERIÊNCIAS NA REDE DO CUIDADO EM FERNANDO DE NORONHA/PE

Data de submissão: 19/07/2023

Data de aceite: 03/08/2023

Wanessa Fernandes Moura Costa de Souza Lima

UFPE – Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/2260695763255374>

RESUMO: Articular a discussão sobre a saúde mental é extremamente necessário e relevante no tocante à atenção integral à saúde. Com a Reforma Psiquiátrica, as tentativas de romper com o modelo antigo não tem constituído uma tarefa tão simples. Este processo, fez com que surgissem mudanças teóricas e práticas, que apontam para a formação profissional e tem sido um campo de enfrentamentos constantes para que a gestão pública e os profissionais da saúde compreendam e aderem ao novo modelo. A dimensão da clínica ampliada, a criação de novos serviços de atenção diária, matriciamentos, entre outros, são instrumentos potentes que proporcionam a linha de atenção e cuidado à construção do caso clínico e a importância para cada singularidade. Em meio a este cenário, a ilha de Fernando de Noronha do estado de Pernambuco, tem demonstrado também seus desafios e necessidades territoriais. Este trabalho tem o objetivo em apresentar as ações, no âmbito da saúde mental,

desenvolvidas em Noronha. Trata-se de um relato retrospectivo, descritivo e exploratório que possa contribuir em outros territórios, facilitando um olhar sensível para gestão e equipe de que é possível desenvolver estratégias que fortaleçam a rede de atenção psicossocial, a saber: multiprofissionais, intersetoriais, prevenção, promoção e reabilitação da saúde mental, atenção à crise e espaços participativos para toda a população noronhense.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental, gestão pública, rede de cuidado, Reforma Psiquiátrica

STATE MENTAL HEALTH POLICY: EXPERIENCES IN THE CARE NETWORK IN FERNANDO DE NORONHA/PERNAMBUCO

ABSTRACT: Articulating the discussion on mental health is extremely necessary and relevant with regard to comprehensive health care. With the Psychiatric Reform, attempts to break with the old model have not been such a simple task. This process gave rise to theoretical and practical changes, which point to professional training and has been a field of constant

confrontations for public management and health professionals to understand and subscribe to the new model. The dimension of the expanded clinic, the creation of new daily care services, matrix support, among others, are powerful instruments that provide the line of attention and care for the construction of the clinical case and the importance of each singularity. In the middle of this scenario, the island of Fernando de Noronha in the state of Pernambuco, has also demonstrated its challenges and territorial needs. This work aims to present the actions, in the field of mental health, developed in Noronha. This is a retrospective, descriptive and exploratory report that can contribute to other territories, facilitating a sensitive view for public management and the team, that it is possible to develop strategies that strengthen the psychosocial care network, namely: multidisciplinary, intersectoral, prevention, promotion and rehabilitation of mental health, crisis care and participatory spaces for the entire population of this island.

KEYWORDS: Mental health, public Management, care network, Psychiatric Reform

INTRODUÇÃO

No Brasil, nos anos 1970, por meio de movimentos da sociedade civil em defesa da reforma sanitária e da influência das ideias do italiano Franco Basaglia, precursor da reforma psiquiátrica brasileira, cujo objetivo consistia em pleitear alternativas para o modelo de tratamento e assistência vigente, centrados na hospitalização e medicalização do indivíduo. As ideias reformistas, inversamente a esta lógica manicomial, visavam à eliminação gradual da internação, que deveria ser substituída por uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial a fim de promover a inclusão social do indivíduo em tratamento (MACIEL, 2016).

É possível definir saúde pública, por exemplo, como aplicação de conhecimentos (médicos ou não), com o objetivo de organizar sistemas e serviços de saúde, atuar em fatores determinantes do processo saúde-doença e impedir a incidência de doença na população (BATISTA, 2019).

E por meio das organizações da saúde pública, a saúde mental também foi reformulada através da Lei 10.216/2001 que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica e completa 22 anos, trazendo a sua importância em diversos aspectos, pois garante os direitos aos pacientes com transtornos mentais, o cuidado em liberdade, assim como a coresponsabilidade, como a participação de sua família no tratamento e sua proteção contra qualquer forma de abuso.

Falar da saúde mental tem sido um tema bastante complexo e desafiador, principalmente durante e pós-pandemia. O isolamento tem sido um fator de sofrimento psíquico constante e a Lei tem demonstrado ao longo desses anos, o quanto o modelo asilar traz consequências catastróficas ao ser humano. Por mais que a reforma psiquiátrica tem estimulado ao tratamento mais humanizado e com o fechamento gradual de manicômios e hospícios existentes no País, existe ainda enfrentamentos à resistências de ordem

cultural, ou seja, na forma de ver a doença mental, como também de instituições e profissionais da saúde que insistem na utilização de métodos antigos (BRASIL, 2001).

No tocante a este cenário, passaram a entrar em vigor no Brasil, as primeiras normas federais que regulamentavam a implantação de serviços de atenção diária, como os primeiros CAPS (Centro de Atenção Psicossocial).

A política de Saúde Mental de Pernambuco foi construída seguindo esta premissa, garantindo um cuidado que priorize a diversidade a qual contribui para a organização e execução de uma política que foca na complexidade da existência humana.

Os municípios que não possuem o número de habitantes de acordo com os critérios para implantar um CAPS, se intercomunicam com os municípios vizinhos para que ocorra o atendimento em casos gravesos.

O Distrito Estadual de Fernando de Noronha em Pernambuco, apesar da grande necessidade de ter um CAPS no território como equipamento de cuidado, não existe nenhum município vizinho que possa acolher os casos complexos, trazendo um grande desafio para as equipes de saúde.

Diante deste cenário, o objetivo do presente trabalho é propor uma discussão e reflexão acerca do protagonismo em saúde mental e seus desafios que possam contribuir para o avanço do cuidado.

Funcionamento dos CAPS no Brasil e a política de saúde mental em Pernambuco

Os CAPS são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário voltados aos atendimentos de pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras substâncias, que se encontram em situações de crise ou em processos de reabilitação psicossocial.

Os centros oferecem um atendimento interdisciplinar, composto por uma equipe multiprofissional que reúne enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, psiquiatras, entre outros especialistas. Essas equipes empregam diferentes intervenções e estratégias de acolhimento, como psicoterapia, seguimento clínico em psiquiatria, terapia ocupacional, reabilitação neuropsicológica, oficinas terapêuticas, medicação assistida, atendimentos familiares e domiciliares, entre outros.

De acordo com o Ministério do Brasil, os CAPS se constituem na seguinte modalidade:

- **Caps I:** Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.
- **Caps II:** Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

- **Caps I:** Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- **Caps AD:** Álcool e Drogas: Atendimento a todas as faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- **Caps III:** Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas as faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.
- **Caps AD III:** Álcool e Drogas: Atendimento com de 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.
- **Caps AD IV:** Atendimento a pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Sua implantação deve ser planejada junto a cenas de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento 24h, incluindo feriados e fins de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação.

A política de Saúde Mental de Pernambuco garante um cuidado que priorize a diversidade de saberes, olhares e fazeres que contribuam para a organização e execução de uma política que foca na complexidade da existência humana. O objetivo é legitimar uma política que preconizasse os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e para tal, teria que ser amplamente discutida no espaço legítimo das construções das políticas públicas, que é o espaço do controle social (GASAM, 2018).

O Estado de Pernambuco ocupa um lugar de destaque no âmbito da legislação de saúde para a área de saúde mental e políticas sobre álcool e outras drogas, tendo se constituído como o terceiro Estado brasileiro a promulgar uma Lei própria, a 11.064 de 16 de maio de 1994, que dispõe sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde mental, regulamenta a internação psiquiátrica involuntária e dá outras providências (GASAM, 2018).

Essa iniciativa, antecipadamente à Lei da Reforma Psiquiátrica, demonstra o compromisso de Pernambuco com a reversão do modelo de cuidado em saúde mental substitutivo à internação psiquiátrica a ser constituída por uma rede pública formada por pontos diversificados e territoriais de cuidado que abrangem desde a atenção básica até a atenção hospitalar.

O compromisso do Estado de Pernambuco com a Política de Saúde mental, álcool e outras drogas tomando por base a Lei estadual consolidada, vem ano a ano investindo nos projetos de desinstitucionalização. Em 2008 chegou a ocupar o terceiro lugar entre os estados brasileiros em número de hospitais psiquiátricos/leitos SUS por 1.000 habitantes. Atualmente Pernambuco é um dos Estados que mais reduziu leitos hospitalares psiquiátricos de longa permanência, com meta e decisão de extinguir leitos desta natureza, sendo uma das referências nacionais na reestruturação da Rede de Atenção Psicossocial.

De acordo com a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (2018), o estado possui atualmente, 95 residências terapêuticas, que comportam 760 pessoas. Em 2014 eram 58 residências e 464 beneficiários. Já em relação aos CAPS, são 127 unidades distribuídos nos 184 municípios do Estado, sendo 17 com funcionamento 24 horas e 11 com foco no acolhimento do público infante-juvenil. Isso significa uma cobertura de 1.04 CAPs por 100 mil habitantes.

Na emergência, existem 129 leitos de saúde mental em hospitais gerais espalhados por todo o Estado, sendo 22 enfermarias psiquiátricas especializadas e 30 enfermarias especializadas para desintoxicação. Os demais, um universo de 77 leitos, são os chamados de leitos integrais em Saúde Mental, implantados em enfermarias clínicas em hospitais gerais, voltados para pessoas com transtornos mentais, incluindo aqueles decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Já no Hospital Ulysses Pernambucano (HUP), que é referência para os casos de urgência e emergência em saúde mental, são 125 leitos, com taxa média de permanência de 17 dias e utilizados para realizar a articulação com a rede e município de origem do paciente.

Em Fernando de Noronha, devido ao número de habitantes existentes ser inferior aos critérios para o centro psicossocial, a ilha não possui um CAPS, contando apenas com a rede de assistência psicossocial (RAPS).

A rede de Atenção Psicossocial e um breve histórico do arquipélago Fernando de Noronha

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), é um conjunto de diferentes serviços disponíveis nas cidades e comunidades, que articulados formam uma rede, devendo ser capaz de cuidar das pessoas com transtornos mentais e com problemas em decorrência do uso de drogas, bem como a seus familiares, nas suas diferentes necessidades.

Instituída por meio da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (Portaria de origem nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011) e na Portaria nº 3.588/GM/MS, de 21 de dezembro de 2017, que estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A Rede integra o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010).

Dentro das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), propõe-se a implantação de uma Rede de serviços aos usuários que seja plural, com diferentes graus de complexidade e que promovam assistência integral para diferentes demandas, desde as

mais simples às mais complexas/graves. As abordagens e condutas devem ser baseadas em evidências científicas, atualizadas constantemente. Esta Política busca promover uma maior integração e participação social do indivíduo que apresenta transtorno mental. Os pacientes que apresentam transtornos mentais, no âmbito do SUS, recebem atendimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Neste cenário, o Arquipélago de Fernando de Noronha tem sido um espaço de grandes desafios. Historicamente sempre representou um ponto significativo à ocupação do Brasil. Primeiro, por sua característica de ancoradouro e estuário natural e por uma rica biodiversidade ecológica, segundo pela posição estratégica em descobertas e disputas entre os países para conquistas (NASCIMENTO, 2013).

Apesar dos registros constarem Fernão de Loronha, como o primeiro descobridor, na verdade foi o segundo, pois o primeiro foi Pereira da Costa. Conferindo à Américo Vespúcio a primeira descrição do Arquipélago, Fernão de Loronha foi gracedado com a posse da ilha.

De acordo com Nascimento (2007), no dia 11 de dezembro de 1.739, em reunião no palácio do governo de Recife, foi acertada a organização efetiva militar e econômica da ilha, sendo esta, administrada pela Província de Pernambuco.

Por conseguinte, através do Decreto de 26 de agosto de 1755, foi inicialmente construído um presídio e cinco fortificações regulares, ampliando-se mais tarde para quatorze. A partir de 1942, Noronha se tornou um Território Federal e durante a Segunda Guerra Mundial, a ilha passou ao Ministério, sendo administrada pelas forças armadas até 1988. Nesse período de administração militar, Fernando de Noronha estabeleceu grande parte da infraestrutura: incluindo aeroporto, estradas, escolas e o hospital (MARIETA, 2013).

O ano de 1988 marca o último retorno da Arquipélago a Pernambuco na forma de Distrito Estadual, único no Brasil. Estabelece-se então, o direito de administrá-la conforme indicação do governador eleito.

A partir de 1988 até o presente momento, o arquipélago passou por 15 administradores, eleitos pelo Governo de Pernambuco. A Autarquia Territorial do Distrito Estadual de Fernando de Noronha possui em seu escopo o administrador juntamente com a sua equipe, os superintendentes de cada área e dentre eles está o superintendente de saúde.

A saúde em um território flutuante

O funcionamento institucional em Fernando de Noronha na saúde se descreve da seguinte maneira: o Superintendente de Saúde elenca os seus gestores para traçar e desenvolver o plano de trabalho. A equipe de profissionais da saúde se classifica através de um processo seletivo temporário e grande parte do quadro vem de outros estados do Brasil, além dos ilhéus.

A ilha é dividida em 8 microáreas em todo o seu território e possui entorno de 3.500

habitantes, segundo dados do e-sus. Possui também uma relevante população flutuante (funcionários e moradores temporários em hotelaria, restaurantes e estabelecimentos).

O serviço na saúde pública segue os princípios do SUS e a população adscrita da ilha inclui moradores permanentes, moradores temporários e turistas. Noronha conta com uma unidade hospitalar de Média Complexidade (Hospital São Lucas), um Serviço Móvel de Urgência e Emergência – SAMU; uma Unidade Básica da Saúde (UBS Dois Irmãos), onde a atenção básica é composta por uma equipe de Saúde da Família e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); uma unidade de Vigilância em Saúde, um Núcleo de Saúde Mental; uma Assistência Farmacêutica, contemplada com uma farmácia central, e um Núcleo de Odontologia com dois consultórios montados (hospital e UBS).

O núcleo de saúde mental dispõe, além do quadro de funcionários existentes da média complexidade e atenção básica, como: enfermeiros, médicos da saúde da família, médicos plantonistas, terapia ocupacional, temos no núcleo: 02 psiquiatras, 01 psicóloga ambulatorial, 01 psicóloga do NASF e 01 psicóloga infanto-juvenil.

As unidades e os núcleos de saúde possuem gestores que organizam e monitoram os serviços em Noronha. A linha de conduta da gestão deve ser direcionada à corresponsabilização e à gestão integrada do cuidado por meio de atendimento compartilhado e interdisciplinar. A interdisciplinaridade se caracteriza pela troca dos diferentes saberes, técnicas e metodologias implicadas no fazer coletivo, capacitação e responsabilidades mútuas, onde todos buscam a superação das fronteiras das disciplinas, de acordo com as demandas que chegam à unidade de saúde (THIESEN, 2008).

Esta modalidade, tem um papel de identificar e nomear uma mediação possível entre os diferentes saberes e competências, e garantir a convivência criativa com as diferenças. Difere da prática multidisciplinar que se vincula à sobreposição dos diferentes saberes, sem necessariamente dialogarem ou buscarem objetivos comuns (SILVA, 2013).

A análise da implantação de uma política pública consiste em especificar o conjunto de fatores que influenciam as mudanças obtidas após a introdução de uma intervenção, considerando as relações com o contexto durante sua implementação (FELISBERTO, 2004).

É indicada quando a intervenção é complexa e composta de elementos sequenciais sobre os quais o contexto pode interagir de distintas formas. Objetiva delimitar os fatores que facilitam ou comprometem uma intervenção em um contexto particular.

A implantação é a integração da intervenção em determinado contexto, que pode ser descrito com base em seus objetivos, as necessidades do território e resultados esperados.

A institucionalização da avaliação é como a incorporação da avaliação à rotina dos serviços e organizações de saúde. A inserção desta cultura avaliativa pressupõe a integração do monitoramento e avaliação como intrínsecas ou subsidiárias ao planejamento e gestão das políticas e programas, ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos (FELISBERTO, 2004).

Necessita, portanto, do desenvolvimento e fortalecimento de capacidade técnica e das atividades analíticas, com processos estruturados e sistemáticos e coerentes com os princípios do SUS e abrangendo as dimensões da gestão, do cuidado e do impacto sobre o estado de saúde da população. Consiste também em um processo de negociação e formação das pessoas na sua rotina de trabalho.

Partindo deste princípio, a saúde mental em Fernando de Noronha, foi reorganizada de acordo com a reforma psiquiátrica e articulada ao estado, no sentido de viabilizar as transformações necessárias na tentativa, hodiernamente, em superar os desafios e promover um envolvimento dos profissionais desencadeando o trabalho coerente com o atendimento na linha do cuidado.

Diante disso, preconizado com a política pública estadual, Noronha estabeleceu o acolhimento e cuidado na rede de atenção psicossocial de base territorial, comprometida com os princípios antimanicomiais e da redução de danos, de forma singular e equânime em todas as regiões do Estado.

A redução de danos é uma estratégia para aumentar a qualidade de vida das pessoas. Essa estratégia está fortemente alicerçada no estabelecimento de vínculo de confiança e empatia entre profissionais da equipe de saúde e o usuário.

As práticas da gestão do cuidado precisam ser delineadas na organização do sistema de saúde mental na perspectiva de uma estrutura qualificada de forma articulada e integrada, interfacetados com os diferentes níveis de complexidade, facilitando assim o acesso dos pacientes na rede bem como a resolutividade dos mesmos (BRASIL, 2013).

Em 2018, o serviço da atenção básica em Fernando de Noronha, tem proporcionado a necessidade de matriciamento, ocorrendo, portanto, a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), um instrumento potente para os desafios para a operacionalização e, inclusive, apoio à saúde mental,

O NASF, de acordo com Campos (2019), possui um papel de extrema importância para a manutenção da saúde, de forma a direcionar as ações da Atenção básica para o desenvolvimento de estratégias de promoção, prevenção e reabilitação da saúde da população.

A relação com os processos de gestão, sejam os constitutivos da função apoio que possui uma dimensão de gestão implícita no seu trabalho, como, por exemplo, análise das relações de poder no processo de trabalho e planejamento das ações de cuidado; ou aqueles relacionados com a atuação da gestão da unidade de saúde são precisos para que o trabalho desse núcleo aconteça (MELO, et.al. 2018).

A dificuldade de gerenciamento dos conflitos relacionais, ênfase no trabalho ambulatorial em detrimento do apoio matricial, dificuldades para organização do trabalho e de espaços para atuação e interação da equipe NASF são apontados como entraves para o desenvolvimento de práticas colaborativas e interdisciplinares (SARAIVA, ZEPEDA, 2012).

Esses entraves também foram identificados para a atuação intersetorial e interdisciplinar na saúde da ilha, que pressupõe a troca de saberes, metodologias e técnicas para um fazer coletivo, sendo mais comum a atuação multiprofissional ou multidisciplinar, que se caracteriza pela sobreposição dos diferentes saberes, sem que necessariamente a ação se dê pelo diálogo e busca de objetivos comuns.

O trabalho em equipe não é tão simples quando envolve diferentes profissionais dentro da saúde e em outros órgãos públicos que não compreendem a importância da atuação intersetorial, em parceria. É preciso entender o senso de pertencimento à equipe, atendendo às necessidades de maneira integrada e interdependente, fortalecendo o serviço que já demonstra ser tão desafiador.

O serviço de saúde em Noronha possui sistemas de informações que auxiliam bastante para essa troca de saberes, onde apenas os profissionais da saúde possuem o acesso sempre que necessário. Os dois principais componentes dessa estratégia são o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), que é nacional, e o e-SUS AB, que é utilizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Eles permitem manter um registro individualizado dos atendimentos de cada cidadão, identificado pelo Cartão Nacional de Saúde. Estão inclusos:

- Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC): para agendar consultas e registrar as informações sobre o atendimento do paciente na UBS;
- Coleta de Dados Simplificada (CDS): com ela, é possível fazer o cadastro individual e domiciliar, e criar fichas de atendimento médico, odontológico e de atividades coletivas;
- Atenção Domiciliar (AD): aplicativo para dispositivos móveis.

O uso nesses sistemas facilita, também, caso aconteça troca no quadro de profissionais, o novo funcionário identifica nos registros o histórico completo do paciente, auxiliando-o durante a primeira consulta.

A articulação da gestão da saúde mental com a Gerência Regional em Saúde (GERES), sediada em Recife e a Secretaria Estadual de Saúde em Pernambuco com a Gerência de Atenção à Saúde Mental (GASAM), trouxe aprendizados riquíssimos através da participação em Colegiados e Câmaras Técnicas de Saúde Mental para discutir casos e manejos nos territórios, proporcionando maior aproximação também da gestão com as equipes técnicas de referência e abertura para as discussões dos casos de Fernando de Noronha.

A remoção do paciente da ilha para o continente ocorre apenas via UTI Aérea nos casos de serviços que demandem a alta complexidade, e não está isento nos casos de saúde mental. Diversas vezes foram debatidos os casos graves em saúde mental para que fossem atendidos no território, uma vez que temos equipes de saúde: psicólogos, psiquiatras e que o paciente seria remanejado para o continente quando se esgotassem

todas as possibilidades de rede de apoio, como também, apresentando riscos ao paciente e/ou para os familiares ao permanecer na ilha.

A articulação nesse último caso, após a gestão ouvir as equipes de saúde mental relatarem a importância do paciente sair da ilha para o continente, articulam-se com o paciente se aceita o tratamento fora à domicílio e discutem com a família sobre a rede de apoio em Recife, ou seja, se a família tem residência no continente. Geralmente, as famílias possuem casas em Recife ou outros municípios e são atendidas de acordo com o bairro, por exemplo: Jaboatão dos Guararapes, a gestão da saúde mental de Noronha discute com o CAPS de Jaboatão, se for em Olinda, discute com o CAPS de Olinda. O tratamento é ofertado para onde o paciente reside.

Os CAPS dos municípios de Pernambuco atendem apenas os usuários do distrito sanitário de cobertura do determinado bairro que o centro referencia, salvos alguns casos de municípios que não possuem CAPS e oficialmente removem para um circunvizinho que possui o CAPS, pois a necessidade exige a articulação intermunicipal. Entretanto, os coordenadores de saúde mental de vários municípios têm ajudado enormemente para o acolhimento dos pacientes de Noronha e o entendimento do quanto os serviços da ilha, são escassos por ser um local insular que necessita de um CAPS, mas não tem, e de um município vizinho que possam ajudar, que também não tem.

Outra ferramenta importante é a sistematização das reuniões. Primeiro ocorria entre os profissionais da Média Complexidade e Vigilância Epidemiológica para discussão de intercorrências psiquiátricas e fluxos de atendimentos na ilha. O monitoramento de notificações compulsórias traz o panorama e a inversão do fluxo de patologização e entradas hospitalares, bem como, o uso constante de substâncias farmacológicas, para o fluxo da prevenção e promoção à saúde.

Esta situação trouxe um aporte para o segundo momento, a realização de reuniões sistemáticas com a direção do hospital e as equipes da atenção básica: ESF e NASF-AB. Os planejamentos das ações de prevenção em saúde em Noronha surgem a partir das demandas e necessidades trazidas do hospital e pela população, mas também daquelas evidenciadas diretamente pelos profissionais de saúde. Para que o planejamento se concretize com sucesso, é necessário reuniões entre as equipes.

Para isto, esses encontros foram importantíssimos para o entendimento dos usuários, uma vez que a entrada de um morador no Hospital São Lucas é o mesmo que possui o acompanhamento pela equipe na Unidade Básica de Saúde Dois Irmãos. Portanto, a discussão de casos graves, capacitações, organizações de campanhas, projeto terapêutico singular e outros pontos importantes a serem pautados nas reuniões foram diferenciais para a integração dos profissionais, facilitando o entendimento, a tomada de decisões e planejamento do serviço.

O planejamento é um processo que depende fundamentalmente de conhecer intimamente a situação atual de um local e definir aquela situação a que se pretende

chegar, buscando maneiras de alcançar os objetivos almejados (VOLTOLINI. et. Al, 2019).

No âmbito local, o planejamento é utilizado como uma ferramenta administrativa que oferece a possibilidade de programar ações que envolvam raciocínio, reflexão e análise dos atores envolvidos no processo. Ele pode ser entendido como um processo para a tomada de decisão, visando o alcance de objetivos futuros, uma mudança na realidade encontrada e o enfrentamento dos problemas relacionados à saúde individual, da família e da comunidade.

Neste processo, é fundamental o favorecimento da expressão, da comunicação e da pactuação entre diferentes atores e interesses, a fim de compartilharem suas experiências e conhecimentos em busca da resolução dos problemas e criação de novas estratégias que contribuam para a realização do planejamento.

Continuando o enfoque de serviços que favoreçam a prevenção e promoção à saúde, foi construído também um dispositivo que evidenciou a integração das ações, os grupos terapêuticos. O planejamento a partir da gestão construiu nomes para cada grupo para facilitar o objetivo tanto para os profissionais como para os participantes. Os grupos criados em 2018 foram: o Grupo Acolhe Noronha (saúde mental); Grupo Chá com Prosa (equipe de saúde se reunia quinzenalmente em cada microárea com a terceira idade para tomarem chá com conversas sobre a saúde); Grupo Noronha mais Leve (encontro semanal para falar sobre hábitos e alimentos saudáveis).

Segundo Rasesa e Rocha (2010), no Brasil as práticas grupais vem sendo utilizadas em diversas áreas da saúde no SUS. Essas práticas estão em conformidade com as diretrizes do SUS e seus princípios de universalidade do acesso, integralidade da atenção e controle social. Essas práticas podem contribuir para a democratização do acesso à saúde, permitindo a participação da comunidade em sua atenção integral, de acordo com as necessidades específicas e a variabilidade de crenças, costumes e na própria gestão dos serviços.

O Grupo Acolhe Noronha, semanalmente no posto de saúde da ilha conquistou toda a comunidade participando de intervenções acolhedoras permitindo uma responsabilização compartilhada e proporcionando reflexões sobre a saúde mental e bem estar social. Foi realizada também, neste grupo, uma parceria com o Grupo de Artesãos de Noronha que fomentava a arteterapia incentivando métodos criativos que favorecem um arsenal de possibilidades interativas e reflexivas sobre o estado emocional.

Foi constatado relatos positivos dos participantes que provaram a vivência e a viabilidade da utilização do instrumento como sistematização da assistência à saúde:

“Este momento tem sido prazeroso demais pra mim. Melhor do que ficar em casa é rever os amigos que cresceram comigo, convivem comigo aqui na ilha e ter essa oportunidade em conversar e trocar experiências com eles. Muito obrigada a toda equipe de saúde por cuidar da minha saúde mental!

Moradora, 72 anos.

“Quando chega o dia do encontro eu fico feliz e saber que eu posso falar e escutar, pintar e produzir sem quem ninguém da sociedade me reprova ou me exclua”.

Morador, 36 anos

“Glória Deus por ter esses profissionais da saúde que fazem esses grupos e campanhas. Eu curto cada evento, me faz sorrir, dançar, conversar e sair da rotina”.

Moradora, 80 anos

“Ta sendo maravilhoso porque é outra cultura, é outro aprendizado, pessoas que nunca tiveram chance de fazer isso, poderia vir aprender porque cada dia é uma dinâmica diferente, um aprendizado diferente”.

Moradora, 46 anos

Para Jung (1988), a arte tem o poder de nos libertar das estreitezas e dificuldades insuperáveis de tudo o que seja pessoal, elevando-nos para além do sentido existencial efêmero.

O grupo terapêutico sustenta na visão singular e contrária ao tradicionalismo psiquiátrico antigo, fomentando a visão, por exemplo, da pioneira Nise da Silveira que acreditava na totalidade das pessoas e via como meio de transformar a vidas dos pacientes a conhecerem as suas interioridades, suas expressões, fundamentalmente por meio da arte.

Uma outra ferramenta que auxiliou muito o Núcleo de saúde mental, foi a discussão dos casos e a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Para a efetivação do tratamento, é primordial que usuário e família participem do processo e o PTS possibilite a participação do usuário e, conseqüentemente, a construção de sua autonomia. A elaboração desse tipo de projeto acontece por meio de atuação singular do profissional-referência do usuário/família, e desse profissional com toda a equipe, por meio de discussões e estudo de caso. Em Noronha, foram muitos meses de insistência para que as equipes realizassem e entendessem a importância do PTS.

Santos, Romano e Engstrom, (2018) afirmam que a atenção primária é uma atenção de primeiro contato que assume uma responsabilidade longitudinal em relação ao cidadão, esteja este enfermo ou não, e que é o elemento integrador dos aspectos físicos, psicológicos, sociais da saúde. Para que ocorra o entendimento da população, as ações de saúde propiciam o esclarecimento/orientação incentivando um movimento harmonioso de entrar em contato com o serviço, independente de estar enferma ou não.

E o PTS por mais que seja uma das ferramentas que visa o cuidado longitudinal, ainda é muito resistente na utilização entre as equipes.

Outro fator importante e que une as equipes são as campanhas. Porém, deve ser lembrado que, qualquer tema da saúde deve ser tratado o ano inteiro e não só pontualmente.

Um exemplo das campanhas desenvolvidas em Noronha foram bastante desenvolvidas principalmente no âmbito da saúde mental, como: Janeiro Branco que proporciona a ideia em chamar a atenção das pessoas (e autoridades públicas) para as questões de ordem psicológicas-existencial, incentivando-as a tomarem o início do ano como um ponto de partida investindo mais em saúde mental em suas vidas.

Foi realizada uma caminhada com todas as famílias (adultos e crianças- famílias) envolvidas na atividade com palestras sobre a saúde mental e construção de uma árvore com diversas cores impressas pelas mãos das pessoas como processo de reflexão da vida, as ramificações, ressignificações e pertencimento da marca daquele que constrói o lugar, a rede.

A Campanha Setembro Amarelo: campanha brasileira sobre a valorização da vida. Realizamos em Noronha diversas oficinas com palestras, artes sobre o tema para a comunidade, para as escolas com os discentes e docentes, corpo de bombeiros, polícia militar e civil, centros religiosos, como por exemplo: o centro espírita e Igrejas Presbiterianas. Inclusive, foi através dessas campanhas que criou uma parceria muito importante entre a saúde e os centros religiosos. São espaços que foram criados vínculos sistemáticos através de temas sensíveis que requer muito cuidado nas abordagens e resultados positivos na prevenção.

Os espaços religiosos tem sido uma estratégia muito interessante que a saúde tem realizado. Certa vez em uma palestra da equipe de saúde que falou sobre a depressão para os ouvintes da igreja, o pastor comentou conosco que a saúde e a religião se complementam. Muitos moradores da ilha com uso abusivo de álcool e outras drogas foram acompanhados pelo pastor em conjunto com a equipe de saúde. Monitorando-os, acolhendo e incentivando a encontrarem outros meios que facilitem a resolução dos problemas e a busca de outras opções, porém saudáveis, de proporcionarem bem estar e o resgate do protagonismo.

Outro ponto importante são os espaços escolares. São constantes as atuações de educação permanente, porque além de permitirem a atuação na prevenção da parte imunológica, física, permite-se também a atuação para toda a comunidade escolar as atividades de saúde mental.

Facilitou muito o trabalho da saúde quando as escolas reconhecem a parceria da saúde. O PSE – Programa de Saúde nas Escolas e o Programa Crescer Saudável também incentivaram as ações em saúde nas escolas.

Esses parceiros são peças fundamentais para alavancarem o propósito do objetivo da saúde e bem estar social. Os nativos são reivindicadores, muitos deles buscam o tratamento e cobram muito da equipe de saúde da ilha, mas ainda falta bastante a conscientização da corresponsabilidade. O grande desafio está no papel das famílias se responsabilizarem com os acontecimentos principalmente dos seus filhos.

Papel importante também se estabeleceu para o quadro de docentes que necessitavam entender como realizar o manejo de educandos em crise, como também como cuidar da própria saúde mental dos professores.

Outra experiência importante foi o Fórum de Saúde Mental Infantojuvenil. Em meses alternados, os representantes de cada órgão: escolas, conselho tutelar, conselho distrital, CRAS/CREAS, bombeiros, polícia, promotoria de justiça e a saúde discutem medidas intersetoriais educativas, capacitação e fortalecimento de rede e fluxos na linha do cuidado infanto-juvenil.

De acordo com a resolução nº 747 de 11 de Julho de 2018 em Pernambuco, GASAM, (2018), considerando a importância de uma gestão co-participativa incentivando as parcerias contribuindo para um atendimento mais resolutivo e democrático, efetivando a ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

É imprescindível a oferta de cuidado especializado à crianças e adolescentes com transtornos mentais decorrentes ou não, do uso de álcool e outras drogas, assim como aos seus familiares na perspectiva de atenção à crise e a reabilitação psicossocial.

O espaço do fórum tem sido uma conquista constante entre os profissionais intersetoriais. Tem aproximado mais os setores, principalmente durante os encaminhamentos de pacientes. Cada setor tinha suas ilhas dentro de uma ilha, ou seja, trabalhavam cada um no seu papel incluindo ações semelhantes, como por exemplo: o serviço social realizava uma campanha sobre o enfrentamento à violência contra a criança, o conselho tutelar realizava a mesma ação e a saúde também.

O fórum foi se tornando o espaço de tecer mais a rede. Entendia-se qual o papel do social, da educação, da saúde, dos conselhos e construía-se um planejamento de ações em conjunto, ou seja, uma mesma ação realizado no mesmo dia com todos os órgãos competentes.

CONCLUSÃO

Cuidar do físico-psíquico torna-se necessário para uma experiência saudável. As emoções, o cognitivo se tornam potentes, facilitando a atenção aos problemas que sempre existiram, mas jamais se deixa adoecer, pois sabe-se que fica impossibilitado de lidar com eles.

Sem dúvidas, a gestão e equipe de saúde quando se sensibiliza e esclarece a população sobre essa importância do cuidado integral, o serviço se transforma em um espaço de extrema importância para a manutenção da saúde, de forma a direcionar as ações para o desenvolvimento de estratégias de promoção, prevenção e reabilitação da saúde da população.

Ninguém trabalha sozinho e as equipes multiprofissionais se tornam fortalecidas quando compreendem que são potenciais em cuidado, descentralizando, inclusive, a classe médica.

No território de Fernando de Noronha, identificou-se vários desafios, a começar pelo próprio território insular, sem municípios vizinhos, remanejamento de pacientes em UTIs aéreas e a escassez de profissionais e centros especializados em saúde mental.

Mas a esperança sempre sobrevive, e de pequenos passos começando através da reunião entre gestores para o diálogo intersetorial, tecendo a rede com o foco ao fortalecimento e o resgate das políticas públicas incluindo a importância da atenção básica, matriciamento do NASF e as construções coletivas, contribuições paulatinas para o atendimento humanizado, superando os mecanismos dos sistemas de saúde tradicionais.

E o propósito deste trabalho em campo, apresentado para vocês leitores, seja como usuário do sistema do SUS, seja você profissional da saúde independente de qualquer área, pois falar da saúde mental é falar do cuidado integral, é falar do cuidado em liberdade, diluindo os “manicômios” ainda internalizados em nós através dos preconceitos e da falta de reconhecimento em pedir ajuda profissional, pois tratar crise não é simples, que sinta essa sensibilidade do serviço oferecido como forma de reflexões para o seu território, e espera-se que essas vivências relatadas tragam este suporte com ferramentas territoriais em potencial para a integralidade do cuidado à sua população.

REFERÊNCIAS

BATISTA, Jaqueline Brito. **Quando trabalhar com gente adocece**. Síndrome de Burnout em professores do Ensino Fundamental. João Pessoa: Editora da Universidade Federal da Paraíba, 2019.

BORGES, Marieta. Fernando de Noronha: cinco séculos de história. Editora UFPE: 2013

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. Brasília, 06 abril de 2001.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Atenção Básica** / ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, departamento de atenção básica. – Brasília: 116 p.: il. – (cadernos de atenção básica, n. 29), 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34), Brasília : 2013.

_____. Ministério da Saúde. Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desme/raps/caps>, Acesso em 19 de julho de 2023.

CAMPOS, G.S. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cadernos de saúde pública: 2019.

FELISBERTO, Eronildo. **Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes**. Brasília: Rev. Bras. Saude Mater. Infantil, 2004.

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

GERÊNCIA DE ATENÇÃO DE SAÚDE MENTAL (GASAM). **Política Estadual de Saúde Mental de Pernambuco**. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, 2018.

JUNG, C.G. O espírito na arte e na ciência. Petrópolis: Vozes: 1988.

MACIEL, Silvana Carneiro. Diário Oficial da União. Brasília, 18 jan. 2012. **Redes de assistência em saúde mental e dependência química. Reflexões sobre o cuidado**. João Pessoa: Ideia, 2016.

MACIEL, Silvana; DIAS, Camila Cristina. **Saúde Mental e dependência química. Políticas de cuidado e inclusão social**. João Pessoa: Ideia, 2018.

MELO, E. A. et. al. **Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): problematizando alguns desafios**. Rio de Janeiro: Saúde debate, 2018.

NASCIMENTO, G.R. **Fernando de Noronha e os ventos da guerra fria**/ ed. Universitária da UFPE, 179p, 2013.

NASCIMENTO, João Paulo. **Fernando de Noronha: da sustentabilidade jurídica e econômica de sua emancipação**. Editora Comunigraf: 2007.

RASERA, Emerson Fernando; ROCHA, Rita Martins. **Sentidos sobre a prática grupal no contexto de saúde pública**. Universidade Federal de Uberlândia, 2010.

SANTOS, R.O; ROMANO, V.F.; ENGSTROM, E. M. **Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços**. Rio de Janeiro: 2018.

SARAIVA S, ZEPEDA J. **Princípios do apoio matricial**. In: Gusso G, Lopes JM (Orgs). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO. **Saúde Mental**. Disponível em <https://portal.saude.pe.gov.br/programa/secretaria-executiva-de-atencao-saude/saude-mental> Acesso em 19 de julho de 2023.

Silva, L.A; Casotti, C.A, Chaves SCL. **A produção científica brasileira sobre a estratégia saúde da família e a mudança no modelo de atenção**. São Paulo: Ciências saúde coletiva, 2013.

THIESEN, Juarez da Silva. **A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem**. Santa Catarina: 2008.

VOLTOLINI, B. C. et. al. **Reuniões da Estratégia Saúde Da Família: Um Dispositivo Indispensável para o Planejamento Local**. Universidade de Santa Catarina: 2019.

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 Paraíso (2020). Possui mestrado em Educação pela Universidade Federal de Goiás (2015). É doutorando em Performances Culturais pela Universidade Federal de Goiás. Atualmente é 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.

A

Adolescência 30, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 120

Afectivo 130, 134, 135

Afinidades 158, 159, 168, 169

Autopesquisa 158, 159, 160, 161, 164, 168

B

Bem-estar 15, 40, 45, 49, 50, 52, 54, 61, 68, 99, 104, 106, 114, 115, 141, 142, 143, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 161, 163, 164

C

Cognitivo 15, 16, 17, 20, 24, 27, 28, 29, 31, 67, 68, 74, 76, 78, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 130, 134, 135

Conativo 130, 135

Conciencia ambiental 130, 131, 132, 133, 134, 135, 137, 138, 139, 140

Crenças nucleares 16, 21, 22, 23, 24

E

EAT-26 119, 120, 126

Esporte 49, 50, 51, 52, 54, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 65

Estudantes universitários 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 110, 111, 113, 114, 115, 116, 117, 119, 126, 130, 156

Exercício físico 49, 50, 58, 59, 60, 61, 62

F

Feminismo 5, 13, 16, 18, 20, 28, 29

Flow 49, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65

G

Grupalidade 158

I

Impactos da pandemia 30

Integridade 25, 96, 143, 158, 162, 164

Interassistencialidade 158, 160, 168

Intersetorialidade 89, 92, 93, 94, 95, 97, 98, 99, 100

L

Lesão medular 76, 77, 79, 80, 87, 88

M

Machismo 16, 17, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 151

P

Papel do terapeuta 66, 72

Papel materno 2, 3, 7, 12

Políticas públicas 20, 37, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 97, 98, 99, 115, 138

Psicologia 1, 6, 10, 13, 14, 15, 28, 32, 38, 39, 41, 43, 47, 48, 49, 50, 53, 54, 55, 56, 59, 60, 62, 64, 65, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 116, 117, 118, 127, 129, 141, 142, 143, 145, 149, 155, 156, 157, 187

Psicologia positiva 49, 50, 54, 55, 141, 142, 143, 145, 149, 155, 157

Psicoterapia analítica 30, 32, 74

Q

Qualidade de vida 43, 79, 101, 102, 103, 104, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 124, 125, 126, 155

R

Reabilitação 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87

Refugiados 141, 142, 143, 144, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156

Relação terapêutica 66, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 83

Revisão 3, 13, 14, 15, 17, 27, 28, 43, 46, 49, 50, 53, 57, 59, 62, 76, 87, 88, 98, 106, 114, 116, 117, 118, 126, 127, 128, 129, 156

S

Saúde mental 1, 7, 9, 13, 14, 31, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 98, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 145, 148, 149, 150, 155, 156

Síndrome de Burnout 101, 102, 105, 106, 107, 108, 110, 111, 112, 115, 116

Sistema Único de Saúde (SUS) 39, 40, 90, 91

Sofrimento psíquico 1, 2, 6, 8, 12, 14, 43, 117

T

Terapia Analítico - Comportamental 66, 68, 69

Terapia Cognitivo-Comportamental 15, 16, 17, 20, 27, 28, 67, 76, 78, 83, 86, 87, 88

Transtornos alimentares 119, 120, 122, 123, 125, 126, 128

U

Ubuntu 141, 142, 143, 144, 149, 150, 152, 153, 154, 155, 156, 157





Universitários 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 119, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 140, 156

V

Violência de gênero 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29

Psicologia:

foco nas práticas em saúde mental

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Psicologia:

foco nas práticas em saúde mental

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br